



“BLIJVEND IN BEWEGING”

KWALITEITSJAARVERSLAG 2024
EN
BELEIDSPLAN 2025

Februari 2025

- ❑ 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
- ❑ Gezondheidscentrum Holwierde, Uiteinderweg 7b, 9905 RG Holwierde

Website: www.kinesefysio.nl

E-mail: info@kinesefysio.nl

Telefoon: 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>	8
2.1 Uitgangspunten	
2.2 Doelstellingen op het gebied van personeel	
<u>Hoofdstuk 3: Kwaliteitsbeleid</u>	13
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>	36
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 2024" en "Beleidsplan 2025" brengen wij verslag uit over de door ons geboden zorg en kwaliteit en de plannen voor de toekomst.

Kinese Fysiotherapeuten is een HKZ gecertificeerde praktijk. Het is een fysiotherapiepraktijk met 5 actieve locaties in Delfzijl, Appingedam en de omliggende dorpen, zoals op het titelblad is aangegeven. Er zijn 25 fysiotherapeuten werkzaam, waarvan 6 in de maatschap. Het secretariaat wordt bemenst door 7 administratieve medewerkers. Het jaarverslag en het beleidsplan zijn opgesteld in het 1e kwartaal van 2025 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 Kinese Fysiotherapeuten luidt als volgt:

Kinese 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. Kinese 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 Kinese 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. Organisatiedoelstellingen op korte en lange termijn (2025-2029):

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 2025-2029 houden we in de praktijk alle reeds aanwezige specialisaties aanwezig. We zijn tevreden als de specialisaties manueel, kind, sport, oncologie en psychosomatiek continu beschikbaar zijn. Ditzelfde geldt voor de aandachtsgebieden dry needling, oedeem, shockwave en echodiagnostiek. Voor de beschikking 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 in 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 2029 behalen.
- In de periode 2025-2029 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 2025-2029 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 2025-2029 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 2025-2029 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 2025-2029 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 aannahme implementeren in de praktijk.
- In de periode 2025-2029 gaan we specifiek opleiden. Sinds 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 2025 vangt de maatschap het vertrek van één maatschapslid op door de taken onder te verdelen onder de huidige maten.

- In 2025 behalen we de hercertificeringsaudit die in september staat gepland zonder tekortkomingen.
- Personeel:
 - Er zijn in 2025 altijd gespecialiseerde master fysiotherapeuten voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, oncologiefysiotherapie, oedeemfysiotherapie, sportfysiotherapie en psychosomatiek werkzaam.
 - Er zijn in 2025 altijd fysiotherapeuten met de aandachtsgebieden handtherapie, incontinentie, bekkenklachten tijdens en na zwangerschap, dry needling, oedeem en medical taping concept werkzaam.
 - In 2025 zijn er 3 collega's met een afgeronde cursus GLI werkzaam en passen deze toe op de werkvloer.
 - In de periode 2025 start een collega de master "Psychosomatische Fysiotherapie".
 - In de periode 2025 start een collega met de cursus handtherapie.
 - In de periode 2025 starten minimaal 2 collega's met de cursus bekkenbodempromotie.
- Samenwerking:
 - In 2025 bieden we het programma Fitkids aan d.m.v. op maat een maatwerk programma.
 - In 2025 zijn er collega's actief betrokken bij de netwerken Chronisch ZorgNet, ParkinsonNet, SchouderNet en Geriatrie Netwerk, CVA netwerk Groningen.
 - In 2025 participeren we met 3 therapeuten bij het spreekuur HBA klachten samen met de kaderhuisarts HBA.
- Kwaliteit:
 - In 2025 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 2025 is er financiële ruimte om collega's op te leiden en ook om te kunnen investeren in de bestaande oefenzalen, de omzet zich continueren op €850.000 per half jaar.
 - In 2025 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, Kinderfysiotherapie, Oedeemtherapie, Psychosomatische Fysiotherapie, Sportfysiotherapie, Oncologiefysiotherapie. 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 arbeidsgelateerde 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 Beweegcentrum 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 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.

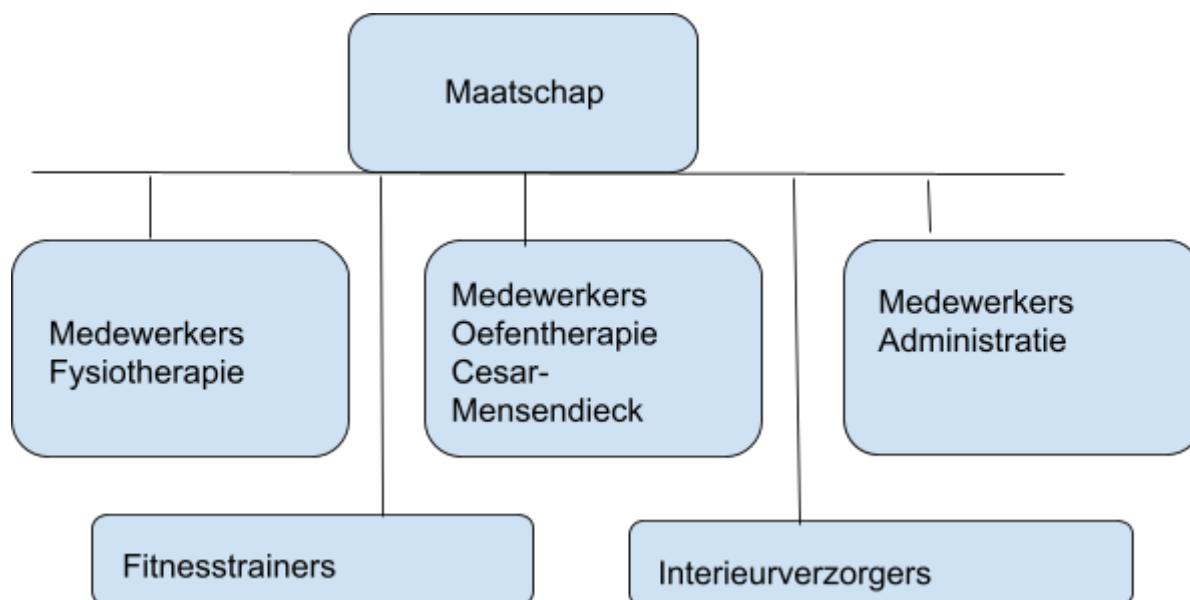
1.5.4. Regionale patiënten / consumentenorganisaties:

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 2024 uit een maatschap van 6 leden en 19 fysiotherapeuten in loondienst, 1 fysiotherapeut werkend via overeenkomst van opdracht, 4 KineseFittrainers, 1 Leefstijlcoach, 7 administratieve medewerkers en 1 interieurverzorger.



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 bedrijfspand 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. 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. 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 2025 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

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 2024 op 6,74%, dat is hoger dan in het voorgaande jaar, waarin het lag op 5,8%. De meldfrequentie ligt op 0,13%. Het overgrote deel van het verzuim is <7 dagen (87%). Ziekteverzuim 7-14 dagen is 4% . Het ziektepercentage 15-42 dagen is 2% en 43-365 dagen is in 2024 iets gestegen naar 7%. 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 sinds 2024 voor de fysiotherapeuten gewerkt volgens de voorschriften uit de wet WAB wat betekent dat er een addendum bij het arbeidscontract is opgesteld en werknemers een vast salaris krijgen wat gemaseerd is op variabele jaarbeloning. 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.

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 2025-2029). 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 Kinese Fysiotherapeuten de enige werkgever is, met als peildatum 1 januari van het geldende jaar. Wanneer Kinese 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 ondertekend 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 de maatschapvergadering 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.

Indien iemand behoefte heeft aan een vertrouwelijk gesprek met een vertrouwenspersoon is deze op de praktijk beschikbaar. Mocht deze persoon niet de voorkeur hebben, kunnen medewerkers ook bij de vertrouwenspersoon van het KNGF terecht.

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 of drie, begeleiders. De stagiaire wordt gevraagd een stageovereenkomst 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 2024 hebben er 4 stagiaires van de opleiding fysiotherapie 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 2024 hebben er 3 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 casuïstiekbepreking. Indien gewenst kan er een sectieoverleg plaatsvinden.

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

Het jaar 2024 was een iets rustiger jaar op het gebied van personeel dan 2023 maar wordt wel gekenmerkt door uitdagingen. Vooral het opvangen van ziekte en verlof is een puzzel. Nu wordt er verder gewerkt om alle specialisaties verder 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 2024 is een tweede 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. Dit is voor de periode 2020-2024 bij alle collega's gelukt.

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. Er zijn zeven

medewerkers van de praktijk die de scholing tot bedrijfshulpverlening (BHV) hebben gevolgd, zij zullen zich hierin continu 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 zeven 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 ondersteunen 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 2025 en auditplanning

4.1 Doelstellingen 2025:

Doelstelling Activiteit	Acties	Verant woordelij ke	Meetpunt	Evaluatie
De praktijk blijft in 2025 geregistreerd in het basisregister van het Praktijkregister Fysiotherapie.	Inschrijven en behouden praktijkregister Fysiotherapie.	BG	Kwartaal 1	Kwartaal 1
In 2025 volgt alle personeel wederom een herhalingscursus reanimatie en AED.	Planning cursus	RD	Kwartaal 1 of 2	Kwartaal 3
In 2025 wordt er een collega aangemeld bij parkinsonnet om opgeleid te worden binnen het parkinsonnet zodat er een registratie komt.	Opleiding en inschrijven regelen voor een collega.	EJ	Kwartaal 1 planning Kwartaal 2 en 3 uitvoering	Kwartaal 3
In 2025 worden bij alle collega's functioneringsgesprekken en gehouden.	Plannen functioneringsgesprekken.	LP	Kwartaal 1 en 2	Kwartaal 3
In december 2025 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 2025 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 2025 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 2025 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 2025 >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 2025 >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 2025 >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 2025 >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 2025 >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 2025>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 2025 >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 2025>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 2025 >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 2025 >8,0.	Analyse van alle gegevens die binnen komen.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In december 2025 scoren alle medewerkers op de 80% check >80%.	Controleren statusoverzicht.	JG	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
Elk kwartaal van 2025 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 2025 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 2025 is een risicoanalyse informatiebeveiliging uitgevoerd.	Opstellen en uitvoeren van risicoanalyse informatiebeveiliging.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In september 2025 is er een inventarisatie valrisico uitgevoerd.	Opstellen en uitvoeren van risicoanalyse informatiebeveiliging.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In september 2025 zijn er controles geweest van EHBO kisten, BHV plannen, calamiteitenplannen.	Controles en indien nodig wijzigen/aanvullen.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 4
In december 2025 zijn BHV plannen besproken tijdens het gezamenlijke overleg.	Inplannen en uitvoeren instructie BHV plannen.	EJB	Kwartaal 4	Kwartaal 4
In geheel 2025 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 2025 liggen de behandelgemiddelden elk kwartaal rond het landelijk gemiddelde.	Bijhouden van alle behandelgemiddelden in de LDF en spiegelinformatie.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4
In 2025 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 2025 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 2025 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 2025 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 2025 heeft de praktijk een hercertificeringsaudit welke wordt behaald waardoor er opnieuw een HKZ certificaat is.	Vorbereiden en uitvoeren van de opvolgingsaudit.	JG	Kwartaal 2 en 3	Kwartaal 3
In september 2025 toetst de praktijk in de interne audit de normelementen ervaringen van patiënten, ontwikkeling en documentatie	Plannen en uitvoeren van een interne audit.	JG	Kwartaal 2 en 3	Kwartaal 3

4.2 Activiteiten 2025:

In 2025 heeft de praktijk de hercertificeringsaudit 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 de 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 2025 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 2025 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:

2025	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)	maatschap
	Inventarisatie valrisico	1 x per jaar	Judith

	Tevredenheidsonderzoek ketenpartner houden	1 x per 2 jaar (even)	Judith / maatschap
	Tevredenheid medewerker houden	1 x per 2-4 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
	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	Uitvoerende	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	•Auditplanning (bijlage 5.5.7) •Auditprogramma (bijlage 5.5.7) •Rapportage intervisie •Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	JG EJ	LD	
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. 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.				

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	• 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	• Verslagen functioneringsgesprekken (bijlage 6.1.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	LP JG	LD	
Functioneringsgesprekken	• 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	• 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	• 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	• 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.

Evaluatie: plan is ontvangen

HKZ norm 4. Werkomgeving, materiaal en middelen

Werkomgeving	• 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	MH	Uitgevoerd 2024
--------------	---	----------------	----	-----------------

Hygiëne/schoonmaak: *Vaak onvoldoende, wel beter dan het geweest is. Op dit moment zitten er allemaal witte spikkels op de oefenmaterialen, die ik er zelf niet af krijg.*

Veiligheid in het pand maar ook digitaal/online: *Duidelijk calamiteitenplan. Veiligheid digitaal kan beter, door bijvoorbeeld twee-staps verificatie op de e-mail toe te passen. Ik heb ook geprobeerd om beveiligd te e-mailen, ik krijg dan vaak van de ontvanger te horen dat ze de e-mail niet kunnen openen.*

Privacy: *Er zijn duidelijke richtlijnen voor AVG en privacy van de cliënten.*

Duidelijke regels mbt schoonmaak, social media enz. *Er zijn duidelijke regels.*

Zijn materiaal en middelen voldoende beschikbaar en werken deze hoe het zou moeten?

Beschikbaarheid: Ik mis de oefenboekjes met oefeningen voor de cliënt, maar dit is digitaal

op te vangen. De terabanden moeten betaald worden door de cliënt, dat vind ik vaak lastig om te vragen aan mensen. Oefenmateriaal wordt in de zaal goed aangevuld.
Onderhoud: De meeste zaken worden naar behoren onderhouden. Bij meldingen wordt er meestal actie ondernomen.

10.1.9 : hier staat Nieuwolda nog in
8.1.2 misschien de eerste hulp kit en de AED erbij?

Verbeterpunten:

10.1.9. aangepast en Nieuwolda er uit gehaald
8.1.2. Jazeker, eerste hulp is in eigen beheer dus hoeft hier niet in. De AED heb ik toegevoegd.

Schoonmaak/hygiene:

- Afgesproken op 4-11 dat er in tijden van veel afwezigheid collega's (bijv tijdens vakantie) en deze kamers niet schoon hoeven worden gemaakt dat de schoonmaakster dan wat andere werkzaamheden doet zoals klein materiaal enz.
- Ook komt er weer een vaste dag waarop mensen hun bank aan de kant schuiven zodat daaronder wordt schoongemaakt.

Beveiligd mailen via gmail; mails zijn in principe wel te openen maar niet te kopiëren of door te sturen en bijlagen kunnen niet gedownload worden. Dit is de beveiliging die gmail hier heeft en wij kunnen dit niet wijzigen.

De twee stappen verificatie:

- Deze kun je zelf aan instellen, voor het stappenplan kun je klikken op de volgende link:
<https://support.google.com/accounts/answer/185839?hl=nl&co=GENIE.Platform%3DDesktop#zipy=%2Cgoogle-authenticator-of-andere-verificatiecode-apps-gebruiken>

HKZ norm 5. Inkoop en uitbesteding

Inkoop/ uitbesteding	• Facturen • Inkoop goederen en ingekochte of uitbestede diensten (bijlage 8.5.1) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	CE JG	MH	Uitgevoerd in 2024
-------------------------	--	----------	----	--------------------

Op dit moment weet ik niet hoe de inkoop is geregeld, nu Carla het niet meer doet.
Uitbesteding ICT: Goed idee om dit uit te besteden, maar als ik even naar mijzelf kijk en naar hoe lang het duurde voordat mijn ICT probleem uiteindelijk werd aangepakt denk ik dat dat beter kan.

ACTIE:

- Inkoop is verder verdeeld, René heeft het meeste overgenomen en is hier verantwoordelijk voor, ook is het deels neergelegd bij secretariaat. Dit is terug te lezen in 5.9.1.a
- ICT problemen oplossen; helaas duurt het soms lang.

- Optie besproken of het goed is om over te stappen naar een ander bedrijf maar dit is veel werk en we verwachten niet dat dit op termijn een goede oplossing is omdat ook hier lange wachttijden zijn over het algemeen. Mocht iets lang duren dan vooral veel gaan drammen door het elke keer onder de aandacht te brengen. Leverancier ICT wordt jaarlijks beoordeeld (net als alle andere leveranciers) en bekeken of we doorgaan met deze partij.

HKZ norm 6. Professioneel handelen

Werkwijzen	• 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	MH	Uitgevoerd in 2024
Kwaliteit van professioneel handelen	• 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	MH	
Evaluatie van het professioneel handelen	• Verslagen functioneringsgesprekken (bijlage 6.1.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7) • Verslag visitatie	LP JG	MH	
Verbeteren op individuele patiënt niveau	• Dossiercontroles (bijlage 5.5.6) • Vakinhoudelijke overleggen (notulen) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	EJ JG	MH	

Samenwerking	• Samenwerkingsafspraken vastgelegd in handboek, notulen, overeenkomsten • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	BG JG	MH
Continuïteit zorgverlening	• Beleid bij afwezigheid in handboek	JG	MH
Interne en externe communicatie	• 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	MH
Informatievoorziening	• Informatie wachtkamer, website, narrow casting, folders • Dossier patiënt in EPD	JG	MH

- Wordt er gewerkt via richtlijnen en protocollen?
Protocollen zijn er volgens mij niet meer? De richtlijnen zijn niet op alle gebieden bij iedereen bekend, bij mij ook niet allemaal. Ik zoek er weleens eentje op, zoals recent de richtlijn hallux valgus.
- Wordt er voldoende gedaan aan kwaliteit professioneel handelen en wordt dit inzichtelijk gemaakt? Je kun bijv denken aan:
 - BIG registratie: *Ja*
 - KRF registratie: *Ja*
 - Dossiercontroles: *Ja*
 - PREM: *Ja, elk kwartaal feedback*
 - Mogelijkheid cursussen: *Ja, wanneer er vraag naar is door de praktijk.*
 - Nieuwsbrief: *Ja*
 - Vakinhoudelijk overleg: *Ja, maandelijks*
 - Binnen de praktijk georganiseerde cursus/bijeenkomst in voor- en najaar: *Ja, wordt georganiseerd, meestal zit er iets langer tussen. Als de reanimatiecursus meetelt komen we wel op 2 keer per jaar.*
- Wat vind je van de informatievoorziening naar en over de patiënten? Je kunt bijvoorbeeld kijken naar:
 - Informatie wachtkamer: *Genoeg informatie in de wachtkamer.*
 - Website: *Prima.*

- Narrow casting Appingedam: *Ik merkte dat deze ook in het weekend weleens aan staat. Kan dat ook uit/ op een timer? Of is dat al geregeld? Ook de klimaatbeheersing zou misschien beter centraal aan en uit kunnen, nu wordt de airco vaak vergeten.*
- Folders: *Houdt het secretariaat goed bij.*
- Dossier patiënt in EPD: *Wordt zeer wisselend bijgehouden door collega's. Sommigen zeer uitvoerig, andere bijna niet/onvoldoende. Met de 80% check worden we in de gaten gehouden, maar niet op kwaliteit beoordeeld.*

ACTIE:

- Richtlijnen; ze zijn beschikbaar en in te zien.
 - We kunnen inventariseren of men hier nog eens aandacht aan wil besteden. Goed onderwerp voor een interne cursus, ik zet deze op het lijstje met onderwerpen.
- Dossiers horen bijgehouden te worden. Dit wordt inderdaad gecontroleerd. Inhoudelijke dossiercontrole doen we in principe ook jaarlijks (alleen in 2024 nog niet uitgevoerd) maar zal weer opgepakt gaan worden.
 - Staat nog gepland om op te starten dit jaar.
- De cursussen/bijeenkomsten binnen de praktijk staat 2x per jaar op de planning, als het niet van de grond komt door de gevraagde collega's verschuift dit een half jaar. Reanimatiecursus wordt sowieso jaarlijks georganiseerd.
 - De cursus binnen de praktijk wordt 2 keer per jaar uitgezet (door Judith) maar tot nu toe is de cursus in het najaar vorig jaar niet van de grond gekomen en uitgesteld naar het voorjaar. Die van dit jaar is uitgezet maar ook nog niet gepland, komt hopelijk nog wel.

HKZ norm 7. Ervaringen van patiënten

Patiëntervaringen	• 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	• Registratie klachten en incidenten (bijlage 3.3.3) • PREM • Notulen overleg (bijlage 5.10.2) • Beleidsplan en jaarverslag (bijlage 5.5.7)	JG	PN	

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.

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.

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?

De PREM wordt meestal alleen gestuurd naar mensen met een e-mail adres. Bereiken we daarmee voldoende mensen?

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 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 naar de ontwikkelingen in behandelmethoden en relevante wet- en regelgeving.

- Overzicht verbetervoorstellen (bijlage 3.3.3)
- 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)

JG

PN

Uitgevoerd juli 2022
Gepland in 2025

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.

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.,

De praktijk vindt het belangrijk om een kwalitatief hoogwaardige praktijk te voeren. Na mijn mening wordt dit goed nagestreefd.

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?

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.

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?

Mocht iemand een jaar niet mee kunnen doen vanwege verlof of ziekte is dit geen ramp, deze kan het jaar later gewoon weer aanschuiven.

(typfoutje H3.1.2: teambespreking)

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 2025: In 2025 heeft de praktijk de hercertificeringsaudit. Deze vindt plaats in september 2025.

Ook 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 registraties en enquêtes verzameld.

5.2.1 Overzicht (indirecte) klachten van patiënten:

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

Item	N	1e kwartaal 2024	2e kwartaal 2024	3e kwartaal 2024	4e kwartaal 2024
Telefonisch moeilijk bereikbaar of niet goed te woord gestaan	5	2	2		
De privacy is niet volledig gewaarborgd	2				
Verbetering tav de ruimte (wachtkamer/behandelkamer)	5	1	3	1	1
De hygiëne kan beter	5			1	
De planning kan beter	5		2	1	2
De kwaliteit van behandelen kan beter	3		1	1	1
De communicatie naar patiënt kan beter	5		1	2	3
Rekening of declaratie niet mee eens	5				1
Totaal aantal (indirecte) klachten	35	3	9	6	8

Analyse van de (indirecte) klachten over 2024:

We hebben als norm gesteld om <35 (indirecte) klachten binnen te krijgen. Deze norm is dit jaar niet overschreden, er zijn in totaal 26 klachten binnen gekomen. De meeste klachten die in 2024 binnenkwamen waren indirecte klachten die binnenkwamen via opmerkingen uit de PREM (21). Er kwamen er 2 binnen via de ideeënbussen die in de wachtkamer staan, deze waren echter ook al binnen gekomen via de PREM. Slechts 5 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 heel klein deel waar direct actie op ondernomen moest worden.

Er kwamen 2 klachten binnen over de telefonische bereikbaarheid of niet goed te woord te zijn gestaan. Dit is duidelijk minder dan vorig jaar, toen er 8 klachten hierover binnen kwamen. Zo te zien heeft het invullen van een vacante functie voor het secretariaat een gunstig effect op onze bereikbaarheid. Daarmee zijn we natuurlijk tevreden.

Er kwamen 6 indirecte klachten binnen over verbetering van de ruimte, hiermee overschrijden we onze norm met 1. Deze klachten kwamen binnen via de PREM en varieerden van "muziek zachter in de wachtkamer" tot "behandelkamer gezelliger maken". Deze dingen werden soms gehonoreerd, zo is bijvoorbeeld de muziek in de wachtkamer in Delfzijl iets zachter gezet. En wordt er actie ondernomen op het inrichten van de prikborden in de behandelkamers.

Er kwam 1 klacht binnen over de hygiëne, deze ging over het zwembad waarvan we gebruik maken. Hierop was directe actie noodzakelijk en is snel opgelost met de verhuurder van het zwembad.

Er kwamen 5 klachten binnen over de planning, dit waren wat wisselende indirecte klachten. Deze zijn vooral binnengekomen via de PREM. Zo was er de wens om langer dan 30 minuten behandeling te krijgen en gaf iemand aan lang op de wachtlijst te hebben staan. Niet al deze klachten m.b.t. de planning zijn op te lossen, de planning is wel continu onder de aandacht.

Er kwamen 3 klachten binnen over de kwaliteit van de behandeling. Deze zijn allen direct binnen gekomen en daarom ook in overleg met melder en betrokken therapeut bekeken en opgelost. Alle drie de klachten zijn opgelost naar behoren en goedkeuren van de melder. Meldingen zijn besproken met de therapeut en wanneer nodig aandacht geweest om hier wat van te leren.

Er zijn 6 klachten binnengekomen dat de communicatie naar de patiënt beter zou kunnen. Daarmee is de norm met 1 klacht overschreden. Er kwamen één directe klacht binnen via een collega. Dit is in overleg met behandelend collega besproken, de melder heeft aangegeven hier verder geen feedback meer op te willen. De rest kwam binnen via de PREM. De andere klachten kwamen binnen via de PREM en gaven geen aanleiding voor verdere acties.

Er kwam 1 klacht binnen over de rekening/declaratie, deze klacht is opgelost naar tevredenheid.

Er zijn in 2024 geen formeel behandelde klachten geweest noch zijn er formele klachten door de klachtencommissie van het KNGF afgehandeld.

Verbetermaatregelen: In 2025 willen we de norm van ontvangen klachten m.b.t. communicatie niet weer overschrijden.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4.1) volgende jaar:

De praktijk ontvangt in 2025 0 directe klachten en <35 indirecte klachten (via een collega, PREM of de ideeënbuis in de wachtkamers).

Beoordeling systeem: in 2024 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. Alle klachten die in 2024 zijn binnengekomen, zijn zo naar volledige tevredenheid opgelost. In 2025 zal het systeem zo blijven werken.

5.2.2. Overzicht incidenten:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

5.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntgegevens:

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

Indicatoren uit praktijkprocedure 5.4:	N per half jaar 2024	1^e helft huidige jaar 2024	2^e helft huidige jaar 2024
Omzet totaal	€ 875.000	€ 979.349	€ 888.056
Omzet locatie Aan Huis	€ 95.000	€ 110.716	€ 97.832
Omzet locatie Appingedam	€ 300.000	€ 379.385	€ 359.929
Omzet locatie Delfzijl	€ 202.500	€ 306.953	€ 240.769
Omzet Holwierde	€ 15.000	€ 13.634	€ 11.017
Omzet Nieuwolda	€ 3.000	€ 0	€ 0
Omzet locatie Wagenborgen	€ 45.000	€ 45.127	€ 43.579
Omzet locatie Woldendorp	€ 17.500	€ 9.986	€ 10.155
Op school	€ 17.500	€ 22.861	€ 18.036
Aantal zittingen	23.500	24.291	22.321
Gemiddelde behandelduur LDF	< landelijke gemiddelde	11,1 (landelijke gemiddelde 8,8)	8,3 (landelijke gemiddelde 9,6)
Behandelindex	< 100		93

Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2024:

We zijn tevreden met deze cijfers. Voor de totale omzet hebben we de norm behaald, het is goed om te zien dat er lichte stijging van de omzet is in 2024. We zien dat de omzet op de kleine locaties zoals Holwierde en Woldendorp terugloopt en onder de norm die we hebben gesteld. De omzet in Nieuwolda is 0 aangezien we deze locatie niet meer bezetten vanwege de lastige personele bezetting hiervan. In 2024 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. We zien dat de gemiddelde behandelduur die is gemeten met de LDF in het eerste halfjaar boven het landelijk gemiddelde ligt, gelukkig zien we dat de gemiddelde behandelduur over tweede halfjaar binnen de praktijk ligt op 8,3 en daarbij nog ligt onder het landelijke gemiddelde van 9,6. De behandelindex is dit jaar toegevoegd ter evaluatie, hierbij scoren we onder het landelijk gemiddelde. We vinden het lastig deze behandelgemiddelden te plaatsen daar het rekenproces hiervoor ondoorzichtig is en uitkomsten daarmee voor ons met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2025 blijft het aantal zittingen op de gewenste norm van 23.500 per half jaar.
- In 2025 is de omzet op € 900.000 per half jaar.
- In 2025 is de gemiddelde behandelduur van de LDF onder het landelijke gemiddelde.
- In 2025 is de omzet op locatie Appingedam > € 350.000 per half jaar.
- In 2025 is de omzet op locatie Delfzijl > € 250.000 per half jaar.
- In 2024 is de omzet op locatie Wagenborgen op € 45.000 per half jaar.
- In 2025 is de omzet op locatie Woldendorp op € 10.000 per half jaar.

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.

De gemiddelde behandelduur is een getal wat we in de gaten houden maar die we met voorzichtigheid interpreteren.

5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem:

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

Op 19 september vond de tweede opvolgingsaudit plaats. Deze audit heeft plaatsgevonden op de locaties Delfzijl, Appingedam en Holwierde. Vanuit de maatschap was Judith Gootjes aanwezig, op de locatie Appingedam was Eelke Jan Bouma aanwezig om een rondleiding te geven en nog een aantal vragen te beantwoorden. De audit vond plaats in een prettige, open en ontspannen sfeer waarin tips naar voren kwamen die concreet waren. Mariela Eggens werd geïnterviewd en gaf inzage in de personeelsdossiers. Er is 1 collega geïnterviewd, deze nam Karin Bakker voor haar rekening. De dossiers die werden beoordeeld waren van de algemene fysiotherapie en van de specialisaties oncologie- en sportfysiotherapie.

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 2024 toetst de praktijk in de interne audit de normelementen 4, 5 en 6. In 2024 is de interne audit afgenomen en gedaan door Marjanne van Heel.

HKZ norm 4. Werkomgeving, materiaal en middelen

Hygiëne/schoonmaak: *Vaak onvoldoende, wel beter dan het geweest is. Op dit moment zitten er allemaal witte spikkels op de oefenmaterialen, die ik er zelf niet af krijg.*

Veiligheid in het pand maar ook digitaal/online: *Duidelijk calamiteitenplan. Veiligheid digitaal kan beter, door bijvoorbeeld twee-staps verificatie op de e-mail toe te passen. Ik heb ook geprobeerd om beveiligd te e-mailen, ik krijg dan vaak van de ontvanger te horen dat ze de e-mail niet kunnen openen.*

Privacy: *Er zijn duidelijke richtlijnen voor AVG en privacy van de cliënten.*

Duidelijke regels mbt schoonmaak, social media enz. *Er zijn duidelijke regels.*

Zijn materiaal en middelen voldoende beschikbaar en werken deze hoe het zou moeten?

Beschikbaarheid: Ik mis de oefenboekjes met oefeningen voor de cliënt, maar dit is digitaal op te vangen. De terabanden moeten betaald worden door de cliënt, dat vind ik vaak lastig om te vragen aan mensen. Oefenmateriaal wordt in de zaal goed aangevuld.

Onderhoud: De meeste zaken worden naar behoren onderhouden. Bij meldingen wordt er meestal actie ondernomen.

10.1.9 : *hier staat Nieuwolda nog in*

8.1.2 *misschien de eerste hulp kit en de AED erbij?*

ACTIE:

10.1.9. aangepast en Nieuwolda er uit gehaald

8.1.2. Jazeker, eerste hulp is in eigen beheer dus hoeft hier niet in. De AED heb ik toegevoegd.

Schoonmaak/hygiëne:

- Afsgesproken op 4-11 dat er in tijden van veel afwezigheid collega's (bijv tijdens

vakantie) en deze kamers niet schoon hoeven worden gemaakt dat de schoonmaakster dan wat anders werkzaamheden doet zoals klein materiaal enz.

- Ook komt er weer een vaste dag waarop mensen hun bank aan de kant schuiven zodat daaronder wordt schoongemaakt.

Beveiligd mailen via gmail; mails zijn in principe wel te openen maar niet te kopiëren of door te sturen en bijlagen kunnen neit gedownload worden. Dit is de beveiliging die gmail hier heeft en wij kunnen dit niet wijzigen.

De twee stappen verificatie:

- Deze kun je zelf aan instellen, voor het stappenplan kun je klikken op de volgende link:

<https://support.google.com/accounts/answer/185839?hl=nl&co=GENIE.Platform%3DDesktop#zippy=%2Cgoogle-authenticator-of-andere-verificatiecode-apps-gebruiken>

EVALUATIE FEBRUARI 2025

HKZ norm 5. Inkoop en uitbesteding

Op dit moment weet ik niet hoe de inkoop is geregeld, nu Carla het niet meer doet.

Uitbesteding ICT: Goed idee om dit uit te besteden, maar als ik even naar mijzelf kijk en naar hoe lang het duurde voordat mijn ICT probleem uiteindelijk werd aangepakt denk ik dat dat beter kan.

ACTIE:

- Inkoop is verder verdeeld, René heeft het meeste overgenomen en is hier verantwoordelijk voor, ook is het deels neergelegd bij secretariaat. Dit is terug te lezen in 5.9.1.a
- ICT problemen oplossen; helaas duurt het soms lang.
 - Optie besproken of het goed is om over te stappen naar een ander bedrijf maar dit is veel werk en we verwachten niet dat dit op termijn een goede oplossing is omdat ook hier lange wachttijden zijn over het algemeen. Mocht iets lang duren dan vooral veel gaan drammen door het elke keer onder de aandacht te brengen. Leverancier ICT wordt jaarlijks beoordeeld (net als alle andere leveranciers) en bekeken of we doorgaan met deze partij.

HKZ norm 6. Professioneel handelen

- Wordt er gewerkt via richtlijnen en protocollen?
Protocollen zijn er volgens mij niet meer? De richtlijnen zijn niet op alle gebieden bij iedereen bekend, bij mij ook niet allemaal. Ik zoek er weleens eentje op, zoals recent de richtlijn hallux valgus.
- Wordt er voldoende gedaan aan kwaliteit professioneel handelen en wordt dit inzichtelijk gemaakt? Je kun bijv denken aan:
 - BIG registratie: *Ja*
 - KRF registratie: *Ja*
 - Dossiercontroles: *Ja*
 - PREM: *Ja, elk kwartaal feedback*
 - Mogelijkheid cursussen: *Ja, wanneer er vraag naar is door de praktijk.*
 - Nieuwsbrief: *Ja*
 - Vakinhoudelijk overleg: *Ja, maandelijks*

- Binnen de praktijk georganiseerde cursus/bijeenkomst in voor- en najaar: *Ja, wordt georganiseerd, meestal zit er iets langer tussen. Als de reanimatiecursus meetelt komen we wel op 2 keer per jaar.*
- Wat vind je van de informatievoorziening naar en over de patiënten? Je kunt bijvoorbeeld kijken naar:
 - Informatie wachtkamer: *Genoeg informatie in de wachtkamer.*
 - Website: *Prima.*
 - Narrow casting Appingedam: *Ik merkte dat deze ook in het weekend weleens aan staat. Kan dat ook uit/ op een timer? Of is dat al geregeld? Ook de klimaatbeheersing zou misschien beter centraal aan en uit kunnen, nu wordt de airco vaak vergeten.*
 - Folders: *Houdt het secretariaat goed bij.*
 - Dossier patiënt in EPD: *Wordt zeer wisselend bijgehouden door collega's. Sommigen zeer uitvoerig, andere bijna niet/onvoldoende. Met de 80% check worden we in de gaten gehouden, maar niet op kwaliteit beoordeeld.*

ACTIE:

- Richtlijnen; ze zijn beschikbaar en in te zien.
 - We kunnen inventariseren of men hier nog eens aandacht aan wil besteden. Goed onderwerp voor een interne cursus, ik zet deze op het lijstje met onderwerpen.
 - Dossiers horen bijgehouden te worden. Dit wordt inderdaad gecontroleerd. Inhoudelijke dossiercontrole doen we in principe ook jaarlijks (alleen in 2024 nog niet uitgevoerd) maar zal weer opgepakt gaan worden.
 - Staat nog gepland om op te starten dit jaar.
 - De cursussen/bijeenkomsten binnen de praktijk staat 2x per jaar op de planning, als het niet van de grond komt door de gevraagde collega's verschuift dit een half jaar. Reanimatiecursus wordt sowieso jaarlijks georganiseerd.
 - De cursus binnen de praktijk wordt 2 keer per jaar uitgezet (door Judith) maar tot nu toe is de cursus in het najaar vorig jaar niet van de grond gekomen en uitgesteld naar het voorjaar. Die van dit jaar is uitgezet maar ook nog niet gepland, komt hopelijk nog wel.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

In 2025 heeft de praktijk een tweede opvolgingsaudit en toetst de praktijk in de interne audit de normelementen:

- 7 Ervaringen van patiënten
- 8 Ontwikkeling
- 9 Documentatie

Er wordt in 2025 vanuit de interne audit minimaal 1 proces gewijzigd.

In 2025 behalen we zonder tekortkomingen de hercertificeringsaudit.

Beoordeling systeem: De werkwijze naar de audit toe verloopt goed. 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	2024 1^e kwartaal	2024 2^e kwartaal	2024 3^e kwartaal	2024 4^e kwartaal	2024
Algemene beoordeling	> 9,2	9,2	9,4	9,3	9,2	9,32
Netpromotorscore	> 75	86,1	86,5	81,8	81,3	82,8
Aantal verstuurde activiteiten bij QUALIZORG	>350	206	323	289	299	1.117
Aantal ingevulde enquêtes via QUALIZORG	30% van aangeboden	76 (±36%)	90 (±28%)	90 (±31%)	78 (±26%)	334 (±30%)
Contact (geheel)	> 9,1	9,39	9,57	9,47	9,38	9,48
Behandelplan (geheel)	> 9,1	9,24	9,41	9,37	9,26	9,33
Praktijk (geheel)	> 9,1	8,97	9,34	9,13	8,96	9,09
Contact uitgebreid	> 9,1	9,40	9,54	9,46	9,38	9,45
Praktijk uitgebreid	> 9,1	9,22	9,45	9,28	9,21	9,33
Contact (individueel)	> 8,2	8,83-10	8,5-10	9-10	8,5-10	8,5-10
Behandelplan (individueel)	> 8,2	8,67-10	9,18-10	8,5-10	7,96-9,8	8,15-10
Praktijk (individueel)	> 8,2	7-9,4	8-10	8-10	7,25-9,75	7,88-10
Contact uitgebreid (individueel)	> 8,2	8,5-10	8,67-10	8,84-10	8,58-10	8,78-10
Praktijk uitgebreid (individueel)	> 8,2	8,5-9,58	8,84-10	8,11-10	8,25-9,84	8,33-10

Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2024:

In het jaar 2024 heeft de praktijk meegedaan aan Qualiview. 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. Een overzicht van de uitkomsten van de Qualiview is weergegeven in bovenstaande tabel. Er worden mooie cijfers gegeven en daar zijn we erg tevreden mee. Er zijn 1.117 activiteiten succesvol verzonden via Qualiview en uiteindelijk zijn er 334 enquêtes geanalyseerd door Qualiview. Vorig jaar hebben we gekeken naar het aantal aangeleverd aan Qualiview, sinds dit jaar noteren we het aantal succesvol verzonden enquêtes omdat

dit een beter beeld geeft t.a.v. het percentage wat is ingevuld. Daarmee zien we dat de respons rond de 30% ligt, wat een prima responsgraad is voor ons.

Op individueel niveau is er een aantal keren een score behaald <8,2 maar dit is incidenteel en in de gemiddelden zien we geen consequent lage scores. Op bijna alle onderdelen scoort de praktijk boven de gestelde norm, op het onderdeel praktijk scoren we heel bijna op de gestelde norm. We zien dat op dit onderdeel consequent iets lager wordt gescoord dan op alle andere onderdelen.

We kunnen niet anders stellen dan dat we met de uitslagen hierop ook tevreden 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 2024 niet nodig gebleken.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- De praktijk scoort in 2025 op de NPS >78.
- De praktijk scoort in 2025 op alle onderdelen getoetst door Qualiview >9,1.
- De praktijk scoort in 2025 op alle onderdelen per therapeut getoetst door Qualiview >8,2
- De praktijk scoort in 2025 op de algemene beoordeling van Qualiview >9,2.
- Er worden in 2025 per kwartaal >250 enquêtes succesvol verzonden vanuit de Qualiview.
- Er wordt in 2025 30% van de uitgenodigde enquêtes ingevuld.

Beoordeling systeem: het aanleveren van gegevens voor Qualiview verloopt goed in 2024. 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 zo nu en dan 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 2024	2e kwartaal 2024	3e kwartaal 2024	4e kwartaal 2024
Patiëntendossier aanmelding	80%	75,1%	73,9%	84,8%	78,3%
Patiëntendossier anamnese	80%	69,5%	68,1%	81,8%	74,6%
Patiëntendossier onderzoek	80%	65,9%	64,6%	79,5%	71,4%
Patiëntendossier analyse	80%	66,8%	65,1%	80,4%	72,3%
Patiëntendossier plan	80%	64,0%	62,2%	78,3%	70,0%
Patiëntendossier SOEP	80%	65,1%	60,4%	72,5%	62,9%

Kwartaalbespreking	Kwartaal	25-04-24	24-09-2024	19-11-2024	13-03-2025
Functionerings-gesprekken	Jaarlijks	Maart	April/Mei/Juni		
Vakinhoudelijke presentaties	Kwartaal	nieuwsbrief	nieuwsbrief Presentatie	nieuwsbrief	nieuwsbrief Presentatie
Sectie overleg	Half jaarlijks	februari			oktober
Junior-senior gesprekken	Halfjaarlijks	maart	april juni	juli augustus september	
Inhoudelijke dossier controle	Jaarlijks				december

Analyse van het professioneel handelen over 2024:

Dit jaar hebben we het invullen van de dossiers, net als vorig jaar niet intensief beoordeeld maar elk kwartaal de status gedeeld. We zien dat de scores meestal tussen de 60 en 80% liggen en dus niet in geheel elk kwartaal (bij benadering) behaald wordt. Dit is soms te verklaren vanuit vele nieuwe aanmeldingen in de agenda en dossiers die wel meegeteld worden maar niet actief zijn. We zien dat het overgrote deel van de collega's de 80% prima behaald. 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 2025 nogmaals een check gedaan over 2024, daaruit komen de volgende cijfers: Aanmelding 94,7% Anamnese 93,1% Onderzoek 92,7% Analyse 92,7% Plan 87,6% SOEP 92,4%

De inhoudelijke dossiercontrole is dit jaar niet beoordeeld op voldoende/onvoldoende, maar er zijn tips en feedback gegeven. Hier werd positief op gereageerd met als insteek om iets te leren en niet om beoordeeld te worden.

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 2024 hebben we kennisoverdracht doorgezet, 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 bijdrage werd positief ontvangen, ook in 2025 gaan we hier mee verder.

In 2024 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 derde kwartaal.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2025 wordt de statusoverzicht elk kwartaal bekeken en scoort de praktijk aan het einde van het jaar > 80% en in de andere kwartalen 70-80%.
- In 2025 zijn alle medewerkers op de hoogte van het HKZ management systeem en wordt elk kwartaal een kwartaalbespreking gehouden..
- In 2025 houden we interne scholing om elkaar kennis bij te brengen en worden er 2 momenten kennisoverdracht door collega's voor collega's georganiseerd.
- In 2025 zijn de secties goed op elkaar ingespeeld en worden minimaal halfjaarlijks sectie besprekingen gehouden.
- In 2025 zijn alle medewerkers van wijzigingen en organisatorische veranderingen op de hoogte en wordt elke maand een werkoverleg gepland en daarna een nieuwsbrief verstuurd met alle informatie.
- In 2025 worden alle collega's met 1 dossier inhoudelijk gecontroleerd op hun dossiervorming en worden er tips en feedback gegeven waardoor de dossiervoering makkelijker wordt gemaakt.
- In 2025 wordt het functioneren van de medewerker bekeken en wordt met elke medewerker een functioneringsgesprek gehouden.
- In 2025 is er extra begeleiding voor nieuwe medewerkers en 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 hetzelfde verlopen als vorig jaar. Elk kwartaal halen we (net) niet de 80% wat voor een deel verklaarbaar is maar wat voor een deel ook ligt bij de therapeuten. Over het gehele jaar halen we bijna overal de score <80% en zeker in de laatste controle over het hele jaar 2024 bij de afgesloten dossiers zien we een goede score. Deze manier van controleren verloopt in een goede positieve sfeer en daarom zetten we dit in 2025 ook zo voort.

De anonieme inhoudelijke controle bevalt goed en zal in 2025 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 maandelijkse overleg en versturen van de nieuwsbrief bevalt goed en zal worden voortgezet in 2025.

De opgezette kennisoverdracht zal in 2025 voortgezet worden omdat dit enthousiast wordt ontvangen.

In 2024 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 2025 voortzetten en zo nodig de agenda weer aanpassen.

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 worden zodoende ingevuld op de manier die het beste past.

De sectiebespreking loopt vooral goed binnen 1 sectie, deze zal hier mee doorgaan. De andere secties geven de voorkeur aan informeel overleg onderling.

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 2024:

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.

In 2024 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 praktijk breed goed beoordeeld. De (indirecte) klachten zijn laagdrempelig verwerkt, de kritische klachten zijn naar tevredenheid behandeld en opgelost. Incidenten zijn er wel geweest en zorgvuldig afgehandeld en nazorg verleend. Tijdens de anonieme inhoudelijke dossiercontrole werden handige tips en feedback gegeven.

Uit de nieuwe afname 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 op locatie Holwierde kindveilige stopcontacten gemaakt moeten worden.

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

In mei is er een evaluatie geweest van inkoop goederen of uitbestede diensten. Alle kritische leveranciers werden voldoende tot positief beoordeeld. Bij de leverancier van ICT zijn wel verbeterpunten opgezet om problemen sneller op te lossen.

Vanuit de samenwerkingspartners zijn geen signalen naar voren gekomen waardoor verbetering doorgevoerd moest worden. Met alle samenwerkingspartners is de samenwerking ook voortgezet vanuit beide partijen.

Ook is er een analyse geweest over risicovolle primaire en ondersteunende processen. De norm van 15 is overschreden bij de vraag Continuïteit: uitval door ziekte en bezetting specialisaties. Deze 2 hebben met elkaar te maken en worden als 1 risico behandeld.

Continuïteit: uitval door ziekte en bezetting specialisaties:

- Bezetting specialisaties is een punt wat ook vorig jaar uit de risicoanalyse is gekomen. Destijds is er een aantal punten in gang gezet om meer specialisten aan te trekken en op te leiden. We zien vooral dat het opleiden van collega's effectief is nu er collega's gestart zijn, of gaan starten met een specialisatie. Echter is dit een meerjarenplan en is dit punt niet binnen een jaar opgelost. Daarnaast gaat er binnenkort een collega met pensioen met het aandachtsgebied bekkenbodempromotie. Het is lastig geweest om iemand te vinden die deze cursus wil gaan doen. Gezien de krappe bezetting op alle domeinen zien we dat het lastiger is om ziekte op te vangen. De rol van vaste waarnemer bestaat niet meer, voor nieuwe

collega's is zoveel werk dat er direct een vaste agenda beschikbaar is. Zo is er weinig flexibiliteit. Om beide punten aan te pakken zijn er een aantal concrete punten waar we aan werken om dit op te lossen:

- Inventarisatie opleiding/cursus onder aandacht brengen collega's, ook tijdens het functioneringsgesprek.
- 100% Vergoeding voor het doen van een master die op onze wensenlijst staat.
- 100% Vergoeding voor het doen van een cursus die op onze wensenlijst staat.
- Nieuw personeel aannemen en daarbij direct aangeven en vastleggen welke specialisatie ze willen doen.
- Deze zomer een waarnemer aannemen die deels flexibel blijft werken.
- Collega start met cursus bekkenbodempromotie.
- Collega start met master psychosomatiek.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2025 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2025 wordt er op risico inventarisatie informatiebeveiliging geen risico geïdentificeerd.
- In 2025 wordt er op de risicoanalyse minimaal één risico geïdentificeerd, de daarmee samenhangende processen geïdentificeerd en worden indien nodig verbeteracties ondernomen.
- In 2025 zijn er geen tekortkomingen in de evaluatie van de RI&E.
- In 2025 worden alle (indirecte) klachten patiënten naar ieders voldoening afgehandeld.
- In 2025 vindt er in het derde of vierde een inhoudelijke (anonieme) dossiercontrole plaats.
- In 2025 worden eventuele incidenten adequaat opgevangen en afgehandeld door goed opgeleide en voorbereide collega's. We streven er naar geen incidenten te hebben.
- In 2025 worden minimaal 5 ontvangen verbetervoorstellen aangenomen en afgehandeld.
- In 2025 vindt inventarisatie valrisico plaats en worden er geen valrisico's gevonden.
- In 2025 wordt evaluatie van inkoop en uitbesteding gehouden en scoren de kritische leveranciers allen een + of +/-.

Beoordeling systeem:

Het proces van registreren, analyseren en indien nodig implementeren verloopt goed, we hopen deze in 2025 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	<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> In 2024 was er sprake van een stabiele situatie in de maatschap waarbij we goed op elkaar ingespeeld zijn en de rollen en taken goed zijn verdeeld. In dit jaar bereiden we ons voor op het vertrek van 1 collega uit de maatschap. We hebben in 2024 een start gemaakt met het werven en opleiden van collega's om zo richting de toekomst de specialisaties weer volledig beschikbaar te hebben. In 2024 is de nieuwe ruimte in Steendam verder ingericht en in gebruik genomen door de leefstijlcoach. In 2025 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. Ook de ontwikkelingen van de CAO zijn onder de aandacht 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.
	Status corrigerende en preventieve maatregelen
	De praktijk heeft op basis van het beleidsplan van dit jaar en vorige jaren doelstellingen bepaald (zie hoofdstuk 4). 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. Het doelstellingen en activiteitenplan 2025 hoofdstuk 4 (dit jaar) en 2024 (vorig jaar) laat een overzicht zien van de status van de corrigerende en preventieve maatregelen.

Hoofdstuk 5.3. Evaluatie doelstellingen beleidsplan voorgaande jaar:

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
In de periode 2024 vangt de maatschap het vertrek van één maatschapslid op door de taken onder te verdelen onder de huidige maten.	behaald	In augustus zijn alle taken overgenomen.
Er zijn in 2024 altijd gespecialiseerde master fysiotherapeuten voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, oncologiefysiotherapie, oedeemfysiotherapie, sportfysiotherapie en psychosomatiek werkzaam.	behaald	
Er zijn in 2024 altijd fysiotherapeuten met de aandachtsgebieden handtherapie, incontinentie, bekkenklachten tijdens en na zwangerschap, dry needling, oedeem en medical taping concept werkzaam.	deels behaald	Incontinentie is me vertrek collega niet aanwezig sinds augustus, andere collega's worden opgeleid.
In 2024 zijn er 3 collega's met een afgeronde cursus GLI werkzaam en passen deze toe op de werkvloer.	behaald	
In periode 2024 start een collega de master "Psychosomatische Fysiotherapie".	behaald	
In 2024 blijft het programma Fitkids actief, er is een nieuwe collega beschikbaar die deze groep begeleidt.	deels behaald	momenteel lastig om een homogene groep bij elkaar te hebben, daarom zijn er andere oplossingen voor de groep gekomen
In 2024 zijn er collega's actief betrokken bij de netwerken Chronisch ZorgNet, ParkinsonNet, SchouderNet en Geriatrie Netwerk, CVA netwerk Groningen.	behaald	
In 2024 blijft het anderhalve lijns zorg project orthopediespreekuur draaien op de locatie in Appingedam.	niet behaald	wegens verschillende omstandigheden loopt dit spreekuur niet meer, als alternatief is het HBA spreekuur gestart
In 2024 blijft het spreekuur HBA klachten samen met de kaderhuisarts HBA actief.	behaald	
In 2024 behalen we de tweede opvolgingsaudit die in september staat gepland zonder tekortkomingen.	behaald	

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.	deels behaald	80% score is over het gehele jaar behaald. De inhoudelijke dossiercontrole wordt niet meer gedaan als behaald of niet behaald maar wordt als leerproces beoordeeld
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.	behaald	
In 2024 waarderen patiënten onze dienstverlening goed en scoren we boven de benchmark gemeten met de PREM.	behaald	
De praktijk ontvangt in 2024 0 directe klachten en <35 indirecte klachten (via een collega, PREM of de ideeënbuis in de wachtkamers).	deels behaald	directe klachten zijn wel ontvangen, allen wel naar tevredenheid opgelost
In 2024 registreren we geen complicaties, incidenten of calamiteiten en mochten deze wel voorkomen dan wordt er adequaat gehandeld door collega's. Mede daarom worden BHV koffers jaarlijks gecontroleerd, worden BHV plannen doorgesproken en wordt er ook in 2024 wederom een cursus reanimatie en AED georganiseerd.	behaald	
In 2024 blijft het aantal zittingen op de gewenste norm van 23.500 per half jaar.	deels behaald	Alleen in het tweede half jaar niet behaald, punt wordt meegenomen naar volgend jaar
In 2024 is de omzet op € 875.000 per half jaar.	behaald	
In 2024 blijft de gemiddelde behandelduur van de LDF onder het landelijke gemiddelde.	niet behaald	door naar volgend jaar
In 2024 is de omzet op locatie Wagenborgen op € 45.000 en in Woldendorp € 17.500.	deels behaald	doel bijgepast voor volgend jaar
In 2024 is de omzet bij behandelingen op school op € 17.500	behaald	
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	behaald	

Er wordt in 2024 vanuit de interne audit minimaal 1 proces gewijzigd.	behaald	
In 2024 behalen we zonder tekortkomingen de tweede opvolgingsaudit.	behaald	
De praktijk scoort in 2024 op de NPS >75.	behaald	
De praktijk scoort in 2024 op alle onderdelen getoetst door Qualiview >9,1.	behaald	Één keer een score van 9,09 is afgerond een 9,1
De praktijk scoort in 2024 op alle onderdelen per therapeut getoetst door Qualiview >8,2	behaald	gemiddelden zijn >8,2
De praktijk scoort in 2024 op de algemene beoordeling van Qualiview >9,2.	behaald	
Er wordt in 2024 per kwartaal >350 mensen uitgenodigd voor de Qualiview.	niet behaald	anders gaan beoordelen en gekeken naar succesvol verstuurd
Er wordt in 2024 30% van de uitgenodigde enquêtes ingevuld.	behaald	
In 2024 wordt de statusoverzicht elk kwartaal bekeken en scoort de praktijk > 80%.	deels behaald	Meenemen naar volgend jaar
In 2024 wordt elk kwartaal een kwartaalbespreking gehouden.	behaald	
In 2024 worden er 2 momenten kennisoverdracht door collega's voor collega's georganiseerd.	behaald	
In 2024 worden minimaal halfjaarlijks sectie besprekingen gehouden.	behaald	
In 2024 wordt elke maand een werkoverleg gepland en daarna een nieuwsbrief verstuurd met alle informatie.	behaald	
In 2024 worden alle collega's met 1 dossier inhoudelijk gecontroleerd op hun dossiervorming en is er bij <25% een extra inhoudelijke controle nodig.	niet behaald	doel gewijzigd voor 2025
In 2024 wordt met elke medewerker een functioneringsgesprek gehouden.	behaald	
In 2024 wordt aan elke junior een senior gekoppeld waarbij minimaal 1 gesprek wordt gehouden en waar nodig frequenter. Deze gesprekken worden genotuleerd.	behaald	
Alle punten vanuit de interne audit zullen in het tweede kwartaal van 2024 worden geëvalueerd.	behaald	
In 2024 wordt er op risico inventarisatie informatiebeveiliging geen risico geïnventariseerd.	behaald	
In 2024 wordt er op de risicoanalyse minimaal één risico geïdentificeerd, de daarmee samenhangende processen geïnventariseerd en worden indien nodig verbeteracties ondernomen.	behaald	

In 2024 zijn er geen tekortkomingen in de nieuwe afname van de RI&E.	behaald	
In 2024 worden alle (indirecte) klachten patiënten naar ieders voldoening afgehandeld.	behaald	
In 2024 vindt er voor de zomer een inhoudelijke (anonieme) dossiercontrole plaats en wordt er bij <20% een tweede controle noodzakelijk gevonden.	niet behaald	heeft in vierde kwartaal plaatsgevonden, doel voor 2025 gewijzigd
In 2024 worden eventuele incidenten adequaat opgevangen en afgehandeld door goed opgeleide en voorbereide collega's. We streven er naar geen incidenten te hebben.	behaald	er zijn wel incidenten geweest maar alles goed begeleid door collega's en BHV
In 2024 worden er minimaal 5 ontvangen verbetervoorstellen aangenomen en afgehandeld..	behaald	
In 2024 vindt inventarisatie valrisico plaats en worden er geen valrisico's gevonden.	behaald	
In 2024 wordt evaluatie van inkoop en uitbesteding gehouden en scoren deze allen een + of +/-		