



“BLIJVEND IN BEWEGING”

KWALITEITSJAARVERSLAG 2023 **EN** **BELEIDSPLAN 2024**

Februari 2024

- ❑ Gezondheidscentrum Delfzijl, Jachtlaan 90, 9934 JD Delfzijl
- ❑ Gezondheidscentrum Overdiep, Stadshaven 23, 9902 DA Appingedam
- ❑ Fam. Bronsweg 22, 9945 PS Wagenborgen
- ❑ AE Gorterweg 58, 9946 PD Woldendorp
- ❑ Woonzorglocatie 't Hamrik, Hoofdstraat 62, 9944 AH Nieuwolda
- ❑ Gezondheidscentrum Holwierde, Uiteinderweg 7b, 9905 RG Holwierde

Website: www.kinesefysio.nl

E-mail: info@kinesefysio.nl

Tefoon: 0596-613066



INHOUDSOPGAVE:

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN

<u>Hoofdstuk 1: Algemeen beleid</u>	3
1.1 Inleiding	
1.2 Missie / visie van praktijk	
1.3 Organisatiedoelstellingen op lange termijn	
1.4 Doelgroepen, producten en diensten	
1.5 Externe oriëntatie	
1.6 Organisationschema	
1.7 Milieuverantwoorde bedrijfsvoering	
<u>Hoofdstuk 2: Personeelsbeleid</u>	9
2.1 Uitgangspunten	
2.2 Doelstellingen op het gebied van personeel	
<u>Hoofdstuk 3: Kwaliteitsbeleid</u>	14
3.1 Visie van de praktijk op kwaliteit	
3.2 Kwaliteitsdoelstellingen	
<u>DEEL 2: PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE</u>	
<u>Hoofdstuk 4: Doelstellingen en activiteitenplan en interne auditplanning</u>	16
<u>DEEL 3: EVALUATIE EN CONCLUSIES</u>	
<u>Hoofdstuk 5: Kritische processen</u>	37
5.1 Inleiding	
5.2 Metingen en uitkomsten kritische processen (management review)	
5.3 Evaluatie beleidsplan voorgaande jaar	

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN

Hoofdstuk 1. Algemeen beleid

1.1. Inleiding:

Onder de titel "Kwaliteitsjaarverslag 2023" en "Beleidsplan 2024" brengen wij verslag uit over de door ons geboden zorg en kwaliteit en de plannen voor de toekomst. Kineste Fysiotherapeuten is een HKZ gecertificeerde praktijk. Het is een fysiotherapiepraktijk met 6 actieve locaties in Delfzijl, Appingedam en de omliggende dorpen, zoals op het titelblad is aangegeven. Er zijn 27 fysiotherapeuten werkzaam, waarvan 6 in de maatschap, en 1 oefentherapeut Cesar-Mensendieck. Het secretariaat wordt bemenst door 6 administratieve medewerkers. Het jaarverslag en het beleidsplan zijn opgesteld in het 1e kwartaal van 2024 door Judith Gootjes (maatschapslid, kwaliteitsmanager en kinderfysiotherapeut). De gegevens uit het jaarverslag komen voort uit de patiëntenadministratie en de processen die voortvloeien uit het kwaliteitsmanagementsysteem. Het beleidsplan wordt opgesteld aan de hand van de resultaten van de kwaliteitsprocessen, het overleg binnen de maatschap en het werkoverleg met alle collega's.

1.2. Missie / visie praktijk:

De missie van Kineste Fysiotherapeuten luidt als volgt:

Kineste Fysiotherapeuten wil "Blijvend in Beweging" zijn. We willen een motiverende werkomgeving voor onze medewerkers bewerkstelligen en de regio bedienen met de beste fysiotherapeutische zorg mogelijk. De praktijk biedt een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige aanpak waarin betrouwbaarheid voorop staat. We willen daarbij goede werkverhoudingen met alle betrokken partijen nastreven.

De visie van de praktijk wordt als volgt samengevat. Kineste Fysiotherapeuten wil met een actieve en dynamische opstelling van de maatschap en medewerkers een herkenbare rol spelen in de voortdurend veranderende gezondheidszorg. Deze zorg is gericht op een zo breed mogelijke samenwerking met alle betrokkenen in de 1e en 2e lijn gezondheidszorg. In een veranderende omgeving willen we snel kunnen schakelen om onze werkwijze aan te passen en zo goed mogelijk in te spelen op de nieuwe zorgvraag. Zo wil Kineste Fysiotherapeuten zijn doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en professionele werkwijze waarborgen door een HKZ gecertificeerde praktijk te blijven. We willen op deze wijze een toonaangevende fysiotherapiepraktijk zijn in de regio Delfzijl, Appingedam e.o. met een zo compleet mogelijk therapeutisch aanbod, zowel op curatief als preventief gebied.

1.3. Organisatie doelstellingen op korte en lange termijn (2024-2028):

Op basis van de missie en visie zijn er lange termijn doelstellingen opgesteld. Daarin spelen ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg natuurlijk een rol, net als de sociaal-maatschappelijke situatie van Delfzijl en Appingedam e.o. Ook de veranderingen binnen de fysiotherapie en de opzet van het kwaliteitshuis spelen een rol bij de

gemaakte keuzes. Verder is daarbij rekening gehouden met de veranderingen van de afgelopen jaren binnen de maatschap en de nog op handen zijnde veranderingen binnen de maatschap. Dit alles heeft geleid tot een heel aantal korte- en langetermijnplannen en doelstellingen voor de komende 5 jaar.

Lange termijn doelen:

- In de periode 2024-2028 houden we in de praktijk alle reeds aanwezige specialisaties aanwezig. We zijn tevreden als de specialisaties manueel, kind, sport, oncologie, psychosomatiek en geriatrie continu beschikbaar zijn. Ditzelfde geldt voor de aandachtsgebieden dry needling, oedeem, hand, shockwave en echodiagnostiek. Voor de beschikker van master opgeleide therapeuten willen we jaarlijks 4, master manuele therapie, 3 kinderfysiotherapie en de overige specialisaties met 1 master aanwezig hebben. Voor de aandachtsgebieden oedeem en hand willen we 1 opgeleide collega werkzaam hebben op de praktijk en voor de aandachtsgebieden dry needling, shockwave en echodiagnostiek minimaal 3 therapeuten werkzaam hebben.
- Kennis van therapeuten blijft volgens de norm van het basisregister in het kwaliteitshuis fysiotherapie, dat betekent dat ze scholing volgen en ervaring op blijven doen waardoor alle therapeuten hun herregistratie in 2025 behalen.
- In de periode 2024-2028 zijn patiënten tevreden over de door ons geleverde zorg en diensten en blijven we scoren op de PREM boven de 9,2.
- In de periode 2024-2028 zal het onderwerp Leefstijl nog meer deel uitmaken van de verleende zorg. Hiervoor blijven we deze periode de GLI aanbieden en hiervoor 2 collega's werkzaam hebben en is ook de kinder GLI operationeel.
- In de periode 2024-2028 zullen we ons meer richten op de mogelijkheden van de anderhalvelijnszorg en hiervoor de contacten en samenwerking met de huisartsen werkzaam in hetzelfde gezondheidscentrum uitbreiden. We willen in deze periode onderdeel blijven uitmaken van het HBA spreekuur van de huisarts in Appingedam. Ook willen we in deze periode een collega opleiden tot extended scope fysiotherapeut.
- In de periode 2024-2028 willen we de werkdruk niet verder laten stijgen onder de werknemers. Dat betekent dat de administratie moet voldoen aan de richtlijn van het KNGF, we geen plus criteria gaan hanteren en we blijven vasthouden aan de 80% check. In dit licht volgen we de ontwikkelingen binnen het kwaliteitskader.
- In de periode 2024-2028 zijn we aangesloten bij de FWV en volgen we de ontwikkelingen m.b.t. de CAO om zo een goede CAO voor werkgever en werknemer te verkrijgen en hier aan deel te nemen, we willen deze CAO binnen 6 maanden na aannname implementeren in de praktijk.
- In de periode 2024-2028 gaan we specifiek opleiden. In 2024 wordt er intern geworven voor een aantal cursussen (bekkenbodemp, echodiagnostiek en shockwave) en masters (bekkenfysiotherapie, geriatriefysiotherapie, sportfysiotherapie, psychosomatiek) en de opleiding tot handfysiotherapeut. In 2026 moet er voor elke cursus of specialisatie die hierboven genoemd staat een collega in opleiding zijn.

Korte termijn doelen:

- Organisatie:

- In de periode 2024 vangt de maatschap het vertrek van één maatschapslid op door de taken onder te verdelen onder de huidige maten.
- Personeel:
 - Er zijn in 2024 altijd gespecialiseerde master fysiotherapeuten voor manuele therapie, kindersfysiotherapie, oncologiefysiotherapie, oedeemfysiotherapie, sportfysiotherapie en psychosomatiek werkzaam.
 - Er zijn in 2024 altijd fysiotherapeuten met de aandachtsgebieden handtherapie, incontinentie, bekkenklachten tijdens en na zwangerschap, dry needling, oedeem en medical taping concept werkzaam.
 - In 2024 zijn er 3 collega's met een afgeronde cursus GLI werkzaam en passen deze toe op de werkvloer.
 - In periode 2024 start een collega de master "Psychosomatische Fysiotherapie".
 -
- Samenwerking:
 - In 2024 blijft het programma Fitkids actief, er is een nieuwe collega beschikbaar die deze groep begeleidt.
 - In 2024 zijn er collega's actief betrokken bij de netwerken Chronisch ZorgNet, ParkinsonNet, SchouderNet en Geriatrie Netwerk, CVA netwerk Groningen.
 - In 2024 blijft het anderhalve lijns zorg project orthopediespreekuur draaien op de locatie in Appingedam.
 - In 2024 blijft het spreekuur HBA klachten samen met de kaderhuisarts HBA actief.
 -
- Kwaliteit:
 - In 2024 behalen we de tweede opvolgingsaudit die in september staat gepland zonder tekortkomingen.
 - In 2024 voldoen alle collega's aan de administratieve taken die gesteld zijn fysiotherapeutische dossiervoering zowel kwantitatief als kwalitatief; iedereen behaalt de 80% check en er is <5% die uitvalt op de inhoudelijke controle.
 - In 2024 is er financiële ruimte om collega's op te leiden en ook om te kunnen investeren in de bestaande oefenzalen, de omzet zal iets stijgen naar €850.000 per half jaar.
 - In 2024 waarderen patiënten onze dienstverlening goed en scoren we boven de benchmark gemeten met de PREM.

1.4. Doelgroepen, producten en diensten:

1.4.1. Curatieve activiteiten:

De praktijk richt haar activiteiten op patiënten met klachten van het bewegingsapparaat in de breedste zin. Daarom proberen we naast de reguliere fysiotherapie ook een zo groot mogelijk scala aan specialisaties in huis te hebben nl.: Manuele Therapie, Kindersfysiotherapie, Oedeemtherapie, Psychosomatische Fysiotherapie, Sportfysiotherapie, Oncologiefysiotherapie, Geriatriefysiotherapie, Handtherapie. Er worden revalidatietrainingen verzorgd voor mensen met Diabetes Mellitus, COPD en

astma, PAV (perifeer arterieel vaatlijden), CVRM, orthopedische aandoeningen, neurologische aandoeningen, reumatische aandoeningen, artrose en oncologische aandoeningen. Voor volwassenen bij wie het lopen of anderszins bewegen in het dagelijks leven steeds lastiger wordt en waarbij de kans op vallen toeneemt is er mogelijkheid om valtraining te krijgen. Voor kinderen met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening bestaat er een groep FitKids. Volwassenen met overgewicht kunnen terecht bij de GLI, voor kinderen met overgewicht kan dit bij de kinder GLI. Voor de (revalidatie)trainingen hebben we de beschikking over twee oefenzalen en kunnen we een aantal uren per week gebruikmaken van het fitnesscentrum en het zwembad in één van de omliggende dorpen en van de fitnessruimte in een sportschool in Farmsum.

1.4.2. Preventieve activiteiten:

In de oefenzaal van de praktijken in Appingedam en Delfzijl bieden wij, buiten de reguliere praktijkuren, de mogelijkheid om onder deskundige leiding te sporten tijdens de beschikbare KineseFit uren. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt aangeboden en richt zich op het verminderen van overgewicht en het stimuleren van een gezondere leefstijl, dit is voor volwassenen en kinderen beschikbaar.

1.5. Externe oriëntatie:

1.5.1. Zorgketen: beschrijving van de partners in de keten:

- De praktijk is onderdeel van het Belife netwerk. In dit netwerk is specifiek aandacht voor arbeidsgerelateerde zorg.
- De praktijk is aangesloten bij FKN, een regionaal samenwerkingsverband van fysiotherapeuten.
- De praktijk is aangesloten bij Fitkids.
- In samenwerking met de kinderartsen van De Ommelander Ziekenhuis Groningen en Het Bewegencentrum Winschoten, wordt er samengewerkt bij de kinder GLI.
- Eén collega is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet.
- Er zijn twee collega's aangesloten bij SchouderNet.
- Er is één collega betrokken bij het CVA netwerk Groningen.
- Eén van de kinderfysiotherapeuten werkt samen met en op de SBO school De Delta in Appingedam.
- Er wordt samengewerkt met de verschillende POH GGZ en OJG in de regio.
- Er is samenwerking opgezet met Kentalis. Een kinderfysiotherapeut van de praktijk onderzoekt en behandelt op verzoek kinderen met een motorische hulpvraag of met een hulpvraag gericht op de Sensorische Integratie op de Taaltrein in Delfzijl.
- Er is samenwerking met een aantal scholen, zo kunnen kinderen door de kinderfysiotherapeut op school behandeld worden voor schrijfproblemen of problemen in de fijne motoriek.
- Er is samenwerking met huisartsen, orthopeden OZG in een anderhalvelijnszorg, orthopedie spreekuur.
- Er is samenwerking met huisarts HBA in een gezamenlijk HBA spreekuur.

1.5.2. Zorgverzekeraar:

De praktijk heeft met alle Nederlandse Zorgverzekeraars een contract afgesloten.

1.5.3. Beroepsvereniging:

Fysiotherapeuten werkzaam binnen de praktijk zijn lid van het KNGF, NVMT, NVFK, NVFL, VHVL en NPF.

1.5.4. Regionale patiënten / consumentenorganisaties:

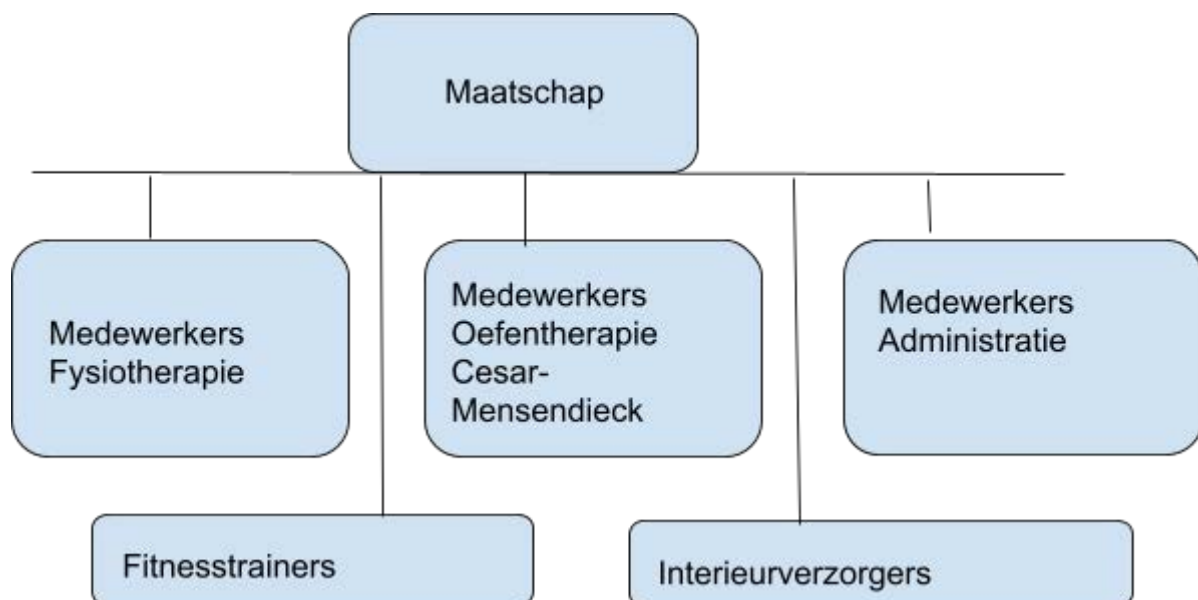
De praktijk staat open voor samenwerking met regionale patiëntenorganisaties en consumentenorganisaties. Momenteel zijn er geen vaste samenwerkingsverbanden.

1.6. **Organisatieschema:**

1.6.1. Functies en specialisaties medewerkers, formele verhouding tussen medewerkers:

De praktijk bestaat tijdens aanvang 2023 uit een maatschap van 6 leden en 21 fysiotherapeuten in loondienst, 1 fysiotherapeut werkend via overeenkomst van opdracht, 4 KineseFittrainers, 1 Leefstijlcoach en 6 administratieve medewerkers en 1 interieurverzorgster. Tevens is er 1 oefentherapeut Cesar-Mensendieck werkend via overeenkomst van opdracht.

In 2024 zijn we in personele bezetting wat gekrompen en bestaat de praktijk uit een maatschap van 6 leden en 17 fysiotherapeuten in loondienst, 1 fysiotherapeut werkend via overeenkomst van opdracht, 3 KineseFittrainers, 1 Leefstijlcoach en 6 administratieve medewerkers en 1 interieurverzorgster.



1.7 **Milieuverantwoorde bedrijfsvoering:**

Wij streven er te allen tijde naar om een positieve bijdrage te leveren aan het milieu en duurzaamheid, waarbij wij tenminste aan de geldende wet- en regelgeving willen

voldoen. Kantoorbeleid: De praktijk draagt er zorg voor dat ons bedrijfspannend en onze werkwijzen het milieu zo min mogelijk belasten. De praktijk maakt in alle werk-, - en verblijfsruimten gebruik van energiezuinige verlichting. Door het digitaliseren van praktijk- en patiëntgebonden documenten wordt een papierloze praktijk gecreëerd. Papier wordt apart ingezameld en opgehaald. Alle apparatuur binnen de praktijk wordt na werktijd uitgeschakeld in plaats van in de standby modus. Het klimaatsysteem wordt bij het verlaten van de ruimte uitgeschakeld. Er wordt in de oefenzaal gevraagd om een eigen drinkfles mee te nemen, deze kan met water gevuld worden. Bij de aanschaf van nieuwe apparatuur wordt rekening gehouden met het energielabel en wordt een zo energiezuinig apparaat aangeschaft.

Hoofdstuk 2. Personeelsbeleid

2.1. Uitgangspunten:

We willen een motiverende werkomgeving voor onze medewerkers bewerkstelligen en daarbij goede werkverhoudingen met alle medewerkers nastreven. Daarbij is het noodzaak om de collega's op te leiden zodat de specialisaties gewaarborgd en uitgebreid worden, voor deze gevraagde specialisaties geldt een 100% scholingsvergoeding.

2.1.1. Arbeidsomstandigheden:

De veiligheid, gezondheid en welzijn van de medewerkers met betrekking tot het verrichten van arbeid moet gegarandeerd zijn. Wanneer geïndiceerd, wordt er een Risico-inventarisatie en evaluatie uitgevoerd welke jaarlijks wordt geëvalueerd. Deze RI&E is ook in 2020 en 2023 afgenomen en jaarlijks geëvalueerd. De daaruit voortvloeiende herstelmaatregelen zijn uitgevoerd. Aan alle medewerkers is in 2020 het invullen van een PMO aangeboden, vanuit het algemene rapport wat daaruit is ontvangen zijn actiepunten opgesteld en voorgelegd aan de medewerkers. Tijdens de jaarlijkse functioneringsgesprekken, en als de situatie daarom vraagt vaker, worden de werktijden, de werkomgeving en de werkdruk met de collega's in loondienst besproken en indien noodzakelijk worden er aanpassingen getroffen. In de praktijk zijn zeven collega's opgeleid als BHV'er en binnen de gezondheidscentra in Delfzijl en Appingedam zijn bij de andere deelnemende disciplines nog meer medewerkers opgeleid als BHV'er. Jaarlijks worden de calamiteitenplannen en de EHBO kisten gecontroleerd en zo nodig aangepast of aangevuld. Jaarlijks wordt er door de BHV'er voorlichting en uitleg gegeven tijdens het teamoverleg.

2.1.2. Arbeidsovereenkomsten:

Al het personeel in loondienst heeft een arbeidsovereenkomst. Deze overeenkomst wordt jaarlijks tijdens de functioneringsgesprekken beoordeeld op actualiteit en zo nodig aangepast. Mocht de situatie daar tussentijds aanleiding toe geven dan wordt deze arbeidsovereenkomst aangepast met een addendum bij het contract. Elk jaar worden de tarieven loondienst fysiotherapeuten beoordeeld naar aanleiding van alle wijzigingen bij de zorgverzekeraar. Alle personeelsleden in loondienst kunnen digitaal via SOM bij hun gegevens zoals loonstrook e.d.

In 2024 volgt de praktijk de CAO ontwikkelingen die gevoerd worden door de werknemersvereniging en de werkgeversvereniging. Het streven is deze CAO te volgen wanneer deze ingevoerd gaat worden.

2.1.3. Arbeidsverzuim en -vervanging:

De praktijk heeft als doelstelling een zo laag mogelijk (ziekte)verzuim van haar medewerkers te hebben. We realiseren ons dat een (groot) deel ziekteverzuim niet te voorkomen is, we stellen ons hierin dan ook geen doelen met percentages. Om het ziekteverzuim zo laag mogelijk te houden vanuit werkgerelateerde redenen willen we de werkomgeving zo veilig mogelijk maken en de stress zo laag mogelijk. Daarom kiezen we er voor om geen plus praktijk te worden zodat de administratiedruk niet hoger wordt. Het begeleiden vanaf de eerste ziekmelding heeft prioriteit. Bij kortdurend verzuim zal

getracht worden dit verzuim op te vangen vanuit de praktijk. Bij lang verzuim zal een waarneming ingeschakeld worden. Met het plannen van verlofdagen en vakanties wordt, indien nodig, waarneming georganiseerd. Deze taken worden gecoördineerd vanuit 2 maatschapsleden die het personeelsbeleid coördineren. Het ziekteverzuimbeleid wordt deels gestuurd door Interpolis, waarmee de praktijk een verzuimverzekering en verzuimmanagement verzekering heeft afgesloten en wordt deels voortdurend gemonitord aan de hand van een in de praktijk gehanteerde procedure. De maatschapsleden die verantwoordelijk zijn voor het personeelsbeleid onderhouden het contact met Interpolis. Bovendien houden zij met de zieke werknemer contact volgens de praktijk procedure. Alle contacten worden gedocumenteerd. Het ziekteverzuim onder de medewerkers ligt in 2023 op 5,8%, dat is lager dan in het voorgaande jaar waarin het lag op 8,59%. De meldfrequentie ligt op onder de 0,1%. We zien dat er aanmerkelijk minder verzuimmeldingen zijn geweest. Het overgrote deel van het verzuim is <7 dagen (82%) en 7-14 dagen (2%). Het ziektepercentage >43 dagen is in 2023 weer gedaald van 8,62% naar 5%. Bij iedere ziekmelding is contact met een maatschapslid die personeelszaken voor zijn rekening neemt.

2.1.4. Arbeidsvoorwaarden:

In het handboek staan personeelsdocumenten die alle medewerkers kunnen inzien. In de praktijk wordt voor de fysiotherapeuten gewerkt met een variabel beloningssysteem; beloning is afhankelijk van het aantal zittingen. Er wordt uitbetaald volgens het all in salaris zoals op de loonstrook ook te zien is. Bij extra, niet patiëntgebonden werkzaamheden kunnen de collega's zgn. "indirecte uren" declareren bij de praktijk. De collega's hebben een in hun contract beschreven aantal vakantiedagen per jaar. De opgenomen vakantie c.q. vrije dagen wordt voor ieder bijgehouden en geregistreerd in SOM. In 2023 heeft de praktijk de voorbereidingen getroffen voorschriften uit de wet WAB in te voeren. Dat betekent dat de medewerkers vanaf het vierde kwartaal volgens een opgesteld addendum bij het arbeidscontract een vast salaris krijgen dat gebaseerd is op variabele jaarbeloning.

2.1.5. Werken in deeltijd:

In de praktijk is het mogelijk om in deeltijd te werken. Het aantal te werken uren per week is vastgelegd in de arbeidsovereenkomst. Er wordt van de collega's die niet aanwezig kunnen zijn op de maandelijkse werkbespreking verwacht dat zij op de hoogte blijven van wat er is besproken via het verslag wat gemaakt wordt tijdens de bespreking. Deze is terug te vinden in de nieuwsbrief die per mail wordt verzonden na het overleg.

2.1.6. Deskundigheidsbevordering (bij- en nascholing):

De praktijk hecht veel waarde aan de professionele kwaliteit van de behandeling. Iedere medewerker dient minimaal de opleidingen en trainingen te volgen die vanuit de wet (B.I.G.) of beroepsgroep worden verplicht. Om deze kwaliteit te borgen wordt er voortdurend geïnvesteerd in na- en bijscholing. Aan iedere werknemer wordt jaarlijks een bedrag ter beschikking gesteld om scholing te volgen. Het budget per registratieperiode is 1% van het brutoloon (voor 2020-2025). Cursussen en Masters die op verzoek van de maatschap worden gevolgd worden extra door de maatschap vergoed

zoals van tevoren is afgesproken met de medewerker en is vastgelegd in een daarvoor bestemd document. Hiervoor wordt wel een terugbetalingsregeling vastgelegd. Netwerkkosten van alle netwerken worden vergoed. Er is een vergoeding voor het lidmaatschap KNGF, KRF en deelvereniging, deze is volledig wanneer Kinse Fysiotherapeuten de enige werkgever is, met als peildatum 1 januari van het geldende jaar. Wanneer Kinse Fysiotherapeuten niet de enige werkgever is van de werknemer dan is er een vergoeding lidmaatschap KNGF, KRF en deelvereniging naar rato van het percentage dat de medewerker in dienst is (waarbij 40 uur geldend als 100%) met als peildatum 1 januari van het geldende jaar.

2.1.7. Lidmaatschappen:

Medewerkers zijn lid van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie). Het streven van de maatschap is dat de collega's met specialisaties ook lid zijn van de specialistenvereniging. Er zijn lidmaatschappen van de NVMT, de NVFK, de NVFL, de VHVL en de NFP.

2.1.7. Dienstrooster en capaciteit:

De afsprakenagenda en de arbeidsduur zoals vastgelegd in de arbeidsovereenkomst vormen het uitgangspunt van de praktijkplanning en de capaciteit van de dienstverlening. Verlofdagen en vakantie worden in overleg gepland.

2.1.8. Functioneringsgesprekken:

Met iedere medewerker wordt jaarlijks een functioneringsgesprek gevoerd. Tijdens dit gesprek wordt zowel het functioneren van de medewerker als het functioneren van de praktijk als geheel besproken. Er wordt nagegaan of de functiebeschrijving nog up to date is. De actiepunten die voortgekomen zijn uit het functioneringsgesprek van het voorgaande jaar worden besproken. Aandachtspunten zijn verder de werktijden, de werkdruk en de werkomgeving, evt. actiepunten uit een interne audit, ingediende klachten en/of verbetervoorstellen. Er wordt aan de hand van de spiegelinformaties gekeken naar de patiëntgebonden resultaten. Bovendien wordt er aandacht besteed aan evt. problemen met patiënten en/of collega's. De persoonlijke ontwikkeling van de werknemer binnen het vakgebied wordt onder de loep genomen. Hierbij wordt de tot dan toe gevolgde scholing besproken en de wensen in de toekomst wat betreft scholing, zowel van de werknemer als van de praktijk. Tenslotte komen transmurale en interdisciplinaire samenwerkingen aan de orde. Er wordt een verslag gemaakt van het functioneringsgesprek dat alleen bestemd is voor de gesprekspartners. Bij goedkeuring door de partijen wordt het verslag ondertekent en opgeborgen in het persoonlijke dossier van de werknemer, zodanig dat privacy gewaarborgd is. Uit het verslag wordt een actielijst gedestilleerd die met de verdere maatschap wordt besproken.

2.1.9. Beoordelingsgesprekken:

Het streven is om periodiek het beoordelingsgesprek deel uit te laten maken van het functioneringsgesprek. Tijdens de beoordeling komt aan de orde: klantgerichtheid, collegialiteit en vakinhoudelijke ontwikkeling. Om tot een beoordeling te komen raadpleegt degene van de maatschap, die de beoordelingsgesprekken voert, de, met de

werknemer meest direct betrokken, maatschapsleden om tot een gefundeerd oordeel te komen. De verwerking van de verslagen is hetzelfde als bij de functioneringsgesprekken.

2.1.10. Inspraak en medezeggenschap:

De maatschapsleden zijn altijd bereikbaar indien een medewerker over een bepaald onderwerp al dan niet een vertrouwelijk gesprek wenst. Dit onderwerp mag ook buiten de werksfeer liggen indien het de werksituatie beïnvloedt. Tijdens en/of vooraf aan regulier werkoverleg zijn alle medewerkers uitgenodigd om onderwerpen aan te dragen en in te brengen. Klachten en/of verbetervoorstellen van medewerkers worden genoteerd op het formulier klacht/verbetervoorstel en worden besproken in het maatschap overleg waarna de uitkomst teruggekoppeld wordt aan de werknemer. Eén keer per kwartaal is er op de tijd van het reguliere wekelijkse overleg een medewerkersoverleg gepland waarin medewerkers onderling zaken kunnen bespreken. De punten die hieruit voortkomen worden medegedeeld aan een maatschapslid, deze brengt de punten in de maatschapsvergadering in waar de punten worden besproken. Terugkoppeling hiervan wordt door hetzelfde maatschapslid gedaan.

Bij problemen in de arbeidsverhouding streeft de maatschap ernaar dat, waar mogelijk, deze in goed onderling overleg worden opgelost.

2.1.11. Loopbaanbeleid:

Loopbaanbeleid binnen de praktijk is gerelateerd aan deskundigheidsbevordering, vervanging en capaciteit. Een loopbaanplan van medewerker wordt op basis van de wens en persoonlijke eigenschappen van de medewerker, behoefte van de organisatie en marktontwikkelingen, in overleg vastgesteld. Zie ook het punt onder functioneringsgesprekken.

2.1.12. Ontslag en exitgesprekken:

Indien praktijk en medewerker, al dan niet gedwongen, besluiten de arbeidsrelatie te beëindigen zal, indien mogelijk, deze relatie geëvalueerd worden tijdens een exitgesprek.

2.1.13. Rechtspositieregeling:

De rechtspositie van de medewerkers is geregeld zoals vastgelegd in de arbeidsovereenkomst.

2.1.14. Stagebeleid:

De praktijk biedt vanuit maatschappelijk oogpunt ruimte aan stagiaires. Er is een stageovereenkomst met de Hanze Hogeschool Groningen. Per periode wordt er één stagiaire begeleid door doorgaans twee begeleiders. De stagiaire wordt gevraagd een stage overeenkomst te tekenen waarin afspraken worden vastgelegd en o.a. geheimhouding wordt gevraagd. Afhankelijk van de stageperiode en van ervaring en bekwaamheid van de stagiaire kunnen de stagiaires in meer of mindere mate zelfstandig werken, maar nooit zonder dat er een begeleider in de praktijk aanwezig is. In 2023 hebben er 4 stagiaires meegedraaid in de praktijk.

Tevens bieden wij de ruimte om snuffelstagiaires mee te laten kijken in de praktijk en zo

een beeld te krijgen bij het vak fysiotherapie. In 2023 hebben er 2 snuffelstagiaires van het voortgezet onderwijs en 1 snuffelstagiaire van de opleiding fysiotherapie meegelopen.

2.1.15. Werkbegeleiding:

De praktijk beschikt over een inwerkplan voor haar nieuwe medewerkers. Bij indiensttreding krijgt de nieuwe medewerker een mapje met alle belangrijke informatie van de praktijk op papier. Er wordt een senior collega aangesteld waarbij de nieuwe medewerker met vragen terecht kan. Er worden op gewenste momenten gesprekken gevoerd, waarvan verslag wordt gemaakt. Daarnaast maakt de praktijk gebruik van intercollegiale toetsing en casuïstiekbespreking. Indien gewenst kan er een sectieoverleg plaatsvinden.

2.2. **Jaar doelstellingen op het gebied van personeel:**

Het jaar 2023 was een uitdagend jaar op het gebied van personeel. Er zijn een aantal collega's vertrokken of deels elders gaan werken waardoor specialisaties niet of minder beschikbaar kwamen. We hebben ingezet op het werven van nieuwe collega's, wat toch goed gelukt is. Nu wordt er gewerkt om alle specialisaties weer te gaan bezetten door collega's te gaan opleiden. De doelstellingen die hieruit voortkomen zijn reeds beschreven in H1.3.

Hoofdstuk 3. Kwaliteitsbeleid

3.1. Visie van de praktijk op kwaliteit:

Zoals in de praktijk missie en visie beschreven staat, hechten wij eraan om een kwalitatief hoogwaardige praktijk te voeren in de ruimste zin van het woord. Om dit doel te bereiken zijn wij HKZ gecertificeerd. Eén maatschapslid houdt zich bezig met het kwaliteitsmanagement en beheert het Kwaliteitshandboek. Op verschillende vlakken is er ondersteuning van andere maatschapsleden vanuit hun aanvullende taken binnen de maatschap. Zij dragen er zorg voor dat alle in het handboek beschreven processen, documenten, formulieren, procedures e.d. voldoen aan de kwaliteitseisen en dat de actuele situatie wordt weergegeven. In 2023 is een eerste opvolgingsaudit verricht via TÜV. Deze audit verliep in een prettige en open sfeer. Er zijn geen bijzonderheden naar voren gekomen.

3.1.1. Medewerkers:

Alle in de praktijk werkzame therapeuten zijn gediplomeerd en ingeschreven in het BIG-Register. Alle fysiotherapeuten dienen in het kwaliteitsregister van het KNGF te zijn opgenomen. Alle fysiotherapeuten dienen het verplicht aantal punten voor het kwaliteitsregister te behalen.

3.1.2. Integratieve samenwerking:

De praktijk heeft als doel om kwalitatief hoogwaardige fysiotherapeutische zorg te leveren. Daarom zijn er in de praktijk vele specialisaties aanwezig. De patiënt komt de praktijk binnen (al dan niet met een verwijzing) via het secretariaat. Aan de hand van de wensen en de klachten van de patiënt wordt beoordeeld bij welke therapeut de patiënt het beste geplaatst kan worden. Mocht bij aanvang van de behandelperiode of in de loop daarvan blijken dat patiënt toch beter behandeld kan worden door een collega met een specifieke specialisatie zal, in overleg met patiënt, zij/hij doorverwezen worden naar deze collega. Er is van deze patiënt één dossier, bevindingen en journaal worden in betreffend dossier weergegeven. Alle afsluitende procedures als verslaggeving naar arts, afsluiten van het dossier en administratieve verwerking behoren tot de functie van de behandelend therapeut.

Om bij de collega's inzicht te krijgen in elkaars expertise en om aan kennisoverdracht te doen, wordt er 2 keer per jaar aan een aantal collega's gevraagd om een cursus te organiseren. Tijd voor voorbereiding hiervan en ook de tijd voor het volgen van deze kennisoverdracht wordt vergoed.

3.1.3. Scholing:

Van alle medewerkers van de praktijk wordt verwacht dat zij optimale zorg kunnen verlenen op hun specifieke gebied binnen hun specifieke specialisatie. Dit vraagt om een adequate basisopleiding, en een optimale scholing in hun specifieke specialisatie. De praktijk ondersteunt dit in hoge mate en biedt de medewerkers de mogelijkheid om conform het personeelsbeleidsplan hun eigen wensen betreffende scholing in te vullen. Jaarlijks wordt een herhalingscursus reanimatie en gebruik AED gehouden waaraan alle fysiotherapeuten en KineseFit-trainers geacht worden deel te nemen. In 2023 zijn extra

BHVer opgeleid en zo zijn er zeven medewerkers van de praktijk die de scholing tot bedrijfshulpverlening (BHV) hebben gevolgd, zij zullen zich hier continu in bijscholen.

3.1.4. Facilitaire zaken:

Een belangrijk facet van het kwaliteitsbeleid binnen de praktijk is representativiteit. Dit dient overal in terug te komen, zowel in direct patiëntencontact als in niet direct patiëntencontact. Aan de gebouwen, de wachtkamers, administratie ruimtes, behandelkamers, oefenzalen, kleedkamers, douches, toiletten, parkeerruimtes wordt de grootste zorg besteed. De toestellen en apparaten zijn steeds in goede staat. Eén maatschapslid zorgt voor onderhoud van toestellen en apparaten, aankoop van materialen en herstel van niet goed functionerende materialen en toestellen. Per locatie is één maatschapslid verantwoordelijk voor optimaal onderhoud van het gebouw.

3.1.5. Administratie:

De financiële administratie, de declaraties en de planning van patiënten gebeurt door het secretariaat. Er zijn zes administratieve medewerkers in de praktijk werkzaam. Zij staan onder supervisie van twee van de maatschapsleden. De loonadministratie wordt in samenwerking met SOM via de personeelsapplicatie NMBRs gedaan.

De ondersteuning van de ICT wordt gedaan door het IT bedrijf Kantor.

De directe patiëntenadministratie gebeurt door de therapeuten zelf. Voor de dossiervorming wordt er gebruikgemaakt van het EPD van SpotOnMedics.

De papieren patiëntendossiers zijn opgeborgen in afgesloten ruimtes en zijn slechts toegankelijk voor medewerkers van de praktijk. De dossiers worden 20 jaar bewaard (volgens huidige voorschriften). Dossiers die ouder zijn dan 20 jaar worden vernietigd.

3.1.6. Bedrijfsorganisatie:

De bedrijfsorganisatie is in handen van de maatschap. De maatschap heeft de eindverantwoordelijkheid voor alles wat er binnen de praktijk gebeurt, zowel op patiënten- als facilitair en financieel gebied. Om de bedrijfsorganisatie van de praktijk goed op orde te krijgen via een controleerbaar, duidelijk, overzichtelijk en reproductief systeem heeft de praktijk een kwaliteitsmanagementsysteem gebaseerd op HKZ-norm fysiotherapiepraktijken versie 2016.

3.1.7. Bieden van stagemogelijkheden:

De praktijk voelt zich mede verantwoordelijk voor de kwaliteit (kennis, vaardigheid, attitude) van de therapeuten van morgen. Daarom acht zij het een verplichting om medewerking te verlenen aan de opleidingsinstanties t.b.v. het verlenen van kwalitatief goede stageplaatsen. Er worden stageplaatsen aangeboden aan de Hanzehogeschool Groningen.

Ook zijn wij maatschappelijk betrokken en vinden we het belangrijk scholieren van het VO kennis te laten maken met ons vak, daarom honoreren wij jaarlijks een aantal aanvragen voor de maatschappelijke stage vanuit het VO.

3.1.8. Patiëntenzorg:

De zorg aan patiënten voor zowel care als cure ligt bij de therapeuten. Zij zijn te allen tijde verantwoordelijk voor de individuele zorg, zowel voor het zorgproces als voor het zorgproduct. Tot het zorgproces behoort ook de verslaglegging, het methodisch handelen, de verslaggeving en de bejegening. De maatschap heeft altijd de eindverantwoordelijkheid over het handelen van de medewerkers. Deze verantwoordelijkheid kan de maatschap alleen dragen als er controle plaatsvindt op het handelen van de medewerkers. Deze controle vindt plaats door:

- Patiëntenbesprekingen.
- Per kwartaal wordt de 80% check gedaan om te kijken naar de volledigheid van het EPD. Indien er grote tekortkomingen worden gevonden in de volledigheid van invullen van het EPD wordt met de desbetreffende medewerker gekeken naar de oorzaak hiervan en wordt een plan gemaakt om dit te verbeteren.
- Controle op netheid, orde en hygiëne van de behandelkamers met toebehoren.
- Patiënt tevredenheidonderzoeken via de PREM.
- Functioneringsgesprekken. Van alle therapeuten is een dossier aanwezig waarin alle antecedenten worden opgeslagen en bewaard.
- Inhoudelijke controle van een anoniem dossier.

3.2. Jaar kwaliteitsdoelstellingen (SMART):

Te lezen in H1.3

DEEL 2: PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE

Hoofdstuk 4: Doelstelling en activiteitenplan 2024 en auditplanning

4.1 Doelstellingen 2024:

Doelstelling Activiteit	Acties	Verant woordelijke	Meetpunt	Evaluatie
De praktijk blijft in 2024 geregistreerd in het basisregister van het Praktijkregister Fysiotherapie.	Inschrijven en behouden praktijkregister Fysiotherapie.	BG	Kwartaal 1	Kwartaal 1
In 2024 volgt alle personeel wederom een herhalingscursus reanimatie en AED.	Planning cursus	CE	Kwartaal 1 of 2	Kwartaal 3
In 2024 wordt er een collega opgeleid binnen het parkinsonnet en zal zich ook binnen dit netwerk registreren.	Opleiding en inschrijven regelen voor een collega.	EJ	Kwartaal 1 planning Kwartaal 2 en 3 uitvoering	Kwartaal 3
In 2024 worden bij alle collega's functioneringsgesprekken en gehouden.	Plannen functioneringsgesprekken.	LP	Kwartaal 1 en 2	Kwartaal 3
In december 2024 is 70% van de patiënten uitgenodigd voor het invullen van een tevredenheidsonderzoek via PREM.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 4	Kwartaal 4
In 2024 wordt elk kwartaal de PREM bijgehouden en scoren we in totaal en op elk onderdeel apart gemiddeld een 8.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In 2024 is de algemene beoordeling via de PREM >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In 2024 is de netpromotor score via de PREM >75.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4

De score op contact (geheel) via de PREM ligt in 2024 >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De score op behandelplan (geheel) via de PREM ligt in 2024 >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De score op praktijk (geheel) via de PREM ligt in 2024 >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De score op contact uitgebreid via de PREM ligt in 2024 >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De score op praktijk uitgebreid via de PREM ligt in 2024 >8,5.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De individuele score contact geheel via de PREM ligt in 2024 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De individuele score behandelplan geheel via de PREM ligt in 2024 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De individuele score praktijk geheel via de PREM ligt in 2024 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De individuele score contact uitgebreid via de PREM ligt in 2024 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
De individuele score praktijk uitgebreid via de PREM ligt in 2024 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In december 2024 scoren alle medewerkers op de 80% check >80%.	Controleren statusoverzicht.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
Elk kwartaal van 2023 ligt het gemiddelde aantal wachtdagen <5 dagen. Indien deze hoger ligt zal er actie worden ondernomen	Analyse van het gemiddelde aantal wachtdagen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4

om deze wachttijd weer te reduceren.				
De kwartaalbespreking wordt ieder kwartaal in 2024 rondgemaild en er is tijdens het gezamenlijke teamoverleg tijd ingepland om deze indien nodig te bespreken en vragen te beantwoorden.	Opstellen en rondmailen kwartaalbespreking.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In het derde kwartaal van 2024 is een risicoanalyse informatiebeveiliging uitgevoerd.	Opstellen en uitvoeren van risicoanalyse informatiebeveiliging.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In september 2024 is er een inventarisatie valrisico uitgevoerd.	Opstellen en uitvoeren van risicoanalyse informatiebeveiliging.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In september 2024 zijn er controles geweest van EHBO kisten, BHV plannen, calamiteitenplannen.	Controles en indien nodig wijzigen/aanvullen.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 4
In december 2024 zijn BHV plannen besproken tijdens het gezamenlijke overleg.	Inplannen en uitvoeren instructie BHV plannen.	EJB	Kwartaal 4	Kwartaal 4
In geheel 2024 is de inhoudelijke dossiervorming volgens de laatste eisen.	Plannen inhoudelijke anonieme dossiercontroles. Wanneer een collega bij een controle onvoldoende dossiervorming heeft, zal een nieuwe controle worden ingepland.	JG EJB	Kwartaal 1, 2, 3, 4	Kwartaal 4
In 2024 liggen de behandelgemiddelden elk kwartaal onder het landelijk gemiddelde.	Bijhouden van alle behandelgemiddelden in de LDF.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4
In 2024 zien we in de LDF dat het behandeldoel behaald	Bijhouden van het behandelresultaat in de LDF.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4

onder het behandelresultaat >65% is.				
In 2024 worden alle klachten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkele directe klacht te ontvangen. Daarbij streven we ernaar om <35 indirecte klachten te ontvangen.	Bijhouden, verwerken en terugkoppelen van alle binnengekomen klachten.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4
In 2024 worden alle incidenten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkel incident te hebben. Wanneer deze wel plaatsvindt dan is deze op de juiste manier begeleid en opgelost.	Bijhouden, verwerken en terugkoppelen van alle incidenten.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4
In 2024 zijn er 2 momenten kennisoverdracht door collega's voor collega's georganiseerd.	Plannen van kennisoverdracht om elkaar informatie en kennis bij te brengen.	JG	Kwartaal 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In september 2024 heeft de praktijk opvolgingsaudit 2 en behaald deze.	Vorbereiden en uitvoeren van de opvolgingsaudit.	JG	Kwartaal 2 en 3	Kwartaal 3
In september 2024 toetst de praktijk in de interne audit de normelementen organisatie en beleid, leiderschap en medewerkers, omgaan met risico's.	Plannen en uitvoeren van een interne audit.	JG	Kwartaal 2 en 3	Kwartaal 3

4.2 Activiteiten 2023:

In 2023 heeft de praktijk de eerste opvolgingsaudit via Tüv behaald. De praktijk moet volgens de HKZ-norm naar eigen inzicht de interne audit(s) invullen, zodat in een cyclus van drie jaar alle normelementen van de HKZ door praktijk zelf worden geëvalueerd.

De planning van de kwaliteitszorg is vastgelegd in een document waarin per kwartaal wordt weergegeven welke acties moeten worden ondernomen, daarnaast zijn er doorlopende taken in opgenomen.

De doorlopende taken voor 2024 bestaan uit:

- Up to date houden van de praktijk specifieke bijlagen uit het kwaliteitshandboek.

- Verwerken verbetervoorstellen/klachten/incidenten.
- Actualiseren handboek bij gewijzigde praktijk procedures.
- Updaten website www.kinesefysio.nl
- Bijhouden van de PREM uitslagen.
- Bijhouden van de LDF informatie.

Er zullen in de loop van 2024 volgens een van te voren bepaalde planning diverse activiteiten plaatsvinden, die betrekking hebben op kwaliteitshandhaving, c.q. kwaliteitsverbetering, zoals beschreven in het HKZ kwaliteitshandboek, zoals:

2024	actie	frequentie	waar/wie
Doorlopend	Aanpassen WWW	doorlopend	Judith
	Verwerken verbetervoorstellen, klachten en incidenten	doorlopend	Judith
	Actualiseren documenten/formulieren	doorlopend	Judith
	Actualiseren handboek	doorlopend	Judith
	Actualiseren menukaart	doorlopend	Judith
	Actualiseren en bijhouden verwerkingsregister	doorlopend	Judith
	Bijhouden gegevens PREM	doorlopend	Judith
	Bijhouden gegevens LDF	doorlopend	Judith
	Bijhouden zittingen en omzetten in SOM	doorlopend	Judith
1 ^e kwartaal jan- maart	Functioneringsgesprekken houden	1 x per jaar	Individueel + Lineke en extra maatschapslid
	Beoordelingsgesprekken houden	indien gewenst	Individueel + Judith / Lineke
	RI&E	1 x per 3-5 jaar Indien gewenst	Preventiemedewerker
	Ophangen PREM in wachtkamer	1x per jaar	Judith
	Evaluatie RI&E	1 x per jaar	Preventiemedewerker
	Anonieme inhoudelijke controle dossiers collega's	1 x per jaar	Maatschapslid
	Evaluatie calamiteitenplan	1 x per jaar	Preventiemedewerker
	Steekproef gemiddelde wachtduur	4 x per jaar	Judith / maatschap
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith werkoverleg
	Jaarverslag voorgaande jaar	1 x per jaar	Judith / maatschap
	Verwerken gegevens Qualiview	1 x per kwartaal	Judith / maatschap
	80% dossiercheck	1 x per kwartaal	Judith

	Meerjarenbeleidplan	1 x per jaar	Judith /maatschap
	Evaluatie prestatie primair proces voorgaande jaar	1 x per jaar	Judith
	Ziekteverzuim voorgaande jaar	1 x per jaar	Lineke
	Fouten, afwijkingen en (bijna)ongevallen voorgaande jaar	1x per kwartaal	Judith
	Jaarplan lopende jaar (actiepunten en verbeteracties)	1 x per jaar	Judith
	Huidige opleidingsstatus medewerkers + scholingsplan komende jaar	2 x per jaar	Lineke
2 ^e kwartaal apr - juni	Actie/bespreekpunten uit functioneringsgesprekken	1 x per jaar	Lineke
	Actie/bespreekpunten uit beoordelingsgesprekken	indien nodig	Lineke
	leveranciersbeoordeling	1 x per jaar	Judith
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith
	Controleren EHBO kisten	1 x per jaar	preventiemedewerker
	Procedure bij brandalarm bespreken in team	1 x per jaar	preventiemedewerker
	Reanimatiebijeenkomst + gebruik AED	1 x per jaar	Carla
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg	1 x per kwartaal	Judith
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Judith
	Risico analyse informatie beveiliging	1 x per jaar	Judith / Eelke Jan / Bert
	Kalibreren	1 x per jaar	Judith
	Verwerken gegevens Qualiview	1x per kwartaal	Judith
	Bij wijzigingen in omstandigheden of systemen een privacy impact assessment uitvoeren. Toets daarnaast periodiek of getroffen maatregelen nog in lijn zijn met de AVG.	1x per jaar	Judith
	3 ^e kwartaal jul - sept	Evaluatie werkwijze maatschap	1 x per 2 jaar (oneven)
Inventarisatie valrisico		1 x per jaar	Judith
Tevredenheidsonderzoek ketenpartner houden		1 x per 2 jaar (even)	Judith / maatschap

	Tevredenheid medewerker houden	1 x per 2 jaar (oneven)	Judith / maatschap
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Judith
	Verwerken gegevens Qualiview	1 x per kwartaal	Judith
	Evalueren medewerkerstevredenheidsonderzoek	1 x per jaar	Judith / maatschap
	Bij wijzigingen in omstandigheden of systemen een privacy impact assessment uitvoeren. Toets daarnaast periodiek of getroffen maatregelen nog in lijn met de AVG zijn.	1 x per kwartaal	Judith
4 ^e kwartaal okt - dec	Jaarplan lopende jaar	1 x per jaar	Judith / maatschap
	Bespreken digitale veiligheid en wachtwoord beleid tijdens werkoverleg	1x per jaar	Judith / Bert
	Meerjarenbeleidsplan	1x per jaar	maatschap
	Gevolgen van interne en externe veranderingen	1 x per jaar	Judith / maatschap
	Beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem	1 x per jaar	Judith / maatschap
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Judith
	BHV/ontruimingsplan doornemen	1 x per jaar	preventiemedewerker
	Risicovolle processen evalueren (bijlage 2.6.1)	1 x per jaar	Judith
	Evaluatie samenwerkingsafspraken (Bijlage 2.4.1)	1x per jaar	Judith

	Bij wijzigingen in omstandigheden of systemen een privacy impact assessment uitvoeren. Toets daarnaast periodiek of getroffen maatregelen nog in lijn zijn met de AVG.	1x per kwartaal	Judith
--	--	-----------------	--------

Interne audit programma en resultaten 2023-2025:

De praktijk toetst intern of het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de Norm HKZ-norm fysiotherapiepraktijken versie 2016. De interne audit planning is opgenomen in het beleidsplan jaarverslag onder Hoofdstuk 4: Doelstellingen, activiteitenplan en interne audit planning 2023-2025.

Item	Documentatie	Uitvoeren de	Interne audit door	Beoordeling en bewijslast
HKZ norm 1. Organisatie en beleid				
Meer-jaren kwaliteitsbeleid	Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	JG	LD	Uitgevoerd in 2023
Doelen en acties	Doelstellingen- en activiteitenplan (bijlage 5.5.7)	JG	LD	
Indicatoren	Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	JG	LD	
Interne audit en managementreview	<ul style="list-style-type: none"> •Auditplanning (bijlage 5.5.7) •Auditprogramma (bijlage 5.5.7) •Rapportage intervisie •Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	JG EJ	LD	
<p>Het meerjaren kwaliteitsbeleid lijkt mij realistisch voor de komende 5 jaar. Ik lees dat de ontwikkelingen van het CAO opgevolgd zullen blijven worden, maar wat gaat er gebeuren met de arbeidsvoorwaarden, mocht het CAO er niet doorkomen? Wordt er dan jaarlijks gekeken naar de liggende arbeidsvoorwaarden om het zo gunstig mogelijk te houden voor werkgever en werknemer? Dit is een punt dat ik mis in het meerjaren kwaliteitsbeleid.</p> <p>De metingen en uitkomsten van de kritische processen zijn duidelijk beschreven, de normen die niet volledig gehaald zijn staan ook beschreven met daarbij een verbetervoorstel.</p>				

De juiste dingen worden gebruikt om de kwaliteit te bepalen en te toetsen, ik mis hierbij niks.

VERBETERPUNT:

Voor dec 2023 beschrijven we wat we doen tav arbeidsvoorwaarden wanneer er geen CAO komt.

HKZ norm 2. Leiderschap en medewerkers

Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) • Notulen overleg (bijlage 5.10.2) • Medewerkers tevredenheidsonderzoek (bijlage 5.5.5) 	JG	LD	Uitgevoerd in 2023
Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	<ul style="list-style-type: none"> • Verslagen functioneringsgesprekken (bijlage 6.1.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	LP JG	LD	
Functioneringsgesprekken	<ul style="list-style-type: none"> • Verslagen functioneringsgesprekken (bijlage 6.1.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	LP	LD	

Naar mijn mening komt er vanuit het maatschap een heldere visie en een duidelijk beleid.

Ieder jaar krijgen wij een medewerkerstevredenheidsonderzoek om in te vullen. Na het invullen krijgt iedereen de uitslag toegestuurd en worden er ook nog vragen over gesteld op het eerstvolgende overleg. De uitslagen worden niet individueel besproken, maar naar mijn mening wordt hier genoeg tijd en aandacht aan geschonken dat iedereen zijn vragen kan stellen.

Verbetervoorstellen staan duidelijk beschreven en ik ben van mening dat hier ook werk van gemaakt wordt om dit te verbeteren. Iedereen kan de verbetervoorstellen inzien en zo ook meewerken om ze te behalen.

De functioneringsgesprekken zijn qua voorbereiding prima, er wordt genoeg gedaan met de punten die hieruit voortkomen.

VERBETERPUNTEN:

Hier komen geen verbeterpunten naar voren.

HKZ norm 3. Omgaan met risico's

Risicovolle processen van de praktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiëntniveau.(bijlage 2.6.1) • Risicoanalyse informatiebeveiliging (bijlage 10.3.2) • RI&E • Inkoop goederen en ingekochte of uitbestede diensten (bijlage 8.5.1) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	BG EJ JG	LD	Uitgevoerd in 2023
Organisatie en procesniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiëntniveau.(bijlage 2.6.1) • Risicoanalyse informatiebeveiliging (bijlage 10.3.2) • RI&E • Inkoop goederen en ingekochte of uitbestede diensten (bijlage 8.5.1) de praktijk. Proces voldoet niet • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	BG EJ JG	LD	
Risico-inventarisaties op individueel patiëntniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiëntniveau.(bijlage 2.6.1) • Dossier patiënt in EPD • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	JG EJ	LD	

In de praktijk zelf worden de risico's goed in kaart gebracht, wij hebben bijvoorbeeld genoeg BHV'ers binnen de praktijk die ook meedenken om de risico's omtrent brandveiligheid etc. zo klein mogelijk te maken. In de praktijk in Delfzijl en Appingedam ben ik van mening dat alles goed op orde is.

Praktijk in Woldendorp ben ik van mening dat dit beter kan, daar is recent een brandoefening geweest en de telefoon die af hoort te gaan in elke behandelkamer ging niet af in de behandelruimte waar wij zitten, hier zouden ze naar gaan kijken vanuit de huisartsenpraktijk zelf. Mij is niet duidelijk of dit inmiddels opgelost is.

VERBETERPUNT:

Voor jan 2024 is er helderheid hoe het gaat mbt ontruiming, brand, telefoon enz op locatie Woldendorp. Wanneer dit niet correct werkzaam is zal er gevraagd blijven worden om een goed werkend plan op deze locatie.

HKZ norm 4. Werkomgeving, materiaal en middelen

Werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Informatievoorziening als folders, narrow casting, website • Privacyverklaring (bijlage 10.1.8) • Verwerkersregister (bijlage 10.1.9) • Verwerkingsovereenkomsten (bijlage 10.1.10) • Vergrendeling computers • Schoonmaakprogramma en borging (bijlage 8.4.1) • Risicoanalyse informatiebeveiliging (bijlage 10.3.2) • RI&E 	JG LP BG	IM	Uitgevoerd in 2020 Gepland in 2024
Onderhoud van materiaal en middelen	<ul style="list-style-type: none"> • Onderhoudscontracten (bijlage 8.1.2) • Rapportages onderhoud 	CE JG	IM	

Het RIVM heeft een richtlijn opgesteld hoe veilig te handelen in de ergo- en fysiotherapie, waarin beschreven staat hoe je als praktijk het beste de hygiëne kan waarborgen in de behandelkamers, oefenzalen en bij het gebruik van apparaten. Hier wordt m.i. goed rekening mee gehouden. Schoonmaak afspraken per locatie staan vermeld in HKZ handboek.
Dit jaar zijn alle eisen wb hygiëne extra aangescherpt ivm Covid-19 , dit gaat volgens de richtlijn vanuit het KNGF en aanvullend extra uitleg over het gebruik van mondkapjes en handen wassen.

De veiligheid van de hoofdlocaties Appingedam/Delfzijl voldoen (zover ik kan beoordelen) aan de eisen die het KNGF stelt aan de inrichting van een fysiotherapie praktijk (bron: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/beveiligd/ik-kom-voor/inrichtingseisen.pdf>)

Wat betreft privacy wordt er aandacht besteed aan de privacy van zowel medewerkers als van patiënten(gegevens). Over de gegevensbescherming van patiënten staan duidelijke regels vernoemd in de HKZ bijlage onder uitvoering.

Medewerkers hebben allemaal een eigen emailadres en inlogcodes voor SOM. Wat betreft de werkwijze medewerkers gaat dit meer met ongeschreven regels, zoals niet onaangekondigd bij elkaar naar binnen lopen

Als aandachtspunt vind ik dat de behandelruimtes in Appingedam soms wat gehorig zijn op bepaalde plekken.

Ik ben zelf een therapeut die niet veel met materiaal zoals tape of dynaband werkt, ik loop er dus niet vaak tegenaan dat dit niet voldoende beschikbaar is. Materialen die voor mij belangrijk zijn zoals een wervelkolom, tractieband, gewichten, massage olie, zeep of mondkapjes zijn voldoende aanwezig. Over het gebruik van shockwave en echo zijn duidelijke afspraken wanneer deze op welke locatie aanwezig zijn, zodat therapeuten zelf controle hebben over de beschikbaarheid.

Onderhoud van apparaten wordt jaarlijks gedaan door FysioSupplies en Enraf Nonius.

Verbeterpunten vanuit de maatschap: er is eerder gekeken naar de gehorigheid in Appingedam. Dit probleem zit in de gevel en is daarmee niet zo makkelijk op te lossen. We zullen wel kijken of er andere oplossingen zijn welke iets kunnen doen aan de gehorigheid maar het is afhankelijk van de kosten-baten analyse of dit uitgevoerd zal worden. Evaluatie september 2021.

Evaluatie 2021:

Er is een plan gemaakt om de gehorigheid in een aantal behandelkamers te doen verminderen. Ook is er een planning om dit te verhelpen, aan het einde van het jaar zal dit verholpen zijn.

HKZ norm 5. Inkoop en uitbesteding

Inkoop/ uitbesteding	<ul style="list-style-type: none"> • Facturen • Inkoop goederen en ingekochte of uitbestede diensten (bijlage 8.5.1) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	CE JG	IM	Uitgevoerd in 2020 Gepland om 2024
-------------------------	--	----------	----	---------------------------------------

De lijst met de inkoop en uitbesteding van diensten is overzichtelijk met positieve/negatieve ervaringen en de reden waarom wel door te gaan ondanks evt negatieve ervaringen. Criteria waarop gescoord wordt zijn duidelijk. Opvallend is dat de lijst van augustus 2019 is, wordt dit jaarlijks geëvalueerd door de maatschap of deze up to date is?

Verbeterpunt vanuit de maatschap: de leveranciersbeoordeling is in 2020 informeler geweest dan eerder jaren. Dit is niet verwerkt in bijlage 8.5.1. Dit zal per direct worden toegevoegd. De officiële beoordeling via bijlage 8.5.1 zal naar voren gehaald worden en deze zal uiterlijk voorjaar 2021 afgenomen zijn.

HKZ norm 6. Professioneel handelen				
Werkwijzen	<ul style="list-style-type: none"> • RI&E • Risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiëntniveau.(bijlage 2.6.1) • Beschermende Middelen • Richtlijnen en protocollen 	JG	LB	Uitgevoerd in 2021 Gepland in 2024
Kwaliteit van professioneel handelen	<ul style="list-style-type: none"> • BIG-registratie • Registratie KRF • Opleidingsplan (bijlage 6.1.1) • Diploma's/Certificaten • Dossiercontroles (bijlage 5.5.6) • Vakinhoudelijke overleggen (notulen) • Intervisie • PREM 	JG EJ LP	LB	
Evaluatie van het professioneel handelen	<ul style="list-style-type: none"> • Verslagen functioneringsgesprekken (bijlage 6.1.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) • Verslag visitatie 	LP JG	LB	
Verbeteren op individuele patiënt niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiercontroles (bijlage 5.5.6) • Vakinhoudelijke overleggen (notulen) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	EJ JG	LB	
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkingsafspraken vastgelegd in handboek, notulen, overeenkomsten • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	BG JG	LB	

Continuïteit zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Beleid bij afwezigheid in handboek 	JG	LB	
Interne en externe communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Planning overlegvormen (bijlage 5.10.1) • Agenda overlegmomenten (bijlage 5.10.2) • Notulen overlegmomenten (bijlage 5.10.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	JG	LB	
Informatievoorziening	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie wachtkamer, website, narrow casting, folders • Dossier patiënt in EPD 	JG	LB	

Er wordt voldoende gewerkt via richtlijnen en protocollen.

Er zijn voldoende beschermende middelen aanwezig in alle praktijken. Zijn er duidelijke afspraken wie dit in de gaten houdt? Misschien goed om dit duidelijk naar al het personeel te communiceren, als er een doos mondkapjes/handschoenen leeg is, waar mogen de therapeuten een nieuw doosje weghalen en wie moet weten dat er een doos leeg is.

Er wordt voldoende gedaan aan de kwaliteit van het professioneel handelen van de therapeuten. Dit wordt ook duidelijk inzichtelijk gemaakt.

De interne documentatie is voldoende, notulen van de verschillende interne overleggen worden via de Google drive gedeeld met de andere therapeuten.

Externe documentatie is voldoende, notulen van de overleggen kunnen opgeslagen worden op de Google drive en deze documenten kunnen eventueel gedeeld worden met andere betrokken specialisten.

Informatievoorziening naar patiënten is goed. Patiënten hebben de mogelijkheid om informatie te krijgen over verschillende therapieën/groepen op papier via folders en online via de website. Daarnaast is de narrow casting in Appingedam een mooie extra informatievoorziening.

Informatievoorziening over patiënten is goed in deze praktijk. Het EPD waar de praktijk mee werkt is duidelijk en overzichtelijk. Waar nodig is overleg met huisartsen uit de omgeving laagdrempelig, waardoor de informatievoorziening over patiënten op deze manier ook goed verloopt.

Verbeterpunten vanuit de maatschap:

Er zijn geen punten naar voren gekomen waardoor de werkwijze moet worden aangepast. Beschermende middelen worden door een maatschapslid besteld. Het secretariaat zorgt voor het bijhouden van de voorraden en het verspreiden van de benodigde middelen.

HKZ norm 7. Ervaringen van patiënten				
Patiëntervaringen	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënttevredenheids-onderzoek • Registratie tips/tops (bijlage 3.3.3) • Tipbox • Notulen overleg (bijlage 5.10.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	JG	PN	Uitgevoerd juli 2022 Gepland in 2025
Signaleren, klachten en incidenten	<ul style="list-style-type: none"> • Registratie klachten en incidenten (bijlage 3.3.3) • PREM • Notulen overleg (bijlage 5.10.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 	JG	PN	
<p>Het registreren van klachten en incidenten wordt na mijn mening op een juiste manier gedaan. Patiënten krijgen de ruimte om dit op verschillende manieren te melden. Collega's worden gevraagd om dit te delen met de maatschap waarna het gerapporteerd kan worden. In hoeverre worden alle incidenten bij de maatschap gemeld? Zijn collega's verplicht om dit te doen? Worden er misschien incidenten of klachten gemist? De klachten en risico's worden goed in kaart gebracht en overzichtelijk weergegeven in een tabel (H5.2.1). Daarnaast worden de klachten en incidenten goed beschreven en wanneer nodig verbetermaatregelen genomen.</p> <p><i>Incidenten zijn verplicht om te melden bij Judith, dit gaat soms rechtstreeks via de betreffende collega of via een op dat moment aanwezig maatschapslid. Of er klachten of incidenten worden gemist? Dat zou kunnen. Men wordt er elk kwartaal op attent gemaakt via de kwartaalbespreking. Ik zal dit de komende keer meer expliciet benoemen en vastleggen.</i></p> <p>De tevredenheid van patiënten wordt gemeten middels Qualiview. De PREM wordt elk kwartaal met de betreffende collega gedeeld. Kunnen wij als werknemers inzien welke vragen er exact gesteld worden? Worden de juiste vragen gesteld om de tevredenheid van patiënten goed in kaart te brengen? Kunnen wij als praktijk deze vragen aanpassen of wordt dit door SOM bepaald?</p> <p>De PREM wordt meestal alleen gestuurd naar mensen met een e-mail adres. Bereiken we daarmee voldoende mensen?</p> <p><i>De vragen die worden gesteld die liggen vast. Je kunt als praktijk vragen toevoegen maar hier hebben we niet voor gekozen. We kunnen inzien door in te loggen bij qualiview welke vragen worden gesteld. Deze zal ik downloaden en eens delen met alle collega's. Het is een bewuste keuze om alleen via mailadres de PREM te versturen omdat er anders kosten</i></p>				

voor de patiënt bij komen. We nodigen genoeg mensen uit.

Je hebt als therapeut zelf controle over wie je de PREM stuurt. Geeft dit wel een eerlijk beeld over de tevredenheid?

Mogelijk niet altijd? Moeilijk te veranderen, geen inzicht in. Behalve als iemand niks aanlevert.

In het dossier staat bij de PREM automatisch een 'nee' aangevinkt, ook als er geen toestemming gevraagd is. Eigenlijk zou er een extra vinkje moeten komen met bijvoorbeeld 'onbekend'. Op deze manier is het beter te controleren of collega's toestemming gevraagd hebben of niet.

Dit zouden we voor kunnen leggen aan SOM maar in de praktijk maakt dit niks uit omdat bij "onbekend" er ook geen PREM verstuurd zal worden. Wanneer er wordt gesignaleerd dat iemand weinig aanlevert wordt deze daarop geattendeerd.

Het valt mij op dat er collega's zijn die veel PREM's versturen en andere collega's vrijwel niet. Vaak komt dit omdat bij bepaalde specialisaties patiënten langer gezien worden en daarom minder dossiers afgesloten worden dan bij andere specialisaties. Of komt dit mede doordat er collega's geen PREM sturen omdat ze dit bijvoorbeeld vergeten aan te vinken of dossiers niet goed afsluiten?

Dit klopt, dit kan komen door de populatie; ook bijvoorbeeld als ze veel ouderen zien die geen mailadres hebben. Wordt er weinig aangeleverd dan krijgen ze dit elk kwartaal te horen.

Het is fijn om elke maand een overzicht te krijgen van de PREM. Dit zegt toch iets over hoe je als therapeut functioneert. In de kwartaalbespreking wordt ook een totaaloverzicht gedeeld waarin een bepaalde ranking ontstaat. De collega met de beste beoordeling staat bovenaan. Wat vinden de werknemers hiervan? Doet dit mogelijk wat met de werkdruk of motiveert dit juist? Verder geeft het soms een vertekend beeld aangezien er collega's zijn die veel Qualiviews verzamelen en andere collega's bijvoorbeeld maar twee.

Nog nooit gehoord dat men dit als vervelend opvat. Iedereen scoort hoog. Ik zal hier alert op zijn.

Verbeterpunten/actiepunten:

- Kwartaalbespreking van het derde kwartaal 2022 wordt benoemd en vastgelegd dat men klachten en incidenten bij Judith meldt.
- Kwartaalbespreking van het derde kwartaal 2022 worden de vragen die gesteld worden bij de PREM gedeeld.

HKZ norm 8. Ontwikkeling

De resultaten van het onderzoek	• Overzicht verbetervoorstellen	JG	PN	Uitgevoerd juli 2022 Gepland in 2025
---------------------------------	---------------------------------	----	----	---

naar de ontwikkelingen in behandelmethoden en relevante wet- en regelgeving.	(bijlage 3.3.3) <ul style="list-style-type: none"> • Notulen overleg (bijlage 5.10.2) • Plan van aanpak invoering nieuw product en/of dienst (bijlage 7.2.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) 			
<p>De missie en visie van de praktijk worden goed beschreven en worden na mijn mening in de praktijk goed nagestreefd. De doelstellingen zijn duidelijk. Er wordt als doel gesteld dat er in de periode 2022-2026 een collega oefentherapie Cesar Mensendieck actief is. Is deze doelstelling nog steeds actueel, aangezien collega Halberta kort geleden afscheid genomen heeft? In H1.6 zou dit ook aangepast moeten worden aangezien er op dit moment geen oefentherapeut Cesar-Mensendieck werkzaam is.</p> <p><i>Deze mutatie wordt momenteel overal doorgevoerd. Het is nog wel weer een wens om een oefentherapeut te hebben, daarom is er nog wel een vacature.,</i></p> <p>De praktijk vindt het belangrijk om een kwalitatief hoogwaardige praktijk te voeren. Na mijn mening wordt dit goed nagestreefd.</p> <p>De praktijk is de laatste jaren bewuster bezig met milieudoelstellingen. Dit is een mooie ontwikkeling. Worden de milieudoelstellingen op dit moment goed nagestreefd/behaald? Wordt papier bijvoorbeeld in alle vestigingen goed gescheiden en opgehaald of gebeurt dit alleen op de hoofdlocaties Delfzijl/Appingedam? Even geleden werd er in Delfzijl aan collega's gevraagd of zij de verwarming naar beneden willen zetten bij het verlaten van de praktijkruimte. Wordt dit goed gedaan of zijn er verbeterpunten? Geldt dit bijvoorbeeld ook in de zomer of moet het verwarmingssysteem dan juist niet te laag worden gezet ivm airco wat ook veel energie vraagt. Sinds corona wordt er veel gebruikt gemaakt van extra hygiënische middelen, zoals schoonmaakmiddelen voor de behandelbanken. Worden hierin ook bewuste keuzes gemaakt wat betreft milieuvriendelijkheid van het product of zijn er verbeterpunten?</p> <p><i>Dit is een goed punt om breed te gaan bespreken, daarom zet ik dit op de agenda van de maatschap. Zal in het najaar 2022 besproken worden.</i></p> <p>Er wordt als doelstelling gesteld (H2.2) dat in 2022 alle collega's de bijscholing reanimatie en AED zullen volgen. Is dit haalbaar? Wat betekent dit voor de collega's die uitvallen vanwege ziekte of zwangerschapsverlof of niet kunnen op de beschikbare data? Hebben zij de mogelijkheid om de cursus op een andere moment te volgen in 2022?</p> <p><i>Mocht iemand een jaar niet mee kunnen doen vanwege verlof of ziekte is dit geen ramp, deze kan het jaar later gewoon weer aanschuiven.</i></p> <p>(typfoutje H3.1.2: teambespreking)</p>				

Verbeterpunten/actiepunten:

- Breed energie/milieu plan gaan maken en bespreken in maatschap.

HKZ norm 9. Documentatie

Aantoonbaar versiebeheer.	• Actueel handboek	JG	PN	Uitgevoerd juli 2022 Gepland in 2025
Afspraken over beveiliging, bewaartermijn en vernietiging.	• Risicoanalyse informatiebeveiliging (bijlage 10.3.2) • Bewaartermijnen (bijlage 10.1.5)	JG	PN	

Ik ben van mening dat alles juist wordt gedocumenteerd.

De bijlage 'risicoanalyse informatiebeveiliging' (10.3.2) is juist gedocumenteerd. De risicoanalyse is overzichtelijk. De methode wordt van te voren duidelijk beschreven en de uitkomsten worden goed weergegeven.

De bijlage 'bewaartermijnen' (10.1.5) wordt overzichtelijk weergegeven in een tabel. De laatste versie is van 04-2020. Is deze versie nog actueel of zijn er in de afgelopen tijd nog wijzigingen geweest?

Er bleek 1 wijziging te zijn, deze is inmiddels (aug 2022) al doorgevoerd.

In bijlage 'risicovolle primaire en ondersteunende processen' (2.6.1) worden de processen uitgebreid beoordeeld en weergegeven in een overzichtelijke tabel. De conclusie van de metingen worden onderaan gegeven en waar de norm is overschreden wordt een verbetervoorstel gegeven. Ook wordt er gedurende het verbeterproces een update gegeven.

Verbeterpunten/actiepunten:

Wijziging in 10.1.5 doorvoeren; aug 2022 al gedaan.

Auditplanning vanaf 2024: In 2024 heeft de praktijk opvolgingsaudit 2. Deze vindt plaats op donderdag 19 september 2024. We bezoeken dan Delfzijl, Appingedam en Holwierde. Er moeten minimaal 25 dossiers aangeleverd worden over fysiotherapie, oncologiefysiotherapie en sportfysiotherapie verdeeld. Ook toetst de praktijk in de interne audit de normelementen:

- 4 Werkomgeving, materiaal en middelen
- 5 Inkoop en uitbesteding
- 6 Professioneel handelen

In 2025 heeft de praktijk hercertificeringsaudit en toetst de praktijk in de interne audit de normelementen:

- 7 Ervaringen van patiënten
- 8 Ontwikkeling

- 9 Documentatie

DEEL 3: METEN, VERZAMELEN VAN GEGEVENS JAARVERSLAG

Hoofdstuk 5: Kritische processen (Management Review):

5.1. Inleiding:

De praktijk heeft kritische processen vastgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem en evalueert deze intern. Kritische processen zijn processen die een zeer groot effect hebben op de continuïteit van de praktijk.

Voortdurend worden er gegevens verzameld en metingen verricht. Deze gegevens zijn geregistreerd en worden afgehandeld c.q. opgevolgd, volgens de in het kwaliteitshandboek beschreven procedures.

De kritische processen die de praktijk heeft vastgesteld zijn:

- (Indirecte) Klachten van patiënten (5.2.1)
- Incidenten (5.2.2)
- Kwantitatieve patiëntengegevens (5.2.3)
- Interne evaluatie kwaliteitssysteem (5.2.4)
- Tevredenheid van patiënten (5.2.5)
- Professioneel handelen medewerkers (5.2.6)
- Risicovolle primaire en ondersteunende processen (5.2.7)
- Beoordelingssysteem algemeen (5.2.8)

5.2 Metingen en uitkomsten kritische processen:

De praktijk heeft zichzelf normen (=doelen) gesteld om de processen te kunnen meten, te kunnen evalueren en eventueel te kunnen verbeteren.

In de tabellen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, worden gegevens geregistreerd en uitkomsten van steekproeven (o.a. patiëntenkaarten) en enquêtes verzameld.

5.2.1 Overzicht (indirecte) klachten van patiënten:

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt.

Item	N	1e kwartaal 2023	2e kwartaal 2023	3e kwartaal 2023	4e kwartaal 2023
Telefonisch moeilijk bereikbaar of niet goed te woord gestaan	5			3	4
De privacy is niet volledig gewaarborgd	5			1	
De hygiëne kan beter	5	1			
De planning kan beter	5	1	2	3	
De kwaliteit van behandelen kan beter	5	1	2	1	2
De communicatie naar patiënt kan beter	5		3	3	1
Rekening of declaratie niet mee eens	5		1		1
Totaal aantal (indirecte klachten)	35	3	8	11	8

Analyse van de (indirecte) klachten over 2023:

We hebben als norm gesteld om <35 indirecte klachten binnen te krijgen. Deze norm is dit jaar niet overschreden, er zijn in totaal 29 klachten binnen gekomen. De meeste klachten die in 2023 binnen kwamen waren indirecte klachten die binnenkwamen via opmerkingen uit de PREM (22). Er kwamen er geen binnen via de ideeënbusen die in de wachtkamer staan. Slechts 7 klachten werden officieel medegedeeld aan een collega. Dit overwegend zijn we tevreden met dit resultaat, elke klacht is er uiteraard één te veel. Maar gezien de aard van de klachten is er slechts een klein deel waar direct actie op ondernomen moest worden.

Er kwamen 8 klachten binnen over de telefonische bereikbaarheid of niet goed te woord te zijn gestaan. Opvallend is dat deze in het derde en vierde kwartaal binnenkwamen via de PREM. Vanwege ziekte en vacature is er in deze periode onderbezetting geweest van het secretariaat. Hier is continu aandacht voor geweest om dit zo goed mogelijk op te vangen, wat niet altijd is gelukt. In december 2023 is het gelukt om de vacature in te vullen en is de bereikbaarheid weer goed.

Er kwam 1 klacht binnen over de privacy waarbij patiënt zijn beklag deed over het benoemen van klachten en gegevens door een gesloten raam bij de balie. Daarop zijn maatregelen en nieuwe afspraken genomen (raampje altijd open zetten voor beter contact en indien gewenst iemand meenemen naar een afgesloten ruimte op te woord te staan of uit te nodigen telefonisch contact te hebben op een later moment.)

Er kwam 1 klacht binnen over de hygiëne, dit ging over een vieze vloer in de behandelkamer. Naar aanleiding van deze klacht en van onze eigen ervaring van de schoonmaak is er veelvuldig contact geweest met het schoonmaakbedrijf aangezien we niet tevreden zijn. Hierop is wisselend actie ondernomen door het schoonmaakbedrijf. Gaandeweg 2023 zijn we gaan kijken of we de schoonmaak op een andere manier kunnen invullen, als het goed is zal hiervoor in 2024 op 1 locatie een pilot plaatsvinden.

Er kwamen 6 klachten binnen over de planning waarmee de norm is overschreden. Dit is vooral binnengekomen via de PREM, de meest gehoorde opmerking is dat het soms te lang duurt voordat iemand zijn eerste afspraak heeft. We zien terug in de wachttijdanalyse dat dit vooral in het vierde kwartaal speelde en dat er in de eerste drie kwartalen vooral wat uitschieters zijn. Dit is vervelend maar heeft vooral te maken met het (minder) gaan werken van collega's of het (deels) vertrekken van collega's en de vakantieplanning waardoor er soms wat langer gewacht moet worden. Dit is vervelend maar helaas niet geheel te voorkomen. Hier wordt wel continu rekening mee gehouden en er wordt nieuw personeel geworven om de schade zo goed mogelijk te beperken.

Op het gebied van de planning kwamen er 6 klachten binnen en daarmee hebben we de norm met 1 overschreden. Één klacht kwam er direct binnen, patiënt was gebeld om een afspraak te plannen waarbij de voice mail is ingesproken. Op het moment dat persoon terugbelde een half uur later was de plek al bezet door een ander. Klacht is opgelost door een nieuwe plek op korte termijn te zoeken en deze aan te bieden waarmee de persoon tevreden was. De andere klachten kwamen binnen via de PREM.

Er kwamen 6 klachten binnen over de kwaliteit van behandelen waarmee we niet binnen de norm vallen. 2 Hiervan kwamen direct binnen. Deze klachten zijn allebei met de grootste zorgvuldigheid behandeld. Hierbij is overleg geweest met de behandelend therapeuten en de patiënt. Er is met beide melders besproken wat wij kunnen doen om het probleem op te lossen. Daarbij zijn een aantal acties ondernomen die de therapeut en de praktijk konden doen. Bij één klacht is de melder niet geheel tevreden maar wenst niet een verder traject in te gaan van deze klacht.

De andere klachten kwamen binnen via de PREM en waren opmerkingen zoals: "oefeningen uitprinten" en "iets meer aangeven wanneer de fitnessapparatuur een

tandje zwaarder moet". Al deze persoonlijke opmerkingen zijn gedeeld met de therapeut, alle melders zijn anoniem en dus is het niet terug te koppelen aan de melder.

Er zijn 7 klachten binnengekomen dat de communicatie naar de patiënt beter zou kunnen. Daarmee is de norm met 2 klachten overschreden. Er kwamen twee directe klachten binnen en de rest kwam via de PREM. De directe klachten zijn besproken met de betreffende collega en indien gewenst teruggekoppeld aan de melder van de klacht. De andere klachten kwamen binnen via de PREM en gaven geen aanleiding voor verdere acties.

Er kwamen 2 klachten binnen over de rekening/declaratie waarvan 1 klacht direct binnenkwam. Dit is in overleg met behandelend collega en patiënt opgelost. De andere klacht kwam binnen via de PREM en daarbij werd aangegeven dat de facturen eerder verstuurd moeten worden, dit heeft de aandacht en is vooral lastig bij het versturen van de Kinesefit facturen.

Er zijn in 2023 geen formeel behandelde klachten geweest noch zijn er formele klachten door de klachtencommissie van het KNGF afgehandeld.

Verbetermaatregelen: In 2024 willen we de norm van ontvangen klachten mbt planning, communicatie, bereikbaarheid en kwaliteit van de behandeling niet weer overschrijden. Dit door een goede evaluatie van het planproces, betere bezetting secretariaat en natuurlijk het blijven opleiden van collega's.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4.1) volgende jaar:

De praktijk ontvangt in 2024 0 directe klachten en <35 indirecte klachten (via een collega, PREM of de ideeënbus in de wachtkamers).

Beoordeling systeem: in 2023 kwam het overgrote deel van de indirecte klachten binnen via de commentaren via de PREM welke werden omgezet naar bijlage 3.3.3. De afhandeling van klachten verloopt goed, ze worden bijgehouden in Google Drive, besproken in de maatschap en geëvalueerd. Daar waar mogelijk worden ze terug gekoppeld naar de melder. De klachten die binnenkomen via een collega of het secretariaat worden zo spoedig mogelijk opgepakt en direct gecommuniceerd met de melder. 7 Van de 8 klachten die op deze manier in 2023 zijn binnengekomen, zijn zo naar volledige tevredenheid opgelost. 1 Klacht is niet geheel naar tevredenheid opgelost, wat uiteraard spijtig is. In 2024 zal het systeem zo blijven werken.

5.2.2. Overzicht incidenten:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

5.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntengegevens:

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt.

Indicatoren uit praktijkprocedure 5.4:	N per half jaar 2023	1^e helft huidige jaar 2023	2^e helft huidige jaar 2023
Omzet totaal	€ 800.000	€ 942.607	€ 837.180
Omzet locatie Aan Huis	€ 95.000	€ 83.974	€ 90.709
Omzet locatie Appingedam	€ 300.000	€ 334.310	€ 331.568

Omzet locatie Delfzijl	€ 202.500	€ 302.628	€275.500
Omzet Holwierde	€ 15.000	€ 10.484	€ 10.824
Omzet Nieuwolda	€ 3.000	€ 4.576	€ 1.494
Omzet locatie Wagenborgen	€ 45.000	€ 46.178	€ 35.132
Omzet locatie Woldendorp	€ 17.500	€ 12.812	€ 8.017
Op school	€4.500	€ 17.159	€ 19.673
Aantal zittingen	23.500	25.348	22.545
Gemiddelde behandelduur LDF	< landelijke gemiddelde 9,7	7,9 (landelijke gemiddelde 8,9)	10.2 (landelijke gemiddelde 9,6)

Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2023:

We zijn tevreden met deze cijfers. Voor de omzet hebben we de norm behaald, het is goed om te zien dat er stabilisatie van omzet is ingezet. De omzet op de locaties Holwierde en Woldendorp ligt onder de norm die we hebben gesteld. In 2023 zijn er in het tweede half jaar veel personele wijzigingen geweest die niet direct vervangen en ingevuld kunnen worden. We zien dus op vele locaties dat de omzet in deze periode lager ligt dan in het eerste halfjaar. Ook is dit goed te zien aan het aantal zittingen. We zien dat de hoofdlocaties Appingedam en Delfzijl stijgen in omzet, dit zijn ook de locaties waar ingezet is op een goede bezetting van therapeuten. Zo is onder andere besloten om de locatie Nieuwolda even niet te bezetten zodat deze collega op een andere locatie werkzaam kan zijn. Gelukkig is het gelukt om in het vierde kwartaal nieuw personeel te werven die in het vierde kwartaal 2023 of in het eerste kwartaal 2024 starten. We zien dat de gemiddelde behandelduur die is gemeten met de LDF in het tweede halfjaar boven het landelijk gemiddelde ligt, gelukkig zien we dat de gemiddelde behandelduur over het gehele jaar binnen de praktijk ligt op 9,0 en daarbij nog ligt onder het landelijke gemiddelde van 9,3. Dit stelt ons tevreden. De behandelindex wordt niet meer gebruikt ter evaluatie aangezien deze geen volledig beeld geeft en de informatie vaak laat beschikbaar komt. Daarom gebruiken we hiervoor de gemiddelde behandelduur die via de LDF beschikbaar is.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2024 blijft het aantal zittingen op de gewenste norm van 23.500 per half jaar.
- In 2024 is de omzet op € 875.000 per half jaar.
- In 2024 blijft de gemiddelde behandelduur van de LDF onder het landelijke gemiddelde.
- In 2023 is de omzet op locatie Wagenborgen op € 45.000 en in Woldendorp € 17.500.
- In 2023 is de omzet bij behandelingen op school op € 17.500

Beoordeling systeem:

Elke maand worden omzet en aantal zittingen van de bestaande locaties bijgehouden vanuit SOM. Dit geeft een goed overzicht. Op deze manier kan er snel ingegrepen worden wanneer er zich problemen voordoen.

5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem:

Norm = Voldoen aan de eisen van de Norm HKZ-norm fysiotherapiepraktijken versie 2016.

Op 21 september vond de eerste opvolgingsaudit plaats. Deze audit zal live plaatsvinden op de locaties Delfzijl, Wagenborgen en Woldendorp maar wegens ziekte van de auditor is ervoor gekozen om de audit digitaal te laten plaatsvinden. Vanuit de maatschap waren Eelke Jan Bouma en Judith Gootjes aanwezig. De audit vond plaats in een prettige, open en ontspannen sfeer waarin tips naar voren kwamen die concreet waren. Er is 1 collega geïnterviewd, deze nam Pieter Polling voor zijn rekening. De dossiers die werden beoordeeld waren van de algemene fysiotherapie en van de specialisaties kinderfysiotherapie, manuele therapie en psychosomatische fysiotherapie. De tips die werden gegeven zijn besproken in de maatschap en gedeeld met alle collega's en zo nodig verder geïmplementeerd. Er zijn tijdens de audit geen tekortkomingen vastgesteld.

De praktijk toetst intern of het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de Norm HKZ Fysiotherapiepraktijken 2016. De interne audit planning is opgenomen in het beleidsplan jaarverslag onder Hoofdstuk 4: Doelstellingen, activiteitenplan en interne audit planning 2023-2025.

In 2023 toetst de praktijk in de interne audit de normelementen 1, 2 en 3. In 2023 is de interne audit afgenomen en gedaan door Lianne Dijkstra.

In 2023 heeft de praktijk de tweede opvolgingsaudit en toetst de praktijk in de interne audit de normelementen:

- 1 Organisatie en beleid
- 2 Leiderschap en medewerkers
- 3 Omgaan met risico's

Norm 1 Organisatie en beleid:

- Wat vind je van het meerjarenkwaliteitsbeleid van de praktijk? Missen er misschien dingen of zouden er dingen anders moeten?

Het meerjaren kwaliteitsbeleid lijkt mij realistisch voor de komende 5 jaar. Ik lees dat de ontwikkelingen van het CAO opgevolgd zullen blijven worden, maar wat gaat er gebeuren met de arbeidsvoorwaarden, mocht het CAO er niet doorkomen? Wordt er dan jaarlijks gekeken naar de liggende arbeidsvoorwaarden om het zo gunstig mogelijk te houden voor werkgever en werknemer? Dit is een punt dat ik mis in het meerjaren kwaliteitsbeleid.

- Wat vind je van de metingen en uitkomsten van de kritische processen?

De metingen en uitkomsten van de kritische processen zijn duidelijk beschreven, de normen die niet volledig gehaald zijn staan ook beschreven met daarbij een verbetervoorstel.

- Worden de juiste dingen gebruikt om kwaliteit te bepalen en toetsen?

De juiste dingen worden gebruikt om de kwaliteit te bepalen en te toetsen, ik mis hierbij niks.

VERBETERPUNT:

Voor dec 2023 beschrijven we wat we doen tav arbeidsvoorwaarden wanneer er geen CAO komt.

EVALUATIE:

In december is er met een delegatie van de medewerkers een gesprek geweest waarin de nieuwe arbeidsvoorwaarden worden in 2024. Er is ruimte geweest om dit te bespreken, waarna het definitief is gemaakt.

Norm 2 Leiderschap en medewerkers:

- Wat vind je van het leiderschap vanuit de maatschap, hebben we een heldere visie en voeren we duidelijk beleid.

Naar mijn mening komt er vanuit het maatschap een heldere visie en een duidelijk beleid.

- Is er voldoende aandacht voor input vanuit medewerkers?
 - Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2021 (met je gedeeld)
Ieder jaar krijgen wij een medewerkerstevredenheidsonderzoek om in te vullen. Na het invullen krijgt iedereen de uitslag toegestuurd en worden er ook nog vragen over gesteld op het eerstvolgende overleg. De uitslagen worden niet individueel besproken, maar naar mijn mening wordt hier genoeg tijd en aandacht aan geschonken dat iedereen zijn vragen kan stellen.
 - Behandelen we verbetervoorstellen op een juiste manier (voor documenten kun je dit terug vinden in de kwartaalbesprekingen die worden rondgestuurd.)?
Verbetervoorstellen staan duidelijk beschreven en ik ben van mening dat hier ook werk van gemaakt wordt om dit te verbeteren. Iedereen kan de verbetervoorstellen inzien en zo ook meewerken om ze te behalen.
- Is de voorbereiding en inhoud functioneringsgesprekken goed of mist er iets?
Wordt er genoeg gedaan met de punten die voortkomen uit de functioneringsgesprekken?
De functioneringsgesprekken zijn qua voorbereiding prima, er wordt genoeg gedaan met de punten die hieruit voortkomen.

VERBETERPUNTEN:

Hier komen geen verbeterpunten naar voren.

Norm 3 Omgaan met risico's:

- Hoe gaat de praktijk om met de risico's? Worden deze goed in kaart gebracht en worden deze risico's zo klein mogelijk gemaakt in de praktijk?

In de praktijk zelf worden de risico's goed in kaart gebracht, wij hebben bijvoorbeeld genoeg bhv'ers binnen de praktijk die ook meedenken om de risico's omtrent brandveiligheid etc. zo klein mogelijk te maken. In de praktijk in Delfzijl en Appingedam ben ik van mening dat alles goed op orde is.

Praktijk in Woldendorp ben ik van mening dat dit beter kan, daar is recent een brandoefening geweest en de telefoon die af hoort te gaan in elke behandelkamer ging niet af in de behandelruimte waar wij zitten, hier zouden ze naar gaan kijken vanuit de huisartsenpraktijk zelf. Mij is niet duidelijk of dit inmiddels opgelost is.

VERBETERPUNT:

Voor jan 2024 is er helderheid hoe het gaat mbt ontruiming, brand, telefoon enz op locatie Woldendorp. Wanneer dit niet correct werkzaam is zal er gevraagd blijven

worden om een goed werkend plan op deze locatie.

EVALUATIE:

Er is in het vierde kwartaal van 2023 contact geweest hierover, er zal actie ondernomen worden. Deze actie moet nog gecontroleerd worden.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

In 2024 heeft de praktijk een tweede opvolgingsaudit en toetst de praktijk in de interne audit de normelementen:

- 4 Werkomgeving, materiaal en middelen
- 5 Inkoop en uitbesteding
- 6 Professioneel handelen

Er wordt in 2024 vanuit de interne audit minimaal 1 proces gewijzigd.

In 2024 behalen we zonder tekortkomingen de tweede opvolgingsaudit.

Beoordeling systeem: De werkwijze naar de audit toe verloopt goed. Inmiddels is er ook een goede manier gevonden om de interne auditering te laten verlopen waarbij we nastreven dat we hier daadwerkelijk wat mee kunnen. Als leidraad is een aanvullende planning en werkschema gemaakt die is te lezen in 4.2.
De praktijk toetst intern of het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de Norm HKZ Fysiotherapiepraktijken 2016. De interne audit planning is opgenomen in het beleidsplan jaarverslag onder Hoofdstuk 4: Doelstellingen, activiteitenplan en interne audit planning 2023-2025.

5.2.5. Overzicht tevredenheid van patiënten:

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt.

Item	Norm	2023 1^e kwartaal	2023 2^e kwartaal	2023 3^e kwartaal	2023 4^e kwartaal	2023
Algemene beoordeling	> 9,2	9,30	9,12	9,23	9,20	9,21
Netpromotorscore	> 75	82,95	77,14	72,07	78,89	77,00
Aantal aangeboden activiteiten bij QUALIZORG	> 350	327	329	334	246	1.236
Aantal ingevulde enquêtes via QUALIZORG	40% van aangeboden	94 (±29%)	102 (±31%)	106 (±32%)	90 (±37%)	392 (±32%)
Contact (geheel)	> 9,1	9,51	9,31	9,34	9,34	9,37
Behandelplan (geheel)	> 9,1	9,33	9,09	9,12	9,14	9,16
Praktijk (geheel)	> 9,1	9,25	9,08	9,17	9,01	9,12
Contact uitgebreid	> 9,1	9,50	9,31	9,32	9,35	9,36
Praktijk uitgebreid	> 9,1	9,40	9,14	9,31	9,21	9,26
Contact (individeel)	> 8,2	8,00-10	8,67-10	8,25-10	8,83-10	
Behandelplan (individeel)	> 8,2	8-50-10	8,33-10	7,92-10	8,25-9,78	
Praktijk (individueel)	> 8,2	8,00-10	8,4-10	7,67-9,75	7-9,6	
Contact uitgebreid (individueel)	> 8,2	8,00-10	8,63-10	8,17-9,93	8,78-10	
Praktijk uitgebreid (individueel)	> 8,2	8,59-10	8,63-10	8,9-9,93	7,75-9,67	

Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2023:

In het jaar 2023 heeft de praktijk meegedaan aan Qualiview. Een overzicht van de uitkomsten van de Qualiview zijn weergegeven in bovenstaande tabel. Er worden mooie cijfers gegeven en daar zijn we erg tevreden mee. Er zijn 1.236 activiteiten aangeboden bij Qualiview en uiteindelijk zijn er 392 enquêtes geanalyseerd door Qualiview. We zien dat er iets minder is uitgenodigd dan in 2023 waarvan de reden niet geheel duidelijk is. Ook is de respons in het gehele jaar lager dan we eigenlijk zouden willen. Bij aanmelding wordt het e-mailadres van de patiënt nagevraagd en genoteerd. De behandelend therapeut controleert dit en vraagt om toestemming voor gebruik van het e-mailadres. Alleen de patiënten die geen bezwaar hebben worden uitgenodigd door Qualiview.

Op individueel niveau is er een aantal keren een score behaald <9,2 maar in de gemiddelden zien we geen consequent lage scores. We hebben onze norm voor dit jaar wat hoger gelegd dan het voorgaande jaar en mogelijk is dit wat te ambitieus. Op alle onderdelen scoort de praktijk boven de gestelde norm. We stellen dan ook dat wij hier tevreden mee zijn.

Alle persoonlijke uitkomsten van de Qualiview worden elk kwartaal vergaard en beoordeeld door kwaliteitsmanager, deze data wordt ook persoonlijk verzonden naar de betrokken therapeut. Indien zich hier problemen voordoen worden deze besproken en wordt er indien nodig een verbetertraject ingezet. Dit is in 2023 niet nodig gebleken.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- De praktijk scoort in 2024 op de NPS >75.
- De praktijk scoort in 2024 op alle onderdelen getoetst door Qualiview >9,1.
- De praktijk scoort in 2024 op alle onderdelen per therapeut getoetst door Qualiview >8,2
- De praktijk scoort in 2024 op de algemene beoordeling van Qualiview >9,2.
- Er wordt in 2024 per kwartaal >350 mensen uitgenodigd voor de Qualiview.
- Er wordt in 2024 30% van de uitgenodigde enquêtes ingevuld.

Beoordeling systeem: het aanleveren van gegevens voor Qualiview verloopt goed in 2023 wat minder dan in 2022 daarom willen we dit in 2024 weer goed onder de aandacht brengen bij de collega's en de nieuwe collega's hier extra op attent maken. Het analyseren van de gegevens verloopt goed maar is met de vele therapeuten wel een tijdrovende bezigheid. De gegeven complimenten zorgen voor een mooi compleet beeld over de tevredenheid van de patiënten en de dingen die extra worden gewaardeerd. De verbeterpunten die gegeven zijn worden allemaal omgezet in verbetervoorstellen en hebben een toegevoegde waarde in het verbeteren van de kwaliteit en het behouden van tevreden patiënten.

5.2.6. Overzicht professioneel handelen medewerkers:

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt.

Item	Norm	1e kwartaal 2023	2e kwartaal 2023	3e kwartaal 2023	4e kwartaal 2023
Patiëntendossier aanmelding	80%	71,1%	72,7%	72,6%	78,5%
Patiëntendossier anamnese	80%	69,9%	71,2%	72,6%	77,1%
Patiëntendossier onderzoek	80%	66,5%	68,5%	68,3%	73,7%
Patiëntendossier analyse	80%	66,4%	68,5%	68,7%	74,4%
Patiëntendossier plan	80%	64,9%	66,4%	66,1%	71,8%
Patiëntendossier SOEP	80%	68,8%	63,3%	62,0%	63,7%
Kwartaalbespreking	Kwar- taal	11-04-23	29-08-23	30-10-23	23-01-24
Functionerings- gesprekken	Jaarlij ks	Maart	April/Mei/ Juni		
Vakinhoudelijke presentaties	Kwar- taal	nieuwsbrief	nieuwsbrief Presentatie	nieuwsbrief	nieuwsbrief
Sectie overleg	Half jaarlij ks	januari/ maart	juni		november
Junior-senior gesprekken	Halfja arlijks	februari	april		november december

Inhoudelijke dossier controle	Jaarlijks		mei		november
-------------------------------	-----------	--	-----	--	----------

Analyse van het professioneel handelen over 2023:

Dit jaar hebben we het invullen van de dossiers niet intensief beoordeeld maar elk kwartaal de status gedeeld. We hebben ingezet op vertrouwen en de wetenschap dat iedereen in het vorige jaar heeft aangegeven dat het invullen van het dossier prima mogelijk is, maar het er niet altijd van komt. Als beloning gaan we een keer met z'n allen uit eten om te vieren als we in het derde kwartaal >80% scoren. We zien dit jaar terug in de cijfers dat de methode met minder controles minder effectief is aangezien de scores aanmerkelijk lager liggen dan vorig jaar. In het derde kwartaal werd de 80% niet gehaald, aangezien er wel hard aan werd gewerkt zijn er 2 extra weken gegeven en toen kwam de score Aanmelding 83,6% Anamnese 81,5% Onderzoek 78,8% Analyse 79,4% Plan 77% SOEP 72,2%. Daarmee concludeerden we op dit moment de 80% check te halen en werd er een etentje gepland. Helaas is in het het kwartaal daarop deze score weer iets ingezakt. Om nog een goed beeld te krijgen over het gehele jaar en men de maand tijd te geven voor afgesloten dossiers is er in februari 2024 nogmaals een check gedaan over 2023, daaruit komen de volgende cijfers: Aanmelding 84,7% Anamnese 82,9% Onderzoek 79,6% Analyse 80,4% Plan 77,6% SOEP 68,2%

Inhoudelijk zien we bij de eerste controle dat bij 42% het eerste dossier niet voldoende is ingevuld. Daarop is feedback gegeven en de gelegenheid om extra hulp te krijgen. Bij een hercontrole zien we dat iedereen dit goed heeft opgepakt. Bij 2 collega's zien we een goed dossier maar maken ze nog geen gebruik van een aantal handigheidjes in het EPD, deze worden nog een keer gedeeld en besproken.

Om kennis met elkaar te delen is er maandelijks een werkoverleg, hier worden allerlei zaken besproken zoals personeelszaken, kwaliteitsbeleid. Ook is er ruimte vrijgemaakt om casuïstiek en vakinhoudelijke vragen te bespreken. Omdat niet iedereen hier bij aanwezig kan zijn, wordt na dit overleg een nieuwsbrief gemaakt die met iedereen digitaal wordt gedeeld.

In 2023 hebben we kennisoverdracht opgestart, een aantal collega's krijgt tijd om samen een leuke bijdrage te organiseren over een vooraf vastgesteld onderwerp. Alle collega's worden hiervoor uitgenodigd. De eerste bijdrage werd positief ontvangen. De tweede bijdrage is helaas niet doorgegaan en is verschoven naar het nieuwe jaar.

In 2023 zijn alle functioneringsgesprekken in het tweede en derde kwartaal gehouden. Iedereen heeft van tevoren de agenda ontvangen, deze hebben we dit jaar gewijzigd t.o.v. voorgaande jaren. Iedereen heeft de mogelijkheid gekregen om punten toe te voegen. De gesprekken vonden plaats met 2 maatschapsleden. Na afloop ontvangt de medewerker het verslag van het gesprek ter ondertekening, vervolgens wordt deze opgeborgen. Algemene verbeteracties worden besproken in de maatschap. Indien noodzakelijk wordt er met de medewerker een vervolg gepland om actiepunten door te nemen en af te ronden.

De junior-senior gesprekken zijn met de nieuwe medewerkers geweest, deze vonden plaats in het eerste, tweede, en vierde kwartaal.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2024 wordt de statusoverzicht elk kwartaal bekeken en scoort de praktijk > 80%.
- In 2024 wordt er elk kwartaal een kwartaalbespreking gehouden.

- In 2024 worden er 2 momenten kennisoverdracht door collega's voor collega's georganiseerd.
- In 2024 worden minimaal halfjaarlijks sectie besprekingen gehouden.
- In 2024 wordt elke maand een overleg gepland en daarna een nieuwsbrief verstuurd met alle informatie.
- In 2024 worden alle collega's met 1 dossier inhoudelijk gecontroleerd op hun dossiervorming en is er bij <25% een extra inhoudelijke controle nodig.
- In 2024 wordt met elke medewerker een functioneringsgesprek gehouden.
- In 2024 wordt aan elke junior een senior gekoppeld waarbij minimaal 1 gesprek wordt gehouden en waar nodig frequenter. Deze gesprekken worden genotuleerd.

Beoordeling systeem: Het beoordelen van het invullen van dossiers is dit jaar minder intensief geweest en daarmee zien we een daling van het percentage ingevulde dossiers, daarom zijn we niet tevreden. Over het gehele jaar halen we bijna overal de score <80% maar op de SOEP zeker niet. De reden hiervan wijten we aan het niet invullen van de SOEP bij afbellers en no shows. Omdat we vertrouwen willen uitstralen en graag willen kiezen voor een positieve benadering, willen we de methodiek van 2023 wel voortzetten in 2024.

De anonieme inhoudelijke controle bevalt goed en zal in 2024 worden voortgezet op dezelfde wijze. We verwachten dat aandacht geven aan de handigheidjes in het EPD effect zal hebben en men makkelijker het dossier correct zal invullen.

Het maandelijks overleg en versturen van de nieuwsbrief bevalt goed en zal worden voortgezet in 2024.

De opgezette kennisoverdracht zal in 2024 voortgezet worden omdat dit enthousiast werd ontvangen.

In 2023 hebben we een andere agenda gekozen voor de functioneringsgesprekken, deze is goed bevallen. Het gesprek gaf op deze manier een meer positieve en concrete wending, we zullen dit in 2024 voortzetten.

De junior-senior gesprekken bevallen goed, nieuwe collega's worden zo begeleid en weten altijd bij wie ze terecht kunnen. Deze gesprekken zijn bij de ene collega frequenter en langer nodig dan bij de andere collega en wordt zodoende ingevuld op de manier die het beste past.

De sectie bespreking loopt vooral goed binnen 1 sectie en zal (mede door input vanuit het tevredenheidsonderzoek) ook digitaal ingevuld gaan worden.

5.2.7. Risicovolle primaire en ondersteunende processen

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Analyse van risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiënt niveau over 2023:

De praktijk heeft kritische processen vastgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem en evalueert deze intern. Kritische processen zijn die processen die een zeer groot effect hebben op de continuïteit van de praktijk. Voortdurend worden er gegevens verzameld en metingen verricht.

In 2023 zijn de volgende risicovolle processen geanalyseerd:

- Patiënttevredenheid
- (Indirecte) klachten patiënten
- Inhoudelijke (anonieme) dossiercontrole
- Incidenten
- Verbetervoorstellen
- Tevredenheid medewerkers
- Evaluatie Risico Inventarisatie en Evaluatie
- Risicoanalyse Informatiebeveiliging

- Inventarisatie Valrisico
- Evaluatie van inkoop en uitbesteding.

De patiënttevredenheid is praktijkbreed goed beoordeeld. De (indirecte) klachten zijn laagdrempelig verwerkt, op 1 na zijn de meest kritische klachten naar tevredenheid behandeld en opgelost. Incidenten zijn er wel geweest en zorgvuldig afgehandeld en nazorg verleend.

Tijdens de anonieme inhoudelijke dossiercontrole kwam er bij 8 collega's kleine onvolkomenheden tegen, dit is meer dan in 2022 en daarmee stellen we ons niet tevreden. Daarom zal er weer extra aandacht en scholing hierover plaatsvinden. Uit de evaluatie van de RI&E door de aangestelde preventiemedewerker kwamen geen bijzonderheden naar voren.

Er is een inventarisatie valrisico gedaan op alle locaties. Daaruit is 1 actie naar voren gekomen, namelijk dat er in de oefenzaal Delfzijl gekeken moet worden of er een kabelgoot geplaatst moet worden wanneer deze volledig opnieuw is ingericht.

De risicoanalyse informatiebeveiliging is uitgevoerd door 3 maatschapsleden, er kwamen geen hoge risico's naar voren.

In juni is er een evaluatie geweest van inkoop goederen of uitbestede diensten. Alle kritische leveranciers werden positief beoordeeld. Voor het drukwerk zijn we vanwege de hoge kosten overgestapt op een andere leverancier.

Ook is er een analyse geweest over risicovolle primaire en ondersteunende processen. De norm van 15 is overschreden bij de vraag Hygiëne: schoonmaak, en bij continuïteit: bezetting specialisaties.

We benaderen de norm van 15 bij Toegankelijkheid: parkeergelegenheid en bij Inkoop/uitbesteding: uitbestede diensten schoonmaak.

Hygiëne; schoonmaak en inkoop/uitbesteding; uitbestede diensten schoonmaak:

- De kwaliteit van schoonmaak is regelmatig ondermaats. Dit geldt voor de locatie in Delfzijl en in Appingedam. In beide gezondheidscentra wordt de schoonmaak per gezondheidscentra geregeld. In beide centra is hier reeds over gesproken. In Delfzijl zijn meerdere gesprekken gevoerd met het bedrijf dat de schoonmaak verzorgt. Hieruit zijn de laatste keer concrete verbeterpunten naar voren gekomen. In het gezondheidscentrum Appingedam zijn reeds offertes van andere bedrijven opgevraagd. We ondernemen nog de volgende stappen:
 - Binnen beide gezondheidscentra offertes opvragen voor schoonmaak gehele pand. (Delfzijl volgt offertes Appingedam)
 - Onderzoeken of we voor ons eigen deel zelf schoonmaakster in dienst kunnen nemen.

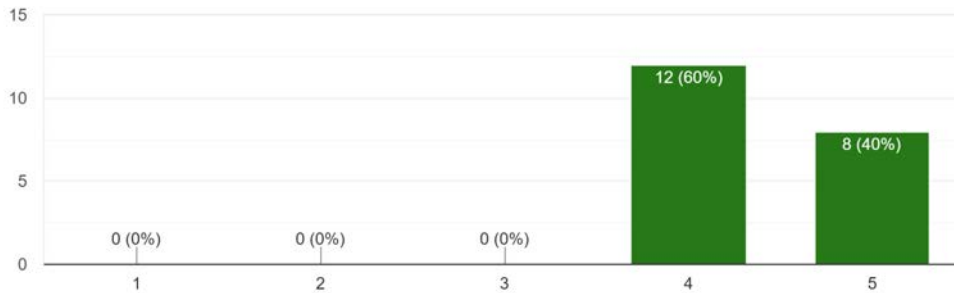
EVALUATIE SEPT 2023: In Appingedam is alles inmiddels geregeld. Eigen schoonmaak gaan we nu eerst niet doen. Schoonmaak in Delfzijl is aangepast; komen nu 2 schoonmaaksters. Wel in de gaten houden.

Continuïteit: bezetting specialisaties:

- We zien dat het moeilijk is om gespecialiseerd personeel te behouden en voor sommige specialisaties is het lastig om collega's op te leiden. Daarmee komt de beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel in gevaar. Daarom zijn er een aantal actiepunten opgesteld.

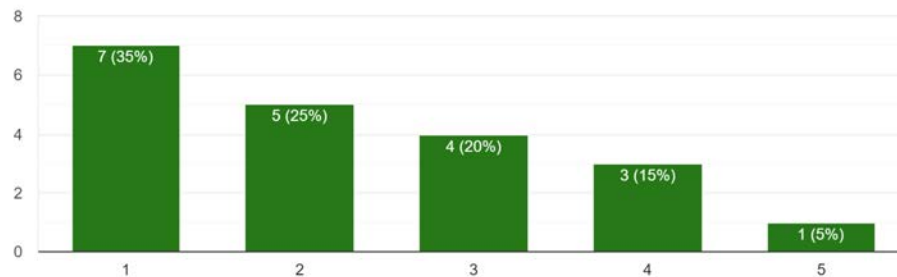
Gerelateerd aan je taak: Zelfstandigheid in het werk

20 antwoorden



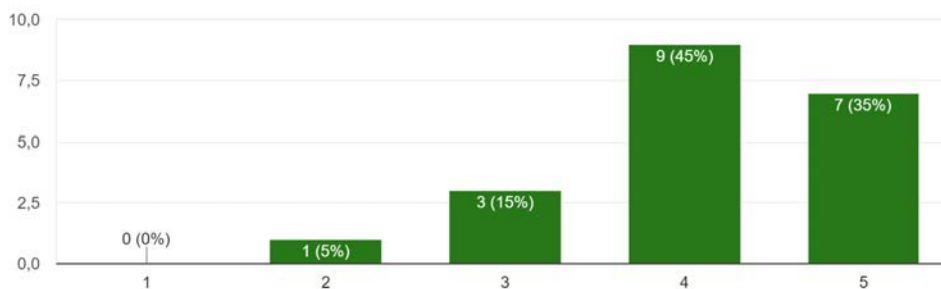
Gerelateerd aan je taak: Administratieve taken

20 antwoorden



Gerelateerd aan je taak: Afwisseling

20 antwoorden



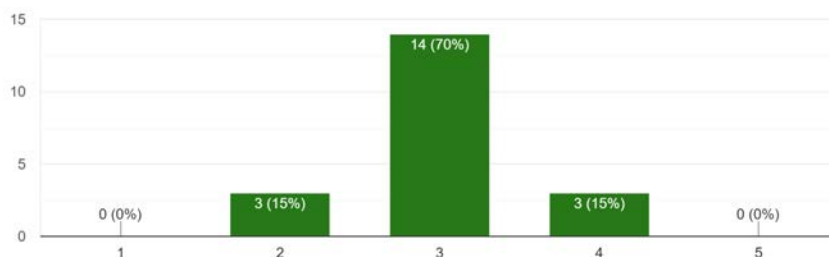
Conclusie: Vooral de administratie is een energievreter. Men is vooral tevreden over de zelfstandigheid in het werk.

Actie: We hebben gekeken naar de administratieve lasten, we voldoen aan de minimale eisen die er wettelijk zijn gesteld. Hierin lijkt het dat we niets kunnen schrappen. Om het zo makkelijk mogelijk te maken organiseren we wel weer een moment waarin we alle handigheidjes van SOM doornemen zodat iedereen de makkelijke weg kent binnen SOM en deze kan gebruiken om zo min mogelijk tijd kwijt te zijn aan de administratie.

Conclusie uit alle open antwoorden: Er wordt vooral gevraagd om betaalde tijd voor administratie.

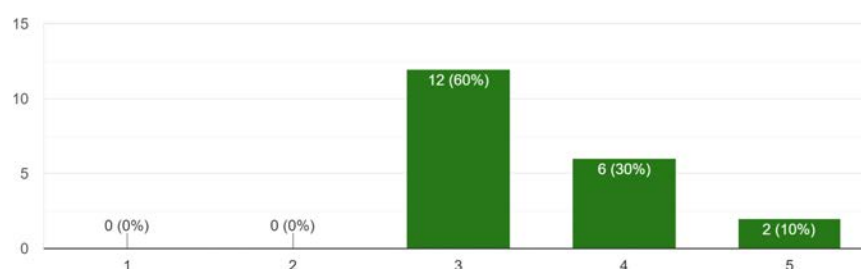
Gerelateerd aan de omgeving: Geluid

20 antwoorden



Gerelateerd aan de omgeving: Klimaat

20 antwoorden



Conclusie: Er zijn geen grote hiaten in de werkomgeving.

Conclusie uit alle open antwoorden: Er blijft behoefte aan contact met anderen.

Actie: Contactmomenten blijven organiseren dmv scholingsmomenten voorjaar en najaar en maandelijks werkoverleg en natuurlijk de uitjes die we doen.

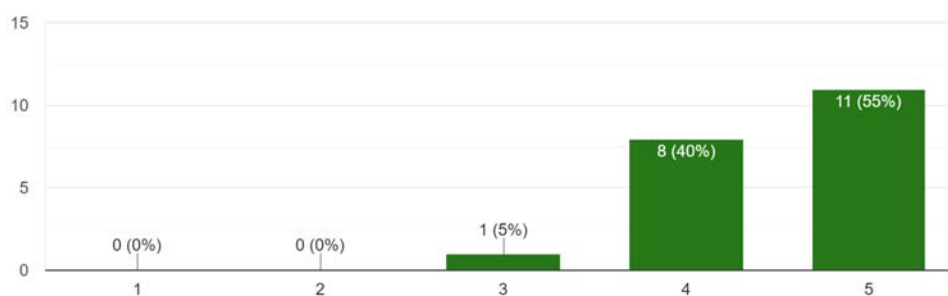
Tevens wordt er actie ondernomen om de computer oefenzaal Appingedam sneller te laten werken.

Gerelateerd aan patiënten:

Energievretter 1 2 3 4 5 Energiegever

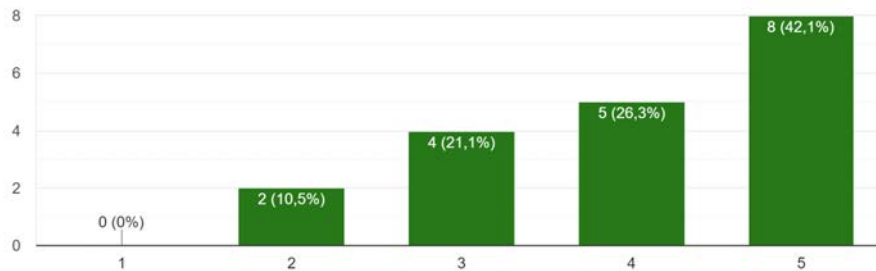
Gerelateerd aan patiënten: Zinvol werk doen

20 antwoorden



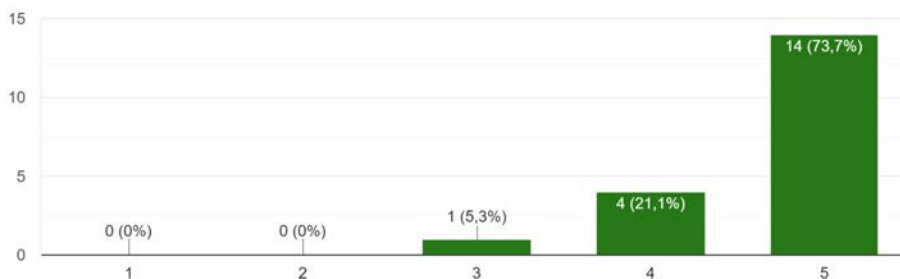
Gerelateerd aan patiënten: Complexe patiënt/casus

19 antwoorden



Gerelateerd aan patiënten: Zien dat je werk de moeite waard is

19 antwoorden



Conclusie: men is tevreden over de omstandigheden, betekenis en inhoud van het werk.

Conclusie uit alle open antwoorden: Men is tevreden, planning van de juiste patiëntengroep bij de juiste therapeut kan beter en inhoudelijk overleg zou weer kunnen.

Actie: Aandacht voor juiste patiënt bij de juiste therapeut plannen: buitenroute op orde krijgen (nieuwe planning en verdeling) en specialisaties weer updaten en onder aandacht secretariaat brengen.

Gerelateerd aan collega's:

Energievretter 1

2

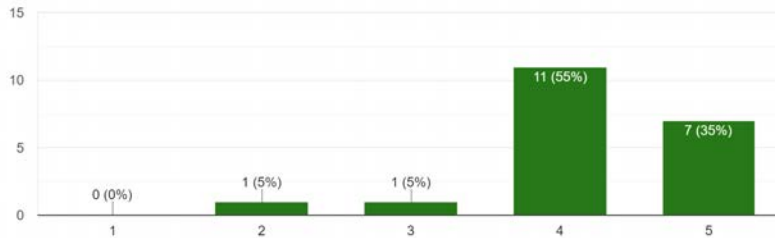
3

4

5 Energiegever

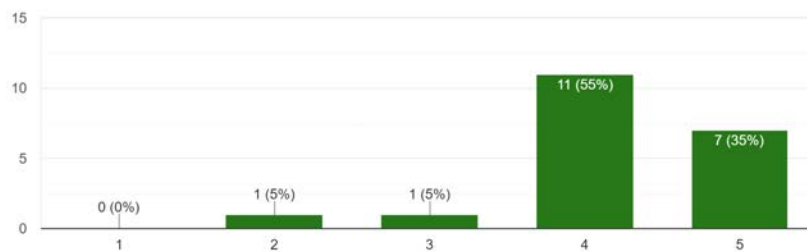
Gerelateerd aan collega's: Onderling contact en sfeer op het werk

20 antwoorden



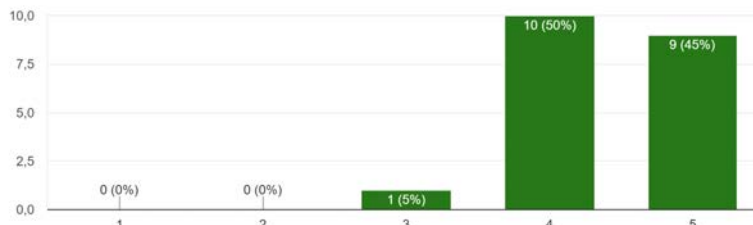
Gerelateerd aan collega's: Samenwerking

20 antwoorden



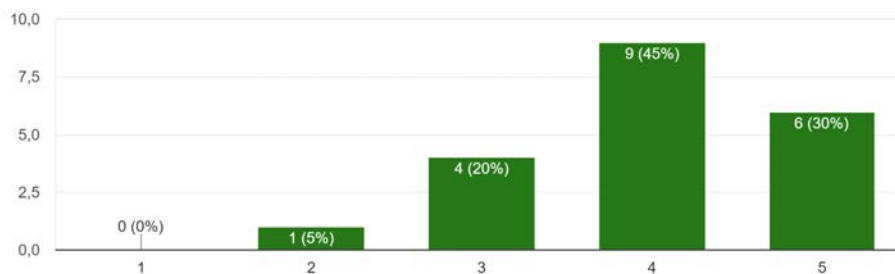
Gerelateerd aan collega's: Emotionele steun, sociale veiligheid, vertrouwen

20 antwoorden



Gerelateerd aan collega's: Positieve en opbouwende kritiek

20 antwoorden



Conclusie: Het is goed om te lezen dat men over het algemeen een prettige werksfeer ervaart onder de collega's.

Actie: Niet nodig. Open sfeer houden, als collega's zich niet prettig voelen dan mag je dit aangeven bij een collega/maatschapslid waarbij je je fijn voelt. Je kunt hier ook over spreken met de vertrouwenspersoon binnen de praktijk (Judith). Bespreek je het liever met iemand die niet verbonden is bij de praktijk dan kun je ook terecht bij de vertrouwenspersoon van het KNGF Willemijn Caron (bereikbaar via vertrouwenspersoonkngf@kngf.nl of 033-4672964).

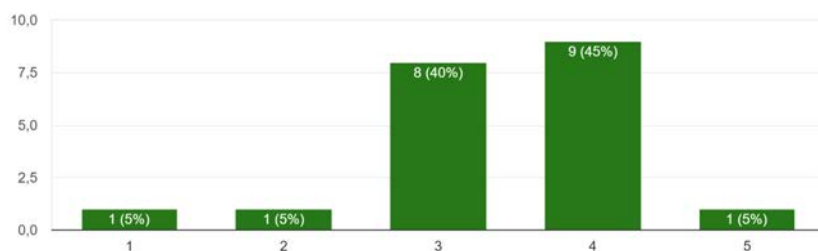
Conclusie vanuit alle open antwoorden: Vakinhoudelijk nog meer samenwerken als we dit nodig vinden of behoefte aan hebben.

Actie: Een gezamenlijke intake of beoordeling is mogelijk, deze kun je zelf organiseren als je denkt dat dit nodig is. Wel is de financiering hiervan lastig, dit moet in overleg geregeld worden. Hiervoor kun je iemand van maatschap aanspreken hoe dit te doen. - Vakinhoudelijke sectieoverleg weer facultatief inplannen, René gaat eerst groepen aanmaken in een chat zodat er onderling snel en makkelijk overlegd kan worden. Sectieoverleg kan live of digitaal gedaan worden, deze kan op initiatief van één collega of vanuit een sectie ook ingepland worden. We plannen dit niet standaard in omdat in het verleden is gebleken dat dit niet altijd werkt en secties dan niet altijd gevuld zijn.

Gerelateerd aan de maatschap/organisatie:

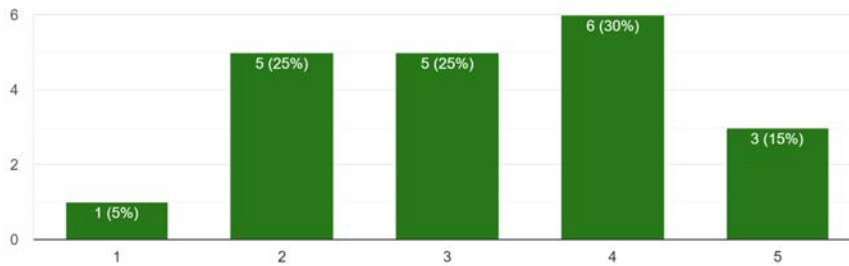
Energievreter 1 2 3 4 5 Energiegever

Gerelateerd aan de maatschap/organisatie: Loopbaanmogelijkheden
20 antwoorden



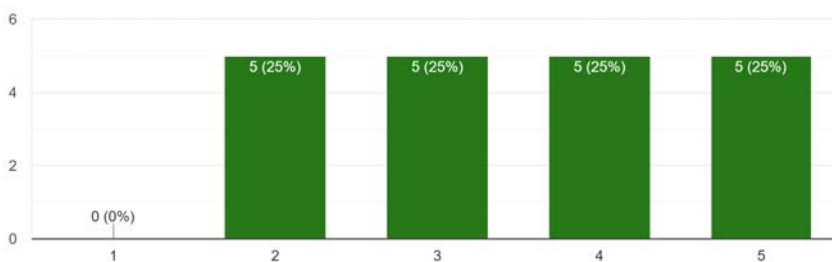
Gerelateerd aan de maatschap/organisatie: Vertrouwen in de toekomst

20 antwoorden



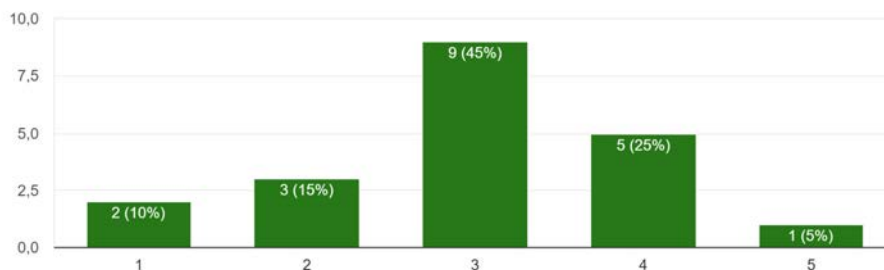
Gerelateerd aan de maatschap/organisatie: Waardering

20 antwoorden



Gerelateerd aan de maatschap/organisatie: Communicatie

20 antwoorden



Conclusie: Men is vooral neutraal tot tevreden over de loopbaanmogelijkheden. Er blijken veel zorgen over de toekomst en men is niet altijd tevreden over de waardering. Met betrekking tot de communicatie is men vooral neutraal.

Actie: Om meer inzicht te geven in de situatie van de praktijk (financieel maar ook qua toekomst fysiotherapie) organiseren we of een bijeenkomst waarin dit besproken wordt of we plannen een heidag met iedereen waarin al deze dingen naar voren komen.

Conclusie vanuit alle open antwoorden: De communicatie kan kennelijk toch beter, men mist hierin nog iets.

Actie: Het is goed om duidelijkheid te geven in elke situatie, over waarneming/nieuwtjes enz. Dus ook aangeven als het nog even duurt voordat er antwoord komt.

Evaluatie:

Alle punten zullen in het tweede kwartaal van 2024 worden geëvalueerd.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2024 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2024 wordt er op risico inventarisatie informatiebeveiliging geen risico geïnterpreteerd.
- In 2024 wordt er op de risicoanalyse minimaal één risico geïdentificeerd, de daarmee samenhangende processen geïnterpreteerd en worden indien nodig verbeteracties ondernomen.
- In 2024 zijn er geen tekortkomingen in de nieuwe afname van de RI&E.
- In 2024 worden alle (indirecte) klachten patiënten naar ieders voldoening afgehandeld.
- In 2024 vindt er voor de zomer een inhoudelijke (anonieme) dossiercontrole plaats en wordt er bij <20% een tweede controle noodzakelijk gevonden.
- In 2024 worden eventuele incidenten adequaat opgevangen en afgehandeld door goed opgeleide en voorbereide collega's. We streven er naar geen incidenten te hebben.
- In 2024 worden er minimaal 5 ontvangen verbetervoorstellen aangenomen en afgehandeld.
- In 2024 vindt inventarisatie valrisico plaats en worden er geen valrisico's gevonden.
- In 2024 wordt evaluatie van inkoop en uitbesteding gehouden en scoren deze allen een + of +/-.

Beoordeling systeem:

Het proces van registreren, analyseren en indien nodig implementeren verloopt goed, we hopen deze in 2024 zo voort te kunnen zetten aangezien dit een goed overzicht geeft en goede grip op eventuele bedreigingen en risico's voor de praktijk.

5.2.8. Beoordeling systeem algemeen:

Interne of externe factoren die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem	
1	<p><u>Beschrijving van ontwikkelingen, veranderingen en verwachtingen.</u> <u>Denk aan ontwikkelingen met betrekking tot omgeving, organisatie, leveranciers, samenwerkingspartners, financiering, visie/missie, lange termijn doelen, wetgeving, en normen.</u></p> <p>In 2023 was er sprake van een stabiele situatie in de maatschap waarbij we goed op elkaar ingespeeld raakten en de rollen en taken goed zijn verdeeld. We hebben in 2023 de weg ingeslagen om verder te bouwen aan de toekomst door interne vacatures open te stellen voor specialisaties die we verwachten in de komende jaren verder in te kunnen zetten.</p> <p>We hebben zitting genomen in een nieuw gezondheidscentrum in Holwierde waar we 2 mooie nieuwe ruimtes hebben ingericht zodat ook deze toekomstbestendig zijn. We hebben afscheid genomen van oude praktijkruimtes in de Paasweide en in Spijk. Ook zijn we in 2023 ingestapt om een ruimte te gaan huren en bezetten in een nieuw centrum in Steendam.</p> <p>In 2024 zullen we blijven werken aan een toekomstbestendige praktijk waarbij we financieel gezond willen blijven en goede zorg willen blijven leveren. Uiteraard zullen we de ontwikkelingen m.b.t. zorgverzekeraars en het kwaliteitshuis blijven volgen. Hierbij is ons standpunt om de lijn van het KNGF te volgen. Omdat er in 2024 een maatschapslid met pensioen gaat zullen we de taken gaan herverdelen en een toekomstvisie starten door een heidag te organiseren.</p> <p>Ook de ontwikkelingen van de CAO zijn een belangrijk onderdeel komend jaar. We zijn lid van de werkgeversvereniging en zijn dus ook van plan om de CAO te implementeren in de praktijk wanneer deze operationeel wordt.</p>
Status corrigerende en preventieve maatregelen	
	<p>De praktijk heeft op basis van het beleidsplan van dit jaar en vorige jaren doelstellingen bepaald (zie hoofdstuk 4).</p> <p>De doelstellingen van het voorgaande jaar worden geëvalueerd op effectiviteit in hoofdstuk 5.3 Indien een doelstelling niet het beoogde resultaat oplevert, is deze, indien gewenst, weer opgenomen bij hoofdstuk 4.</p> <p>Het doelstellingen en activiteitenplan 2023 hoofdstuk 4 (dit jaar) en 2022 (vorig jaar) laat een overzicht zien van de status van de corrigerende en preventieve maatregelen.</p>

Hoofdstuk 5.3. Evaluatie doelstellingen beleidsplan voorgaande jaar:

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
In 2023 vinden in april bij alle collega's functioneringsgesprekken plaats, hierin is ook ruimte ingepland om het individuele scholingsplan te inventariseren en analyseren.	behaald	niet in april maar wel in het tweede kwartaal afgerond
In 2023 volgen alle collega's de bijscholing reanimatie en AED.	niet behaald	doorgeschoven naar eerste kwartaal 2024
In 2023 wordt er intern geworven voor een aantal cursussen (chronische pijn, bekkenbodemp) en masters (bekkenfysiotherapie, geriatriefysiotherapie, sportfysiotherapie).	deels behaald	wat nog open staat wordt in 2024 weer opgepakt
Er zijn in 2023 altijd gespecialiseerde master fysiotherapeuten voor manuele therapie, kindfysiotherapie, oncologiefysiotherapie, oedeemfysiotherapie, sportfysiotherapie en psychosomatiek werkzaam.	behaald	
Er is in 2023 een collega oefentherapie Cesar Mensendieck werkzaam.	behaald	collega vertrekt in 2023, besloten dit doel voor 2024 te laten vervallen
Er zijn in 2023 altijd fysiotherapeuten met de aandachtsgebieden handtherapie, incontinentie, bekkenklachten tijdens en na zwangerschap, dry needling, oedeem en medical taping concept werkzaam.	behaald	collega met aandachtsgebied handfysiotherapie vertrekt en gaan we op zoek naar een vervanger
Uiterlijk 31-12-2023 is er een collega gespecialiseerd in hart- en longrevalidatie om deze groepen in de oefenzaal te begeleiden en zo het vertrek van een andere collega op te vangen.	behaald	
Uiterlijk 31-12-2023 heeft een collega de Master "Fysiotherapie in de Geriatrie" afgerond.	behaald	alleen is collega vertrokken waardoor nieuw doel voor 2024
In 2023 blijven de programma's Fitkids, KIA en de zwangerschaps cursus actief.	deels behaald	KIA is kinder GLI geworden en er is te weinig animo voor zwangerschaps cursus

		waardoor mensen individueel worden gezien
In 2023 zijn er 3 collega's met een afgeronde cursus GLI werkzaam en passen deze toe op de werkvloer.	behaald	
In 2023 zijn er collega's actief betrokken bij de netwerken Chronisch ZorgNet, ParkinsonNet, SchouderNet en Geriatrie Netwerk, CVA netwerk Groningen.	behaald	
In 2023 blijft het anderhalve lijns zorg project orthopediespreekuur draaien op de locatie in Appingedam en is de extra samenwerking gestart met de kaderhuisarts HBA klachten.	behaald	
In periode 2023 start en vervolgt een collega de master "Psychosomatische Fysiotherapie".	niet behaald	opnieuw werven en doorschuiven naar 2024
Alle collega's zullen scholing volgen om te voldoen aan de kwaliteitseisen en ingeschreven te blijven in het kwaliteitsregister van het KNGF.	behaald	liggen op koers
De praktijk blijft in 2023 geregistreerd in het basisregister van het Praktijkregister Fysiotherapie.	behaald	
In 2023 wordt er een collega opgeleid binnen het parkinsonnet en zal zich ook binnen dit netwerk registreren.	niet behaald	niet mogelijk geweest, blijft onder aandacht in 2024
In 2023 schrijven twee nieuwe collega's zich in bij het Chronisch ZorgNet	behaald	
In 2023 worden bij alle collega's functioneringsgesprekken gehouden.	behaald	
In december 2023 is 70% van de patiënten uitgenodigd voor het invullen van een tevredenheidsonderzoek via PREM.	behaald	
In 2023 wordt elk kwartaal de PREM bijgehouden en scoren we in totaal en op elk onderdeel apart gemiddeld een 8.	behaald	
De algemene beoordeling via de PREM ligt >8,5.	behaald	
De netpromotor score via de PREM ligt >75.	behaald	
De score op contact (geheel) via de PREM ligt >8,5.	behaald	

De score op behandelplan (geheel) via de PREM ligt >8,5.	behaald	
De score op praktijk (geheel) via de PREM ligt >8,5.	behaald	
De score op contact uitgebreid via de PREM ligt >8,5.	behaald	
De score op praktijk uitgebreid via de PREM ligt >8,5.	behaald	
De individuele score contact geheel via de PREM ligt >8,0.	behaald	
De individuele score behandelplan geheel via de PREM ligt >8,0.	behaald	
De individuele score praktijk geheel via de PREM ligt >8,0.	behaald	
De individuele score contact uitgebreid via de PREM ligt >8,0.	behaald	
De individuele score praktijk uitgebreid via de PREM ligt >8,0.	behaald	
In december 2023 scoren alle medewerkers op de 80% check >80%.	niet behaald	Met 1 maand uitstel grotendeels wel behaald
Elk kwartaal van 2023 ligt het gemiddelde aantal wachtdagen <5 dagen. Indien deze hoger ligt zal er actie worden ondernomen om deze wachttijd weer te reduceren.	deels behaald	Alleen kwartaal 4 niet behaald, over het gehele jaar wel.
De kwartaalbespreking wordt rondgemaild en er is tijdens het gezamenlijke teamoverleg tijd ingepland om deze indien nodig te bespreken en vragen te beantwoorden.	behaald	
In het derde kwartaal van 2023 is een risicoanalyse informatiebeveiliging uitgevoerd.	behaald	
In september 2023 is er een inventarisatie valrisico uitgevoerd.	behaald	
In september 2023 zijn er controles geweest van EHBO kisten, BHV plannen, calamiteitenplannen.	behaald	
In december 2023 zijn BHV plannen besproken tijdens het gezamenlijke overleg.	niet behaald	gaat naar eerste kwartaal 2024
In geheel 2023 is de inhoudelijke dossiervorming volgens de laatste eisen.	behaald	blijft aandacht voor

In 2023 liggen de behandelgemiddelden elk kwartaal onder het landelijk gemiddelde.	deels behaald	over het gehele jaar wel behaald
In 2023 zien we in de LDF dat het behandeldoel behaald onder het behandelresultaat >65% is.	behaald	
In 2023 worden alle klachten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkele directe klacht te ontvangen. Daarbij streven we er naar om <35 indirecte klachten te ontvangen.	behaald	
In 2023 worden alle incidenten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkel incident te hebben. Wanneer deze wel plaatsvindt dan is deze op de juiste manier begeleid en opgelost.	behaald	
In 2023 is er een nieuw systeem operationeel van interne kennisoverdracht, dit ter vervanging van de eerder gevolgde intervisie.	behaald	
In september 2023 heeft de praktijk opvolgingsaudit 1 en behaald deze.	behaald	
In september 2023 toetst de praktijk in de interne audit de normelementen organisatie en beleid, leiderschap en medewerkers, omgaan met risico's.	behaald	
In 2023 onderzoeken we de mogelijkheden van het participeren in een ruimte in Steendam.	behaald	