



Onderzoeksrapport Visitatie

Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Een onderzoek naar visitatie in de praktijk

Auteurs:

Marjo Maas PhD
Michelle van 't Hag MSc
Prof. dr. Philip van der Wees

Datum: 1 augustus 2025

Leden projectgroep

Marjo Maas, senior onderzoeker Radboudumc IQ Health

Michelle van 't Hag, junior onderzoeker Radboudumc IQ Health en medewerker Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Philip van der Wees, hoogleraar, Radboudumc IQ Health

Dit is een publicatie van IQ Health, science department van het Radboudumc

Inhoud

1. Samenvatting.....	5
2. Inleiding.....	9
3. Probleemstelling en onderzoeksvragen	12
4. Plan van aanpak	12
5. Resultaten	15
Deelnemers observaties en interviews	15
Resultaten onderzoeksvraag 1	17
Vorbereiding van de visitatie	17
Uitvoering van de visitatie	18
Introductie door de praktijk	19
De summatieve indicatoren	20
De formatieve indicatoren	21
Afsluiten en evalueren	22
Medewerkersdeel	22
Afronding en bespreken van het visitatierapport	22
Resultaten onderzoeksvraag 2	23
Thema 1: Reflecties op visitatie vroeger en nu	23
Thema 2 Dataverzameling.....	24
Thema 3 kwaliteitscultuur	27
Thema 4 Maatwerk en variatie	27
Thema 5 Leren van visitatie	28
6. Resultaten vragenlijst.....	30
Kenmerken van respondenten.....	30
Gemiddelde scores en commentaren per vraag en per domein	31
7. Reflectie	42
8. Aanbevelingen aan SKF	46
9. Literatuur.....	48
10. Bijlage 1 Formatieve indicatoren	49
11. Bijlage 2 Vragenlijst en resultaten.....	51
Opbouw en inhoud vragenlijst.....	51
Resultaten vragenlijst per domein en per rol.....	58
12. Bijlage 3 Overzicht verschillen tussen groepen respondenten	59

1. Samenvatting

Achtergrond

Dit is de rapportage van een evaluatief onderzoek naar het vernieuwde visitatiemodel van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) dat in 2024 is ingevoerd. Met visitatie wordt de kwaliteit van de geleverde zorg op praktijkniveau onderzocht aan de hand van transparante kwaliteitscriteria en bijbehorende indicatoren. Kwaliteitsindicatoren kunnen formatief zijn (niet direct van invloed op de uitkomst van visitatie) of summatief (bepalend voor de uitkomst). Voor summatieve indicatoren voor deze dataverzameling geldt dat de normwaarden betrekking hebben op het minimum aantal metingen, niet op de uitkomsten daarvan. Nieuw aan het visitatiemodel is dat fysiotherapiepraktijken geen 'onvoldoende' meer kunnen halen, maar in plaats daarvan een ontwikkelgesprek krijgen om met ondersteuning de achterstand in te kunnen halen. Als bij het ontwikkelgesprek voldoende kan worden aangetoond dat de gewenste ontwikkeling heeft plaatsgevonden, is de uitslag positief. Voor de visitatie wordt een collega-praktijk uitgenodigd (de observant) die van het proces kan leren, maar ook input en feedback kan geven.

In de visie van de SKF is visitatie een instrument dat primair bedoeld is om de kwaliteit van de praktijkvoering te verbeteren met het uiteindelijke doel de kwaliteit van de zorg voor de cliënt¹. De SKF kan opgevat worden als een lerende community. In een lerende community leren verschillende stakeholders in de kwaliteit van de zorg van elkaar op verschillende niveaus: op patiëntniveau, op teamniveau, op organisatieniveau, en op systeemniveau. Visitatie kan opgevat worden als één van de instrumenten om aan het lerend vermogen van deze community bij te dragen.

De visitatie wordt uitgevoerd door een visiteur die daarvoor een opleiding heeft gehad. Op basis van de visitatie wordt feedback en advies gegeven waarmee praktijken een ontwikkel – of verbeterplan kunnen opstellen. Het visitatieprogramma is beschreven in de visitatiewijzer en bestaat uit een voorbereidende, uitvoerende en evaluerende fase.

Onderzoeksvragen

De SKF heeft Radboudumc IQ Health gevraagd een evaluatief onderzoek uit te voeren. Daarvoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wordt de visitatie uitgevoerd zoals bedoeld?
2. Wat zijn de ervaringen van gevisiteerde praktijken, observerende praktijken en visiteurs?
3. Wat zijn de aanbevelingen aan de SKF om haar doelstellingen te realiseren?

Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verschillende methoden gebruikt: documentenanalyse, directe observaties, interviews en een vragenlijst. Observaties van visitaties en interviews werden uitgevoerd door twee onderzoekers van IQ Health. Deelnemers aan observaties waren fysiotherapiepraktijken die binnen de onderzoeksperiode gevisiteerd werden. Deelnemers aan interviews waren praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en visiteurs.

De vragenlijst werd uitgezet onder alle leden van de SKF en bestond uit 36 vragen, verdeeld over vijf domeinen: 1. Kennis, 2. Attitude, 3. Gedrag, 4. Resultaten, 5. Overig. Vragen werden automatisch

¹ In deze rapportage is consequent het woord client gebruikt, behalve in letterlijke citaten uit documenten of van respondenten.

toegewezen op basis van de rol die de respondent bij de visitatie: fysiotherapeut, praktijkhouder, kwaliteitsmedewerker, visiteur of een combinatie van rollen.

Aantekeningen van observaties en transcripten van interviews zijn kwalitatief geanalyseerd volgens de richtlijnen van thematische analyse. De verzamelde data van de vragenlijsten zijn kwantitatief geanalyseerd door descriptieve en toetsende statistiek. Gemiddelde scores per domein tussen groepen fysiotherapeuten, praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers zijn berekend door middel van een ANOVA en een Bonferroni post-hoc analyse om een uitspraak te doen over de mate waarin verschillen tussen groepen significant zijn. Schriftelijke commentaren zijn geanalyseerd door middel van een sentimentanalyse om de scores te contextualiseren.

Resultaten

1. Observaties

Zes praktijken van de 26 uitgenodigde praktijken hebben toestemming gegeven voor observatie tijdens visitatie (5 x 6 uur en 1 x 4,5 uur). Praktijken die de uitnodiging afwezen gaven o.a. aan de aanwezigheid van onderzoekers te belastend te ervaren voor zichzelf of voor medewerkers.

Uit de observaties bleek dat de visitaties in grote lijnen uitgevoerd worden zoals beschreven in de visitatiewijzer en dat de resultaten voor praktijken niet als een verrassing kwamen. Daarbij moet opgemerkt worden dat het grootste deel van de tijd werd besteed aan de summatieve indicatoren, waardoor formatieve indicatoren minder aandacht kregen.

In het gesprek met de praktijken, namen bezoekers bewust of onbewust verschillende rollen aan. Die rollen waren over het algemeen passend bij het lerende karakter van visitatie. Er zijn vier verschillende rollen geïdentificeerd: a) de *coach*: heeft een procesmatige aanpak, stimuleert reflectie, sluit aan bij leervragen van de praktijk. b) de *analist*: heeft kennis van zaken, analytische insteek, bevordert inzicht, geeft relevante informatie; c) de *verbinder*: toont invoelingsvermogen vanuit ervaringsdeskundigheid, vertegenwoordigt de visie van SKF op kwaliteit; d) de *controleur*: heeft een toetsende insteek, werkt indicatoren puntsgewijs af, normeert. Ook rollen van observanten kunnen getypeerd worden als: a) de *stagiair* die vooral informatie komt halen en b) de *senior*, die vooral informatie komt brengen.

2. Interviews

In totaal zijn 20 deelnemers na afloop van de visitatie geïnterviewd: 13 praktijkhouders en/of kwaliteitsmedewerkers, drie observerende praktijkhouders en/of kwaliteitsmedewerkers en vier bezoekers. Interviews duurden gemiddeld een uur. Thematische analyse heeft vijf thema's opgeleverd die hieronder worden samengevat.

A. *Visitatie vroeger en nu.*

Deelnemers waren over het algemeen tevreden over het nieuwe visitatiesysteem. Dit in tegenstelling tot de audits waarbij geen ruimte was voor verbetering. Ook lijkt de cultuur te zijn veranderd; praktijken zijn welwillend om van elkaar te leren, terwijl ze elkaar vroeger meer beconcurrerden. De aanwezigheid van de observerende praktijk wordt gewaardeerd.

B. *Dataverzameling.*

Motivaties om data te verzamelen waren intern en extern gestuurd. Intern vanuit de behoefte om bij de SKF te horen, het verschil te willen maken vanuit de overtuiging dat dataverzameling daarvoor nodig is, extern omdat het voldoen aan de criteria van de SKF meer financiële ruimte geeft. Het toetsende karakter van de summatieve indicatoren vonden sommige deelnemers acceptabel en zelfs noodzakelijk om kwaliteit te borgen. Voor anderen roepen summatieve indicatoren gevoelens van onrust en frustratie op en sturen gedrag richting het voldoen aan

de normwaarden. Sommigen verzamelen data alleen 'omdat het moet', anderen gebruiken data ten behoeve van 'samen beslissen' op het niveau van de cliënt en gebruiken datarapportages om resultaten te evalueren op praktijkniveau. Praktijken die de kwaliteit op orde hebben en die hun kwaliteitsprocessen zo ingeregeld hebben dat data routinematig worden verzameld, gaven meer betekenis aan de data. Verder waren deelnemers kritisch op de validiteit en betrouwbaarheid van dataverzameling in de praktijk en de kwaliteit van de datarapportages. Daarnaast gaven praktijken aan behoefte te hebben aan meer terugkoppeling van de SKF met betrekking tot het gebruik van data voor A) kennisontwikkeling, B) positionering, en C) onderzoek.

C. *Kwaliteitscultuur.*

In sommige praktijken werden medewerkers actief betrokken bij visitatie en werkten mee aan het oplossen van problemen op basis van datarapportages en visitatiefeedback. Andere praktijken worstelden met commitment van medewerkers om aan de kwaliteitsnormen te voldoen, met name praktijken die met veel mutaties te maken hadden of met veel ZZP-ers werkten. Daarnaast is uit onze observaties gebleken (zie onderzoeksvraag 1) dat tijdens het 2^e deel van de visitatie, het medewerkersgedeelte, het gesprek met medewerkers soms plaatsvond in het bijzijn van de praktijkhouder, waardoor medewerkers mogelijk blootgesteld werden aan onveilige situaties.

D. *Maatwerk en variatie.*

Praktijken die relatief nieuw waren bij de SKF en de procedures nog niet op orde hadden om aan de eisen van SKF te voldoen, gaven aan meer feedback en coaching nodig te hebben dan ervaren praktijken. Praktijken die de basiskwaliteit op orde hadden, gaven de voorkeur aan maatwerk, aansluitend bij hun wensen en behoeften en dat er ook met minder tijd kan worden volstaan.

E. *Leren van visitatie.*

Ondanks de visie van de SKF op visitatie, zagen deelnemers visitatie meer als een controlemiddel dan een leermiddel. Toch bleek uit observaties en interviews dat visitatie impliciete en expliciete leerprocessen aanstuurt: a) door reflectie en zelfevaluatie, b) door observatie van anderen, c) door het ontvangen van feedback en suggesties voor handelingsalternatieven, d) door samen te werken en kennis te delen in netwerken.

3. Vragenlijst

De vragenlijst werd uitgezet bij alle deelnemers van de SKF. In totaal hebben 589 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Om onderscheid te kunnen maken tussen groepen respondenten zijn exclusieve rollen toebedeeld: Fysiotherapeuten (n=279), Praktijkhouders (n=207), Kwaliteitsmedewerkers (n=82), Visiteurs (n=21). Respondenten beantwoordden gesloten vragen – passend bij hun rol en gaven ook aanvullende commentaren (n=198). De sentimentenanalyse op basis van commentaren (tekst) liet zien dat het merendeel van de resultaten negatief gekleurd was. Dit stond in tegenstelling tot de analyse van scores waarin juist een grote spreiding zichtbaar was. Op het domein kennis scoorden fysiotherapeuten significant lager dan de overige groepen en de spreiding is groter ten opzichte van praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers. Aanvullende commentaren gingen over het betrekkingniveau van medewerkers. Hetzelfde gold voor attitudes, hoewel de verschillen hier minder groot waren. Aanvullende commentaren gingen vooral over indicatoren voor dataverzameling, die in grote lijnen aansloten bij de resultaten van interviews, maar ook nieuwe perspectieven toonden. Op het domein gedrag waren de verschillen tussen groepen niet significant (behalve ten opzichte van bezoekers). Aanvullende commentaren gingen over de geschiktheid van

verplichte meetinstrumenten, de validiteit en betrouwbaarheid van dataverzamelmethode en datarapportages. Voor het domein resultaten gold weer dat fysiotherapeuten significant lager scoorden dan de andere groepen. Aanvullende commentaren toonden dat respondenten de meerwaarde van visitatie zagen om de praktijkvoering te verbeteren, maar twijfels hadden over de waarde met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. De rol van de visiteur wordt als bevorderend of juist belemmerend genoemd met betrekking tot leren en verbeteren op basis van visitatie. Het domein randvoorwaarden liet zien dat de voorbereidingstijd als intensief werd ervaren. Aansluitend bij de resultaten van interviews, was er behoefte aan visitatie op maat voor praktijken die basiskwaliteit op orde hebben.

Reflectie

Van de 19 uitgenodigde praktijken die binnen de onderzoeksperiode gevisiteerd werden, hebben 6 praktijken goedkeuring gegeven aan directe observatie, dat betekent dat er mogelijk sprake is van selectiebias. De resultaten van de vragenlijsten geven een minder gunstig beeld van visitatie dan de observaties en interviews. Dat is verklaarbaar omdat 47,3% van de respondenten medewerker was en die zijn niet betrokken geweest bij de interviews en mogelijk ook omdat de vragenlijsten anoniem ingevuld konden worden.

Aanbevelingen

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn bedoeld om de SKF vooruit te helpen in het realiseren van haar doelstellingen met visitatie. Het merendeel van deze aanbevelingen is direct gerelateerd aan visitatie, maar een aantal aanbevelingen zijn van een overstijgend niveau. Hier volgt een samenvatting.

Vorbereiding

- Ontwikkel een competentieprofiel voor bezoekers en besteed aandacht aan competentieontwikkeling;
- Reflecteer kritisch op de omvang van de praktijkvragenlijst en de indicatoren;
- Ontwikkel een “light” variant voor praktijken met aantoonbaar goed lopend kwaliteitsbeleid, en een meer “ondersteunende” variant voor praktijken in ontwikkeling.

Uitvoering

- Handhaaf aanwezigheid van – en de dialoog met de observerende praktijk;
- Sluit beter aan bij specifieke ontwikkelbehoeften van praktijken;
- Spreid de aandacht over summatieve en formatieve indicatoren;
- Borg de veiligheid van alle deelnemers aan visitatie.

Evaluatie

- Handhaaf het ontwikkelgesprek;
- Includeer een reflectie van de observant in de rapportage.

Algemeen

- Pleit voor een betere vergoeding van de inspanningen die fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken leveren om hun kwaliteit voortdurend te verbeteren en extern te verantwoorden;
- Stimuleer en ondersteun een gestandaardiseerde manier van data verzamelen;
- Bevorder de kwaliteit van datarapportages;

- Koppel onderzoeksresultaten op basis van dataverzameling van de SKF-praktijken beter terug. Laat zien waar SKF-praktijken het verschil maken.

2. Inleiding

De Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) is een onafhankelijk en erkend kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten en voor fysiotherapiepraktijken. Fysiotherapeuten krijgen inzicht in de kwaliteit van hun fysiotherapeutisch handelen en dat vormt de basis van een proces van continu leren en verbeteren. Om kwaliteit te bevorderen en te borgen werken fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken methodisch aan kwaliteit en volgen aantoonbaar een kwaliteitscyclus met betrekking tot professionele ontwikkeling en praktijkvoering. In aansluiting op de visie van de SKF op kwaliteit, leveren fysiotherapeuten transparante en waardegedreven zorg en dragen bij aan een professionele cultuur waarin fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken inzage geven in hun handelen om in een veilige omgeving van elkaar te kunnen leren. Leren van elkaar, ook wel ‘peer learning’ genoemd, wordt door de SKF gestimuleerd door middel van ‘peer review’ en ‘visitatie’. Peer review is een vorm van intercollegiale toetsing gericht op professionele ontwikkeling. Visitatie is een vorm van intercollegiale toetsing gericht op organisatieontwikkeling. Deelnemers reflecteren kritisch op het eigen handelen (peer review) of op de praktijkvoering (visitatie) en ontvangen feedback van collega’s. Het ultieme doel is de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg continu te verbeteren en extern te verantwoorden.

Lerend zorgsysteem

Peer review en visitatie kunnen opgevat worden als interventies als onderdeel van een lerend zorgsysteem waarin dataverzameling een belangrijke pijler is. Een lerend zorgsysteem is een systeem waar het vastleggen van gegevens en hiervan leren als integraal onderdeel van het zorgproces is. In een lerend zorgsysteem worden in de dagelijkse praktijk vastgelegde gegevens gebruikt om kennis te ontwikkelen ten behoeve van professionalisering (bijvoorbeeld praktijkrichtlijnen), organisatieontwikkeling (bijvoorbeeld spiegelinformatie) en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor de cliënt (bijvoorbeeld keuze-informatie). Een lerend zorgsysteem vraagt samenwerking op verschillende niveaus, ondersteund door (zorg)data (McDonald et al., 2024).

De SKF kan opgevat als een lerende community. In een lerende community leren verschillende stakeholders in de kwaliteit van de zorg van elkaar op verschillende niveaus:

1. Op cliëntniveau
2. Op teamniveau
3. Op organisatieniveau
4. Op systeemniveau

Visitatie

Met visitatie wordt de kwaliteit van de geleverde zorg op praktijkniveau (organisatieniveau) onderzocht aan de hand van transparante kwaliteitscriteria en bijbehorende indicatoren. Per kwaliteitscriterium zijn er kwaliteitsindicatoren opgesteld die formatief² zijn (niet direct van invloed op

²Formatieve indicatoren zijn indicatoren die niet direct van invloed zijn op de uitkomst van de SKF-label Keurmerk visitatie. Zij dienen als basis voor het kwaliteitsontwikkelgesprek, waarbij een praktijk op basis van zelfreflectie en zelfevaluatie in samenspraak met de visiteur komt tot conclusies over het eigen niveau van handelen in relatie tot de gestelde criteria.

de uitkomst van visitatie) of een summatief³ karakter hebben. Tabel 1 geeft een overzicht van de kwaliteitscriteria en de daaraan gekoppelde formatieve en summatieve indicatoren. In totaal zijn er 16 summatieve (40%) en 25 formatieve (60%) indicatoren.

Op basis van het onderzoek dat door de visiteur is uitgevoerd, wordt feedback gegeven en advies gegeven waarmee praktijken een ontwikkel -/ verbeterplan kunnen opstellen.

De uitkomsten van de SKF-label Keurmerk visitatie waren in 2024:

1. Positieve uitslag
2. Uitgesteld positieve uitslag
3. Uitgestelde uitslag.

Tijdens het jaar 2024 zijn deze uitkomsten herzien en aangepast naar

1. Positief: geen aanvullend kwaliteitsontwikkelsprek
2. Positief: een vrijwillig kwaliteitsontwikkelsprek
3. Positief: een verplicht kwaliteitsontwikkelsprek

Een kwaliteitsontwikkelsprek (KOG) is een aanvullend gesprek met de visiteur om te evalueren in hoeverre de praktijk de gestelde doelen realiseert.

Tabel 1 SKF visitatie criteria en indicatoren

Nr	Criterium	Nr	Indicator	Summatief	Formatief
I	Actueel overzicht van de praktijkorganisatie en praktijksamenstelling *	1	Wijzigingen in praktijkorganisatie		Formatief
		2	Wijzigingen in praktijksamenstelling		Formatief
II	Algemeen	1	Praktijkpitch op basis van actuele situatie i.r.t. de afgelopen één of twee jaar		Formatief
		2	Verwachtingen van praktijk i.r.t. leerklimaat*		Formatief
III	Update i.r.t. het praktijkportfolio*	1	Aanwezigheid van actueel praktijkportfolio		Formatief
		2	Wijzigingen i.r.t. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
IV	Ontwikkelen, samen leren en verbeteren m.b.v. gegevens verkregen uit laatste visitatie*	1.	Aanwezigheid van praktijkontwikkelsplan	Summatief	
		2	Resultaten i.r.t. praktijkontwikkelsplan m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
V	Kwaliteitsontwikkeling fysiotherapeuten (leerlijnen en leerklimaat)*	1	Voldoen aan deelname Peer-Reviewbijeenkomsten	Summatief	
		2	Voldoen aan bij- en nascholingsseisen SKF	Summatief	
		3	Aantoonbaar gebruik van POP-systematiek	Summatief	
		4	Resultaten van kwaliteitsontwikkeling (1 t/m 4)		Formatief
VI	Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsontwikkeling van de praktijk*	1	Aanwezigheid van kwaliteitssysteem (KS)	Summatief	
		2	Resultaten i.r.t. ontwikkeling (KS) in afgelopen periode m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
		3	Aanwezigheid van actuele missie en visie		Formatief
		4	Wijzigingen in missie en visie in afgelopen periode op basis van actuele situatie in zorglandschap		Formatief
VII	Klanttevredenheid*	1	Structurele deelname aan KTO (klanttevredenheidsonderzoek)	Summatief	
		2	Klanttevredenheidscijfer praktijk	Summatief	
		3	Respons% uitgezette enquêtes	Summatief	
		4	Resultaatsanalyse van uitkomsten m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief

³Summatieve indicatoren zijn indicatoren waar een praktijk aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor een positieve uitkomst van de Keurmerk Fysiotherapie Visitatie. Het zijn indicatoren die passen bij de minimumwaarden van LDK-dataverzameling, wet- en regelgeving, beroepsstandaarden en/of normen vastgesteld door externe partijen, zoals zorginstituut of NZA. Het niet voldoen aan de summatieve indicatoren, zal nooit leiden tot directe consequenties zonder de mogelijkheid tot verbetering

VIII	Dataverzameling op basis van LDK datarapportage*	1	Basisgegevens dossiervoering	Summatief
		2	Data-analyse musculoskeletaal i.r.t. aantal metingen	Summatief
		3	Data-analyse lage rugklachten i.r.t. aantal metingen	Summatief
		4	Data-analyse COPD i.r.t. aantal metingen	Summatief
		5	Data-analyse o.b.v. een indicatie naar keuze i.r.t. aantal metingen	Summatief
		6	Resultaatsanalyse van uitkomsten op medewerkersniveau m.b.v. gebruik PDCA-systematiek	Formatief Formatief
		7	Zelfreflectie op resultaatgrafiek	
		8	Praktijkontwikkelplan i.r.t. LDK-datarapportage	Formatief
IX	Update van praktijkinrichting*	1	Wijzigingen in praktijkinrichting t.o.v. vorige visitatie	Formatief
X	Samenwerking – regionalisering en zorginnovatie*	1	Resultaatsanalyse van deelname aan samenwerkingsverbanden i.r.t. afspraken en doelen	Formatief
		2	Gebruik van PDCA-systematiek i.r.t. de resultaatsanalyse	Formatief
		3	Actieve rol in regionale – lokale samenwerking	Formatief
		4	Praktijkrol i.r.t. zorginnovatie	Formatief
XI	Doelmatigheid – effectiviteit en passende zorg*	1	Resultaatsanalyse m.b.t. actuele behandelindex (BI)	Formatief
		2	Gebruik van PDCA-systematiek i.r.t. de resultaatsanalyse m.b.t. de BI	Formatief
		3	Effectieve zorg i.r.t. patiëntenpopulatie	Formatief
		4	Passende zorg i.r.t. patiëntenpopulatie	Formatief
XII	Wet- en regelgeving*	1	Informatievoorziening patiënten i.r.t. gebruik patiënt gegevens voor onderzoek en verantwoording	Summatief
		2	Implementatie van de Wkkgz binnen de praktijk	Summatief
		3	Implementatie van klachtenprocedure	Summatief
		4	Actualisatie i.r.t. aanbieden van niet FT-behandelingen	Formatief
		5	Actualisatie i.r.t. aanbieden van groepsbehandelingen of andere zorgproducten	Formatief
XIII	Aanvullende voorwaarden door verzekeraars	1	Zie visitatiewijzer	

* Informatie t.b.v. dit criterium of deze indicator wordt voorafgaand aan de visitatie aangeleverd bij Healthcare Auditing (HCA)

Als bij de KOG voldoende kan worden aangetoond dat er ontwikkeling heeft plaatsgevonden, zal de uitslag van het KOG positief zijn. Twee jaar na de uitvoer van de SKF-Label Keurmerk visitatie zal de praktijk worden uitgenodigd voor een nieuwe visitatie. Als bij het KOG onvoldoende kan worden aangetoond dat er ontwikkeling heeft plaatsgevonden, zal de uitslag van het KOG negatief zijn. De praktijk zal 6 maanden na het KOG een volledige SKF-label Keurmerk als HERvisitatie moeten laten uitvoeren.

De visitatie wordt uitgevoerd door een visiteur, veelal een collega fysiotherapeut die hiervoor is opgeleid door de organisatie Healthcare Auditing (HCA). Keurmerk praktijken worden 1 x per 2 jaar gevisiteerd. SKF heeft haar uitgangspunten voor kwaliteit beschreven in haar visie en missie de criteria en indicatoren voor kwaliteit in de SKF visitatiewijzer en de criteria rondom de dataverzameling in het SKF document dataverzameling. Voorafgaand aan de visitatie vullen praktijken de praktijkvragenlijst in

als voorbereiding op het gesprek met de visiteur. Zie ook [SKF-Regulier — HCA](#) / SKF [Keurmerk Documenten - Keurmerk Fysiotherapie](#).

De visitatie wordt bijgewoond door een collega-praktijk die als voorbereiding op deze visitatie ook een deel van de praktijkvragenlijst invult. Na afloop van de visitatie ontvangt de gevisiteerde praktijk een visitatierapport waarin een van de drie boven genoemde adviezen is opgenomen. Praktijken kunnen op basis van dit advies een ontwikkel- of verbeterplan maken.

De SKF-label Keurmerk visitatie 2024-2026 richt zich op het beoordelen van de praktijkvoering, waarbij de nadruk ligt op expliciete en aantoonbare redeneringen met behulp van de PDCA-cirkel. Belangrijke kwaliteitscriteria zijn onder andere het bevorderen van een lerende omgeving, betrokkenheid van medewerkers bij het praktijkbeleid, patiënttevredenheid, voldoen aan wettelijke normen, en samenwerking met andere praktijken. Het doel is continu leren en verbeteren, met aandacht voor toekomstbestendig kwaliteitsbeleid.

Het visitatieprogramma bestaat uit onderstaande stappen. De observerende praktijk is aanwezig tot en met het centrale visitatiedeel. Na afronding van het centrale deel van de visitatie geeft de visiteur een tussentijds advies.

1. Start visitatie met kennismaking, informeren over verwachtingen en doelstellingen en zo nodig korte rondleiding door de praktijk;
2. Centrale visitatiedeel waarin summatieve onderdelen van de SKF-kwaliteitscriteria worden getoetst;
3. Centrale visitatiedeel waarin formatieve onderdelen van de SKF-kwaliteitscriteria worden besproken;
4. Afsluiten en evalueren/reflecteren in relatie tot het centrale deel met observerende praktijk;
5. Medewerkersdeel waarin interviews worden afgenomen. Het aantal is afhankelijk van praktijkgrootte. Ieder interview duurt 30 minuten;
6. Afronding en bespreken van het visitatierapport.

3. Probleemstelling en onderzoeksvragen

SKF wil het nieuwe visitatiesysteem, dat in 2024 is ingegaan, evalueren. SKF heeft Radboudumc IQ Health gevraagd een evaluatief onderzoek uit te voeren naar de manier waarop de visitatie in 2024 in praktijk is gebracht en naar de ervaringen van bezoekers, praktijkhouders, praktijkmedewerkers en observerende praktijken.

Voor deze evaluatie zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wordt de visitatie uitgevoerd zoals bedoeld?
2. Wat zijn de ervaringen van gevisiteerde praktijken, observerende praktijken en bezoekers?
3. Wat zijn de aanbevelingen aan de SKF om haar doelstellingen te realiseren?

4. Plan van aanpak

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn verschillende methoden gebruikt en verschillende groepen deelnemers uitgenodigd.

Deelnemers

1. Gevisiteerden, dit zijn praktijkhouders en/of kwaliteitsmedewerkers die als vertegenwoordiger(s) van de fysiotherapiepraktijk de visitatie voorbereiden en het gesprek voeren met de visiteur.
2. Observanten, dit zijn praktijkhouders en/of kwaliteitsmedewerkers die door de gevisiteerde praktijk uitgenodigd zijn om een deel van het visitatieproces te observeren.
3. Visiteurs, dit zijn fysiotherapeuten die een opleiding tot visiteur hebben gevolgd en het visitatieproces uitvoeren in opdracht van een externe organisatie: HealthCare Auditing. Niet alle bezoekers zijn nog werkzaam als fysiotherapeut.
4. Fysiotherapeuten, dit zijn praktijkmedewerkers die niet direct betrokken zijn bij de visitatie, maar wel hun bijdrage leveren aan het werken aan kwaliteit.

Omdat praktijken in samenstelling variëren, is gestreefd naar een steekproef met maximale variatie in demografische ligging en praktijkomvang voor zover dat mogelijk was binnen de onderzoeksperiode.

De werving van deelnemers voor het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Healthcare Auditing (HCA). In mei 2024 ontvingen 19 praktijken die voor de periode juni tot en met oktober ingepland waren voor visitatie een uitnodiging om mee te doen aan het onderzoek. Wanneer praktijken daartoe bereid waren, werden ook de visiteur en de collega-praktijk, de observant, uitgenodigd. Alle deelnemers hebben voorafgaand aan het onderzoek een informatiebrief ontvangen en een schriftelijk informed consent getekend.

Methoden

De onderzoeksvragen zijn met meerdere methoden onderzocht: 1. documentenanalyse, 2. directe observatie, 3. interviews en 4. een vragenlijst. De vragenlijst is ontwikkeld op basis van de interviews om te onderzoeken in hoeverre de voorlopige bevindingen uit kwalitatief onderzoek resultaten ook geldend waren in een grotere, aselechte groep door middel van kwantitatief onderzoek.

Tijdspad

Vanaf januari 2024 is het onderzoek gestart met de documentenanalyse. Vanaf mei 2024 tot en met september 2024 hebben de observaties en interviews plaatsgevonden. De vragenlijst werd halverwege november uitgezet en was tot halverwege januari toegankelijk.

Documentanalyse

Voor dit onderzoek zijn visitatiedocumenten beschikbaar gesteld door de SKF en HealthCare Auditing. Deze documenten zijn bestudeerd door de onderzoekers MM en MH voorafgaand aan het onderzoek.

Directe observatie

Praktijken, praktijkmedewerkers en bezoekers die bereid waren te participeren in dit onderzoek zijn vooraf geïnformeerd over de rol van de observerende onderzoekers tijdens de visitatie. Een observatieformulier is ontwikkeld waarop de belangrijkste aandachtspunten voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 waren opgenomen. Onderzoekers MM en MH hebben de eerste twee observaties samen uitgevoerd om perspectieven af te stemmen. De daaropvolgende observaties zijn door MM of MH gedaan. Aantekeningen van observaties zijn gebundeld, geanonimiseerd en geüpload in Atlas-ti Software voor kwalitatieve analyse.

Interviews

Om de ervaringen met visitatie te onderzoeken zijn ter plekke interviews gehouden na afloop van de visitatie of op een later tijdstip digitaal via MS Teams. MM en MH hebben een interviewgids samengesteld en hebben de eerste drie interviews samen uitgevoerd. Interviews duurden 45 – 60 min en zijn met toestemming opgenomen en automatisch getranscribeerd via MS Teams of handmatig door MM en MH. Transcripten zijn net als aantekeningen van observaties geanonimiseerd en geüpload in Atlas-ti software.

Vragenlijst

Om gevalideerde vragenlijsten te vinden is de literatuur bestudeerd. Daarbij is in samenspraak met de onderzoeksgroep gekozen voor de vragenlijst van Nardi et al. (Nardi et al., 2023). Aanpassingen waren nodig om deze geschikt te maken voor de evaluatie van SKF-visitatie.

In totaal zijn er 36 vragen ontwikkeld, verdeeld over zes domeinen: 1. Kennis, 2. Attitude, 3. Gedrag, 4. Resultaten en 5. Randvoorwaarden, 6. Overig.

1. Domein kennis: kennis over doelstelling van visitatie en visitatieproces, en kwaliteitsindicatoren.
2. Domein attitude: houdingen ten opzichte van visitatie, het visitatieproces en de kwaliteitsindicatoren.
3. Domein gedrag: concrete handelen in de praktijk op basis van dataverzameling.
4. Domein resultaten: opvattingen over de resultaten van visitatie op het niveau van professionals, teams en organisaties inclusief voorbeelden daarvan.
5. Domein randvoorwaarden: opvattingen over randvoorwaarden voor visitatie en de bruikbaarheid van visitatiefeedback.
6. Domein overig: aanvullende commentaren, niet gebonden aan een specifieke vraag.

Niet iedere deelnemer kreeg dezelfde vragen. Deelnemers konden bij aanvang van de vragenlijst aangeven welke rol ze vervulden bij de visitatie: praktiserend fysiotherapeut, praktijkhouder, kwaliteitsmedewerker en visiteur. Deelnemers konden meerdere rollen aanklikken. Bij het toewijzen van vragen is rekening gehouden met deze verschillende rollen. Dat betekent dat vragen die niet beantwoord konden worden door een fysiotherapeut die niet direct betrokken was bij visitatie, niet aangeboden werden. Omgekeerd konden respondenten die niet in de praktijk werkten weer andere vragen niet beantwoorden. De vragen in het domein overig zijn exclusief aan praktijkhouders en bezoekers gesteld. Voor ieder domein werd een open ruimte beschikbaar gesteld voor aanvullende commentaren. Zie verder resultatensectie voor meer details.

Leden van de SKF ontvingen een link naar de vragenlijst via e-mail. Door de link aan te klikken, werd de vragenlijst geopend in Lime Survey, de beveiligde software voor vragenlijsten van het Radboudumc. De vragenlijsten zijn uitgezet via LimeSurvey door een onderzoeksondersteuner JC. De verzamelde resultaten zijn door JC geëxporteerd naar Microsoft Excel, geanonimiseerd en vervolgens geïmporteerd in IBM SPSS Statistics.

Data-analyse

Aantekeningen van observaties en transcripten van interviews werden door MM en MH geanalyseerd met thematische analyse (Clarke & Braun, 2017). Met thematische analyse worden patronen of thema's in tekstuele data geïdentificeerd, geanalyseerd, geïnterpreteerd en gerapporteerd. Het doel is om betekenisvolle onderwerpen te ontdekken die terugkomen in de data. Dit gebeurt via een systematisch proces van het coderen van data, het groeperen van codes in thema's en het interpreteren van de onderliggende betekenissen. Alle observaties en transcripten werden bestudeerd

door MM en MH. Relevante tekstfragmenten van de eerste twee transcripten werden onafhankelijk gecodeerd. De codes werden daarna vergeleken en besproken. Op basis daarvan is een codeerschema ontstaan waarmee alle transcripten gecodeerd werden. Door codes te vergelijken werden patronen herkend en door codes samen te voegen tot hogere orde categorieën werden de data gereduceerd. De eerste resultaten werden met het onderzoeksteam besproken en samen is gezocht naar de betekenis van deze data in het licht van de onderzoeksvraag. Vervolgens zijn door MM thema's ontwikkeld die pasten bij de onderzoeksvragen, representatief waren voor de data, en vergeleken met de literatuur. Thema's zijn geïllustreerd met citaten van respondenten.

De verzamelde scores op vragen in de vragenlijst zijn door MM kwantitatief geanalyseerd met behulp van beschrijvende en toetsende statistiek. Gemiddelde scores per domein tussen groepen fysiotherapeuten, praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers zijn berekend door middel van een ANOVA en een Bonferroni post-hoc analyse om te bepalen in welke mate verschillen tussen groepen significant waren. De verzamelde schriftelijke commentaren zijn geanalyseerd door middel van een sentimentanalyse. Een representatieve steekproef van de commentaren is gebruikt om de scores op vragen te contextualiseren. Een check op de analyse is uitgevoerd door PvdW.

Ethische aspecten

Dit onderzoek is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie Arnhem-Nijmegen onder Dossiernummer: 2024-17239

De SKF (opdrachtgever) was betrokken bij de onderzoeksopzet en de ontwikkeling van de vragenlijst. MH was als onderzoeksmedewerker betrokken bij een aantal observaties en interviews en de codering van een aantal transcripten. De SKF was niet betrokken bij de analyse van vragenlijsten, de ontwikkeling van thema's en het schrijven van deze rapportage.

5. Resultaten

Deelnemers observaties en interviews

Van de uitgenodigde praktijken (n=19), hebben 6 praktijken toegezegd deel te willen nemen aan het onderzoek. In totaal hebben er 27 deelnemers geparticipeerd in observaties en interviews. Daarvan zijn 21 deelnemers (81%) geobserveerd tijdens de visitatie (9 praktijkhouders/kwaliteitsmedewerkers, 6 observerende praktijkhouders en 6 bezoekers).

De praktijken die afzagen van deelname (n=13), gaven onder andere als reden op dat zij het te druk hadden, dat de aanwezigheid van bezoeker en onderzoekers tijdens de visitatie te veel zou zijn, of omdat ze het te spannend vonden voor henzelf of voor de medewerkers. Een aantal van deze praktijken stemde wel in met interviews na afloop van de visitatie (n=6).

Deelnemers kregen de volgende codes: P + nummer voor de gevisiteerde praktijkhouder en/of kwaliteitsmedewerker; O + nummer voor de observerende praktijkhouders en/of kwaliteitsmedewerkers, V + nummer voor de bezoekers. Zie tabel 3 voor een overzicht waarin tevens de regio is aangegeven waarin de praktijk zich bevindt.

Tabel 3 Geobserveerde en geïnterviewde deelnemers en hun rollen bij de visitatie

Deelnemer	Praktijkcode	Rol	Geslacht	Regio	Observatie	Interview
1	P-1	Gevisiteerde	Man	Noord-Holland	Ja	Ja
2	P-1	Gevisiteerde	Man	Noord-Holland	Ja	Ja
3	P-2	Gevisiteerde	Vrouw	Zuid-Holland	Ja	Ja
4	P-3	Gevisiteerde	Man	Drenthe	Ja	Ja
5	P-3	Gevisiteerde	Man	Drenthe	Ja	Ja
6	P-4	Gevisiteerde	Vrouw	Noord-Holland	Ja	Ja
7	P-4	Gevisiteerde	Vrouw	Noord-Holland	Ja	Ja
8	P-5	Gevisiteerde	Vrouw	Utrecht	Ja	Nee
9	P-6	Gevisiteerde	Vrouw	Utrecht	Ja	Nee
10	P-7	Gevisiteerde	Man	Zuid-Holland	Nee	Ja
11	P-8	Gevisiteerde	Man	Overijssel	Nee	Ja
12	P-9	Gevisiteerde	Man	Zuid-Holland	Nee	Ja
13	P-10	Gevisiteerde	Man	Gelderland	Nee	Ja
14	P-11	Gevisiteerde	Vrouw	Gelderland	Nee	Ja
15	P-12	Gevisiteerde	Vrouw	Drenthe	Nee	Ja
16	O-1	Observant	Man	Noord-Holland	Ja	Ja
17	O-2	Observant	Man	Drenthe	Ja	Ja
18	O-3	Observant	Man	Noord-Holland	Ja	Ja
19	O-4	Observant	Vrouw	Zuid-Holland	Ja	Nee
20	O-5	Observant	Man	Utrecht	Ja	Nee
21	O-6	Observant	Man	Utrecht	Ja	Nee
22	V-1	Visiteur	Man		Ja	Ja
23	V-2	Visiteur	Man		Ja	Ja
24	V-3	Visiteur	Man		Ja	Ja
25	V-4	Visiteur	Man		Ja	Ja
26	V-5	Visiteur	Vrouw		Ja	Nee
27	V-6	Visiteur	Man		Ja	Nee
					21	20

Tabel 4 laat de kenmerken van de, door de onderzoekers, geobserveerde praktijken en de visitaties zien. De visitatieduur is afgestemd op het aantal medewerkers zie tabel 4. Er zijn geen praktijken geobserveerd die groter waren dan 12 medewerkers, zij behoorden wel tot de uitgenodigde praktijken maar om één van eerdergenoemde redenen zagen zij af van deelname.

Tabel 4 Kenmerken van geobserveerde praktijken

Observaties	Praktijken	Regio	Aantal medewerkers	Tijd
	Praktijk 1 P1	Noord-Holland	7 t/m 12	6 uur
	Praktijk 2 P2	Zuid-Holland	7 t/m 12	6 uur
	Praktijk 3 P3	Drenthe	7 t/m 12	6 uur
	Praktijk 4 P4	Noord-Holland	7 t/m 12	6 uur
	Praktijk 5 P5	Utrecht	7 t/m 12	6 uur
	Praktijk 6 P6	Utrecht	<7	4,5 uur
Totaal	6 praktijken			34,5 uur

Tabel 5 geeft een overzicht. Aanvullende interviews waren niet nodig omdat data gesatureerd waren.

Tabel 5 Kenmerken van de interviews met verschillende praktijken

Interviews	Praktijken / Observerende praktijken / Visiteurs	Tijd
13	Gevisiteerde Praktijkhouders / kwaliteitsmedewerkers	10 – 13 uur
3	Observerende praktijkhouders / kwaliteitsmedewerkers	2,5 – 3uur
4	Visiteurs	3 – 4 uur
Totaal	20	15 – 20 uur

Resultaten onderzoeksvraag 1

Is de visitatie uitgevoerd zoals bedoeld?

Om te beantwoorden of de visitatie is uitgevoerd zoals bedoeld is een documentanalyse uitgevoerd, zijn aantekeningen van directe observaties gebruikt en quotes van gevisiteerden of bezoekers indien relevant voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag. De volgende documenten zijn gebruikt als leidraad voor de interpretatie van de resultaten. Tabel 6 geeft een overzicht van de geraadpleegde documenten.

Tabel 6 Documenten voor documentanalyse

Document	Doel en inhoud
SKF visie en missie	Beschrijft visie op kwaliteit en missie.
SKF visitatiewijzer	Beschrijft het doel van visitatie, de uitvoering inclusief de visitatiecriteria en indicatoren.
SKF visie op dataverzameling	Beschrijft de bedoeling van dataverzameling en de gewenste uitkomsten.
SKF Praktijkvragenlijst	Vragenlijst die gebruikt wordt als voorbereiding op de visitatie waarin alle criteria voor SKF-label visitatie aan de orde komen.
SKF Dataverzamelingsdocument	Versie 2024
HCA Visitatierapport	Het rapport met de uitslag van de visitatie
HCA Procedure 01.2 Beheersen functioneren HCA auditor	Omschrijving verantwoordelijkheden bezoekers
Taak- en functieomschrijving visiteur, versie 1.0 2024	Omschrijving van functies en taken bezoekers
HCA bevestigingsmail SKF-Label Keurmerk visitatie	Bevestigingsmail welke wordt verstuurd als uitnodiging voor de SKF-Label Keurmerkvisitatie, inclusief programma, benodigde documenten en informatie over de facturatie.

Voorbereiding van de visitatie

Alle geobserveerde praktijken hadden de praktijkvragenlijst ingevuld, maar de verschillen tussen praktijken met betrekking tot de kwaliteit van de aangeleverde informatie waren groot. In het algemeen werd de voorbereiding, zowel voor gevisiteerden, observerende praktijken en bezoekers, als intensief ervaren, maar tevens als een waardevol reflectiemoment.

Door praktijken die consequent voortbouwden op de vorige visitatie en hun doelen periodiek hadden geëvalueerd, werd de voorbereiding als minder intensief ervaren. De mate waarin praktijken voorbereid waren en de kwaliteit van de informatie die vooraf werd aangeleverd varieerde. Dat was van invloed op de inhoud en vorm van het gesprek tijdens de visitatie. Die observatie werd bevestigd door interviews.

V-1: Van tevoren wist ik al een beetje hoe het ervoor stond, de praktijkvragenlijsten waren heel duidelijk ingevuld, en daarop konden we lekker voortborduren. [....] In zo'n geval ga je samen het gesprek aan, waar zij over willen praten, waar ik over wil praten, dat gaat een beetje organisch. [...] Ja, je maakt wel mee dat [als de praktijkvragenlijst] maar heel summier wordt ingevuld, dat er maar weinig informatie is, of nikszzeggende informatie [..] dan ga ik meer volgens een vaste structuur werken, volgens de criteria aan de gang.

V-2: En je merkt al wel, in de voorbereiding zie je natuurlijk wel een beetje, met name ook in die data rapportages waarop de summatieve criteria misschien een beetje de breekpunten zouden kunnen zijn of waar de weerstand zou kunnen komen. Dus je probeert door die introductie al een beetje te kijken van hoe landt dit?

Maar ook de mate waarin de bezoekers voorbereid waren varieerde. Soms werd er (onnodig) veel tijd besteed aan informatie die al vooraf was aangeleverd en als het ware tijdens de visitatie opnieuw werd 'bestudeerd'. Dat beeld is ook bevestigd door interviews.

P-12: Voorbereiding kost aardig wat uren, nu had de visiteur goed voorbereid, we waren om 12.30 klaar, dat is 3,5 uur. Dat was fijn. Dat hebben we wel anders meegemaakt.

Ook was er verschil tussen bezoekers in de mate waarin zij in de voorbereiding de resultaten van de vorige visitatie hadden meegenomen in het gesprek. Praktijken toonden zich zichtbaar gekend en gewaardeerd als de resultaten in de tijd en in de context werden geplaatst. Deze observatie is ook ondersteund door interviews.

P-8: Ook zou het mooier zijn geweest als het gesprek wat meer zou aansluiten bij de feedback van de vorige visitatie. Verder was er een goede sfeer, heel open, niet beoordelend.

V-3: Dat is een onderdeel van het leren van de vorige visitatie. Als ik niet weet wat er allemaal besproken is bij die vorige visitatie, welke adviezen er gegeven zijn, dan kan ik er moeilijk opvolging aan geven.

Uitvoering van de visitatie

In de visitatiewijzer worden de volgende stappen aangehouden voor de uitvoering van de visitatie:

1. Start visitatie met kennismaking, informeren over verwachtingen en doelstellingen en zo nodig korte rondleiding door de praktijk;
2. Centrale visitatiedeel waarin summatieve onderdelen van de SKF-kwaliteitscriteria worden getoetst;
3. Centrale visitatiedeel waarin formatieve onderdelen van de SKF-kwaliteitscriteria worden besproken;
4. Afsluiten en evalueren/reflecteren in relatie tot het centrale deel met observerende praktijk;
5. Medewerkersdeel waarin interviews worden afgenomen, afhankelijk van praktijkgrootte. Ieder interview duurt 30 minuten;
6. Afronding, bespreking en advies.

Uit de observaties bleek dat visiteurs deze volgorde ook aanhielden, waarbij accenten wel verschilden. Zij volgden de onderwerpen veelal vloeiend in gesprek met de gevisiteerden, met aandacht voor vragen van de gevisiteerden en observerende praktijken. Daardoor had het ene onderwerp wat meer tijd nodig dan het andere.

De rol van de visiteur

In het gesprek met de gevisiteerden namen visiteurs bewust of onbewust verschillende rollen aan. Die rollen waren meestal passend bij het lerende karakter van visitatie. De onderzoekers hebben vier rollen geïdentificeerd:

- a. De coach: heeft een procesmatige aanpak, stimuleert reflectie, sluit aan bij leervragen van de praktijk;
- b. De analist: heeft kennis van zaken, analytische insteek, bevordert inzicht, geeft relevante informatie;
- c. De verbinder: toont invoelingsvermogen vanuit ervaringsdeskundigheid, kent actuele ontwikkelingen in het veld, vertegenwoordigt de visie van SKF;
- d. De controleur: heeft een toetsende insteek, werkt indicatoren puntsgewijs af, normeert.

Aan de hand van de verschillende onderwerpen die in dit rapport besproken worden, worden de rollen verder onderbouwd.

De rol van de observant

Bij elke visitatie was een observerende praktijk aanwezig, de observant. Het verschilde per visitatie welke rol door de observant werd aangenomen. De visiteur had een belangrijke rol in dat proces door regelmatig de observant te betrekken in het gesprek. De onderzoekers hebben twee rollen van de observant geïdentificeerd:

- a. De stagiair: is nog onervaren, let goed op, stelt vooral 'hoe'-vragen, komt vooral informatie halen;
- b. De senior: heeft ruime ervaring met visitatie, brengt nieuwe perspectieven in, deelt ervaringen, stelt vooral 'waarom'-vragen, komt vooral informatie brengen.

Introductie door de praktijk

Voorafgaand aan het gesprek gaven de praktijken een presentatie van de ontwikkelingen van de praktijk sinds de vorige visitatie (criterium 2). Sommige presentaties gaven een doorkijk naar 'de praktijk van de toekomst', kijkend naar hoe praktijken de samenwerking zoeken met andere praktijken om de toenemende zorgvraag en de afname van beschikbare zorgprofessionals (vooral in de steden) te kunnen reguleren; hoe ze medewerkers proberen te 'boeien en te binden' om de continuïteit van de zorg te garanderen. Eén van de gevisiteerden zei: "de belangrijkste verandering sinds de vorige visitatie is dat we veel meer vanuit de medewerkers zijn gaan denken".

Observaties hebben laten zien hoe praktijken nieuwe geldstromen zoeken en nieuwe producten aanbieden om hun bedrijf gezond te houden. Dat ze samenwerking zoeken in de keten om onnodige - of overlappende zorg te reduceren en ook samenwerking zoeken met de 0-de lijn, om een vangnet te creëren voor cliënten waarvoor niet langer een indicatie voor fysiotherapie is. De geobserveerde SKF-praktijken hebben ook in hun presentaties laten zien dat ze hun positie pakken binnen het domein van zorg en welzijn, dat ze aan tafels zitten waar beleid gemaakt wordt op het gebied van preventie en regionalisering. Die observatie werd ook bevestigd door een visiteur:

V-1 : Als ik kijk naar deze praktijk dan denk ik wel. Er verandert natuurlijk veel in de zorg. Kijk naar het IZA enzovoorts en kijk naar het gedrag van gemeenten (om dat te ondersteunen). Het

is voor de praktijken om dit moment echt een uitdaging is om je daarin te verdiepen. Voor deze praktijk...er zijn stapjes gemaakt, maar daarin kunnen ze nog veel verder. Ik denk dat op het stukje samenwerken, innoveren en ondernemen dat ze nog een hoop kunnen.

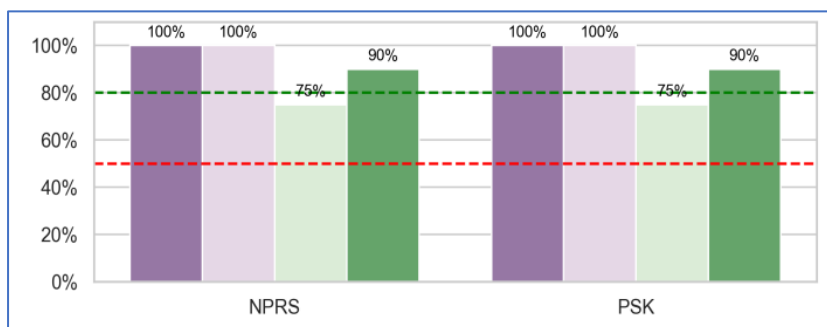
Maar er waren ook praktijken die de blik minder op de toekomst gericht hadden, die vooral worstelden om aan de criteria van de SKF te kunnen voldoen, en alle zeilen bij moesten zetten om hun medewerkers daartoe te motiveren, met name bij relatieve nieuwkomers bij de SKF of bij wisselingen in personele bezetting. Deze praktijken waren terughoudend in het in het delen van 'tegenvallers' of 'incidenten'. Soms was een 'foreclosure' van de visiteur helpend als die een vergelijkbare ervaring deelde: **de visiteur als verbinder**. Bijvoorbeeld één van de praktijkmedewerkers was in een klachtenprocedure verwickeld door een cliënt die niet de gewenste behandeling kreeg. Door het verhaal van de visiteur, werd de drempel verlaagd om meer zorgen te delen en ontstond een constructief gesprek waarbij ook de observant actief betrokken werd.

De summatieve indicatoren

De SKF heeft een aantal jaren geleden het begrip streefwaarde geïntroduceerd en beoogt hiermee praktijken te stimuleren om te voldoen aan de door de SKF vastgestelde vereisten rondom dossiervoering en dataverzameling. De summatieve normwaarden voor dataverzameling hebben betrekking op het minimumaantal metingen dat afgenomen moet worden, niet op de uitkomsten daarvan.

Dit onderdeel nam verreweg de meeste tijd in beslag bij alle visitaties, ongeacht of praktijken wel, niet of gedeeltelijk aan de normen voldeden. Die tijd werd besteed aan het 'uitleggen', het 'verklaren' van de data en het 'kritisch reflecteren' op de betrouwbaarheid van datarapportages, de redelijkheid van de daaraan gekoppelde normen en de betekenis voor de praktijkvoering. Soms was het gesprek over data eenzijdig en oppervlakkig, soms diepgaand en inzicht gevend. Figuur 1 maakt duidelijk hoe datarapportages grafisch zijn vormgegeven en waar praktijken zitten ten opzichte de SKF streefwaarden (de groene lijn) en normwaarden (de rode lijn).

Figuur 1 voorbeeld van presentatie SKF streefwaarden (groene lijn) en normwaarden (rode lijn) in een rapportage



P-8. Het gesprek ging lang over de data en dan vooral of er voldoende was aangeleverd. Ik zou meer geïnteresseerd zijn geweest in de interpretatie van de resultaten. Waarom wijken de data af van de benchmark, dan krijg je een interessant gesprek.

Sommige praktijken worstelden met de rapportages omdat de uitkomsten anders waren dan verwacht. Visiteurs konden goed 'uitleggen' hoe die verschillen tussen de verwachte en gerapporteerde resultaten konden ontstaan, en gaven tips hoe die verschillen recht te trekken: **de visiteur als analist**.

V-3: Ik denk wel dat de praktijken ervaren dat het SKF datarapport het belangrijkste element is van de visitatie. En daar gaat de meeste discussie over. [...] En waarschijnlijk ook omdat dat soms afwijkt [anders dan verwacht] en dat leeft gewoon bij praktijken.

O-1: Bijvoorbeeld de NRS hoe ben ik erin gegaan en hoe kom ik eruit, hebben mijn patiënten nou echt evident een verbetering doorgemaakt? Natuurlijk kan ik dat ook wel zien zonder visiteur, maar hij somt alle dingen op en geeft daardoor meer inzage.

Sommige bezoekers gingen verder dan dat. In plaats van het geven van antwoorden en het normeren van resultaten op basis van rapportages (**de visiteur als controleur**), kon de visiteur de gevisiteerde ook meenemen in het interpreteren van de resultaten door vragen te stellen, de data samen te analyseren en te vergelijken met de voorgaande visitatie, de contextuele factoren mee te nemen zoals bijvoorbeeld de digivaardigheid van de cliëntenpopulatie, veranderingen in de praktijksamenstelling: **de visiteur als analist**. En in plaats van het aandragen van oplossingen praktijken uitdagen om zelf oplossingen te zoeken voor problemen zoals te weinig eindmetingen: **de visiteur als coach**.

Als praktijken worstelden met het voldoen aan de summatieve criteria toonden bezoekers veelal begrip door vergelijkbare ervaringen te delen uit de eigen praktijk of vergelijkbare SKF-praktijken: **de visiteur als verbinder**

O-2: De visiteur die komt ook uit het werkveld en die kent het vak zelf en die loopt daar ook zelf tegenaan. Dat praat al wat makkelijker, dus dat is wel prettig. Dat hadden we wat minder bij de vorige visitatie.

V-2: Dat vinden ze denk ik soms wel prettig dat ik ook af en toe even vanuit eigen praktijk setting dingen bekijk. Dat doe ik wel, denk ik af en toe bewust, zodat ze denken, het is niet een visiteur die het alleen maar vanuit zijn ivoren toren ons beoordeelt maar staat ook nog met de poten in de klei.

O-3: Ik denk [dat de visiteur] niet per se in de praktijk hoeft te werken, maar je kan er vrij snel doorheen prikken of iemand weet waar hij het over heeft. Het is toch prettig als je iemand spreekt die zelf het vak uitoefent? En ik denk dat het ook kan zonder dat te doen, alleen je moet wel echt op de hoogte zijn van de trends en de ontwikkelingen binnen de praktijk en dat zijn zeker niet alle bezoekers.

Maar soms was er ook sprake van rolverwarring. Tips om te voldoen aan de SKF criteria voor dataverzameling waren niet altijd gericht op de bedoeling ervan: het 'leren van de data', maar vooral op het voldoen aan de normen, daarmee implicerend dat de 'normen' het doel zijn en niet het middel om kwaliteit van de zorg te verbeteren. En soms ging de visiteur op de stoel van de praktijkhouder zitten als behartiger van diens belangen:

Observatie: Als de behandelindex ter sprake komt, zegt de visiteur dat de behandelindex onder de 100 ligt en de praktijk dus 'geld laat liggen', want zegt hij 'je neemt de noodzaak voor een aanvullende verzekering weg'.

De formatieve indicatoren

Bij de bespreking van de formatieve indicatoren was de observerende praktijk soms wel en soms niet aanwezig.

De formatieve indicatoren worden besproken samen met de praktijkafvaardiging. Volgens de visitatiewijzer is dit gesprek gericht op 'het benoemen van de positieve punten, het stimuleren tot kwaliteitsontwikkeling of het geven van advies'. Het wisselde per visitatie hoeveel tijd hiervoor werd uitgetrokken. Uit de observaties bleek dat er meer accent lag op summatieve indicatoren waardoor er minder tijd was om formatieve indicatoren te bespreken zoals visie, doelmatigheid en effectiviteit van zorg of passende zorg.

Afsluiten en evalueren

Veel praktijken wisten voorafgaand aan de visitatie wel wat de uitkomst zou zijn. Ze hadden de vragenlijsten ingevuld, het resultaat kwam nooit als een verrassing. Visiteurs gaven concrete feedback aan praktijken, soms alleen gericht op het voldoen aan de summatieve indicatoren, maar indien aan die voorwaarden werd voldaan, meer gericht op organisatieontwikkeling en innovatie gericht op 'de praktijk van de toekomst' in aansluiting op de visie van SKF: **de visiteur als 'verbinder'**. Ook namen bezoekers opmerkingen van praktijken mee als terugkoppeling naar SKF.

P-11: Je leert wel van een visiteur, geeft relevante informatie. Ja, creëert een lerende sfeer, geen beoordelende sfeer. Ik heb kritische vragen gesteld over de verschillende eisen die Keurmerk stelt en Chronisch Zorgnet. Dat heeft hij opgepakt, dat heeft tot verandering geleid, dus kritisch meedenken loont.

P-10 Eigenlijk was [de feedback] heel scherp. Hij had precies wel door wat de bottleneck was en waar onze verbeterpunten lagen. Goede ideeën over hoe we dat kunnen aanpakken, ik merkte dat het iemand was die veel ervaring had, niet op onzinnige kleine dingetjes gaat zitten die er niet toe doen. Maar echt gewoon de grote lijnen, ik was zeer tevreden.

Medewerkersdeel

Tijdens het 2^e deel van de visitatie, het medewerkersgedeelte, worden afhankelijk van de praktijkgrootte interviews met medewerkers gehouden. Het uitgangspunt is volgens de visitatiewijzer: 'leren, meten en verbeteren in een veilige omgeving'. Het doel van de interviews is om te onderzoeken in hoeverre medewerkers actief betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid van de praktijk, in welke mate zij op de hoogte zijn van de SKF-uitgangspunten en ambities, en op welke wijze zij hieraan invulling geven. Veiligheid is volgens de visitatiewijzer een voorwaarde. Uit de observaties kwam naar voren dat bezoekers en praktijkhouders het begrip 'veiligheid' op verschillende manieren in praktijk brengen. Soms vond het gesprek met medewerkers plaats in het bijzijn van de praktijkhouder en de observant, waardoor medewerkers mogelijk blootgesteld werden aan onveilige situaties. Een van de bezoekers vertelde het volgende:

V-3: Ik vraag de praktijkhouder "wat wil je dat ik doe", is gewoon een open vraag.[...]..en "is dat interview alleen met de medewerkers of zit de jij [praktijkhouder] erbij?" Ik ga daar de regels niet voor verzinnen. En praktijken zeggen meestal: "nee hoor ga jij dat maar lekker [zonder mij] doen, ze mogen alles zeggen, het maakt niet uit". Maar toch zie ik ook wel eens praktijken die zeggen [tegen hun medewerkers]: "kom maar, ga maar zitten" en die zitten er gewoon bij.

Soms werden algemene bevindingen uit het gesprek met medewerkers, maar soms ook letterlijke uitspraken van medewerkers teruggekoppeld naar de praktijkhouder.

Afronding en bespreken van het visitatierapport

Bij de afronding van de visitatie vatte de bezoeker de bevindingen nog eens samen, citeerde soms letterlijk uit hun voorlopige rapportage, koppelde de bevindingen terug om geen misverstanden te laten ontstaan. Uit de observaties bleek dat geïnterviewden de feedback en adviezen accepteerden.

V-3: Bij adviezen, soms formuleer ik het voor mezelf en dan lees ik op wat ik heb beschreven als feedback slash advies of tip. Zodat zij kunnen horen hoe het geformuleerd is. Om ze te vertellen wat de feedback is waar zij zelf dan ook nu iets over kunnen zeggen.

Resultaten onderzoeksvraag 2

Wat zijn de ervaringen van deelnemers?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag hebben we interviews met bezoekers, gevisiteerden en observanten gehouden. Soms zijn de interviews direct na de visitatie gehouden, soms achteraf telefonisch. De thematische analyse heeft geleid tot 5 thema's en 9 subthema's. Tabel 7 geeft een overzicht.

Tabel 7 Thema's en subthema's

Thema's	Subthema's
1. Visitatie vroeger en nu	
2. Dataverzameling	Motivaties voor dataverzameling
	De invloed van summatieve indicatoren
	De bedoeling van dataverzameling
	De validiteit en betrouwbaarheid van dataverzameling en rapportages.
	De meerwaarde van dataverzameling
3. Kwaliteitscultuur	
4. Maatwerk en variatie	
5. Leren van visitatie	Spiegelen van gedrag
	Bewust reflecteren
	Leren van feedback
	Samenwerkingspartners zoeken en kennis delen

Thema 1: Reflecties op visitatie vroeger en nu

Deelnemers waren over het algemeen tevreden over het visitatiesysteem. Dit in tegenstelling tot de audits voor pluspraktijken, waarin met het 'vingertje' gewezen werd en er geen ruimte was voor verbetering.

P-3: Waar we in het verleden nog wel eens achterover gingen hangen, zien we nou ook wel het belang [van visitatie] in. En op het moment dat je dat ziet, ben je ook gewilliger om er iets mee te doen. Dat is wel veranderd sinds we mogen verbeteren. In de afrekencultuur van het verleden die we ook hebben meegemaakt [was dat wel anders]. Dat heb je misschien ook wel gehoord van het personeel, dat was er echt ook zenuwachtig voor.

Ook leek de cultuur veranderd. Waar praktijken nu welwillend zijn om van elkaar te leren, beconcurrerden ze elkaar vroeger.

V-1: Nee, dat heb ik nooit meegemaakt. Dat is meer van vroeger, toen praktijken zo naar elkaar keken, ik denk juist dat met deze vorm van visitatie, ik noem het eigenlijk peer review op praktijkniveau, dat dat een leuk klimaat schept, in dit geval was het de observerende praktijk die een heleboel vragen had, maar andersom komt dat ook veel voor, dat is het mooie van dit product – met elkaar samen – en ik heb nog nooit meegemaakt dat ze elkaar als concurrenten benaderen, zo van...daar moet ik vooral niet te veel tegen zeggen. Nee, het is altijd een open en constructieve sfeer [...]. Ik denk dat praktijk eigenaren vroeger heel bang waren voor elkaar, daar werd niet veel met elkaar gedeeld, ik denk dat dat nog steeds wel zo is, maar bij Keurmerkpraktijken zie ik dat niet.

Het betrekken van een observerende praktijk is helpend geweest om die cultuurshift te maken. Dat praktijken zelf een keuze voor de observerende praktijk kunnen maken is daarbij wel relevant om ongewenste concurrentie te vermijden.

P-3 Wij vinden het op zich wel in een prettige sfeer verlopen, zoals het nu gaat de laatste jaren en dat je echt in een soort lerende omgeving van elkaar kunt leren en bij elkaar in de keuken mag kijken. Je hebt altijd met een buurtpraktijk ook een soort concurrentiegevaar hè? Deze [de zelfgekozen observerende praktijk] is wat verder weg, dus dan kun je vrijelijk met elkaar sparren en dat vinden fysio's gewoon leuk.

P-2 We hadden vroeger wel van die strengere visitaties en je merkt dat je dan zelf een defensievere houding aanneemt, want je wil er graag doorheen komen, dat alles goed is, ik denk dat om tot leren te komen dat het niet zo heel erg kritisch hoeft.

Thema 2 Dataverzameling

Dit is een centraal thema in deze evaluatie en bevat vier onderliggende thema's: a) motivaties voor dataverzameling, b) de invloed van summatieve indicatoren, c) bedoeling van dataverzameling, d) de validiteit en betrouwbaarheid van dataverzameling en rapportages en e) de meerwaarde van dataverzameling.

2a Motivaties voor dataverzameling

Motivaties voor dataverzameling waren zowel intern als extern gestuurd. Intern gestuurd vanuit de behoefte om bij Keurmerk te horen, het verschil te willen maken vanuit de overtuiging dat dataverzameling daarvoor nodig is. Extern gestuurd omdat het voldoen aan de criteria van SKF meer financiële ruimte geeft.

O-3 [...] binnen de praktijk is dat eigenlijk geen onderwerp. Omdat, we houden ons gewoon met zijn allen eraan. We weten allemaal het belang ervan en daar is totaal geen discussie over, terwijl er wel eens onderling over wordt gesproken van, hoe staan we erin? [...] Als praktijk kunnen we eigenlijk niet meer echt anders. [...]. We moeten gewoon aan de hoogste contractering zitten, want daar zijn [...] de financiën ook op afgestemd, [...], we gewoon mee in die ontwikkelingen.

P-10 Toen dat op 30% zat is dat best lastig om te halen omdat er bijvoorbeeld collega's zijn die alleen maar ouderen behandelen, die krijgen niemand die zoiets gaat invullen. Probeer maar eens voldoende vragenlijsten te krijgen en dan zijn ze soms ook, ze zeggen 5 minuten, maar eigenlijk is het toch wel 10 minuten of een kwartier en dan moeten ze al niet laaggeletterd zijn. Dus dat vraagt wel wat. En dan toch mensen maar motiveren, want we doen er ook wat mee [met datarapportages], je haalt er ook veel uit.

2b De invloed van summatieve indicatoren.

Het toetsende karakter van de summatieve indicatoren vonden sommige deelnemers acceptabel en zelfs noodzakelijk om kwaliteit te borgen. Voor anderen riepen summatieve indicatoren gevoelens van onrust en frustratie op en hadden een sturende invloed op het gedrag in de praktijk:

V-2: De visitatie heeft toch hoe je het wendt of keert een summatief karakter gekregen. Daardoor merk je gewoon dat er wat onrust in het veld zit, dat merk ik ook in mijn eigen coöperatie, dat partijen toch weer wat zenuwachtiger worden [...] En ja, je komt praktijken tegen [...] die dan toch zeggen: "waarom gaan we nou weer summatief en wat is daar nou het doel van? We zijn bezig om ons bedrijf overeind te houden en we zijn bezig om ons personeel vast te houden. Dat is op dit moment voor onze core business". En je ziet dat iedereen met die klinimetrie bezig is omdat ze het gevoel hebben daarop afgerekend te kunnen worden.

P-7: Ik vind dat daar [summatieve criteria] best op gescoord mag worden. Het hoeft niet allemaal formatief te zijn. Ik vind die normen al vrij soepel als je kijkt dat boven de 60%, dan is

het net iets meer dan de helft waarbij je het moet doen. Dat vind ik eigenlijk ook wel aan de lage kant, als je gewoon een goede dossiervorming een goede praktijksituatie hebt, dan moet dat al snel ruim boven de 60% zijn.

2c De bedoeling van dataverzameling

Ook lijkt de bedoeling van dataverzameling niet altijd duidelijk. Verschillen in de interpretatie van 'de bedoeling' zijn het meest uitgesproken over het verzamelen en gebruiken van data in de praktijk. Dataverzameling is bedoeld om ervan te leren, maar deelnemers gaan verschillend om met data en het leren van data is beslist geen vanzelfsprekendheid. Sommigen verzamelen data 'omdat het moet', kiezen de meest voor de hand liggende meetinstrumenten zoals de NPRS en de PSK, en doen niets met de resultaten.

P-8 Ook al doen mensen cursussen en nemen deel aan Peer Review. Ze verzamelen data omdat het moet en houden zich niet bezig met de betekenis ervan.

Anderen maken bewuste keuzes voor meetinstrumenten, gebruiken data ten behoeve van 'samen beslissen' op het niveau van de cliënt en gebruiken datarapportages om resultaten te evalueren op praktijkniveau. De verschillen in het omgaan met data zijn opvallend.

P-8 De druk op medewerkers is wel groot als ze aan alle eisen moeten voldoen. [...] We hebben dat in onze praktijk proberen op te lossen door vragenlijsten online te laten invullen door de patiënt, dat heeft zeker geholpen, maar verlicht de last maar ten dele. Ik begrijp dat je veel data moet verzamelen om ergens een uitspraak over te kunnen doen. Ik denk dat het in de toekomst mogelijk zal zijn om verantwoorde keuzes te maken voor welke data je wel en niet verzamelt. Zelf ben ik aangesloten bij Chronisch ZorgNet, daar gebruiken we de Kompas tool, ja dat is mooi, daar kun je wat mee.

P-2 Nou, we doen [sinds de visitatie] toch meer met data. Ook wel de inrichting van het proces van dataverzameling, de indeling in risicoprofielen, daar waren we voorheen minder bewust van, dat doen we nu meer, en wat ik ook zie dat we meer met vragenlijsten zijn gaan werken, vooral klachten specifieke vragenlijsten (op activiteitsniveau), waar we voorheen meer gericht waren op stoornisniveau, zoals hand-grond afstand. [...] Ja, soms [gebruiken we data om doelen te stellen], maar dat is vooral de PSK. Bij langdurige klachten is de Quebec bijvoorbeeld weer handig om meerdere meetgegevens te gebruiken. Dat is de kracht, anders houd je mensen soms te lang vast die je niet verder kunt helpen. Als je in zo'n geval minder zou meten is de kans dat je mensen onnodig lang behandelt groter, daarvan ben ik overtuigd.

P-7 We zaten in de visitatie vorige week toen zei [anoniem] ook hoe mooi is het als je dan in die eindevaluatie [met je patiënt] kan laten zien dat de pijn afneemt? Dat proces bespreek ik ook gewoon in de sessies. [...] Mensen vergeten soms hoeveel pijn ze hadden of waar ze op gescoord hebben, dan is het wel interessant om te zeggen; kijk met traplopen scoorde je eerste 8 op 10, hij scoort nu 5 op 10. Dat is toch wel een duidelijke afname en dan gaan ze terugdenken, dan zeggen ze, oh ja, en dat kan dan wel weer motiveren om commitment te behouden.

De validiteit en betrouwbaarheid van dataverzameling en rapportages

Daarnaast waren deelnemers het erover eens dat data valide en betrouwbaar moeten zijn om ermee te werken. Ze waren kritisch op de keuzes van de SKF voor meetinstrumenten en de kwaliteit van de dataverwerking en de rapportages. Twijfels over de geschiktheid van meetinstrumenten en de kwaliteit van de datarapportages riepen frustratie op.

P-2: Het is de vraag of alle metingen die we doen even waardevol zijn en voor wie dan. De patiënt is eigenaar van de klachten en die is niet altijd gebaat bij die metingen. Op therapeutniveau wel, maar wat ik soms wel denk, er worden heel veel cijfertjes verzameld en er worden allerlei berekeningen gedaan, maar je moet eerst kijken of die data logisch en kloppend zijn voordat je uitspraken doet over verschillen tussen praktijken. Datzelfde kun je zeggen over de behandelindex.[...].

P-12 Iedereen wil graag meten, maar volgens mij weten we nog steeds niet wat we precies meten en de ICT systemen zijn nog niet op orde. Wij moesten de klinimetrie van 2023 gebruiken omdat die van 2024 niet op orde was. [...] Ik denk dat er vooral een hoop geld aan verdiend wordt, een hoop werkgelegenheid, je bent [vooral] aan de zorg bezig, [in plaats van] in de zorg.

V-2: Als we zeggen dat data belangrijk is, dan moeten ze wel kloppen [...]. We moeten wel voor zorgen dat dat daar nu rust in komt. Dat we niet steeds weer mails krijgen van "dit klopt nog even niet" [...]. Dat moet bij SKF wel even binnenkomen, dat ze die awareness krijgen.

En dezelfde fysiotherapeut legt uit dat die kennis ook gedeeld wordt en dat data daarbij ondersteunen, mits ze voldoende bruikbaar zijn.

P-12 Ja [wij delen data ook in ons netwerk]. In het netwerk zitten de orthopeden, chirurgen en fysiotherapeuten en andere disciplines in. En daar zijn data bruikbaar voor, maar dan moet de rapportage wel kloppen.

2d De waarde van dataverzameling

Aansluitend op onduidelijkheid over de bedoeling van dataverzameling, was voor sommige praktijkhouders ook de meerwaarde niet duidelijk in een groter perspectief dan de praktijkvoering. Ze zien er te weinig van terug, waardoor het moeilijker is om medewerkers te motiveren. Praktijkhouders hebben behoefte aan terugkoppeling op het gebied van a. kennisontwikkeling en b. positionering, en c. onderzoek.

a. Positionering

P-7 Je levert met 1 grote groep praktijken data aan. Daar komt een verslag uit, spiegel je jezelf aan de rest, dat doe ik maar wat doen we met die data om duidelijk te laten zien daar maken we impact op. Hoe wordt die data gebruikt? Bijvoorbeeld in andere onderzoeken? Ik zou het wel interessant vinden om ook wat meer terug te zien van de inspanning die je doet, wat meer voor het vak naar de buitenwereld te betekenen en naar de verzekeraar.

b. Vergoeding

P-7 Ja [...] Want ik vind dat je ook beloond moet worden voor je inspanningen, daar mag aan beide kanten wat tegenover staan. Je kan wel roepen van ik wil dat de tarieven omhoog gaan, maar hoe laat jij dan zien dat jij dat dat waard bent? En ik vind dat daar data [daaraan bijdragen]. Wij leveren dingen [informatie], wij hebben een commitment om ook onze doelmatigheid te verantwoorden.

c. Onderzoek

P-9 Meer algemeen, niet zozeer visitatie, mis ik de lijn van het Keurmerk zelf, missie/visie staat op het internet maar wat doen we met z'n allen als keurmerkpraktijken. We leveren kwaliteit, maar waar doen we het voor? We leveren data, maar de feedback krijgen we nauwelijks terug. Wat gebeurt er met de validatie naar externen en op wetenschappelijk niveau? Want daar doen we het allemaal voor. Wat is de stip op de horizon, wat is het grotere plaatje? Als je dat

grotere plaatje laat zien, dan krijg je mensen veel meer gemotiveerd. Op individueel niveau, praktijkniveau is die motivatie bij een aantal collega's gewoon lastig. Ik heb 1 collega die vindt het helemaal niets, maar hij doet het wel. [...] Wat ik mis in de visitatie is het gesprek over de zin van data en ook de onzin van data. Wat zegt het wel en wat zegt het niet?

Thema 3 kwaliteitscultuur

In sommige praktijken werden medewerkers actief betrokken bij visitatie. Ze werken mee aan het oplossen van problemen op basis van datarapportages en visitatiefeedback en is er sprake van een kwaliteitscultuur. De praktijkhouder had duidelijk een rol in het delen van informatie en het betrekken van medewerkers bij verbeteracties die op basis van visitatie werden ingezet.

P-11 Ze weten het al lang van tevoren, een keer per maand hebben we vergadering, SKF is een vast item, en elke datarapportage wordt gedeeld, wat opvalt bespreken we met elkaar. Vroeger was dat spannend, dan werden dossiers opengetrokken, dat was echt niet cool. Nu hebben ze de dossiers automatisch op orde anders krijg je alles terug want dan kloppen de data niet. En sommige dingen zijn we onderling scherp op. Een dossier kan immers ook opgevraagd worden door de patiënt.

P-3 De afrekencultuur van het verleden, die we ook hebben meegemaakt. Dat heb je misschien ook wel gehoord van het personeel, dat was daar heel erg zenuwachtig voor.. dat soort momenten, en nu heb je het erover met elkaar.. en je gaat in een constructieve sfeer met je personeel ook die verbeterslag aan.

Maar voor de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur is commitment van medewerkers nodig aan de normen voor kwaliteit en moeten medewerkers zich veilig voelen om fouten te kunnen maken en daarvan te leren. Met name voor praktijken die met veel mutaties te maken hebben of met veel ZZP'ers werken, was het moeilijk om een kwaliteitscultuur te ontwikkelen. Daarnaast bleek uit de (zie onderzoeksvraag 1) dat veiligheid voor medewerkers niet vanzelfsprekend is.

Thema 4 Maatwerk en variatie

Praktijken die nog nieuw zijn bij SKF en de procedures nog niet op orde hebben om aan de eisen van SKF te voldoen, hebben meer feedback en coaching nodig dan ervaren praktijken. Voorafgaand aan de visitatie worden vragenlijsten ingevuld en wordt aanvullende informatie aangeboden zoals datarapporten, behandelindex, PREM-resultaten. Dat proces vraagt veel tijd, maar de voorbereidingstijd wordt minder als praktijken regelmatig evalueren op basis van de SKF criteria. Als de basis op orde is, kan het gesprek afgestemd worden op de wensen en behoeften van praktijken en kan er ook met minder tijd worden volstaan.

P-2 ...en wat ik fijn zou vinden is, wij analyseren bijvoorbeeld onze data en laten daarvan dingen zien, je moet die vragenlijst eerst aanbieden, dat ze van tevoren aangeven wat ze gezien hebben en wat opvalt, dan geef je meer inhoud aan het gesprek. Het zou mooi zijn als je een week van tevoren zou horen, van goh, deze items willen wij graag bespreken, wat willen jullie graag bespreken. Ik denk dat je er dan meer uithaalt.

O-2 Qua duur van zo'n visitatie zelf. Ik vind het wel heel lang [...] het kan wel wat korter. Wat dat betreft zou ik soms wel fijn vinden om even wat sneller wat dingen af te vinken. Minder het rijtje afgaan van [...] want dat hebben we eigenlijk al aan de voorkant toegestuurd, waardoor [...] waardoor we eigenlijk die punten niet meer langs hoeven te lopen.

O-3 Wij hebben het ja goed op orde en we zouden het bijna zonder visitatie allemaal inzichtelijk kunnen laten maken. Want ik vul dus die praktijkvragenlijst [...] al echt tot op detail helemaal

in. En daarmee is eigenlijk al de hele lijst voor 95% compleet. Of eigenlijk misschien wel 99% compleet. Dan ligt dat er al en dat is soms meer dan dat überhaupt de visitatie tijdens het fysieke overleg omvat. Op zich een prettige voorbereiding om het om het volledige plaatje inzichtelijk te maken, maar doe je het nou voor hun of doe je het voor jezelf?

Ook gaven praktijken aan behoefte te hebben aan variatie in observerende praktijken, behoefte aan input en feedback vanuit een nieuw perspectief.

P-2 Als je kijkt naar het proces van visitatie? Nou, ik denk dat het korter kan [...]. Ik denk ook, nu is de frequentie om de twee jaar, en nu waren die mensen (observerende praktijk) voor de tweede keer bij ons om te kijken, en dat is op een gegeven moment ook verzadigd weet je? Het zou ook beter zijn om bijvoorbeeld niet meer dan 2x bij dezelfde praktijk te observeren. Dat je na 2 jaar door moet naar een andere praktijk.

Thema 5 Leren van visitatie

De meerwaarde van visitatie met betrekking tot kennisontwikkeling en innovatie was niet overtuigend; geïnterviewden moesten er lang over nadenken. Visitatie werd meer gezien als een controlemiddel – om kwaliteit te borgen - dan als een prikkel om kennis te ontwikkelen en te delen. Peer review en scholing werden meer gezien als passende interventies voor dat doel.

P-9: Ik denk dat peerreview wel heel goed is voor dit soort dingen. Ik denk dat je het gemiddelde niveau gewoon omhooghaalt door de visitatie. Omdat iedereen gewoon meer scherp gehouden wordt en de creativiteit komt bij elkaar op het moment dat je meerdere bij elkaar hebt en dan lekker gaat sparren. En dan de ene keer vertelt die wat, de andere keer die, en dan komen er altijd discussies los en je houdt daar altijd wat van over zeg maar.

Toch bleek uit de gesprekken tussen gevisiteerde, visiteur en observant dat er op verschillende manieren nieuwe kennis ontwikkeld werd, niet alleen door feedback van de visiteur, maar ook door andere vormen van leren. Die observatie is ook bevestigd door interviews.

Spiegelen van gedrag

Door het spiegelen van gedrag en het delen van best-practices. Dat gold vooral voor de observerende praktijken: **de observant als stagiair**.

P-1 Als je als buitenstaander hoort hoe een praktijk iets vormgegeven heeft, gaat er in je hoofd iets gebeuren en dan kom jij vaak ook tot inzichten over je eigen situatie in je eigen praktijk en dat ga je dan als het ware spiegelen.

P-2: Er zit ook een collega praktijk bij. Dat heb ik paar weekjes geleden zelf ook gedaan. Dat is toch best wel interessant om bij elkaar in de keuken te kijken en elkaar niet te zien als concurrenten, maar om elkaar te helpen.

Bewuste reflectie

In de vaart van de dagelijkse praktijkvoering is vaak geen plaats voor bewuste reflectie. Visitatie helpt om bewust terug te kijken naar de ontwikkelingen en de resultaten van het kwaliteitsbeleid te evalueren.

P-7: Ik denk dat het wel goed is van de visitatie, dat je dat je actief aan het analyseren bent van, hoe zit je praktijk in elkaar. Ik denk dat het zo bezig zijn met je praktijk en het analyseren en het bespreken met mensen die van buiten jouw praktijk komen. Dat dat eigenlijk wel heel leerzaam is.

P-3: Je gaat namelijk je beleidsplan ook weer tegen daglicht houden, dus je gaat ook weer daarin reflecteren, ook weer naar de toekomst toe.

P-1: Maar de visitatie verplicht je ook in de goede zin van het woord om weer even met een helicopterview boven je eigen praktijk te hangen. [...] Als het er niet zou zijn, dan denk ik dat je [...] daar minder tijd aan zou besteden dan nu.

Leren van feedback

De voorbereiding op de visitatie leidt tot reflectie op de kwaliteit van de praktijkvoering en door middel van feedback wordt deze reflectie als het ware gevalideerd op basis waarvan weer nieuwe stappen kunnen worden gemaakt.

P-3 Heel duidelijk dat we ermee aan de slag gaan en dat we gaan kijken van wat is ervoor nodig? En ja, bij de meeste dingen hebben we nu al stappen ondernomen. Waar we in het verleden nog wel eens achterover gingen hangen, zien we nou ook wel het belang van visitatie in. En op het moment dat je dat ziet, ben je ook meer gewilliger om dat te gaan doen. We zijn proactief er mee aan de slag. Dat is wel veranderd sinds we mogen verbeteren.

P-1: We hebben een hele toekomstgerichte visie. We hebben als maatschap daarin stappen gemaakt en daarvoor ook een heel duidelijk strategisch plan ontwikkeld. En voor ons was het dus heel belangrijk dat tijdens de visitatie dat strategisch plan een beetje tegen daglicht werd gezet, van zijn we op de goede weg past dit? Zoals het SKF daar fysiotherapie anno 2024 en verder in ziet of slaan we de plank helemaal mis, moeten we bijsturen, gaan we nu te ver rechtsaf.

Samenwerken en kennis delen

Door samenwerken en kennis delen: praktijken gebruiken visitatie direct of indirect samenwerking te zoeken en kennis te delen, ook met gebruik van data.

P-9 Wij zitten in een stichting met 4 AGB codes, de kruisbestuiving is heel erg leuk. We maken gebruik van het Keurmerk om beter samen te kunnen werken. Op die manier is het heel waardevol.

P-12 We kennen elkaar al lang, we doen visitatie en peer review gezamenlijk. [...]. Ik denk wel dat peer review en visitatie bijgedragen heeft aan samen leren, we hebben wel ideeën om regionalisering op gang te brengen, maar concreet zijn we nog niet zo ver. Maar bijvoorbeeld we gaan het meniscusprotocol opnieuw vormgeven, vormen van krachttraining opnieuw op de kaart zetten, heel leuk.

V-1: Als je kijkt naar de toekomstgerichtheid van de Keurmerkpraktijken, denk ik dat praktijken (zoals deze) stappen aan het maken zijn, zo van, hoe kan ik me hierop voorbereiden, hoe kan ik mijn medewerkers meenemen, hoe organiseer ik dat, bijvoorbeeld met diverse coöperaties binnen gemeentes, ik zie dat veel praktijken als deze ook bestuurdersrol pakken en ik denk dat je dat niet zou hebben zonder (het middel) visitatie. Ik denk dat visitatie de praktijken aanzet om nog verder te gaan. [...]. Voor veel praktijken is het zo dat ze zich moeten verenigen in een mono- of multi-disciplinair netwerken, ik zie vaak dat Keurmerkpraktijken in de coöperaties en netwerken op de stoel van de besuurder gaan zitten. [...] Meer van... als wij daar zitten kunnen we ook invloed uitoefenen.

6. Resultaten vragenlijst

Kenmerken van respondenten

De vragenlijst is uitgezet bij alle deelnemers van SKF. In totaal hebben 589 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Van 68 deelnemers zijn de data verwijderd omdat zij de vragenlijst wel geopend hebben, maar de vragen uiteindelijk niet beantwoord. Tabel 8 geeft een overzicht van de verschillende rollen van respondenten, tabel 9 een overzicht van de kenmerken.

Rollen en combinaties van rollen

Deelnemers hebben aangegeven een enkele rol of een combinatie van rollen te vervullen in de praktijk. Tabel 8 geeft een overzicht.

Tabel 8 Verschillende rollen deelnemers

Rol(len)	n	%
Fysio*	279	47,4
Fysio en Praktijkhouder	56	9,5
Fysio en Kwaliteitsmedewerker	44	7,5
Fysio en Praktijkhouder en Kwaliteitsmedewerker	45	7,6
Fysio en Praktijkhouder en kwaliteitsmedewerker en visiteur	3	,5
Praktijkhouder	93	15,8
Praktijkhouder en Kwaliteitsmedewerker	13	2,2
Kwaliteitsmedewerker	38	6,5
Kwaliteitsmedewerker en visiteur	5	,8
Visiteur	7	1,2
Fysio en Praktijkhouder en Visiteur	5	,8
Fysio en Visiteur	1	,2
Total	589	100,0
* Fysio = Fysiotherapeut		

Om onderscheid te kunnen maken tussen groepen respondenten zijn exclusieve rollen toebedeeld. Als een respondent alleen fysiotherapeut was, werd deze ingedeeld in groep 1: fysiotherapeuten. Als de respondent praktijkhouder was, wel of niet in combinatie met de rol van fysiotherapeut of kwaliteitsmedewerker, werd deze ingedeeld in groep 2: praktijkhouders. Als een respondent kwaliteitsmedewerker was, wel of niet in combinatie met de rol van fysiotherapeut, werd deze ingedeeld in groep 3: kwaliteitsmedewerkers. Als de respondent visiteur was, wel of niet gecombineerd met andere rollen, werd deze ingedeeld in groep 4. Visiteurs. Tabel 6 geeft een overzicht van de kenmerken van de verschillende groepen respondenten.

Tabel 9 Kenmerken van verschillende groepen respondenten.

Exclusieve rol	Fysiotherapeut	Praktijkhouder	Kw medewerker	Visiteur
Aantal / %	278 / 47,3	207 / 35,2	82 / 13,9	21 / 3,6
Geslacht / %				
Man	112 / 40,3	128 / 61,8	33 / 40,2	15 / 40,2
Vrouw	164 / 59,0	78 / 37,7	48 / 58,5	6 / 28,6
Anders	2 / 0,7	1 / 0,5	1 / 1,2	-

Gemiddelde leeftijd / SD	41,1 / 12,3	49,14 / 9,9	40,16 / 8,7	53,05 / 10,1
Minder dan 1 jaar ervaring in deze rol / %	18 / 3,1	9 / 1,5	2/2,4	1 / 4,8
1 jaar tot 5 jaar ervaring in deze rol / %	45 / 7,7	30 / 5,1	35/42,7	2 / 9,5
Tussen de 5 jaar en 10 jaar ervaring in deze rol / %	65 / 11,1	33 / 5,6	21/25,6	5 / 23,8
10 jaar ervaring of meer in deze rol / %	306 / 52,0	143 / 24,3	24/29,3	8 / 38,8

Gemiddelde scores en commentaren per vraag en per domein

In het volgende overzicht wordt een samenvatting gegeven van de gemiddelde scores per vraag en per vraagdomein. In bijlage 2 de volledige vragenlijst en de gemiddelde scores per vraag. De verschillen tussen groepen zijn getest met een ANOVA en de Bonferroni Post-Hoc test om een uitspraak te kunnen doen over de mate waarin de verschillen ook statistisch significant zijn. Zie voor meer details ook bijlage 3. Respondenten hebben uitgebreid gebruik gemaakt van open velden om aanvullend commentaar te geven per domein. Om de domeinscores te contextualiseren is een sentimentanalyse uitgevoerd. Representatieve commentaren van de verschillende groepen respondenten zijn bijgevoegd. In totaal zijn er 688 schriftelijke commentaren gegeven. Een sentimentanalyse uitgevoerd door ChatGpt 4.0 met gebruik van het RoBERT sentimentmodel heeft de volgende resultaten opgeleverd. In totaal zijn er 488 commentaren gegeven.

Tabel 10 Sentimentanalyse

Domein	Rol	Licht negatief	Licht positief	Neutraal	Sterk negatief	Sterk positief
Kenniss	Fysiotherapeut	0	0	13	0	0
	Kwaliteitsmedewerker	0	0	7	0	1
	Praktijkhouder	0	0	13	0	0
Attitude	Visteur	0	1	1	0	0
Gedrag en resultaten	Fysiotherapeut	0	0	44	2	3
	Kwaliteitsmedewerker	0	0	24	0	0
	Praktijkhouder	0	1	43	1	0
	Visiteur	0	1	3	0	0
Overig	Fysiotherapeut	0	2	44	0	3
	Kwaliteitsmedewerker	0	1	23	0	1
	Praktijkhouder	0	1	50	0	2
	Visiteur	0	0	7	0	0
Randvoorwaarden	Kwaliteitsmedewerker	0	0	4	0	0
	Visiteur	0	0	7	0	0
Voorbeelden van Resultaten	Fysiotherapeut	0	4	67	0	1
	Kwaliteitsmedewerker	0	0	78	0	1
	Praktijkhouder	2	0	132	0	1
	Visiteur	0	2	35	0	0

	2	10	447	0	9
Totaal					468

Domein kennis

Tabel 11 laat de gemiddelde scores zien van de verschillende groepen op het domein kennis. Fysiotherapeuten scoren significant lager dan de overige groepen en de spreiding is groter. Ten opzichte van praktijkhouders (gemiddeld verschil -1,45; $p < ,001$), ten opzichte van kwaliteitsmedewerkers: gemiddeld verschil -1,45, $p < ,001$; ten opzichte van bezoekers: gemiddeld verschil -1,65, $p < ,001$. Verder valt op dat de variatie binnen de groep fysiotherapeuten groot is op alle vragen die over visitatie gaan, behalve over de kennis van het kwaliteitsbeleid van de eigen praktijk. Ervaring met visitatie speelt daarbij een rol en het begrijpen van de inhoud van visitatiedocumenten. Zie ook de commentaren. De verschillen tussen praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers zijn niet significant

Tabel 11 Scores per vraag domein kennis

Rol		FT		PH		KWM		Vis	
	Vraagdomein kennis	n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD
1	In hoeverre kent u de doelstellingen van de Keurmerk-visitatie?*	278	2,94 / 1,10	207	4,32 / ,72	82	4,35 / ,88	14	4,43 / ,65
2	In hoeverre kent u de verschillende stappen binnen het visitatieproces (voorbereiding, uitvoering, rapportage)?*	278	2,71 / 1,13	207	4,38 / ,79	82	4,44 / ,88	14	4,71 / ,47
3	In hoeverre kent u het kwaliteitsbeleid van de praktijk waarin u werkt?*	278	3,72 / ,10	207	4,81 / ,48	82	4,82 / ,42	14	4,79 / ,43
4	In hoeverre kent u de formatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk?	278	2,28 / 1,16	207	4,01 / ,99	82	3,98 / ,10	14	4,38 / ,86
5	In hoeverre kent u de summatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk?	278	2,86 / 1,19	207	4,23 / ,95	82	4,22 / ,96	14	4,57 / ,68
Antwoordmodel: 1=Niet; 2=Een beetje; 3=Matig; 4=Redelijk goed; 5=Goed									
FT=fysiotherapeut; PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Bezoeker									
*Deze vragen zijn niet aangeboden aan deelnemers die niet in de fysiotherapiepraktijk werken.									

1. FT: *We worden daar altijd buiten gehouden. Als we wel wat zien, staat het heel mooi op papier maar in de praktijk gaat het heel anders.*
2. PH: *Mensen binnen onze organisatie zijn verantwoordelijk voor de visie en het naleven van de indicatoren. Ik kijk zijdelings mee en stuur het proces aan, maar ben niet zelf actief hierin.*
3. KWM: *Ik ben goed op de hoogte van de indicatoren en doelstellingen, maar het is wel elk jaar een puzzel om uit te filteren wat deze zijn. Er zijn veel documenten[...]. Teksten zijn wollig. Ik lees samen met collega's en we moeten meermaals lezen om goed te interpreteren wat er nu bedoeld wordt/ wat er van ons verwacht wordt..*
4. Vis: *Als bezoeker ben ik heel goed ingevoerd in de kwaliteitsindicatoren, zowel summatief als formatief.*

Domein attitude

Tabel 12 laat de verschillen tussen groepen zien op het domein attitude. De groep fysiotherapeuten scoort significant lager dan de andere groepen, hoewel de verschillen minder groot zijn dan voor het domein kennis. Ten opzichte van praktijkhouders (gemiddeld verschil -0,49; $p < ,001$), ten opzichte van kwaliteitsmedewerkers: gemiddeld verschil -1,61, $p < ,001$; ten opzichte van bezoekers: gemiddeld verschil -0,74, $p < ,001$. De verschillen tussen praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers zijn niet significant. Het valt op dat de variatie onder fysiotherapeuten groot is als het gaat om betrokkenheid en verantwoordelijkheid voor het visitatieproces en de uitkomsten. Die variatie is minder groot als het gaat om opvattingen over summatieve en formatieve indicatoren. Gebrek aan kennis over deze indicatoren onder respondenten en twijfel over de relatie van deze indicatoren met de kwaliteit van zorg voor de cliënt, speelt daarbij een rol. Respondenten noemen de overdaad aan klinimetrie, die zelfs een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van zorg (nocebo-effect). Verder noemen respondenten het onbedoelde, maar wel geobserveerde effect van summatieve indicatoren op het gedrag van fysiotherapeuten (gaming-effect) waarin het voldoen aan de indicatoren het doel wordt in plaats van het middel om kwaliteit te bevorderen. Twijfels over de validiteit en betrouwbaarheid van de manier waarop data verzameld worden en de kwaliteit van datarapportages worden hier ook genoemd evenals twijfels over de waarde van de behandelindex. Respondenten zeggen dat SKF zich steeds meer lijkt te committeren aan de behoefte aan transparantie van de zorgverzekeraars, maar zijn kritisch over de financiële tegemoetkoming voor hun inspanningen om daaraan bij te dragen.

Tabel 12 Verschillen tussen groepen op domein attitude

Rol		FT		PH		KWM		VIS		
	Vraagdomein attitude	n	Gem / SD	n	Gem	SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD
6	Ik voel me vanuit mijn rol in de praktijk betrokken bij het Keurmerk-visitatieproces en de uitkomsten.*	278	3,07/1,27	101	4,26/,90		44	4,48/,85	12	4,50/,67
7	Ik voel me vanuit mijn rol in de praktijk verantwoordelijk voor het Keurmerk-visitatieproces en de uitkomsten.*	278	3,30 / ,12	101	4,33 / ,91		44	4,38 / ,81	12	4,58 / ,52
8	Ik vind de formatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk acceptabel.	278	3,00 / ,77	207	3,62 / ,88		82	3,73 / ,72	21	4,19 / ,68
9	Ik vind de summatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk acceptabel.	278	2,99 / ,86	207	3,38 / ,93		82	3,28 / ,96	21	3,76 / ,77
10	Ik hecht waarde aan het zorgvuldig vastleggen van behandelgegevens (procesdata).	278	3,85 / ,92	101	3,98 / ,86		44	4,11 / ,81	12	4,25 / ,62
11	Ik hecht waarde aan het verzamelen en vastleggen van meetgegevens door middel van fysieke testen (uitkomstdata).	278	3,74 / ,93	101	3,79 / ,86		44	3,91 / ,80	12	3,92 / ,52
12	Ik hecht waarde aan het verzamelen en vastleggen van meetgegevens door middel van vragenlijsten (uitkomstdata).	278	3,30/1,13	101	3,43/1,02		44	3,50/1,00	12	3,58/,52
Antwoordmodel: 1=Helemaal me oneens; 2=Mee oneens; 3=Noch mee oneens, noch mee eens; 4=Mee eens; 5=Helemaal mee eens.										
FT=fysiotherapeut; PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Visiteur										
*Deze vragen zijn niet aangeboden aan deelnemers die niet als fysiotherapeut werkzaam zijn. Praktijkhouders n=106; KW-medewerkers n=38; Visiteurs n=9										

1. FT: *Ik ben niet goed genoeg op de hoogte van alle indicatoren om daar een waarde oordeel aan te geven.*
 FT: *Het is net als Cito toetsen, er leren kinderen daar op te scoren i.p.v. dat we ze leren om kind te zijn. Er lopen meer therapeuten rond die goed scoren op de criteria dan dat ze excellente therapeuten zijn. Helaas is het een niet gelijk aan het ander.*
2. PH: *Collega's lopen vooral tegen het feit aan dat patiënten vooral tevredenheidsonderzoek moe zijn. Vanuit het keurmerk wordt er eisen gesteld m.b.t. het responspercentage, maar dit is niet iets waar de fysiotherapeut direct invloed op heeft, maar wel onnodig stress geeft*
3. PH: *Er is een overdaad aan klinimetrie die zijn doel voorbij geschoten is en de waarde die daaraan gehangen wordt is niet in lijn met klinische relevantie. Bij een acute lage rugpijn bijvoorbeeld, stellen alle internationale richtlijnen te focussen op positieve gezondheid en het wegblijven van Nocebo boodschappen. Maar SKF verplicht de fysiotherapeut de patiënt maar liefst 3 vragenlijsten voor te leggen, waardoor de patiënt vooraf al anders het proces in gaat.*
4. PH: *[...] Elk jaar komt er weer een wat hogere eis als het gaat om data. Slaait in onze ogen de plank compleet mis. Vooral omdat de datarapporten nog steeds niet de weerspiegeling van de werkelijkheid zijn, er zitten veel fouten in [...].*
5. PH: *Het aantal summatieve indicatoren is toegenomen vooral op het gebied van data. Hier had SKF altijd een afkeer van, dat dit toch is geadopteerd komt mij voor als een knieval waar we toch naar de pijpen van de verzekeraars dansen, waar dat precies niet de bedoeling was.*
6. PH: *Ik vind dat het gebruik van de behandelindex volledig uit de visitatie moet blijven, aangezien dit een volledig onbetrouwbaar, ondoorzichtig en niet te beïnvloeden afrekeninstrument is. Naar mijn mening moeten we duidelijk het standpunt innemen dat we dit instrument niet serieus nemen. De resultaatindex heeft wat dat betreft meer waarde voor mij.*
7. PH: *Op het moment dat er summatieve eisen aan klinimetrie gesteld worden zal er naar het gestreefde percentage toegewerkt worden. Wanneer dit niet gehaald dreigt te worden zullen er foeffjes gebruikt worden om dit percentage te halen. Dit zorgt er voor dat de kwaliteit en betrouwbaarheid van de klinimetrie omlaag zal gaan. Tijdens onze visitatie werd er zelfs aangeraden om vragenlijsten maar zelf in te vullen wanneer een patiënt uit beeld was geraakt en wanneer een therapeut ongeveer wist hoe de toestand van de patiënt was ten tijde van de laatste behandeling.*
8. VIS: *De nadruk ligt bij dit onderdeel wel heel sterk op de dataverzameling*

Domein gedrag

Tabel 13 laat de verschillen tussen groepen zien op het domein gedrag. Op het domein gedrag scoren fysiotherapeuten niet significant lager dan praktijkhouders en kwaliteitsmedewerkers. Het verschil met visitateurs is wel significant: gemiddeld verschil -0,41, $p=0,045$. Ondanks dat vragenlijsten bedoeld zijn om cliënt-gerapporteerde uitkomsten te verzamelen, zegt 24,8% van de respondenten dat zij die soms zelf invullen, 13,3% meestal en 1,8% altijd. Het gebruik van meetgegevens voor shared decision making is ook niet vanzelfsprekend (8,5% nooit, 12,6% Heel soms, 26,0% soms). Het gebruik van meetgegevens om behandeluitkomsten te vergelijken op cliëntniveau is nog minder gebruikelijk (40,7% helemaal nooit, 22,3% heel soms, 25,1% soms) evenals het vergelijken op praktijkniveau (55,4% helemaal nooit, 22,3% heel soms, 25,1% soms). Respondenten geven aan dat verplichte vragenlijsten niet altijd passend zijn bij de kenmerken van de doelgroep, bijvoorbeeld geletterdheid. Respondenten noemen ook het spanningsveld tussen het gestandaardiseerde zorg (vastgestelde meetinstrumenten) en patient-centered care die juist gekenmerkt wordt door zorg op maat.

Tabel 13 Verschillen tussen groepen op het domein gedrag

	FT		PH		KWM		VIS	
	n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD
Vraagdomein gedrag								
13 De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door de patiënt zelfstandig beantwoord.*	278	3,23 / 1,01	101	3,67 / ,83	44	3,59 / ,90	12	3,92 / ,67
14 De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door de patiënt met mijn hulp beantwoord.*	278	3,16 / ,89	101	3,10 / ,85	44	3,09 / ,77	12	2,92 / ,67
15 De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door mijzelf beantwoord.*	278	2,49 / 1,02	101	2,19 / ,95	44	2,25 / ,97	12	1,83 / ,72
16 Ik gebruik meetgegevens om samen met de patiënt keuzes te maken voor behandeldoelen en interventies.*	278	3,36 / 1,14	101	3,24 / 1,16	44	3,52 / ,98	12	4,17 / ,72
17 Ik gebruik meetgegevens om samen met de patiënt behandelresultaten te evalueren. *	278	3,76 / ,95	101	3,64 / 1,09	44	3,93 / ,82	12	4,17 / ,84
18 Ik gebruik meetgegevens om behandeluitkomsten te vergelijken met vergelijkbare patiënten (bijvoorbeeld specifieke lage rugklachten).*	278	2,01 / 1,08	101	2,24 / 1,18	44	2,34 / 1,16	12	2,50 / 1,24
19 [Ik gebruik meetgegevens om resultaten op praktijkniveau te vergelijken met andere praktijken (bijvoorbeeld behandelgemiddelden of behandeluitkomsten).*	278	1,57 / ,96	101	2,48 / 1,27	44	2,25 / 1,35	12	2,92 / 1,44
Antwoordmodel: 1=Helemaal nooit; 2=Heel soms; 3=Soms; 4=Meestal; 5=Altijd								
FT=fysiotherapeut; PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Visiteur								
*Deze vragen zijn alleen aangeboden aan respondenten die als fysiotherapeut werkzaam zijn.								

1. FT: Het draagt bij aan het gevoel er langzaam aan wel klaar mee te zijn. Kunt u in en uit bad stappen? , de meeste mensen hebben geen bad. Of een bejaarde vragen of hij of zij kan springen [...]. Nonsens.
2. FT: Ik werk als kindersfysiotherapeut. De klinimetrie is daar niet op gericht. Teveel aandacht voor pijn, vragenlijsten die ik nu geacht wordt in te vullen [...] zijn niet geschikt voor kinderen en geeft dus bias.
3. FT: Het is onwenselijk om vragenlijsten verplicht af te nemen zonder dat de zorgverlener die informatie nodig heeft of gebruikt [...] Dit druist volledig in tegen de basis principes van Evidence Based Practice.
4. FT: Ik was bij mijn vorige werkgever verplicht om bij rugklachten de qbpds in te vullen. Een van de vragen was: 'kunt u 100 meter hardlopen'. Wel lastig als je in een rolstoel zit. Ik durf het niet te vragen. Tijdrovend en vaak niet in belang van de patiënt.
5. PH: De respons van door de patiënt zelf ingevulde vragenlijsten is te laag voor de behalen limit [indicator]. En veel vragenlijsten leveren niet de gewenste input voor behandeling.
6. FT: Ik ervaar als geriatriefysiotherapeut dat de gestandaardiseerde protocollen soms TEN KOSTE kunnen gaan van het proces. Door de invoer van sommige mds meet ik soms minder specifiek en patiënt gericht. Ik heb veel patiënten die komen voor functieproblematiek en niet voor pijnklachten, toch moet ik de NRS uitvragen en invullen, omdat ik dan al minder passende klinimetrie heb gebruikt laat ik de best passende klinimetrie soms achterwege. Bovendien zie

ik mensen met cognitieve problematiek die niet in staat zijn om een passend antwoord te geven op de vragenlijsten, ik ontkom er dan niet aan om het naar eigen inzicht te interpreteren en zodanig in te vullen.

Domein resultaten

Tabel 14 laat zien dat praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en visiteurs positief zijn over de opbrengsten van visitatie. De verschillen tussen groepen zien dat de groep fysiotherapeuten significant lager scoort dan de andere groepen. Ten opzichte van praktijkhouders: gemiddeld verschil -0,59; $p < ,001$), ten opzichte van kwaliteitsmedewerkers: gemiddeld verschil -1,66, $p < ,001$; ten opzichte van visiteurs: gemiddeld verschil -1,19, $p < ,001$. De verschillen tussen praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en visiteurs zijn niet significant. Opvallend is de grote variatie tussen respondenten op dit domein. De respondenten zijn kritisch op de extra administratieve last en werkdruk die dataverzameling met zich meebrengt en het gewicht dat SKF daaraan geeft in een tijd waarin fysiotherapiepraktijken andere prioriteiten hebben. Respondenten zien de meerwaarde van visitatie als het gaat om het bevorderen van de kwaliteit van de praktijkvoering, en ook het observeren van visitaties wordt als waardevol ervaren, maar respondenten zijn kritisch op visitatie als instrument om kwaliteit van zorg, samenwerking en innovatie te bevorderen. Die domeinen worden vooral gezien als de professionele verantwoordelijkheid van fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken. Toch worden aanbevelingen op die gebieden gewaardeerd.

De nadruk van SKF op dataverzameling wekt bij respondenten de suggestie dat er een lineair verband is met de kwaliteit van de zorg voor de individuele cliënt. Het voldoen aan de criteria voor dataverzameling is voor veel fysiotherapeuten een doel op zich geworden – wat het betekenisvol gebruik van data in de weg staat en er lijkt ook onvoldoende kennis en inzicht te zijn in de mogelijkheden. Toch noemen respondenten ook ‘bewustwording’ en ‘gedragsverandering’ als een voorbeeld van een uitkomst waarbij dataverzameling wordt gezien als een instrument om efficiëntere en kosten-effectievere zorg te leveren en daar dragen summatieve indicatoren aan bij.

De rol van de visiteur wordt als bevorderend of juist belemmerend genoemd met betrekking tot leren en verbeteren op basis van visitatie. De eerder geschetste rol van de **visiteur als ‘controleur’** die hokjes ‘afvinkt’ wordt als ongewenst ervaren. Een procesgerichte, coachende benadering daarentegen als ondersteunend zoals ook uit de interviews is gebleken. Daarnaast is een bredere scope van de visiteur gewenst: monodisciplinaire praktijkvoering versus interdisciplinaire praktijkvoering.

Tabel 14 Verschillen tussen groepen op het domein resultaten

Domein resultaten		FT		PH		KWM		VIS	
		n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD
20	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan de professionalisering van fysiotherapeuten.	278	2,86 / 1,11	207	3,44 / 1,09	82	3,43 / 1,03	21	4,10 / ,70
21	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbesef van fysiotherapeuten.	278	2,87 / 1,20	207	3,43 / 1,06	82	3,54 / ,96	21	4,0 / ,71
22	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de praktijkvoering.	278	2,97 / 1,16	207	3,60 / 1,05	82	3,72 / ,82	21	4,19 / ,87

23	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van de klanttevredenheid.	278	2,27 / 1,04	207	2,47 / 1,05	82	2,46 / 1,06	21	2,86 / ,96
24	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van communicatie en samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere partners in zorg en welzijn.	278	2,47 / 1,07	207	2,57 / 1,17	82	2,80 / 1,07	21	3,52 / 1,03
25	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van innovaties in de zorg.	278	2,55 / 1,02	207	2,66 / 1,05	82	2,84 / 1,05	21	3,52 / ,81
26	De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van doelmatigheid en effectiviteit van zorg.	278	2,63 / 1,12	207	2,95 / 1,07	82	2,98 / 1,05	21	3,48 / ,93
Antwoordmodel: 1=Helemaal me oneens; 2=Mee oneens; 3=Noch mee oneens, noch mee eens; 4=Mee eens; 5=Helemaal mee eens.									
FT=fysiotherapeut; PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Visiteur									

FT: *Mijn inziens draagt dit op geen enkel vlak bij aan het verbeteren van de kwaliteit van fysiotherapie. Het is een administratieve last waarbij fraude (het invullen door de fysiotherapeut zelf) eerder de regel is dan de uitzondering. Dit ligt niet aan de vorm maar aan de keuzes die praktijken maken om zichzelf te handhaven binnen de financiële uitdagingen (hoe maak ik nog winst), wat op dit moment alleen nog kan door te knippen in de tijd per patiënt en het 'investeren' in jong en dus goedkoop personeel.*

FT: *Door de bewustwording van data ben je efficiënter aan het werk. En door regelmatig te moeten evalueren net zo.*

FT: *Door op tijd te evalueren en concrete doelen op te stellen kan de behandeling soms vlotter beëindigd worden.*

FT: *ik vind het verbeteren van de kwaliteit goed, maar we moeten niet weer doorslaan in het van alles 'moeten om maar een hoger tarief te krijgen'. Ik ben geen vakkenvuller, maar een fysiotherapeut.*

PH: *het handhaven van de verplichte klinimetrie heeft geleid tot betere zorgplannen in EPD en een serieuzere kijk op gebruik ervan.*

PH: *Fysiotherapeuten zien het toch als een verplicht vinkje zetten. Als praktijk eigenaar zie ik wel dat door de verplichting therapeuten wel meer bezig zijn met kwaliteit op het gebied van kennis. Maar niet alle ontwikkelingen begrijpen therapeuten en willen ze ook niet aan meewerken.*

PH: *De summatieve indicatoren richten zich nagenoeg volledig op data - verzameling en de uitkomsten hiervan. Naast de potentieel grote bias, geeft data analyse slechts voor een deel richting aan kwaliteit. Zo worden bijvoorbeeld 'visie en missie' niet geanalyseerd, maar zijn wel van grote invloed op de geleverde kwaliteit van zorg. Dit geldt voor meerdere aspecten van het kwaliteitsbeleid.*

PH: *Bijvoorbeeld, het uitdraaien van een lijst met patiënten die langer dan 3 weken geen afspraak hebben gehad en die in de toekomst ook geen afspraak hebben staan. Geeft een mooie kans voor retentiemanagement, meer dossier sluitingen en uitsturen tevredenheidsenquêtes.*

PH: Een visitatie draagt m.i. in basis zeker bij aan de ontwikkeling van kwaliteitsbesef. De inhoudelijkheid van een visitatie zou echter bepaald dienen te worden door een afvaardiging van de beroepsgroep en periodiek in heroverweging mogen moeten worden. Ditzelfde geldt voor normstellingen binnen de criteria.

PH: Door met een andere praktijk de visitatie te doen krijg je inzicht in de bedrijfsvoering en ideeën hoe je uitdagingen kunt aanvlagen.

PH: de visitaties zijn zeker nuttig met name op het stukje gezonde en professionele bedrijfsvoering.

PH: Het probleem is dat er niet op dezelfde manier wordt gevisiteerd door de verschillende bezoekers. zo kan de praktijk van de observerende praktijk met slechtere data toch voldoende scoren en de praktijk waar alles veel beter geregeld is met betere data, een verbeterplan moeten maken.

PH: Kwaliteitsbeleid is grotendeels intrinsiek en niet afhankelijk van externe controle. De vraag of de

PH: Het hangt enorm af van de bezoeker. Wij zijn sinds 2021 deelnemer bij het Keurmerk en hebben inmiddels 1,5 cyclus doorlopen. Als observerende praktijk hebben wij 2 hele prettige visitaties meegemaakt [...]. Onze eigen visitatie vond ik echter een stuk minder verlopen [...]. Het voelde heel erg als een oude plus-audit waarop er vooral naar vinkjes en formats werd gekeken. Voor eigen in te brengen onderwerpen was eigenlijk geen ruimte en de bezoeker was erg directief aanwezig in de begeleiding van de visitatie en de ruimte die de bezoeker gaf voor discussie [...]. Al met al een minder prettige ervaring dan wij gewend waren en volgens ons niet op de wijze zoals het keurmerk het zelflerend vermogen wil stimuleren.

PH: Als er echt wordt doorgevraagd (door sommige bezoekers wordt dit gedaan) dan draagt [visitatie] bij aan de ontwikkeling en de verbetering. Als alleen het lijstje wordt afgewerkt dan is het niet zinvol.

PH: De auditor is vaak te weinig op de hoogte van multidisciplinaire samenwerking. De audit is te veel toegespitst op mono praktijkvoering. Hierdoor vaak onvoldoende verbeterpunten die opgepakt kunnen worden, doordat binnen de organisatie het anders gaat dan binnen een particuliere praktijk.

PH: De doelstelling van de visitaties vanuit het SKF zijn gebaseerd op een lerend vermogen. Er wordt m.i. echter te weinig gekeken vanuit de rol en positie per individuele organisatie. De resultaatgerichte wijze van visitaties maken dat er onvoldoende oog is voor het proces wat voorafgaand is aan het resultaat. Pas wanneer daar op gefocust wordt zal kwaliteit van zorg gedragen worden door de zorgverleners en in organisatie brede zin.

PH: De visitatie an sich niet. Innovatie is een thema waar wij als praktijk sowieso mee bezig zijn, net als passende zorg/hybride zorg/etc. De indicatoren in de SKF visitatie sluiten aan op ons praktijkbeleid, maar zijn niet richtinggevend. Wel ervaar ik de gesprekken tijdens de visitaties (met auditoren en observerende praktijk) vaak als meerwaarde voor het denkproces.

VIS: Ik ervaar tijdens visitaties dat praktijken door het gesprek dat gevoerd wordt wel degelijk waarde toekennen aan de visitatie. Ik denk dat zij veel leerervaringen meekrijgen maar of dat direct leidt tot verbeteren van de praktijkvoering hangt in sterke mate af van de bereidheid om iets met de uitkomsten/tips en adviezen van de bezoeker te doen. daarvoor zijn de kwaliteitsontwikkelgesprekken bedoeld om toch een positieve stimulans te geven aan de ontwikkeling van de praktijk.

VIS: Uit ervaring blijkt dat samenwerking domein overstijgend nog weinig vorm heeft gekregen omdat praktijken het moeilijk vinden hier een goede positie bij in te nemen, temeer daar zij nog veel onwetendheid/ervaring hebben om hierin een juiste rol te pakken/nemen.

VIS: *Het gesprek en het met elkaar als praktijken (dus ook de observanten) nadenken over doelmatige zorg vindt zeker plaats tijdens de visitaties zeker als we het plaatsen in het toekomstig perspectief dat er meer patiënten behandeld zullen gaan worden door minder therapeuten. Daarbij worden praktijken geprikkeld om na te denken in welke mate men patiënten behandeld met terechte zorgvragen of dat men ook veel mensen met secundaire klachten behandeld op basis van levensvragen die eigenlijk door andere professionals behandeld moeten worden (JZOJP)*

Aanvullende vragen met betrekking tot randvoorwaarden

Tabel 15 laat zien hoe visiteurs, kwaliteitsmedewerkers en visiteurs de randvoorwaarden voor visitatie ervaren. De resultaten demonstreren dat praktijkhouders de tijd die nodig is om de visitatie voor te bereiden minder acceptabel vinden dan kwaliteitszorgmedewerkers en visiteurs. Ook hier lijkt maatwerk gewenst voor praktijken die de basis op orde hebben met betrekking tot motivatie, betaalbaarheid en haalbaarheid.

Tabel 15 Opvattingen over randvoorwaarden visitatie

Domein randvoorwaarden		PH		KWM		VIS	
		n	Gem / SD	n	Gem / SD	n	Gem / SD
27	De tijd die nodig is voor fysiotherapiepraktijken om de Keurmerk-visitatie voor te bereiden is acceptabel.*	207	2,93 / 1,11	82	3,05 / 1,07	13	3,62 / ,96
28	De tijd die nodig is voor fysiotherapiepraktijken om de Keurmerk-visitatie uit te voeren is acceptabel.*	207	3,30 / 1,05	82	3,33 / 1,04	13	3,85 / ,80
29	De tijd die nodig is voor visiteurs om de Keurmerk-visitatie voor te bereiden is acceptabel.**	-	-	-	-	21	3,71 / ,90
Antwoordmodel: 1=Helemaal me oneens; 2=Mee oneens; 3=Noch mee oneens, noch mee eens; 4=Mee eens; 5=Helemaal mee eens.							
PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Visiteur							
*Deze vragen zijn alleen aangeboden aan praktijkhouders							
**Deze vraag is alleen aangeboden aan visiteurs							

PH: *De eerste visitatie hadden we echt iets aan. De laatste keren lijkt het steeds meer op hetzelfde. Weinig diepgang. Leuk gezellig met elkaar kletsen met een bak koffie. En mopperen over zaken waar we geen invloed op hebben. Of waar toch niets aan verandert. De ene tip of iets wat we er soms nog uithalen weegt totaal niet op tegen de tijd.*

KWZ: *De praktijkvragenlijst vooraf is onnodig lang en veel te uitgebreid in beschrijving.*

PH: *Er heeft een goede verbetering plaatsgevonden in de nieuwste visitatie producten. SKF betaalt in 2024/2025 de visitatie, dat moeten ze blijvend doen.*

PH: *De visitatie gaat steeds meer kosten(voorbereiding, kosten,) en minder opleveren (tarief) In 2023 22000 euro extra tarief, haal daar alle kosten en tijd, (ook kosten) vanaf in een praktijk met 11 fysio's hoe lang is het houdbaar en blijven we gemotiveerd?*

PH: *De manier, mate en inhoud waarop Keurmerk visiteert is buitenproportioneel aan de beloning ervan. Het is meewerken aan de versobering van de zorg, waar enkel de meetbare kwaliteit hoog in het vaandel staat. En wij ons in onze praktijk verplicht voelen om mee te doen, omdat we anders onderbetaald ons hoofd boven water moeten houden.*

Aanvullende vragen met betrekking tot het visitatieproces en de resultaten

Tabel 16 laat zien dat het merendeel van praktijkhouders, kwaliteitsmedewerkers en bezoekers zich veilig genoeg voelen om inzage te geven in hun praktijkvoering, positief zijn over de kwaliteit van de feedback van de visiteur en de observant en deze ook gebruiken om de praktijkvoering te verbeteren, hoewel verschillen tussen bezoekers wel worden genoemd. Er is er behoefte aan een betere terugkoppeling van resultaten op het niveau van wetenschappelijk onderzoek en profilering zoals ook uit de interviews bleek.

Tabel 16 Resultaten aanvullende vragen over visitatieproces en resultaten

Aanvullende vragen		PH		KWM		VIS	
		n	Gem / SD	n	Gem/SD	n	Gem / SD
30	Ik hecht waarde aan de informatie en feedback van de visiteur.*	207	4,05 / ,82	82	3,95 / ,85	13	4,31 / ,63
31	Ik hecht waarde aan de informatie en feedback van de observant.*	207	3,98 / ,85	82	3,89 / ,86	13	4,23 / ,44
32	Ik voel me veilig genoeg om inzage te geven in mijn praktijkvoering.*	207	4,25 / ,72	82	4,16 / ,63	13	4,31 / ,48
33	Ik voel me veilig genoeg om de kwetsbare kanten van mijn praktijkvoering te bespreken.*	207	4,20 / ,77	82	4,21 / ,77	13	4,38 / ,51
34	Ik neem de ontvangen visitatiefeedback serieus.*	207	4,27 / ,66	82	4,37 / ,58	13	4,46 / ,52
35	Ik bespreek de ontvangen visitatiefeedback binnen het team. *	207	4,39 / 0,66	82	4,45 / 0,57	13	4,38 / 0,51
36	Ik gebruik de ontvangen visitatiefeedback om verbeteracties in gang te zetten.*	207	4,28 / 0,66	82	4,32 / 0,63	13	4,62 / 0,51
Antwoordmodel: 1=Helemaal me oneens; 2=Mee oneens; 3=Noch mee oneens, noch mee eens; 4=Mee eens; 5=Helemaal mee eens.							
FT=fysiotherapeut; PH=praktijkhouder; KWM=kwaliteitsmedewerker; VIS=Visiteur							
*Deze vragen zijn niet aangeboden aan bezoekers die niet in de praktijk werken.							

PH: De focus zat tot nu toe op het proces van dataverzameling waar wij als praktijk veel hebben bereikt. Echter mis ik een visie/missie voor de aankomende jaren. Wat doen wij met de verzamelde data of wat doet SKF met de data richting bijvoorbeeld stakeholders? Gaan wij nog meer data verzamelen en zo ja hoe kunnen wij dit voor elkaar krijgen met de administratieve lasten voor de therapeut? Doen wij wetenschappelijk onderzoek met de data en zo ja wat zijn tot nu toe de uitkomsten. Ik mis feedback wat met de data gebeurt en wat het ons als zorgverlener oplevert.

PH: ik hecht veel waarde aan de uitwisseling tussen praktijken en de veilige omstandigheden waarin dit gebeurt. Ik hecht minder aan de "expertise" van de visiteur, nu 2 ervaringen gehad en 2 hele verschillende soorten visitaties, uitgangspunten en adviezen [...].

PH: Ik zou het mooi vinden wanneer observerende praktijken ook een klein stukje tekst schrijven naar aanleiding van de visitatie die ze gedaan hebben. Wat nemen zij mee naar huis, wat hebben zij voor positieve zaken gezien en waar zien zij mogelijk nog kansen voor de praktijk die zij geobserveerd hebben. Ik mis dit stukje in het proces.

PH: Kijk nog eens goed naar de eisen rondom dataverzameling en PREMS. Kom a.u.b. met een systeem waarbij de inspanning van fysiotherapeuten op dit gebied worden gezien en gewaardeerd [...].

PH: Misschien ook peer bijeenkomsten met managers mogelijk maken en faciliteren door SKF.

KWZ: De laatste visitatie was de visiteur [...] zeer dominant en bleek uit niets dat hij constructieve feedback kon geven. Hij deed ook geen moeite om ons als medewerkers gerust te stellen en ging er niet

open in. Ik heb mij in het gesprek met de visiteur niet comfortabel gevoeld. Dit in tegenstelling tot de vorige visitaties.

KWZ: [...] Dataverzameling rapport en dashboard graag verbeteren, zodat je actiever pro kan sturen i.p.v. reactief na 3 maanden.

7. Reflectie

Dit was een rapportage van een evaluatief onderzoek in opdracht van SKF dat is uitgevoerd in de periode april 2024 tot oktober 2024. Voor deze evaluatie zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wordt de visitatie uitgevoerd zoals bedoeld?
2. Wat zijn de ervaringen van fysiotherapeuten, fysiotherapiepraktijken, observerende praktijken en visiteurs?
3. Wat zijn de aanbevelingen voor SKF om hun doelstellingen te realiseren?

Deelnemers aan het onderzoek waren fysiotherapeuten, kwaliteitsmedewerkers en praktijk eigenaren van fysiotherapiepraktijken aangesloten bij SKF en visiteurs aangesloten bij HCA. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we documenten bestudeerd, visitaties geobserveerd, betrokkenen geïnterviewd en een vragenlijst uitgezet onder alle leden van SKF (n=7000 op dat moment) en visiteurs aangesloten bij HCA. Deze reflectie heeft tot een set aanbevelingen geleid in hoofdstuk 8.

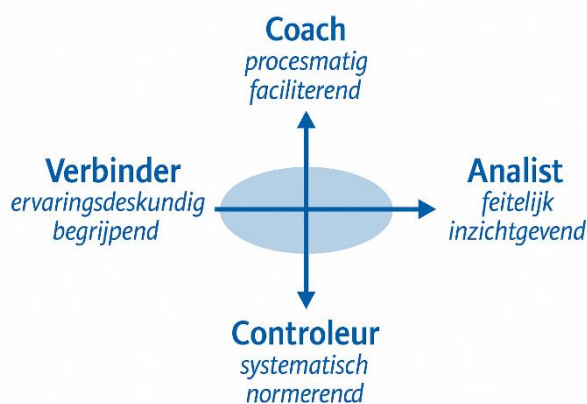
Deelnemers

Van de 19 uitgenodigde praktijken die binnen de onderzoeksperiode gevisiteerd werden, hebben 6 praktijken goedkeuring gegeven aan directe observatie van het visitatieproces. Praktijken die afzagen van deelname, gaven onder andere als reden op dat zij het te druk hadden, het te spannend vonden voor henzelf of voor de medewerkers. Hier kan sprake zijn van selectie-bias. Dat betekent dat de observaties een vertekend beeld zouden kunnen geven.

Observaties

De documenten die aangeleverd zijn door SKF en HCA gaven een helder beeld van de doelstellingen van visitatie, het visitatieproces en de uitkomsten en de visitaties werden in grote lijnen uitgevoerd zoals beschreven in de visitatiewijzer. Daarbij ging veruit de meeste aandacht naar de criteria en indicatoren voor dataverzameling en de datarapportages. Uit de observaties en ook uit interviews bleek dat als de basiskwaliteit op orde is, er minder tijd nodig is en maatwerk in dat opzicht wenselijk is.

Figuur 2 Rollen van de visiteur



Visiteurs gaven op verschillende manieren invulling aan hun rol binnen het spectrum van een toetsende versus een coachende stijl en een analytische versus een verbindende stijl. Figuur 2 geeft een visualisatie van deze bevinding.

Omdat er geen competentieprofiel van de visiteur beschikbaar was, kan er niets gezegd worden over de geschiktheid van de verschillende rollen. Wel mag verondersteld worden dat de context bepalend is voor het

gedrag van de visiteur. Kijkend naar de doelstelling van visitatie, waarbij leren en verbeteren voorop staat, dan is een procesmatige aanpak waarin de coach terugkijkt naar waar de praktijk vandaan komt

en vooruitkijkt naar wat de praktijk nog nodig heeft op basis van haar ambities, de meest passende. Dat sluit de geschiktheid van andere rollen in sommige situaties niet uit.

Interviews

Deelnemers waren over het algemeen tevreden over het huidige visitatiesysteem, waarin praktijken niet afgerekend worden op de resultaten, maar gelegenheid krijgen om onder begeleiding te verbeteren. Ook lijkt de cultuur veranderd; praktijken zijn welwillend om van elkaar te leren, terwijl ze elkaar vroeger meer beconcurrerden. Het uitnodigen van een observerende praktijk is helpend geweest om die cultuurshift te maken.

Het belangrijkste thema bij de interviews waren gevoelens en overtuigingen met betrekking tot dataverzameling. Motivaties voor dataverzameling waren intern gestuurd vanuit de behoefte om kwaliteit inzichtelijk te maken en de praktijk te profileren, extern gestuurd omdat het voldoen aan de criteria van SKF meer financiële ruimte geeft. Extern gestuurde motivatie – verzamelen omdat het nou eenmaal moet om de gewenste vergoeding te krijgen – werkt belemmerend op het inzicht in de bedoeling van data verzamelen en het betekenisvol gebruik van data in de praktijk. Praktijken die meer ervaring hadden met visitatie en routinematig data verzamelden, stonden minder negatief tegenover dataverzameling, de datarapportages werden beter begrepen en geïntegreerd in hun kwaliteitsprocessen en professionaliseringsbeleid. Maar diezelfde praktijken waren ook kritisch t.o.v. de kwaliteit van de rapportages en de opbrengsten. Praktijken wilden terugzien wat de impact van dataverzameling is op hun prestaties als praktijk, hun prestaties als lerend netwerk en hun prestaties als beroepsgroep ten behoeve van externe verantwoording van kwaliteit.

Kijkend naar het proces van visitatie, dan blijkt ook uit de interviews dat maatwerk en variatie gewenst is. Maatwerk door onderscheid te maken tussen de behoeften aan coaching en feedback. Goed functionerende praktijken hebben voldoende zelfregulatie. Onvoldoende erkenning van autonomie en zelfregulatie belemmert intrinsieke motivatie (Ryan & Deci, 2000). Variatie is wenselijk voor praktijken met ruime ervaring met visitatie, die behoefte hebben aan nieuwe perspectieven op de kwaliteit van hun werk, bijvoorbeeld door te wisselen van visiteur of observant.

Figuur 3 impliciet en expliciet leren van visitatie



Kijkend naar de ervaren meerwaarde van visitatie op leren, verbeteren en innoveren, dan lijken deelnemers die eerder toe te schrijven aan activiteiten zoals peer review en scholingsactiviteiten. Maar observaties en interviews hebben laten zien dat er tijdens de voorbereiding op de visitatie en tijdens de interactie tussen visiteur, gevisiteerde en observant impliciet en expliciet geleerd werd en dat visitatie in dat opzicht een waardevol leermiddel kan zijn (Simons & Ruijters, 2004). De rol van de visiteur kan daarbij remmend of faciliterend zijn. Figuur 3 maakt het leerproces inzichtelijk, ontleend aan het concept van 'double loop learning' (Ruijters, 2013) en onderbouwd vanuit

eerder onderzoek naar peer learning en visitatie in de fysiotherapie (Maas & Markhorst, 2023; Maas et al., 2018).

Vragenlijsten

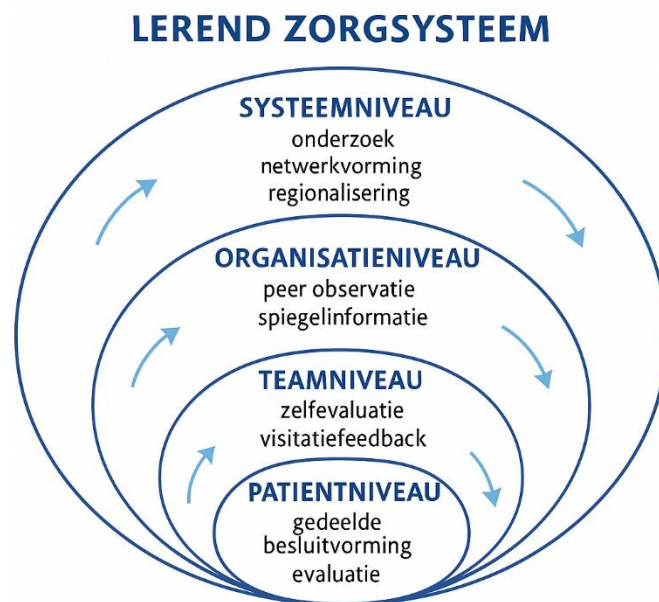
De resultaten van de vragenlijsten geven een iets minder gunstig beeld van visitatie dan de observaties en interviews. Dat is verklaarbaar omdat er mogelijk sprake is geweest van selectie-bias van kandidaten voor observaties en interviews. Daarnaast was 47,3% van de respondenten medewerker en die zijn niet betrokken geweest bij de interviews. Achteraf was het wellicht beter geweest om deze groep te includeren. Anderzijds zijn de commentaren bij de vragen zo uitgebreid dat dit perspectief voldoende aandacht heeft gehad. Opgemerkt moet worden dat het merendeel van de commentaren negatief van toon was, maar de scores laten een zeer gevarieerd beeld zien waarin ook positieve resultaten (scores van 4 en 5), zie ook bijlage 2. Die positieve commentaren ontbreken in de vragenlijst en dat geeft een wellicht een vertekend beeld.

De resultaten van de vragenlijst versterken de opbrengsten van observaties en interviews, maar laten ook nieuwe, kritische perspectieven zien en bevatten constructieve aanbevelingen. In dat opzicht is het gekozen design – mixed methods – passend geweest en heeft zijn meerwaarde voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen aangetoond.

SKF visitatie als onderdeel van een lerend zorgsysteem

Kijkend naar de SKF als een learning community waarin stakeholders op verschillende niveaus van elkaar leren, dan kan op basis van de onderzoeksresultaten het lerend vermogen van deze community beschreven worden en kunnen aanbevelingen worden gedaan om het lerend vermogen te bevorderen. Observaties en interviews hebben laten zien dat er op alle niveaus wordt geleerd, en dat proces- en uitkomstdata op verschillende niveaus samen komen. Maar er liggen kansen om dat leren te optimaliseren. Figuur 4 laat zien op welke niveaus leren en verbeteren plaatsvond.

Figuur 4 De bijdrage van visitatie aan een lerend zorgsysteem



a. Patiëntniveau

Dit onderzoek heeft laten zien dat fysiotherapeuten in de praktijk proces- en uitkomstdata verzamelen en inzetten om de zorg voor de cliënt te personaliseren, maar de mogelijkheid om daarvan te leren nog niet optimaal benutten.

b. Teamniveau

Dit onderzoek heeft ook laten zien dat fysiotherapeuten in de praktijk beperkte kennis hebben over visitatie en over de betekenis van formatieve en summatieve indicatoren. Er is leerwinst te halen door medewerkers beter te betrekken bij de zelfevaluatie voorafgaand aan de visitatie en de terugkoppeling van de feedback na

afloop. Daarnaast kan er meer geïnvesteerd worden in een *kwaliteitscultuur* waarin medewerkers zich veilig genoeg voelen om van hun fouten te mogen leren zodat de resultaten een gedeelde verantwoordelijkheid worden. Ook hier kan het delen van best-practices helpend zijn.

c. Organisatieniveau

Dit onderzoek heeft laten zien dat fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken aangesloten bij SKF elkaar minder zien als concurrenten en meer als samenwerkingspartners. De aanwezigheid van een observerende praktijk tijdens visitatie heeft duidelijk een toegevoegde waarde. Het vergelijken van datarapportages tussen praktijken stimuleert reflectie en feedback en wordt over het algemeen als waardevol beschouwd. Dat geldt ook voor visitatiefeedback. Er is leerwinst te halen door datarapportages ook te delen op systeemniveau en kritisch te reflecteren op opvallende verschillen binnen professionele netwerken en andere samenwerkingsverbanden zonder deze te normeren. Dat geldt overigens ook voor andere indicatoren

d. Systeemniveau

Dit onderzoek heeft ook laten zien dat het gebruik van summatieve indicatoren met betrekking tot het verzamelen van proces- en uitkomstdata invloed heeft op de motivatie van fysiotherapeuten en op het handelen in de praktijk. Er is leerwinst te halen als de kwaliteit van datarapportages en het dashboard wordt verbeterd om twijfels over de validiteit en betrouwbaarheid van data weg te nemen en de bruikbaarheid te bevorderen. Daarnaast kunnen opbrengsten van onderzoek op basis van dataverzameling beter teruggekoppeld worden naar de praktijk om de meerwaarde van fysiotherapie in het zorglandschap beter zichtbaar te maken.

8. Aanbevelingen aan SKF

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn bedoeld om SKF vooruit te helpen in het realiseren van haar doelstellingen met visitatie. De aanbevelingen zijn direct terug te voeren naar de onderzoeksresultaten. Het merendeel van deze aanbevelingen is direct gerelateerd aan visitatie, maar een aantal aanbevelingen zijn van een overstijgend niveau. We hebben de aanbevelingen geclusterd naar onderwerp. De aanbeveling op de 1^e plaats beschouwen wij als de belangrijkste aanbeveling.

Rollen visiteurs

1. Stimuleer de ontwikkeling van een competentieprofiel voor visiteurs waarin rollen en gedragscriteria zijn geëxpliciteerd.
2. Train visiteurs in het gewenste gedrag – met name coachingsvaardigheden.
3. Stimuleer kennis en inzicht in de kwaliteit van multidisciplinaire praktijkvoering.

Voorbereiding visitatie

1. Geef ruimte voor maatwerk ten behoeve van motivatie en haalbaarheid: voor praktijken met veel ervaring die de basis op orde hebben en dat ook aantonen in de praktijkvragenlijst, kan de visitatietijd korter. Deze praktijken hebben ook behoefte aan nieuwe perspectieven op de kwaliteit van hun bedrijfsvoering en nieuwe handelingsalternatieven (zie ook leren en verbeteren).
2. Reflecteer kritisch op de omvang van de praktijkvragenlijst.
3. Reflecteer kritisch op het gebruik van indicatoren zoals de behandelindex.
4. Gebruik bondige en toegankelijke taal in de visitatiedocumentatie.
5. Handhaaf de vergoeding van de visitatie voor praktijken zoals ingevoerd in 2024/2025.

Uitvoering visitatie

1. Sluit beter aan bij de leerbehoeften van de praktijk. Leervragen van praktijken die de basis op orde hebben, liggen meer op het gebied van organisatieontwikkeling en innovatie. Leervragen van nog onervaren praktijken liggen meer op het motiveren van medewerkers en het inregelen van kwaliteitsprocessen.
2. Handhaaf de aanwezigheid van de observant bij visitatie. Stimuleer interactie tussen gevisiteerde, observant en visiteur.
3. Spreid de aandacht over summatieve en formatieve indicatoren. Geef aandacht aan het ontwikkelingsproces: 'waar komt de praktijk vandaan – waar wil de praktijk naar toe; en toon inzicht in de context.
4. Stimuleer een veilige sfeer voor alle deelnemers aan visitatie, in het bijzonder voor medewerkers.

Visitatierapport

5. Includeer in de rapportage een korte reflectie van de observant en de 'lessons learned'.
6. Handhaaf het ontwikkelgesprek

Dataverzameling en rapportage

1. Bevorder de kwaliteit van de data-rapportages en dashboard om proactief op kwaliteit te kunnen sturen in plaats van reactief.
2. Stimuleer en ondersteun een gestandaardiseerde manier van data verzamelen, waarbij vragenlijsten worden ingevuld door de Cliënt.

3. Stimuleer praktijken om een heldere visie op dataverzameling te ontwikkelen, afgeleid van de SKF-visie.
4. Stimuleer de ontwikkeling van vragenlijsten in begrijpelijke en voor iedereen toegankelijke taal en in positieve formuleringen, vermijd nocebo-effect (Bavbek et al., 2023)).
5. Stimuleer de integratie van PROM's als hulpmiddel voor de dialoog tussen cliënt en fysiotherapeut.
6. Stimuleer de ontwikkeling van 'slimme' vragenlijsten die inhoudelijk beter aansluiten bij de variatie binnen de doelpopulatie. Geef meer ruimte voor beargumenteerd afwijken van de norm in geval er een mismatch is tussen de vragenlijst en de mogelijkheden van de cliënt.

Leren en verbeteren

1. Pleit voor een betere vergoeding van de inspanningen die fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken leveren om hun kwaliteit voortdurend te verbeteren en extern te verantwoorden.
2. Faciliteer peer learning tussen praktijken / praktijkhouders op grotere schaal.
3. Stimuleer het delen van best-practices op het gebied van 'leren van data', geef hulp bij het maken van de transfer van abstracte datarapportages naar betekenisvol handelen in de praktijk.
4. Stimuleer de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen praktijken door medewerkers beter te betrekken bij de zelfevaluatie voorafgaand aan de visitatie en de terugkoppeling van de visitatiefeedback na afloop.
5. Koppel onderzoeksresultaten op basis van dataverzameling van SKF praktijken beter terug. Laat zien waar SKF-praktijken het verschil maken.
6. Gebruik summatieve indicatoren als een richtlijn. Geef ruimte om beargumenteerd af te wijken van die richtlijn door kritische reflectie en dialoog.

Aanvullende aanbevelingen

1. Betrek fysiotherapeuten structureel bij het opstellen, herijken en evalueren van indicatoren om eigenaarschap te bevorderen. Dit vergroot de interne motivatie en verhoogt het draagvlak.
2. Ontwikkel een "light" of "reflectieve" variant voor praktijken met aantoonbaar goed lopend kwaliteitsbeleid, en een meer "ondersteunende" variant voor praktijken in ontwikkeling.

9. Literatuur

- Bavbek, S., Ozyigit, L. P., Baiardini, I., Braido, F., Roizen, G., & Jerschow, E. (2023). Placebo, nocebo, and patient-reported outcome measures in drug allergy. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 11(2), 371–379. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.11.033>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Maas, M., & Markhorst, A. (2023). *Het coachen van peer learning in de gezondheidszorg* (1e ed.). 20/10 Uitgevers.
- Maas, M., Driehuis, F., Meerhoff, G., Heerkens, Y., van der Vleuten, C., Nijhuis-van der Sanden, M., & van der Wees, P. (2018). Impact of self- and peer assessment on the clinical performance of physiotherapists in primary care: A cohort study. *Physiotherapy Canada*, 70(4), 393–401. <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-40.pc>
- McDonald, P., Foley, T., Verheij, R., Braithwaite, J., Rubin, J., Harwood, K., Phillips, J., Gilman, S., & van der Wees, P. (2024). Data to knowledge to improvement: Creating the learning health system. *BMJ*, 384, e076175. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076175>
- Nardi, A., Mitrova, S., Angelici, L., de Gregorio, C., Bilotti, D., de Vito, C., Vecchi, S., Davoli, M., & Agabiti, A. (2023). Developing a questionnaire evaluating knowledge, attitudes and behaviors on audit & feedback among general practitioners: A mixed methods study. *Healthcare*, 11(9), 1–14. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091269>
- Schön, D., & Argyris, C. (2013). Double-loop learning. In M. P. C. Ruijters & P. R. J. Simons (Eds.), *Canon van het leren* (pp. 197–210). Kluwer.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Simons, P. R.-J., & Ruijters, M. C. P. (2004). Learning professionals: Towards an integrated model. In H. P. A. Boshuizen, R. Bromme, & H. Gruber (Eds.), *Professional learning: Gaps and transitions on the way from novice to expert* (pp. 207–229). Kluwer.

10. Bijlage 1 Formatieve indicatoren

Nr	Criterium	Nr	Indicator	Summatief	Formatief
I	Actueel overzicht van de praktijkorganisatie en praktijksamenstelling	1	Wijzigingen in praktijkorganisatie		Formatief
		2	Wijzigingen in praktijksamenstelling		Formatief
II	Algemeen	1	Praktijkpitch op basis van actuele situatie i.r.t. de afgelopen één of twee jaar		Formatief
		2	Verwachtingen van praktijk i.r.t. leerklimaat		Formatief
III	Update i.r.t. het praktijkportfolio	1	Aanwezigheid van actueel praktijkportfolio		Formatief
		2	Wijzigingen i.r.t. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
VI	Ontwikkelen, samen leren en verbeteren m.b.v. gegevens verkregen uit laatste visitatie	1.	Aanwezigheid van praktijkontwikkelplan	Summatief	
		2	Resultaten i.r.t. praktijkontwikkelplan m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
V	Kwaliteitsontwikkeling fysiotherapeuten (leerlijnen en leerklimaat)	1	Voldoen aan deelname Peer-Reviewbijeenkomsten	Summatief	
		2	Voldoen aan bij- en nascholingsseisen SKF	Summatief	
		3	Aantoonbaar gebruik van POP-systematiek	Summatief	
		4	Resultaten van kwaliteitsontwikkeling (1 t/m 4)		Formatief
VI	Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsontwikkeling van de praktijk	1	Aanwezigheid van kwaliteitssysteem (KS)	Summatief	
		2	Resultaten i.r.t. ontwikkeling (KS) in afgelopen periode m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
		3	Aanwezigheid van actuele missie en visie		Formatief
		4	Wijzigingen in missie en visie in afgelopen periode op basis van actuele situatie in zorglandschap		Formatief
VII	Klanttevredenheid	1	Structurele deelname aan KTO (klanttevredenheidsonderzoek)	Summatief	
		2	Klanttevredenheidscijfer praktijk	Summatief	
		3	Respons% uitgezette enquêtes	Summatief	
		4	Resultaatsanalyse van uitkomsten m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
VIII	Dataverzameling op basis van LDK datarapportage	1	Basisgegevens dossiervoering	Summatief	
		2	Data-analyse musculoskeetaal i.r.t. aantal metingen	Summatief	
		3	Data-analyse lage rugklachten i.r.t. aantal metingen	Summatief	
		4	Data-analyse COPD i.r.t. aantal metingen	Summatief	
		5	Data-analyse o.b.v. een indicatie naar keuze i.r.t. aantal metingen	Summatief	
		6	Resultaatsanalyse van uitkomsten op medewerkersniveau m.b.v. gebruik PDCA-systematiek		Formatief
		7	Zelfreflectie op resultaatgrafiek		Formatief
		8	Praktijkontwikkelplan i.r.t. LDK-datarapportage		Formatief
IX	Update van praktijkinrichting	1	Wijzigingen in praktijkinrichting t.o.v. vorige visitatie		Formatief
X	Samenwerking – regionalisering en zorginnovatie	1	Resultaatsanalyse van deelname aan samenwerkingsverbanden i.r.t. afspraken en doelen		Formatief
		2	Gebruik van PDCA-systematiek i.r.t. de resultaatsanalyse		Formatief
		3	Actieve rol in regionale – lokale samenwerking		Formatief
		4	Praktijkrol i.r.t. zorginnovatie		Formatief

XI	Doelmatigheid – effectiviteit en passende zorg	1	Resultaatsanalyse m.b.t. actuele behandelindex (BI)	Formatief
		2	Gebruik van PDCA-systematiek i.r.t. de resultaatsanalyse m.b.t. de BI	Formatief
		3	Effectieve zorg i.r.t. patiëntenpopulatie	Formatief
		4	Passende zorg i.r.t. patiëntenpopulatie	Formatief
XII	Wet- en regelgeving	1	Informatievoorziening patiënten i.r.t. gebruik patiënt gegevens voor onderzoek en verantwoording	Summatief
		2	Implementatie van de Wkkgz binnen de praktijk	Summatief
		3	Implementatie van klachtenprocedure	Summatief
		4	Actualisatie i.r.t. aanbieden van niet FT-behandelingen	Formatief
		5	Actualisatie i.r.t. aanbieden van groepsbehandelingen of andere zorgproducten	Formatief
XIII	Aanvullende voorwaarden door verzekeraars		Zie visitatiewijzer	

11. Bijlage 2 Vragenlijst en resultaten

Opbouw en inhoud vragenlijst

	Vragen			
Praktiserend fysiotherapeut	1 t/m 26			
Praktijkeigenaar	1 t/m 5	8 t/m 9	20 t/m 28	29 t/m 35
Kwaliteitsmedewerker	1 t/m 5	8 t/m 9	20 t/m 28	29 t/m 35
Visiteur	4 t/m 5	8 t/m 9	20 t/m 28	

Beste deelnemer,

Deze vragenlijst is samengesteld door het Radboudumc, onderzoeksafdeling IQ Health om te onderzoeken wat leden van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) vinden van de SKF visitatie en wat deze oplevert. Alle resultaten worden gepseudonimiseerd en zijn niet herleidbaar naar personen. Wij handelen volgens de richtlijnen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de ethische normen voor wetenschappelijk onderzoek. De resultaten van dit onderzoek worden met u gedeeld. Het invullen van de vragenlijst kost u 10-15 minuten.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname.

Bij vragen kunt u contact opnemen met: marjo.maas@radboudumc.nl

Wat is uw rol is met betrekking tot de Keurmerk-visitatie? **Let op! U kunt meerdere rollen hebben.** De vragen zijn afgestemd op de rol(len) die u heeft aangeklikt.

- ☐ Praktiserend fysiotherapeut
- ☐ Praktijkeigenaar
- ☐ Kwaliteitsmedewerker
- ☐ Visiteur

Beantwoord vanuit uw rol bij de Keurmerk-visitatie de volgende vragen. U kunt het tekstvak gebruiken voor aanvullende opmerkingen.

1. In hoeverre kent u de doelstellingen van Keurmerk-visitatie?

Niet Een beetje Matig Redelijk goed Goed

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

2. In hoeverre kent u de verschillende stappen binnen het visitatieproces (voorbereiding, uitvoering, rapportage)?

Niet	Een beetje	Matig	Redelijk goed	Goed
☐	☐	☐	☐	☐

3. In hoeverre kent u het kwaliteitsbeleid van de praktijk waarin u werkt?

Niet	Een beetje	Matig	Redelijk goed	Goed
☐	☐	☐	☐	☐

4. In hoeverre kent u de formatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk? Toelichting: formatieve indicatoren zijn indicatoren die niet direct van invloed zijn op de uitkomst van de Keurmerk-visitatie. Zij dienen als basis voor het kwaliteitsontwikkelsprek, waarbij een praktijk op basis van zelfreflectie en zelfevaluatie in samenspraak met de visiteur komt tot conclusies over het eigen niveau van handelen in relatie tot de gestelde criteria.

Voorbeeld: de aanwezigheid van actuele missie en visie.

Niet	Een beetje	Matig	Redelijk goed	Goed
☐	☐	☐	☐	☐

5. In hoeverre kent u de summatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk ? Toelichting: summatieve indicatoren zijn indicatoren waar een praktijk aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor deelname aan Keurmerk. Het zijn indicatoren die passen bij streefwaarden van LDK-dataverzameling, wet- en regelgeving, beroepsstandaarden en/of normen vastgesteld door externe partijen. Het niet voldoen aan de summatieve indicatoren, zal nooit leiden tot directe consequenties zonder de mogelijkheid tot verbetering.

Voorbeeld: voldoen aan deelname Peer-Reviewbijeenkomsten.

Niet	Een beetje	Matig	Redelijk goed	Goed
☐	☐	☐	☐	☐

Aanvullende opmerkingen

Instructie: geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen vanuit uw rol bij de SKF-visitatie.

6. Ik voel me vanuit mijn rol in de praktijk betrokken bij het Keurmerk-visitatieproces en de uitkomsten.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

7. Ik voel me vanuit mijn rol in de praktijk verantwoordelijk voor het Keurmerk-visitatieproces en de uitkomsten.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

8. Ik vind de formatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk acceptabel. Zie vraag 4 voor toelichting formatieve indicatoren.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

9. Ik vind de summatieve indicatoren voor deelname aan Keurmerk acceptabel. Zie vraag 4 voor toelichting formatieve indicatoren Zie vraag 5 voor toelichting summatieve indicatoren.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Aanvullende opmerkingen

Introductie: data (meetgegevens) kunnen verzameld worden met verschillende doelen: om persoonsgegevens vast te leggen, het behandelproces vast te leggen (procesdata) of om uitkomsten vast te leggen (uitkomstdata). Denk bij uitkomstdata aan fysieke testen zoals de 6MWT of een vragenlijst zoals de NPRS. Wat vindt u van onderstaande stellingen?

10. Ik hecht waarde aan het zorgvuldig vastleggen van behandelgegevens (procesdata).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

11. Ik hecht waarde aan het verzamelen en vastleggen van meetgegevens door middel van fysieke testen (uitkomstdata).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

12. Ik hecht waarde aan het verzamelen en vastleggen van meetgegevens door middel van vragenlijsten (uitkomstdata).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

13. De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door de patiënt zelfstandig beantwoord.

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

14. De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door de patiënt met mijn hulp beantwoord.

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

15. De vragen in een vragenlijst (bijvoorbeeld NPRS, QBPDS) worden door mijzelf beantwoord.

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

16. Ik gebruik meetgegevens om samen met de patiënt keuzes te maken voor behandeldoelen en interventies.

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

17. Ik gebruik meetgegevens om samen met de patiënt behandelresultaten te evalueren.

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

18. Ik gebruik meetgegevens om behandeluitkomsten te vergelijken met vergelijkbare patiënten (bijvoorbeeld specifieke lage rugklachten).

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

19. Ik gebruik meetgegevens om resultaten op praktijkniveau te vergelijken met andere praktijken (bijvoorbeeld behandelgemiddelden of behandeluitkomsten).

Helemaal nooit Heel soms Soms Meestal Altijd

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

20. De Keurmerk-visite draagt bij aan de professionalisering van fysiotherapeuten.

Helemaal mee oneens Mee oneens Noch mee oneens, noch mee eens Mee eens Helemaal mee eens

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

21. De Keurmerk-visite draagt bij aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbesef van fysiotherapeuten.

Helemaal mee oneens Mee oneens Noch mee oneens, noch mee eens Mee eens Helemaal mee eens

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

22. De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de praktijkvoering.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Aanvullende opmerkingen

23. De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van de klanttevredenheid.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

24. De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van communicatie en samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere partners in zorg en welzijn (denk bijvoorbeeld aan samenwerking met gemeenten).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Als u het daarmee eens bent, kunt u een voorbeeld geven?

25. De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van innovaties in de zorg (denk bijvoorbeeld aan innovatieve oplossingen voor knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Als u het daarmee eens bent, kunt u een voorbeeld geven?:

26. De Keurmerk-visitatie draagt bij aan het bevorderen van doelmatigheid en effectiviteit van zorg (denk bijvoorbeeld aan het reduceren van onnodige zorg).

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Als u het daarmee eens bent, kunt u een voorbeeld geven?:

Instructie: de volgende vragen gaan over de voorbereiding, uitvoering, en resultaten van de Keurmerk-visitatie. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen vanuit uw rol bij de Keurmerk-visitatie.

27. De tijd die nodig is voor fysiotherapiepraktijken om de Keurmerk-visitatie voor te bereiden is acceptabel.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

28. De tijd die nodig is voor bezoekers om de Keurmerk-visitatie voor te bereiden is acceptabel.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

29. De tijd die nodig is voor fysiotherapiepraktijken om de Keurmerk-visitatie uit te voeren is acceptabel.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

30. Ik hecht waarde aan de informatie en feedback van de bezoeker.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

31. Ik hecht waarde aan de informatie en feedback van de observant.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

32. Ik voel me veilig genoeg om inzage te geven in mijn praktijkvoering.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	

33. Ik voel me veilig genoeg om de kwetsbare kanten van mijn praktijkvoering te bespreken.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	

34. Ik neem de ontvangen visitatiefeedback serieus.

Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens

☐	☐	☐	☐	☐
35. Ik bespreek de ontvangen visitatiefeedback binnen het team				
Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

36. Ik gebruik de ontvangen visitatiefeedback om verbeteracties in gang te zetten.				
Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

37. Op basis van ontvangen visitatiefeedback is de praktijkvoering aantoonbaar verbeterd.				
Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee oneens, noch mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

Als u het daarmee eens bent, kunt u een voorbeeld geven?:

Aanvullende opmerkingen

Resultaten vragenlijst per domein en per rol

Tabel 2 Overzicht gemiddelde scores per domein en exclusieve rol bij de visitatie

Domein	Exclusieve Rol	N	Gem	SD	Min	Max
Gemiddelde score Kennis	Fysiotherapeut	278	2,90	0,90	1,00	4,80
	Praktijkhouder	207	4,35	0,66	1,60	5,00
	Kwaliteitsmedewerker	82	4,36	0,71	1,60	5,00
	Visiteur	4	4,56	0,52	3,40	5,00
	Totaal	581	3,67	1,08	1,00	5,00
Gemiddelde score Attitude	Fysiotherapeut	278	3,32	0,64	1,29	4,71
	Praktijkhouder	101	3,81	0,60	2,00	5,00
	Kwaliteitsmedewerker	44	3,94	0,47	2,71	4,71
	Visiteur	12	4,06	0,30	3,71	4,57
	Totaal	435	3,52	0,66	1,29	5,00
Gemiddelde score Gedrag	Fysiotherapeut	278	2,80	0,48	1,14	4,14
	Praktijkhouder	101	2,94	0,58	1,71	4,14
	Kwaliteitsmedewerker	44	3,00	0,54	1,86	4,57
	Visiteur	12	3,20	0,48	2,43	4,29
	Totaal	435	2,86	0,52	1,14	4,57
Gemiddelde score Resultaat	Fysiotherapeut	278	2,90	1,08	1,00	5,00
	Praktijkhouder	207	3,49	0,96	1,00	5,00
	Kwaliteitsmedewerker	82	3,56	0,80	1,67	5,00
	Visiteur	21	4,10	0,68	2,33	5,00
	Totaal	588	3,24	1,05	1,00	5,00
N=aantal; Gem=gemiddelde score; SD=standaarddeviatie; Min=minimum score; Max=maximum score						

12. Bijlage 3 Overzicht verschillen tussen groepen respondenten

Tabel 15 Verschillen tussen groepen respondenten op basis van hun unieke rol in de visitatie op de verschillende domeinen van de vragenlijst.

Vergelijking gemiddelde domeinscores per subgroep met Bonferroni Post-Hoc test							
Domein	(I) Exclusieve Rol	(J) Exclusieve Rol	GV	SM	Sig.	95% CI	
						OG	BG
Gemiddelde score Kennis	Fysiotherapeut	Praktijkhouder	-1,45*	0,07	<,001	-1,64	-1,26
		KW-medewerker	-1,46*	0,10	<,001	-1,72	-1,19
		Visiteur	-1,65*	0,22	<,001	-2,23	-1,08
Gemiddelde score Attitude	Fysiotherapeut	Praktijkhouder	-0,49*	0,07	<,001	-0,67	-0,30
		KW-medewerker	-0,61*	0,10	<,001	-0,87	-0,35
		Visiteur	-0,74*	0,18	<,001	-1,21	-0,26
Gemiddelde score Gedrag	Fysiotherapeut	Praktijkhouder	-0,14	0,06	0,112	-0,30	0,02
		KW-medewerker	-0,20	0,08	0,096	-0,42	0,02
		Visiteur	-0,41*	0,15	0,045	-0,81	-0,01
Gemiddelde score Resultaat	Fysiotherapeut	Praktijkhouder	-0,59*	0,09	<,001	-0,83	-0,35
		KW-medewerker	-0,66*	0,12	<,001	-0,99	-0,33
		Visiteur	-1,19*	0,22	<,001	-1,79	-0,60

*Het gemiddelde verschil is significant op het 0.05 niveau.

KW-medewerker = kwaliteitsmedewerker

GM =Gemiddeld verschil

SM = Standaard meetfout

SIG = Significantie

95% CI = betrouwbaarheidsinterval

OG = Onderste grens

BG = Bovenste grens

BI = 95% Betrouwbaarheidsinterval