

Stimulerende praktijkfinanciering – Financement incitatif de la pratique

Onderstaande lijst geeft een overzicht van de kenmerken die bepalen of een praktijk in aanmerking komt voor het krijgen van stimulerende praktijkfinanciering.

- 0 = kenmerk is niet aanwezig in de praktijk – *caractéristique n’est pas présente*
- 2 = kenmerk is deels aanwezig of is in ontwikkeling - *caractéristique est partiellement présente ou est en cours de développement*
- 4 = kenmerk is volledig gerealiseerd - *caractéristique est pleinement réalisée*

Deze kenmerken worden twee keer per jaar geëvalueerd. Dit moet praktijken ertoe aanzetten te blijven investeren in de kwaliteitsverhoging van hun praktijkvoering.

Les caractéristiques sont évaluées deux fois par an. Cela devrait encourager les pratiques à continuer à investir dans l'amélioration de la qualité de leurs pratiques.

Indien de praktijk deel uitmaakt van een overkoepelende praktijk, verwijst de term ‘praktijk’ in de tabel hieronder naar de deelpraktijk.

Si la pratique fait partie d'une pratique faitière, le terme « pratique » utilisé dans le tableau ci-dessous désigne la sous-pratique.

Aan een aantal kenmerken wordt een score 2 toegekend wanneer het kenmerk in ontwikkeling is. De fase van ontwikkeling wordt beperkt in de tijd. In de laatste kolom wordt aangegeven hoe lang de fase van ontwikkeling maximaal mag duren. Wanneer na het verstrijken van deze periode de score 4 niet bereikt wordt, valt de praktijk voor dit criterium terug op een score 0.

Certaines caractéristiques se voient accorder une note de 2 lorsqu'elles sont en cours de développement. La phase de développement est limitée dans le temps. La dernière colonne indique la durée maximale de la phase de développement. Si, à l'issue de cette période, la note de 4 n'est pas atteinte, la note accordé à ce critère revient à 0.

	Kenmerk	Wat impliceert <u>score 0</u> voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 2</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 4</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Welke informatie moet geregistreerd/doorgeven worden ter onderbouwing van de score?	Max.termijn voor score 2?
1	Eén uniek patiëntendossier • aan de hand waarvan het verpleegproces opgevolgd wordt • dat toelaat extern gegevens te delen met andere zorgverleners, patiënten en/of mantelzorgers • dat qua inhoud voldoet aan de wetgeving	Dit is een basiskenmerk van een kwalitatieve praktijkvoering, dat momenteel gevaloriseerd wordt via de telematicapremie.				
1	Un dossier patient unique • Sur base duquel le processus de soins infirmiers est contrôlé • qui permet le partage externe de données avec d'autres prestataires de soins de santé, des patients et/ou des soignants informels • Qui respecte la législation en termes de contenu	Il s'agit d'une caractéristique fondamentale de la gestion de la qualité des pratiques, actuellement valorisée par la prime télématique.				
2	Continuïteit van zorg: 7/7 – 24/24 zorg garanderen Bereikbaarheid en beschikbaarheid	- De praktijk kan GEEN 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed) EN - de praktijk is NIET 24u/24 beschikbaar.	- De praktijk kan 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed), maar - de praktijk is NIET 24u/24 beschikbaar.	- De praktijk kan een 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed) EN - De praktijk is 24u/24 beschikbaar	- Communicatie van bereikbaarheid aan patiënt (voor score 2) - Beschrijving van het wachtbeleid: beleid inzake beschikbaarheid, beleid inzake maximale termijn tot vertrek naar een zorg, ... (voor score 4)	Geen max. termijn

	Caractéristique	Que signifie le <u>score 0</u> pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir le <u>score 2</u> pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir la <u>note 4</u> pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour étayer le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
2	Continuité des soins: garantir des soins 7/7 - 24/24 Accessibilité et disponibilité	- La pratique ne peut pas démontrer une accessibilité 24/7 (auto ou externalisée) ET - La pratique n'est PAS disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	- La pratique peut démontrer qu'elle est joignable 24 heures sur 24 (en interne ou en sous-traitance), mais - La pratique n'est PAS disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	- La pratique peut justifier être joignable 24 heures sur 24 (interne ou externalisée) ET - La pratique est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.	- Communication de l'accessibilité au patient (pour le score 2) - Description de la politique d'attente: politique de disponibilité, politique de délai pour sortir pour un soin, ... (pour le score 4)	Pas de durée maximale
3	Referentieverpleegkundigen worden ingezet binnen de praktijk, minstens voor wondzorg en diabetes. Deze kunnen beschikbaar zijn binnen de eigen praktijk of via het doorverwijzen naar een andere praktijk.	- De praktijk beschikt zelf NIET over referentieverpleegkundigen wondzorg, NOCH over diabeteseducatoren - De praktijk kan GEEN samenwerking op gestructureerde basis kan aantonen met externe referentieverpleegkundigen.	- De praktijk kan beroep doen op beide types referentieverpleegkundigen, ofwel doordat deze aanwezig zijn in de eigen praktijk, ofwel doordat de praktijk een samenwerking op gestructureerde basis kan aantonen met externe referentieverpleegkundigen. - De referentieverpleegkundigen waarop beroep wordt gedaan hebben gedurende de voorbije 4 jaar 60u specifieke vorming gerelateerd aan het referentiedomein gevolgd	- De praktijk beschikt zelf over referentieverpleegkundigen wondzorg en diabeteseducatoren - EN - De referentieverpleegkundigen hebben gedurende de vier voorbije jaren 60u specifieke vorming gerelateerd aan het referentiedomein gevolgd.	- Voor interne referentieverpleegkundigen: zie praktijkregistratie - Indien geen eigen referentieverpleegkundige: rapportering over het samenwerkingsverband of contactgegevens samenwerkende partners	Geen max. termijn
3	Des infirmiers relais sont déployées au sein de la pratique, au moins pour les soins des plaies et le diabète. Ceux-ci peuvent être disponibles au sein de leur propre pratique ou par l'intermédiaire d'un autre groupement.	- La pratique elle-même n'a PAS d'infirmiers relais pour le traitement des plaies, ni d'éducateurs en diabétologie. - La pratique ne peut PAS démontrer qu'il collabore avec des infirmiers relais externes (sur une base structurée).	- La pratique peut faire appel aux deux types d'infirmiers relais, soit parce qu'elles sont présentes dans la pratique elle-même, soit parce que la pratique peut démontrer une collaboration avec des infirmiers relais externes (sur une base structurée) ET - sur les 4 dernières années, les 60 heures de formation spécifique liées au domaine de référence sont réalisées.	- La pratique dispose de ses propres infirmiers relais pour le traitement des plaies et de ses propres éducateurs en diabétologie ET - sur les 4 dernières années, les 60 heures de formation spécifique liées au domaine de référence sont réalisées.	- Pour les infirmiers relais interne : voir enregistrement de la pratique - S'il n'y a pas d'infirmier relais propre: rapport sur le partenariat de collaboration ou données de contact des partenaires de collaboration	Pas de durée maximale
4	Aanwezigheid van een gestructureerd beleid rond vorming, training en opleiding voor verpleegkundigen	Dit is een basiskenmerk van een kwalitatieve praktijkvoering, dat een vereiste is om in aanmerking te komen voor de forfaitaire vergoeding voor specifieke kosten.				
4	Présence d'une politique structurée en matière d' éducation, de formation et d'enseignement pour les infirmiers .	Il s'agit d'une caractéristique fondamentale de la gestion de la qualité des pratiques, obligatoire pour obtenir l'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques.				
5	Aanwezigheid van een gestructureerd beleid rond vorming, training en opleiding voor zorgkundigen	Per FTE zorgkundige wordt minder dan 5u opleiding per jaar gerealiseerd.	Per VTE zorgkundige wordt er minstens 5u opleiding per jaar gerealiseerd, maar er is geen gecentraliseerd opleidingsbeleid voor zorgkundigen.	Per VTE zorgkundige realiseert de meer dan 5u opleiding per jaar én er is een gecentraliseerd opleidingsbeleid voor zorgkundigen.	Opleidingsbeleid	Geen max. termijn
5	Présence d'une politique structurée en matière d' éducation, de formation et d'enseignement pour les aides-soignants .	Moins de 5 heures de formation par ETP d'aide-soignant par an sont réalisées par an.	Plus de 5h de formation par ETP d'aide-soignant sont réalisées par an, mais la pratique ne dispose pas d'une politique de formation centralisée pour les aides-soignants.	Plus de 5h de formation par ETP d'aide-soignant sont réalisées par an et la pratique dispose d'une politique de formation centralisée pour les aides-soignants.	Politique de formation	Pas de durée maximale

	Kenmerk	Wat impliceert <u>score 0</u> voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 2</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 4</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Welke informatie moet geregistreerd/doorgeven worden ter onderbouwing van de score?	Max.termijn voor score 2?
6	Aanwezigheid van een gestructureerd beleid vorming, training en opleiding voor de leidinggevendenden/verantwoordelijken van de (deel)praktijken	Er is geen beleid.	Er is een beleid in ontwikkeling.	Er is een beleid én er kan een opleidingsplan voorgelegd worden EN er wordt minstens 8u opleiding per jaar gerealiseerd per leidinggevende / verantwoordelijke.	Beleidsplan Verklaring op eer (indien beleidsplan in ontwikkeling is)	6 maanden
6	Présence d'une politique structurée d'éducation, de formation et d'enseignement pour les gestionnaires/responsables des (sous-)pratiques	Il n'y a pas de politique.	Une politique est en cours d'élaboration.	Il existe une politique et un plan de formation peut être présenté ET au moins 8 heures de formation par an sont réalisées par responsable/manager.	Plan de formation Déclaration sur l'honneur (si le plan de formation est en cours d'élaboration)	6 mois
7	Actief gegevens delen met andere zorgverstrekkers via beveiligde kanalen en aan de hand van aantoonbare procedures, die een veilige communicatie kunnen garanderen.	Er is nog geen actieve gegevensdeling met andere zorgverstrekkers via beveiligde kanalen (o.a. HUB's, Silo, ...) en op basis van een aantoonbare procedure.	Het invoeren van een actieve gegevensdeling met andere zorgstrekken via beveiligde communicatiekanalen (o.a. HUB's, Silo, ...) en op basis van een aantoonbare procedure, is in ontwikkeling.	Er is een actieve gegevensdeling met andere zorgstrekken. Deze wordt gerealiseerd via beveiligde communicatiekanalen, (o.a. HUB's, Silo, ...) en op basis van een aantoonbare procedure.	Naam van het communicatiekanaal & technische kenmerken	6 mois
7	Partager activement des données avec d'autres professionnels de la santé en utilisant des procédures démontrables et par l'intermédiaire des outils sécurisées, qui peuvent garantir la sécurité de la communication.	Il n'y a pas un partage actif de données avec d'autres professionnels de la santé par le biais des outils de communication sécurisés (par exemple, HUB, Silo, etc.) et sur la base d'une procédure démontrable.	La mise en œuvre d'un partage actif des données avec d'autres professionnels de la santé par le biais des outils de communication sécurisés (par exemple, HUBs, Silo, etc.) et basés sur une procédure démontrable, est en cours de développement.	Il y a un partage actif de données avec d'autres professionnels de la santé par le biais des outils de communication sécurisés, (par exemple, HUB, Silo, etc.) et sur la base d'une procédure démontrable.	Nom de l'outil et caractéristiques techniques	6 mois
8	Actief gegevens delen met patiënten / mantelzorgers via beveiligde kanalen en aan de hand van aantoonbare procedures, die een veilige communicatie kunnen garanderen.	Er is nog geen actieve gegevensdeling met patiënten / mantelzorgers via beveiligde kanalen (o.a. HUB's) en op basis van een aantoonbare procedure.	Het invoeren van een actieve gegevensdeling met patiënten / mantelzorgers via beveiligde communicatiekanalen (o.a. HUB's) en op basis van een aantoonbare procedure, is in ontwikkeling.	Er is een actieve gegevensdeling met patiënten / mantelzorgers. Deze wordt gerealiseerd via beveiligde communicatiekanalen, (o.a. HUB's) en op basis van een aantoonbare procedure.	Naam van het uitwisselingsplatform & technische kenmerken	6 maanden
8	Partager activement des données avec les patients/aidants-proches en utilisant des procédures démontrables et par l'intermédiaire des outils sécurisées, qui peuvent garantir la sécurité de la communication.	Il y a un partage actif de données avec les patients/aidants-proches par le biais des outils de communication sécurisés (par exemple, HUB) et sur la base d'une procédure démontrable.	La mise en œuvre d'un partage actif des données avec les patients/aidants-proches par le biais des outils de communication sécurisés (par exemple, HUBs) et basés sur une procédure démontrable, est en cours de développement.	Il n'y a pas de partage actif de données avec les patients/aidants-proches par le biais des outils de communication sécurisés, (par exemple, HUB) et sur la base d'une procédure démontrable.	Nom de la plate-forme d'échange et caractéristiques	6 mois
9	Kwaliteitsbeleid Actieve klachten- en incidentenbehandeling (melding, behandeling en opvolging op individueel- en praktijkniveau)	- De praktijk beschikt NIET over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid dat gekend is door de zorgverleners, NOCH actief wordt gecommuniceerd naar de patiënten EN - de praktijk beschikt NIET over een incidentenregister EN - de praktijk heeft GEEN verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid.	- De praktijk beschikt over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid maar het beleid is NIET gekend door zorgverleners en patiënten OF - de praktijk beschikt over een incidentenregister maar er wordt niet jaarlijks over gerapporteerd OF - de praktijk heeft GEEN verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid.	- De praktijk beschikt over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid dat gekend is door de zorgverleners en actief wordt gecommuniceerd naar de patiënten EN - de praktijk beschikt over een incidentenregister waarop minstens jaarlijks wordt gerapporteerd & waaraan acties worden gekoppeld EN - de praktijk heeft een verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid.	- Klachten- en incidentenbeleid - Rollen in de praktijk of de contactgegevens van de klachtenbehandelaar - Incidentenrapport moet op verzoek aangeleverd kunnen worden	Geen max. termijn

	Kenmerk	Wat impliceert <u>score 0</u> voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 2</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 4</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Welke informatie moet geregistreerd/doorgeven worden ter onderbouwing van de score?	Max.termijn voor score 2
9	Politique de qualité Traitement actif des plaintes et des incidents (signalement, traitement et suivi au niveau individuel et au niveau de la pratique)	- La pratique ne dispose PAS d'une politique de traitement des plaintes bien développée, connue des prestataires de soins de santé et NON communiquée activement aux patients ET - La pratique ne dispose PAS d'un registre des incidents ET - La pratique n'a PAS désigné de personne responsable du traitement des plaintes.	- La pratique dispose d'une politique de traitement des plaintes bien développée, mais cette politique n'est PAS connue des prestataires de soins de santé et des patients OU - La pratique dispose d'un registre d'incidents, mais celui-ci n'est pas rapporté annuellement OU - La pratique n'a PAS désigné de personne responsable du traitement des plaintes.	- La pratique dispose d'une politique de traitement des plaintes bien établie, connue des prestataires de soins et activement communiquée aux patients. - La pratique dispose d'un registre des incidents qui fait l'objet d'un rapport au moins une fois par an et auquel des actions sont liées - La pratique a désigné une personne responsable du traitement des plaintes.	- Politique en matière de plaintes et d'incidents - Rôles au sein de la pratique ou coordonnées de la personne chargée du traitement des plaintes - Rapportage d'incidents doit être disponible sur demande.	Pas de durée maximale
10	Structureel, maandelijks patiëntenoverleg - Gem. minstens 25 uur per jaar per VTE - Met een doelgerichte aanpak volgens systematische verbetermethodiek - Met schriftelijk (digitaal) verslag met afspraken over (de samenwerking in) de zorg	Dit is een basiskenmerk van een kwalitatieve praktijkvoering, dat een vereiste is om in aanmerking te komen voor de forfaitaire vergoeding voor specifieke kosten.				
10	Discussions / concertations patients structurelle et mensuelle - Moyenne d'au moins 25 heures par an et par ETP - Avec une approche ciblée selon une méthodologie d'amélioration systématique Avec un rapport écrit (numérique) avec des accords sur (la coopération dans) les soins	Il s'agit d'une caractéristique fondamentale de la gestion de la qualité des pratiques, obligatoire pour obtenir l'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques				
11	Voldoende verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg : Praktijk ≤ 7 VTE VPK: minstens 1 VTE verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld) – in de verdere voorbereiding wordt nagegaan of minstens 2 VTE per 7 VTE eveneens het minimum kan zijn voor de praktijken < = 7 VTE VPK WUG = 1VVAZ per gestructureerd zorgteam	De praktijk beschikt NIET over minstens 1 VTE VVAZ.	De praktijk beschikt NIET zelf over minstens 1 VTE VVAZ, maar werkt hiervoor samen met een andere praktijk.	De praktijk beschikt over minstens 1 VTE VVAZ.	Teamsamenstelling	1 jaar
11	Un nombre suffisant d' infirmiers responsable de soins généraux : Pratique ≤ 7 ETP infi : au moins 1 ETP d'infirmiers responsable des soins généraux (ou équivalent) = IRSG - dans le cadre d'une préparation ultérieure, on examinera si au moins 2 ETP pour 7 ETP pourraient également constituer le minimum pour les pratiques < = 7 ETP infi. LEPS = 1 IRSG par équipe de soins structurée	La pratique ne dispose PAS d'au moins 1 ETP IRSG.	La pratique ne dispose PAS lui-même d'au moins 1 ETP IRSG, mais collabore avec une autre pratique à cette fin.	La pratique compte au moins 1 ETP IRSG.	Composition du groupement	1 an

	Caractéristique	Que signifie le <u>score 0</u> pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir le <u>score 2</u> pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir la <u>note 4</u> pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour étayer le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
11	Voldoende verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg : Praktijk > 7 VTE: minstens 2 VTE verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld) per 7 VTE (pro rata opbouwen) WUG = 1 VVAZ per gestructureerd zorgteam	De praktijk beschikt NIET over minstens 2 VTE VVAZ per 7 FTE VPK.	De praktijk beschikt NIET zelf over minstens 2 FTE VVAZ per 7 VTE VPK, maar werkt hiervoor samen met een andere praktijk.	De praktijk beschikt over minstens 2 VTE VVAZ per 7 FTE VPK.	Teamsamenstelling	1 jaar
11	Un nombre suffisant d' infirmiers chargées des soins généraux : Pratiques > 7 ETP : au moins 2 infirmiers ETP chargées des soins généraux IRSG (ou équivalent) pour 7 ETP (construire au prorata). LEPS = 1 IRSG par équipe de soins structurée	La pratique ne dispose PAS d'au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI.	La pratique ne dispose PAS lui-même d'au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI, mais collabore avec une autre pratique à cette fin.	La pratique compte au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI.	Composition du groupement	1 an
12	Patiëntenmix : elke praktijk moet een minimale activiteit hebben in elke categorie (N, FA, FB en FC en palliatief) gedurende een referentieperiode van 1 (kalender)jaar. Het % pallatieve patiënten wordt berekend als het aantal patiënten (personnes physiques) met een palliatief statuut t.o.v. het totaal aantal patiënten in het patiëntenportfolio.	In het patiëntenportfolio is er hoogstens 1 forfaitcategorie (A, B en C) aanwezig EN tijdens het voorbije kalenderjaar waren er geen palliatieve patiënten.	- In het patiëntenportfolio is er hoogstens 1 forfaitcategorie (A, B en C) aanwezig en er zijn > 2,5% palliatieve patiënten. - OF - In het patiëntenportfolio zijn er minstens 2 van de 3 forfaits aanwezig (A, B en C), maar er zijn geen palliatieve patiënten.	In het patiëntenportfolio zijn alle forfaits aanwezig (A, B en C) EN er zijn > 2,5% palliatieve patiënten.	Overzicht van een patiëntenpopulatie (lijst KATZ-schalen)	Geen termijn nodig
12	Répartition des patients : chaque pratique doit avoir une activité minimale dans chaque catégorie (N, FA, FB et FC et palliatif) au cours d'une période de référence d'un an (calendrier). Le % de patients palliatifs est calculé comme le nombre de patients (têtes) en statut palliative par rapport au nombre total de patients dans le portefeuille de patients.	Dans le portefeuille de patients, il y a au maximum une catégorie forfaitaire (A, B et C) et, au cours de l'année calendrier écoulée, il n'y a pas eu de patients en soins palliatifs.	- Dans le portefeuille des patients, il y a au maximum une catégorie forfaitaire (A, B et C) et il y a > 2,5% des patients en soins palliatifs. OU - Dans le portefeuille de patients, il y a au moins 2 des 3 forfaits présents (A, B et C), mais il n'y a pas eu de patients en soins palliatifs.	Dans le portefeuille de patients, tous les forfaits sont présents (A, B et C) ET il y a > 2,5 % de patients palliatifs.	Vue d'ensemble d'une population de patients (liste des échelles de KATZ)	Pas de durée maximale
13	Aanwezigheid van verpleegkundig specialist (master in een domein dat relevant is voor de thuiszorg), die binnen de praktijk een expertiserol opneemt en zo bijdraagt tot de kwaliteit van de zorg	De praktijk beschikt (in de eigen praktijk of in de organisatie waartoe de praktijk behoort) NIET over verpleegkundig specialist, die binnen de praktijk een expertiserol opneemt EN De praktijk kan geen samenwerking aantonen met een praktijk die over dergelijke verpleegkundig specialist beschikt (op gestructureerde basis).	De praktijk beschikt (in de eigen organisatie of in de organisatie waartoe de praktijk behoort) niet over een verpleegkundig specialist, die binnen de praktijk een expertiserol opneemt, maar kan een samenwerking aantonen met een praktijk die over een verpleegkundig specialist beschikt (op gestructureerde basis).	In de eigen praktijk (of in de organisatie waartoe de praktijk behoort), is er minstens één verpleegkundig specialist aanwezig. Zij neemt binnen de praktijk een expertiserol op en verhoogt op die manier de kwaliteit van de zorg, aangeboden door de praktijk.	Naam en diploma van de verpleegkundig specialist	Geen termijn nodig

	Kenmerk	Wat impliceert <u>score 0</u> voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 2</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Wat zijn de voorwaarden om <u>score 4</u> te krijgen voor dit kenmerk?	Welke informatie moet geregistreerd/doorgeven worden ter onderbouwing van de score?	Max.termijn voor score 2
13	Présence d'un infirmier de pratique avancée (niveau master dans une domaine pertinente pour les soins à domicile) qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier et contribue ainsi à la qualité des soins	Il n'y a PAS d'infirmier de pratique avancée, travaillant dans la pratique, ni dans l'organisation à laquelle appartient la pratique, qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier. ET La pratique ne peut pas démontrer une collaboration (sur base structurelle) avec une pratique qui dispose d'un infirmier de pratique avancée.	La pratique ne dispose pas (elle-même ou dans l'organisation à laquelle appartient la pratique) d'un infirmier de pratique avancée qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier, mais peut démontrer une collaboration avec une pratique qui en dispose (sur une base structurée).	Au moins un infirmier de pratique avancée travaille dans la pratique ou dans le groupement à laquelle appartient la pratique. Elle remplit un rôle d'expertise en art infirmier, ce qui augmente la qualité des soins offerts par la pratique.	Nom et agrément de l'infirmier de pratique avancée	Pas de durée maximale
14	Een beleid rond en inzetten op het organiseren van stages • Begeleiden van stages • Aanwezigheid van een stagementor (per aantal studenten)	- De praktijk beschikt NIET over een uitgewerkt stagebeleid OF - de praktijk stelt GEEN stageplaatsen ter beschikking.	- De praktijk beschikt over een uitgewerkt stagebeleid EN - de praktijk vult ad hoc stageplaatsen in. - De aanwezigheid van een stagementor is niet vereist voor deze score.	- De praktijk beschikt over een uitgewerkt stagebeleid EN - de praktijk vult op structurele basis stageplaatsen in EN - de praktijk beschikt over een stagementor, die al dan niet een specifieke opleiding rond mentorschap heeft gevolgd en zich daarin verder blijft verdiepen.	- Beleid: aantoonbaar document - De praktijk rapporteert over het aantal stageplaatsen dat werd ingevuld in jaar X - De praktijk rapporteert over het aantal beschikbare/ingezette stagementoren in jaar X (gelinkt aan het aantal ingevulde stageplaatsen)	Geen termijn nodig
14	Une politique et un engagement en faveur de l'organisation de • Supervision les stages • Présence d'un superviseur (par nombre d'étudiants)	- La pratique n'a PAS de politique élaborée en matière de stages OU - La pratique ne propose PAS d'accueillir des stagiaires.	- La pratique dispose d'une politique de stage élaborée ET - La pratique remplit des stages ad hoc. - La présence d'un mentor n'est pas requis pour ce score.	- La pratique dispose d'une politique de stage élaborée ET - La pratique organise des stages sur une base structurelle ET - La pratique a un mentor, qui peut ou non avoir suivi une formation spécifique sur le mentorat et qui continue à se perfectionner dans ce domaine.	- Politique : document démontrable - La pratique fait état du nombre de stages effectués au cours de l'année X - La pratique fait état du nombre de tuteurs de stage disponibles/déployés au cours de l'année X (lié au nombre de stages effectués).	Pas de durée maximale

Om **kleine praktijken** (max. 6 VTE) ertoe aan te zetten zich te **structureren** en de **organiseren**, kunnen zij **éénmalig 5 punten extra** verdienen indien ze kunnen aantonen dat ze het voorbij jaar vooruitgang hebben geboekt op het vlak van professionalisering.

Hiertoe van het volgende **kenmerk** beoordeeld worden:

- Er werd het voorbije jaar een formeel georganiseerde samenwerking opgezet tussen 3 à 6 verpleegkundigen, waarbij de rollen, verantwoordelijkheden en afspraken schriftelijk vastgelegd werden.
- Deze rollen worden niet gedeeld opgenomen door meerdere VTE, actief in de praktijk.
- Deze rollen worden actief toegepast in de werking van de praktijk.

Om dit aan te tonen bezorgt de praktijk een beschrijving van de samenwerkingsafspraken, met o.a. een beschrijving van de rollen.

Dit kenmerk kan slechts 1 keer gevaloriseerd worden.

*Pour encourager les **petites pratiques** (maximum 6 ETP) à **se structurer** et à **s'organiser**, elles peuvent **une fois** acquérir un **supplément de 5 points** s'ils peuvent démontrer qu'ils ont progressé en termes de professionnalisation au cours de l'année écoulée.*

À cette fin, la caractéristique suivant sera évalué :

- *Au cours de l'année écoulée, une collaboration formellement organisée entre 3 à 6 infirmières a été mise en place, avec des rôles, des responsabilités et des accords consignés par écrit.*
- *Un rôle ne peut pas être répartis entre les différents ETP actifs au sein de la pratique.*
- *Les rôles sont activement appliqués dans la pratique.*

Pour démontrer la réalisation de cette caractéristique, la pratique fournit la description des modalités de coopération, avec e.a. la description des rôles.

Cette caractéristique ne peut être valorisée qu'une seule fois.