



“BLIJVEND IN BEWEGING”

KWALITEITSJAARVERSLAG 2018 EN BELEIDSPLAN 2019

Februari 2019

- ❑ Gezondheidscentrum Delfzijl, Jachtlaan 90, 9934 JD Delfzijl
- ❑ Gezondheidscentrum Overdiep, Stadshaven 23, 9902 DA Appingedam
- ❑ Woonzorgcomplex Paasweide, De Paasweide 72, 9901 EZ Appingedam
- ❑ Fam. Bronsweg 22, 9945 PS Wagenborgen
- ❑ 't Loug 13, 9909 AB Spijk
- ❑ AE Gorterweg 58, 9946 PD Woldendorp

Website: www.kinesefysio.nl
E-mail: info@kinesefysio.nl
Telefoon: 0596-613066



INHOUDSOPGAVE:

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN

<u>Hoofdstuk 1: Algemeen beleid</u>	2
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 Organisatieschema	
1.7 Milieuverantwoorde bedrijfsvoering	
<u>Hoofdstuk 2: Personeelsbeleid</u>	7
2.1 Uitgangspunten	
2.2 Doelstellingen op het gebied van personeel	
<u>Hoofdstuk 3: Kwaliteitsbeleid</u>	11
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</u>	15
<u>DEEL 3: EVALUATIE EN CONCLUSIES</u>	
<u>Hoofdstuk 5: Kritische processen</u>	21
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 2018" en "Beleidsplan 2019" brengen wij verslag uit over de door ons geboden zorg en kwaliteit en de plannen voor de toekomst. Kineste Fysiotherapeuten is een HKZ gecertificeerde praktijk. Het is een fysiotherapiepraktijk met 6 locaties in Delfzijl, Appingedam en de omliggende dorpen, zoals op het titelblad is aangegeven. Er zijn 27 fysiotherapeuten werkzaam, waarvan 8 in de maatschap, en 1 oefentherapeuten Cesar-Mensendieck. Het secretariaat wordt bemenst door 6 administratieve medewerkers. Het jaarverslag en het beleidsplan is opgesteld in het 1e kwartaal van 2019 door mw. J. Gootjes (maatschapslid, kwaliteitsmanager en kindere fysiotherapeut). De gegevens uit het jaarverslag komen voort uit de patiëntenadministratie en de processen die voortvloeien uit het kwaliteitsmanagementsysteem. Het beleidsplan wordt opgesteld aan de hand van de resultaten van de kwaliteitsprocessen, het overleg binnen de maatschap en het werkoverleg met alle collega's.

1.2. Missie / visie praktijk:

De missie van Kineste Fysiotherapeuten luidt als volgt:

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

De visie van de praktijk wordt als volgt samengevat. Gezien de huidige veranderingen binnen de fysiotherapie waarin een grotere rol voor de fysiotherapeut is weggelegd binnen de anderhalve lijns zorg wil Kineste Fysiotherapeuten, omdat in 2018 het ziekenhuis uit Delfzijl is verdwenen, zich hier binnen de gezondheidscentra een actieve rol aannemen. Daarnaast is de verwachting dat er gezien de vergrijzing er een groter aanbod komt van kwetsbare ouderen, hierop willen inspelen met goed opgeleide therapeuten en daarbij speciaal aangepaste oefenprogramma's. Zo wil Kineste Fysiotherapeuten zijn doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en professionele werkwijze waarborgen door een HKZ gecertificeerde praktijk te blijven. We willen op deze wijze een toonaangevende fysiotherapiepraktijk zijn in de regio Delfzijl, Appingedam e.o. met een zo compleet mogelijk therapeutisch aanbod, zowel op curatief als preventief gebied.

1.3. Organisatie doelstellingen op lange termijn (2019-2024):

Op basis van de missie en visie zijn er lange termijn doelstellingen opgesteld. Daarin spelen ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg natuurlijk een rol en ook de sociaal maatschappelijke situatie van Delfzijl en Appingedam e.o. Verder is daarbij rekening gehouden met de veranderingen van de afgelopen jaren binnen de maatschap en de nog op handen zijnde veranderingen tussen 2019 en 2024 binnen de maatschap. Dit alles

heeft geleid tot de volgende plannen voor de komende 5 jaar:

- Om de continuïteit van de praktijk en in het bijzonder van de verschillende specialisaties te waarborgen, laten we de jongere collega's Masters en cursussen volgen.
 - Hoewel er momenteel collega's in de praktijk zijn die gespecialiseerd zijn in incontinentieklachten en/of zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten willen we realiseren dat een collega de Master "Bekkenfysiotherapie" gaat volgen naar de eisen van de huidige tijd. In 2018 is het niet gelukt om een collega te vinden die zich wil richten op deze master. Daarom is er in 2018 een vacature opgesteld om een bekkenfysiotherapeut van buiten aan te trekken. Op deze vacature zijn tot op heden geen sollicitaties gekomen.
 - Aangezien er tussen 2019 en 2024 collega's de praktijk zullen gaan verlaten zullen we jongere collega's vragen om zich te laten scholen in de specialisaties van de vertrokken c.q. vertrekkende collega's. De gestarte master Manuele Therapie zullen worden voortgezet en afgerond. De opleiding oedeemtherapie zal in 2019 opgestart worden.
- Om onze diverse patiëntencategorieën een kwalitatief beter en een beter op hun problematiek afgestemde behandeling te kunnen geven is het de bedoeling dat:
 - De Master "Fysiotherapie in de Geriatrie" door een collega zal worden gestart.
 - De in 2015 door 2 collega's gestarte Master "Oncologic Physical Therapy" in 2019 wordt afgerond.
 - De gestarte Master "Manuele Therapie" door 3 collega's wordt voortgezet.
 - De opleiding oedeemfysiotherapie wordt gestart.
 - Een collega zich gaat scholen en kan deelnemen aan ParkinsonNet.
 - Een collega zich gaat scholen en kan deelnemen aan ClaudicatioNet.
 - Een collega de Master Psychosomatiek afrondt.
 - Er een collega start met de Master Psychosomatiek.
 - Er een vacature voor een collega met afgeronde Master Bekkenfysiotherapie wordt ingevuld.
- De praktijk is bezig sinds 2016 om zich meer te profileren op het gebied van palliatieve fysiotherapeutische zorg. Dit zal gerealiseerd worden door het volgen van specifieke scholing op dit gebied (zoals de bovenbeschreven Masters Oncologie en Geriatrie) en door ons, zo mogelijk aan te sluiten of bekend te maken bij het Netwerk Palliatieve Zorg Noord Groningen en bij huisartsen en specialisten.
- De praktijk is al langere tijd binnen het gezondheidscentrum in Appingedam actief in de anderhalve lijns zorg, voor de komende jaren willen we deze kennis en contacten gebruiken om dit uit te breiden binnen het verdere werkgebied.
- Om de kwaliteit van de praktijk op een zo hoog mogelijk niveau te houden zullen de, vanuit de kwaliteitsaudits voortkomende aandachtspunten, worden verwerkt in een kwaliteitsverbeterplan. Dit kwaliteitsverbeterplan wordt gevormd door alle verzamelde formulieren betreffende het kwaliteitstraject met daarop de actiepunten en afspraken. Dit punt heeft een doorlopend karakter.
- De maatschap probeert zich dusdanig te organiseren, dat de continuïteit van de zorg en de praktijkvoering toekomstbestendig zijn. Voor ons is belangrijk hierbij

ondersteuning vanuit een landelijk dekkend netwerk, namelijk Fys'Optima waar we ons in 2015 bij hebben aangesloten. Belangrijk hierbij is ook om diverse samenwerkingsverbanden te continueren en nieuwe op te zetten. Te denken valt aan samenwerkingsverbanden met de diverse disciplines in de gezondheidscentra maar ook met fitnesscentra, multiculturele organisaties, gemeentelijke projecten zoals bij het terugdringen van adipositas enz. Bovendien is deelname aan diverse regionale en landelijke netwerken, zoals het ParkinsonNet, Fitkids, ClaudicatioNet, SchouderNet, Geriatrie Netwerk, Netwerk Palliatieve Zorg enz. hiervoor ook onontbeerlijk. Dit punt heeft ook een doorlopend karakter.

- Zoals eerder beschreven hebben wij ons in 2015 aangesloten bij Fys'Optima en zijn we vanaf 01-01-2016 gebruik gaan maken van SpotOnMedics. Zowel wat betreft de patiëntgebonden administratie, zoals het patiëntendossier en de declaraties verlopen sinds januari 2016 volledig via SpotOnMedics. Het personeelsdossier en loonadministratie van SpotOnMedics is in de loop van 2016 steeds verder geïmplementeerd. Wij hopen hiermee een toekomstbestendig programma te gebruiken.

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, Oefentherapie Cesar- Mensendieck, Bedrijfsfysiotherapie, Handtherapie en Arbeidstherapie. Verder wordt er momenteel nog scholing gevolgd in de Oncologie. Er worden revalidatietrainingen verzorgd voor mensen met Diabetes Mellitus, COPD en astma, PAV (perifeer arterieel vaatlijden), CVRM, orthopedische aandoeningen, neurologische aandoeningen, reumatische aandoeningen en oncologische aandoeningen. In 2016 en 2017 is er gewerkt aan een zorgprogramma cox- en gonartrose, deze is in de loop van 2017 operationeel gegaan. Voor kinderen met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening bestaat er een groep FitKids. Kinderen met overgewicht kunnen terecht bij het programma KIA (Kids In Action). Voor de (revalidatie)trainingen hebben we de beschikking over twee oefenzalen en kunnen we een aantal uren per week gebruik maken van het fitnesscentrum en het zwembad in één van de omliggende dorpen. Sinds 2016 kunnen we voor het programma KIA terecht in een goed geoutilleerde gymzaal in de gemeente Appingedam.

1.4.2. Preventieve activiteiten:

In de oefenzaal van de praktijken in Appingedam en Delfzijl bieden wij, buiten de reguliere praktijken, de mogelijkheid om onder deskundige leiding te sporten. Eén van de collega's geeft zwangerschapseducatie. Om de oudere doelgroep te kunnen bedienen is de cursus 'Fit en Vitaal' operationeel, deze is voor mensen met toenemende problemen bij bewegen/lopen waardoor ze een hoger valrisico hebben. Tevens hebben we de mogelijkheid om een Fysiofitheidscafé af te nemen.

1.5. Externe oriëntatie:

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

- De praktijk is onderdeel van het Fysergo netwerk. In dit netwerk is

specifiek aandacht voor arbeidsgelateerde zorg.

- Met De Ommelander Ziekenhuis Groningen zijn afspraken gemaakt omtrent de nabehandeling van patiënten na een mamma-operatie. Zij worden gecontroleerd op oedeem in de arm en op functiebeperking in de schouder. Verder krijgen ze voorlichting en adviezen om (verergering van) oedeem te voorkomen.
- De praktijk is aangesloten bij Fitkids.
- In samenwerking met de kinderartsen van De Ommelander Ziekenhuis Groningen en Het Bewegencentrum Winschoten, wordt het programma "KIA" (Kids in Action) gegeven. Een beweegprogramma voor kinderen van 6 -18 jaar met overgewicht.
- Één collega is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet.
- Er zijn twee collega's aangesloten bij SchouderNet.
- Binnen het ClaudicatioNet is er samenwerking met de vaatchirurg en de vaatverpleegkundige van De Ommelander Ziekenhuis Groningen.
- Eén van de kinderfysiotherapeuten werkt samen met en op de SBO school De Delta in Appingedam.
- Wij zijn deelnemer aan het Sport Noord Netwerk.
- Er wordt samengewerkt met twee Buurtzorgteams
- Er wordt samengewerkt met de verschillende POH GGZ in de regio.
- Er is een samenwerkingsverband met EXO-L: Tony Vos (preventie enkeltrauma).
- De praktijk is deelnemer in het project GOEDZO welke bijeenkomsten organiseert voor eerstelijns samenwerking in de gemeente Delfzijl.

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, de NVMT, de NVFK, de NVFL, de VHVl en de NPF.

1.5.4. Regionale patiënten / consumentenorganisaties:

De praktijk onderhoudt contacten met het Longpunt Delfzijl, longpatienten kunnen zo contacten met elkaar en met zorgverleners in de regio onderhouden.

We zijn vertegenwoordigd in het project GOEDZO welke is opgericht onder de eerstelijnszorzverleners in de gemeente Delfzijl.

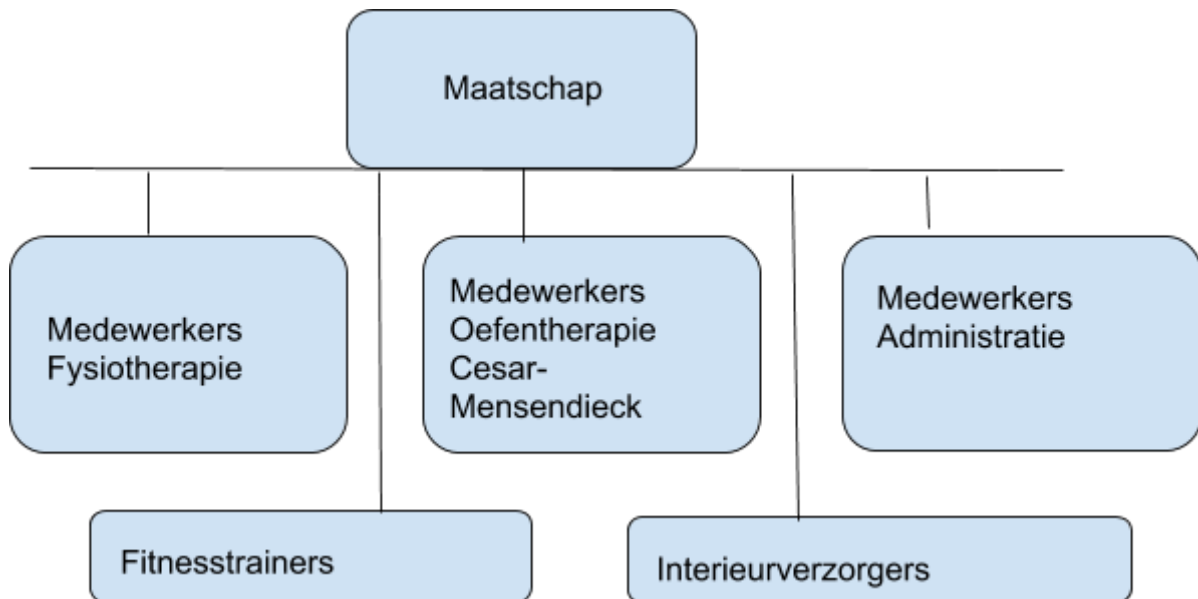
We zijn betrokken bij het project Sport4Connect in Delfzijl Noord welke participeert voor positieve gezondheid onder de bewoners.

1.6. Organisatieschema:

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

De praktijk bestaat tijdens aanvang 2018 uit een maatschap van 8 leden en 18 fysiotherapeuten in loondienst, 4 KinseFittrainers, 6 administratieve medewerkers en 2

interieurverzorgers. Tevens is er 1 oefentherapeuten Cesar-Mensendieck werkend via overeenkomst van opdracht.



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 en is voorzien van kunststof op de vloeren in plaats van hardhouten parketvloeren. 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 stand by modus.

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.

2.1.1. Arbeidsomstandigheden:

De veiligheid, gezondheid en welzijn van de medewerkers met betrekking tot het verrichten van arbeid moet gegarandeerd zijn. Iedere 3 jaar wordt een Risico-inventarisatie en evaluatie uitgevoerd welke jaarlijks wordt geëvalueerd. Deze RI&E is ook in 2017 afgenomen. De daaruit voortvloeiende herstelmaatregelen zijn uitgevoerd. 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 twee 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.

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. 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.

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

2.1.3. Arbeidsverzuim en -vervanging:

De praktijk heeft als doelstelling een zo laag mogelijk (ziekte)verzuim van haar medewerkers te hebben. Bij kortdurend verzuim zal getracht worden dit verzuim op te vangen vanuit de praktijk. Bij lang verzuim zal een waarneming ingeschakeld worden. Met het plannen van verlofdagen en vakanties wordt, indien nodig, waarneming georganiseerd. Deze taken worden gecoördineerd vanuit 2 maatschapsleden die het personeelsbeleid coördineren. Het ziekteverzuimbeleid wordt deels gestuurd door Interpolis, waarmee de praktijk een verzuimverzekering en verzuimmanagementverzekering 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 ligt in 2018 op 2,5%.

2.1.4. Arbeidsvoorwaarden:

In het handboek staan documenten personeel welke alle personeelsleden kunnen inzien. In de praktijk wordt voor de fysiotherapeuten gewerkt met een variabel beloningssysteem; beloning is afhankelijk van het aantal zittingen. Er wordt uitbetaald volgens het all in salaris. 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 worden 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 wekelijkse werkbijeenkomst 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 een map in Google Drive.

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. Dit is 1% van zijn/haar jaaromzet. Als een werknemer het budget niet volledig heeft besteed kan maximaal 25% hiervan meegenomen worden naar het volgende jaar. 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. Werknemers krijgen, afhankelijk van de omvang van hun baan, een vergoeding voor het lidmaatschap van het KNGF.

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 NPF.

2.1.8. 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.

2.1.9. 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.

2.1.10. Beoordelingsgesprekken:

Het streven is om één keer per twee jaar het beoordelingsgesprek deel uit te laten maken van het functioneringsgesprek. Hier kan indien wenselijk van afgeweken worden. 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.

2.1.11. Inspraak en medezeggenschap:

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

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

2.1.12. 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.

2.1.13. 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.

2.1.14. Rechtspositieregeling:

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

2.1.15. Stagebeleid:

De praktijk biedt uit maatschappelijk oogpunt ruimte aan stagiaires. Er is een stageovereenkomst met de Hanze Hogeschool Groningen. Per periode wordt er één stagiaire begeleid door doorgaans twee begeleiders. De stagiaire wordt gevraagd een stage overeenkomst te tekenen waarin afspraken worden vastgelegd en o.a. geheimhouding wordt gevraagd. Afhankelijk van de stageperiode en van ervaring en bekwaamheid van de stagiaire kunnen de stagiaires in meer of mindere mate zelfstandig werken, maar nooit zonder dat er een begeleider in de praktijk aanwezig is. In 2018 hebben er 4 stagiaires meegedraaid op de praktijk.

2.1.16. Werkbegeleiding:

De praktijk beschikt over een inwerkplan voor haar nieuwe medewerkers. Er wordt een seniorcollega aangesteld waarbij de nieuwe medewerker met vragen terecht kan. Er worden op gewenste momenten gesprekken gevoerd, waarvan verslag wordt gemaakt. Daarnaast maakt de praktijk gebruik van intercollegiale toetsing en casuïstiekbespreking. Eens in de zoveel weken maakt het sectieoverleg deel uit van de werkbespreking.

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

Aankomend jaar en de jaren erna vindt evaluatie van de opleidingen in de functioneringsgesprekken plaats. Dit is een jaarlijks terugkerende cyclus. In 2019 zullen deze gesprekken plaatsvinden in februari/maart en zo zal door inventarisatie en analyse van de opleiding volledig worden voldaan aan het gestelde opleidingsplan.

In 2019 zal door twee collega's de Master "Oncologic Physical Therapy" worden afgerond. In 2019 zal een collega starten met de Master "Fysiotherapie in de Geriatrie". In 2019 zal door één collega de Master "Manuele Therapie" worden afgerond. Daarbij zal er door één collega het tweede jaar van de Master "Manuele Therapie" worden afgerond en het derde jaar worden voortgezet. Tevens zal in 2019 de cursus Oedeemfysiotherapie worden gestart door één collega. Alle collega's zullen in 2019 de bijscholing reanimatie en AED volgen. In 2019 zal er allerlei na- en bijscholingscursussen worden gedaan binnen Fysergo. Tenslotte zal men in 2019 na- en bijscholing volgen op zijn/haar specialisatiegebied. Alle collega's zullen na- en bijscholing hebben voltooid om per 2020 hun CKR registratie te behouden.

Hoofdstuk 3. Kwaliteitsbeleid

3.1. Visie van de praktijk op kwaliteit:

Zoals in de praktijkmissie 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 in 2007 gestart met het HKZ certificeringstraject onder begeleiding van Walvis Consulting Groep en in 2009 heeft dit geresulteerd in de certificering. Twee maatschapsleden vormen samen het kwaliteitsteam en beheren het Kwaliteitshandboek. 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. De externe audits zijn verricht door KIWA. In 2018 is de audit verricht via Fys'Optima. Er is één non conformity naar voren gekomen, het was niet aantoonbaar dat er volgend richtlijnen en zorgplannen werd gewerkt. Hierop is een verbetervoorstel geschreven en deze wordt uitgevoerd. Eind februari 2019 zal deze zijn afgerond. De tips die werden gegeven zijn beschreven en indien nodig geïmplementeerd.

3.1.1. Medewerkers:

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

3.1.2. Integratieve samenwerking:

De praktijk heeft als doel om kwalitatief hoogwaardige fysiotherapeutische zorg te leveren. Daarop zijn er binnen 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 afsluitprocedures 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 wordt er tijdens de dinsdagmiddagbespreking tijd ingepland om presentaties te geven over je eigen expertise. Ook worden interessante gevolgde cursussen aan elkaar gepresenteerd.

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, maar daarenboven een optimale scholing in hun specifieke specialisatie. De praktijk ondersteunt dit in hoge mate en biedt de medewerkers de mogelijkheden conform het personeelsbeleidsplan. Jaarlijks wordt een herhalingscursus reanimatie en gebruik AED gehouden waaraan alle fysiotherapeuten en KineseFit-trainers geacht worden deel te nemen. Twee medewerkers van de praktijk hebben de scholing

tot bedrijfshulpverlening (BHV) gevolgd en zullen zich hier continu in bijscholen.

3.1.4. Facilitaire zaken:

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

3.1.5. Administratie:

De financiële administratie, de declaraties en de planning van patiënten gebeurt door het secretariaat. Er zijn zes administratieve medewerkers in de praktijk werkzaam. Zij staan onder supervisie van twee van de maatschapsleden. De loonadministratie wordt vanaf 01-01-2016 gedaan in samenwerking met Fys'Optima. De ondersteuning van de ICT wordt gedaan door IT bedrijf Kantor.

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

De papieren patiëntendossiers zijn opgeborgen in afgesloten ruimten en zijn slechts toegankelijk voor medewerkers van de praktijk. De dossiers worden 15 jaar bewaard (volgens huidige voorschriften). Dossiers die ouder zijn dan 15 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 ISO/HKZ voor extramurale fysiotherapie.

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.

3.1.8. Patiëntenzorg:

De zorg aan patiënten zowel voor wat betreft Care en 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 tevredenheidsonderzoeken via de PREM.
- Functioneringsgesprekken. Van alle therapeuten is een dossier aanwezig waarin alle antecedenten worden opgeslagen en bewaard.

3.2. Jaar kwaliteitsdoelstellingen (SMART):

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 2019 bestaan uit:

- Up to date houden van de praktijk specifieke bijlagen uit het kwaliteitshandboek.
- Verwerken verbetervoorstellen/klachten/ongevallen.
- Actualiseren handboek bij gewijzigde praktijkprocedures.
- Updaten website www.kinesefysio.nl

Er zullen in de loop van 2019 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:

- In maart 2019 zijn bij alle medewerkers beoordelings/functioneringsgesprekken afgenomen.
- In december 2019 scoren alle medewerkers op de 80% check >80%.
- In november 2019 is er een evaluatie gemaakt van de samenwerkingsafspraken.
- In december 2019 is 50% van de patiënten uitgenodigd voor het invullen van een tevredenheidsonderzoek via PREM.
- In juni 2019 is er een risico analyse informatiebeveiliging uitgevoerd.
- In september 2019 is er een inventarisatie valrisico uitgevoerd.
- In maart 2019 is er een evaluatie van de RI&E gedaan.
- In maart, juni, september en december 2019 is de gemiddelde wachtduur berekend en ligt deze <3 dagen. Indien deze hoger ligt zal er actie worden ondernomen om deze wachttijd weer te reduceren.
- In oktober 2019 wordt er een tevredenheidsonderzoek onder medewerkers gehouden.
- In januari, april, juli en oktober 2019 is er tijdens het gezamenlijke dinsdagmiddagoverleg een kwartaalbespreking gehouden met alle belangrijke informatie betreffende kwaliteitsaspecten.
- In september 2019 zijn er controles geweest van EHBO kisten, BHV plannen, calamiteitenplannen.

- In december 2019 zijn BHV plannen besproken tijdens het gezamenlijke dinsdagmiddagoverleg.
- Eind februari 2019 zijn er voor alle collega's anonieme inhoudelijke dossiercontroles geweest en is aantoonbaar dat collega's gebruik maken van zorgplannen en richtlijnen indien een patiënt binnen dit profiel past. Wanneer iemand niet binnen een zorgplan of richtlijn past wordt dit vastgelegd in het dossier.

De diverse kwaliteitsaspecten zullen iedere maatschapsvergadering en tenminste 1x per kwartaal worden geëvalueerd in de werkbijeenkomst maar vaker indien noodzakelijk.

DEEL 2: PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE

Hoofdstuk 4: Doelstelling en activiteitenplan 2018

4.1 Doelstellingen 2018:

Doelstelling Activiteit	Acties	Verant woordelijke	Meetpunt	Evaluatie
In 2019 volgt alle personeel wederom een herhalingscursus reanimatie en AED.	Planning cursus	CE	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In 2019 zal er een collega starten met de opleiding Fysiotherapie in de Geriatrie.	Inventariseren welke collega wil starten hiermee.	NH	Kwartaal 2 planning Kwartaal 3 uitvoering	Kwartaal 3
In 2019 wordt er een collega opgeleid binnen het parkinsonnet en zal zich ook binnen dit netwerk registreren.	Opleiding en inschrijven regelen voor een collega.	NH	Kwartaal 1 planning Kwartaal 2 en 3 uitvoering	Kwartaal 3
In 2019 worden bij alle collega's functioneringsgesprekken en gehouden.	Plannen functioneringsgesprekken.	NH LP	Kwartaal 1	Kwartaal 2
In 2019 wordt elk kwartaal de PREM bijgehouden en scoren we in totaal en op elk onderdeel apart gemiddeld een 8.	Analyseren van alle gegevens die binnen komen.	LO	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4
In 2019 worden alle klachten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkele directe klacht te ontvangen. Daarbij streven we er naar om <15 indirecte klachten te ontvangen.	Bijhouden, verwerken en terugkoppelen van alle binnengekomen klachten.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4
In 2019 doen we wederom een inventarisatie valrisico om het risico op ongevallen op de werkvloer zo klein mogelijk te houden.	Uitvoeren van het valrisico.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3
In 2019 doen we er alles aan om de wachttijd niet op de laten lopen boven de 3 werkdagen.	Bijhouden van de gemiddelde wachttijd.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 1, 2, 3 en 4

In 2019 willen we de contracten met de therapeuten in loondienst aangepast hebben aan de eisen van de tijd.	Opstellen van juridisch correct geformuleerde contracten.	NH BG	Kwartaal 3	Kwartaal 4
Onderstaande doelen komen voort uit het jaarverslag van de vorige periode:				
In 2018 volg alle personeel wederom een herhalingscursus reanimatie en AED.	Planning cursus	CE	Kwartaal 2	Kwartaal 3: cursus uitgevoerd.
In 2018 zal er een collega starten met de opleiding Fysiotherapie in de Geriatrie.	Inventariseren welke collega wil starten hiermee.	NH	Kwartaal 2 planning Kwartaal 3 uitvoering	Kwartaal 3: niet behaald, er is geen collega gestart. Doel blijft bestaan in 2019.
In 2018 wordt er om het team te versterken door twee collega's gestart met de cursus dry needling.	Twee collega's zich laten opgeven voor deze cursus.	NH	Kwartaal 1 planning.	Kwartaal 4: 2 collega's zijn gestart en hebben cursus voltooid.
In 2018 wordt er een collega opgeleid binnen het parkinsonnet en zal zich ook binnen dit netwerk registreren.	Opleiding en inschrijven regelen voor een collega.	NH	Kwartaal 1 planning. Kwartaal 2 en 3 uitvoering	Kwartaal 3: het is niet gelukt om een collega het netwerk binnen te krijgen, doel blijft bestaan in 2019.
In 2018 wordt er een vacature geplaatst om een collega met de specialisatie bekkenfysiotherapie te werven.	Opstellen en verspreiden van een vacature.	NH LP	Kwartaal 2	Kwartaal 4: vacature is opgesteld en verspreid. Nog niet ingevuld.
In 2018 wordt er een vacature geplaatst om een collega met de specialisatie psychosomatische fysiotherapie te werven.	Opstellen en verspreiden van een vacature.	NH LP	Kwartaal 2	Kwartaal 4: vacature is opgesteld, verspreid en ingevuld
In 2018 wordt er binnen de praktijk gewerkt volgens een protocol bij Artrose knie en heup.	Implementeren protocol Artrose knie en heup	HH	Kwartaal 3	Kwartaal 3: protocol is geïmplementeerd en actief.
In 2018 worden alle verbetervoorstellen ook digitaal in SOM bijgehouden.	Invoeren en bijhouden verbetervoorstellen in SOM.	JG	Kwartaal 1	Kwartaal 3: deze procedure werkt niet naar behoren. Doelstelling verval.
In 2018 worden bij alle collega's	Plannen functioneringsgesprekken.	NH LP	Kwartaal 1	Kwartaal 2: behaald

functioneringsgesprekk en gehouden.				
In 2018 wordt elk kwartaal de PREM bijgehouden en scoren we in totaal en op elk onderdeel apart gemiddeld een 8.	Analyseren van alle gegevens die binnen komen.	LO	Kwartaal 1, 2, 3, en 4	Kwartaal 4: behaald
In 2018 worden alle klachten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkele directe klacht te ontvangen. Daarbij streven we er naar om <15 indirecte klachten te ontvangen.	Bijhouden, verwerken en terugkoppelen van alle binnengekomen klachten.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 4: 6 indirecte klachten ontvangen. Doel behaald.
In 2018 doen we wederom een inventarisatie valrisico om het risico op ongevallen op de werkvloer zo klein mogelijk te houden.	Uitvoeren van het valrisico.	JG	Kwartaal 3	Kwartaal 3: behaald
In 2018 doen we er alles aan om de wachttijd niet op de laten lopen boven de 3 werkdagen.	Bijhouden van de gemiddelde wachttijd.	JG	Kwartaal 1, 2, 3 en 4	Kwartaal 1, 2, 3 en 4: behaald
In 2018 willen we de contracten met de therapeuten in loondienst aangepast hebben aan de eisen van de tijd.	Opstellen van juridisch correct geformuleerde contracten.	NH BG	Kwartaal 2	Kwartaal 2: niet behaald, doel blijft staan in 2019

4.2 Activiteiten 2019:

	actie	frequentie	waar/wie
Doorlopend	Aanpassen WWW	doorlopend	Judith
	Verwerken verbetervoorstellen	doorlopend	Judith
	Actualiseren documenten/formulieren	doorlopend	Judith
	Actualiseren handboek	doorlopend	Judith
	Actualiseren menukaart	doorlopend	Judith
	Actualiseren en bijhouden verwerkingsregister.	doorlopend	Judith
1 ^e kwartaal jan - maart	Functioneringsgesprekken houden	1 x per jaar	Individueel + Nanny / Lineke
	Beoordelingsgesprekken houden	1 x per 2 jaar (even)	Individueel + Nanny / Lineke
	RI&E	1 x per 3 jaar	maatschapverg.
	Ophangen PREM in wachtkamer	1x per jaar	Judith
	Evaluatie RI&E	1 x per jaar	Judith
	Evaluatie calamiteitenplan	1 x per 2 jaar (even)	maatschapverg.
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith / maatschapverg.
	Halfjaarlijkse registratie zittingen/aantal patiënten	2 x per jaar	Loes / maatschapverg.
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith werkoverleg
	Jaarverslag voorgaande jaar	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Verwerken gegevens FPM	1 x per kwartaal	Loes / maatschapverg
	80% dossiercheck	1 x per kwartaal	Loes / werkoverleg
	Doorlopen alle documenten handboek	1 x per jaar	Judith
2 ^e kwartaal apr - juni	Klachten patiënten voorgaande jaar	1 x per jaar	Judith / maatschapverg.
	Jaarplan lopende jaar (actiepunten en verbeteracties)	2 x per jaar	maatschapverg.
	Meerjarenbeleidplan	2 x per jaar	maatschapverg.
	Evaluatie prestatie primair proces voorgaande jaar	1 x per jaar	maatschapverg.
	Ziekteverzuim voorgaande jaar	1 x per jaar	maatschapverg.
	Fouten, afwijkingen en (bijna)ongevallen voorgaande jaar	1 x per jaar	maatschapverg.

	Huidige opleidingsstatus medewerkers + scholingsplan komende jaar	1 x per jaar	Judith / maatschapverg.
	Actie/bespreekpunten uit functioneringsgesprekken	1 x per jaar	Nanny / Lineke maatschapverg
	Actie/bespreekpunten uit beoordelingsgesprekken	1 x per 2 jaar	Nanny / Lineke maatschapverg
	Klachten medewerkers voorgaande jaar	1 x per jaar	Judith / maatschapverg.
	leveranciersbeoordeling	1 x per jaar	Judith / Carla maatschapverg
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith / maatschapverg
	Controle calamiteitenplannen	1x per jaar	BHVer / werkoverleg
	Controleren EHBO kisten	1x per jaar	BHVer / werkoverleg
	Procedure bij brandalarm bespreken in team	1x per jaar	BHVer / werkoverleg
	Reanimatiebijeenkomst + gebruik AED	1x per jaar	Carla / werkbepreking
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits. Daarbij bespreken jaarverslag voorgaande jaar.	1 x per kwartaal	Judith / werkoverleg
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Loes / werkoverleg
	Risico analyse informatie beveiliging	1 x per jaar	Judith
	Kalibreren	1x per jaar	Judith
	Verwerken gegevens FPM	1 x per kwartaal	Loes / maatschapverg
3 ^e kwartaal jul - sept	Evaluatie werkwijze	1 x per 2 jaar (oneven)	maatschapverg.
	Inventarisatie valrisico	1 x per jaar	Judith
	Tevredenheidsonderzoek ketenpartner houden	1 x per 2 jaar (even)	Judith / maatschapverg
	Tevredenheid medewerker houden	1 x per 2 jaar (oneven)	Judith / maatschapverg
	Evaluatie verbeter/verandervoorstellen	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith / maatschapverg
	Halfjaarlijkse registratie zittingen/aantal patiënten	2 x per jaar	maatschapverg.
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith / werkoverleg
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Loes / werkoverleg
	Verwerken gegevens FPM	1 x per kwartaal	Loes / maatschapverg

	Evaluëren medewerkerstevredenheidsonderzoek	aug 2018	Judith
4 ^e kwartaal okt - dec	Jaarplan lopende jaar	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Meerjarenbeleidsplan	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Gevolgen van interne en externe veranderingen	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Beoordeling kwaliteitsmanagementsysteem	1 x per jaar	Judith / maatschapverg
	Steekproef gemiddelde wachtduur	1 x per kwartaal	Judith / maatschapverg
	Interne audit overig personeel	1 x per jaar	Wisselend
	Bespreking kwaliteitsaspecten in werkoverleg + Evaluatie aandachtspunten voorgaande interne audits	1 x per kwartaal	Judith / werkoverleg
	Verwerken gegevens FPM	1 x per kwartaal	Loes / maatschapverg
	80% Dossiercheck	1 x per kwartaal	Loes / werkoverleg
	BHV/ontruimingsplan doornemen	1 x per jaar	Nynke
	Risicovolle processen evalueren (bijlage 2.6.1)	1x per jaar	Judith
	Evaluatie samenwerkingsafspraken (Bijlage 2.4.1)	1x per jaar	Judith

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 die 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)

5.2 Metingen en uitkomsten kritische processen:

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

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

5.2.1 Overzicht (indirecte) klachten van patiënten:

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

Item	N	1e kwartaal 2018	2e kwartaal 2018	3e kwartaal 2018	4e kwartaal 2018
Specialisatie is niet op elke locatie beschikbaar	3	0	0	0	0
Telefonisch moeilijk bereikbaar of niet goed te woord gestaan	5	0	1	0	0
De wachtkamer kan beter qua zitcomfort en vermaak.	5	0	0	1	4
De privacy is niet volledig gewaarborgd	0	0	0	0	0
De hygiëne kan beter	0	0	0	0	0
De planning kan beter	5	0	2	4	2
De kwaliteit van behandelen kan beter	5	5	2	2	1
De ruimte is niet voldoende ingericht of toegankelijk	5	2	2	2	3

Analyse van de (indirecte) klachten over 2018:

De meeste klachten die in 2018 binnen kwamen waren indirecte klachten die binnenkwamen via opmerkingen uit de PREM, een enkele kwam binnen via de ideeënbusen die in de wachtkamer staan. Slechts 6 klachten werden officieel medegedeeld aan een collega.

Er is in 2018 geen klacht binnen gekomen over de afwezigheid van specialisaties op de verschillende locaties.

Er kwam 1 indirecte klacht binnen van een patiënt die aangaf niet vriendelijk te woord gestaan te zijn aan de telefoon. Patiënt is excuses gemaakt en secretariaat is ingelicht en voorgelicht.

Er kwamen vijf klachten binnen over comfort en gemak in de wachtkamer, dit waren meestal klachten over de lectuur, en het verzoek voor koffie/thee in demiddag. Vanwege het bestaan van een abonnement kunnen we aan de wens van andere lectuur niet voldoen. Op de klachten t.a.v. koffie/thee is actie ondernomen, deze is nu de gehele dag beschikbaar en we verwachten dan nu ook minder klachten hierover binnen te krijgen.

Er zijn geen klachten binnen gekomen t.a.v. hygiëne en privacy.

Op het gebied van de planning is de norm met 3 klachten overschreden, er kwamen een aantal indirecte klachten welke moeilijk te vernaderen zijn. De meeste van deze klachten kwamen anoniem binnen via de PREM. Op de klachten t.a.v. een mogelijkheid om later op de dag een afspraak te krijgen is ganticipeerd door meer collega's in de avond te laten werken.

Er kwamen 10 klachten binnen over de kwaliteit van behandelen waarmee de norm is overschreden. Dit waren veelal kleine indirecte klachten die varieerden tussen "vaker aangeven hoevel behandeling er nog tegoed zijn" tot "meer verstand van steunzolen hebben". Op 4 klachten is actie ondernomen door contact op te nemen met de persoon die de klacht indiende. Deze klacht is aangehoord en er is actie ondernomen om de klacht op te lossen en behandeling alsnog goed af te sluiten of te vervolgen. In de evaluatie waren deze melders achteraf allen tevreden met de ondernomen actie. Deze zijn allen inhoudelijk met de desbetreffende collega besproken. Op één klacht kon geen actie ondernomen worden richting de melder aangezien er geen contact gekregen kon worden.

Er zijn 9 indirecte klachten binnen gekomen m..b.t. de ruimte waarmee de norm is overschreden. Een aantal klachten konden we niet honoreren, deze gingen allen over de afwezigheid van een kleedkamer of scherm bij de behandelkamer. Er zijn op verzoek kleine materialen (zoals schoenlepel) naar de betreffende locaties gebracht. Een aantal klachten betrof de behandellocatie in Spijk, deze locatie is gedateerd en dat is bij ons bekend. Wegend de veranderingen binnen het dorp en de waarschijnlijkheid dat er een andere locatie betrokken zal worden wordt er niet meer in deze ruimte geïnvesteerd. De ruimte voldoet wel aan de eisen en is veilig.

Er zijn in 2018 geen formeel behandelde klachten geweest noch zijn er formele klachten door de klachtencommissie van het KNGF afgehandeld.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4.1) volgende jaar:

De praktijk ontvangt in 2018 0 directe klachten en <30 indirecte klachten (via PREM of de ideeënbus in de wachtkamers).

Beoordeling systeem: in 2018 kwamen er meer indirecte klachten binnen omdat de commentaren via de PREM werden opgezet naar bijlage 3.3.3. Ook zijn er in 2018 meer ingevulde PREM aangeleverd en kennelijk is het op deze manier voor patiënten makkelijker om dingen te melden. De afhandeling van klachten verloopt goed, ze worden bijgehouden in Google Drive en geëvalueerd. Daar waar mogelijk worden ze terug gekoppeld naar de melder. Ook zijn er n.a.v. deze (indirecte) klachten een aantal aanpassingen gedaan welke echte en toegevoegde waarde hebben. In 2019 zal het systeem zo blijven werken.

5.2.2. Overzicht incidenten:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

Analyse van de incidenten over 2018:

Uiteraard stellen wij als doel dat er zich geen incidenten voordoen. Toch is dit uiteraard niet geheel te voorkomen. Tijdens trainingen kunnen mensen zich onwel voelen, en ook niet elke val is te voorkomen.

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

In 2019 registreren we geen incidenten, en mochten deze wel voorkomen dat wordt er adequaat gehandeld door collega's. Mede daarom worden BHV koffers jaarlijks gecontroleerd, worden BHV plannen doorgesproken en wordt er ook in 2019 wederom een cursus reanimatie en AED georganiseerd.

Beoordeling systeem: Melden van incidenten gebeurt laagdrempelig, naast het begeleiden van de patiënt wordt ook de betrokken therapeut indien nodig begeleid. We kunnen concluderen dat er in 2018 geen ernstige gevolgen door de incidenten zijn geweest wegens onkundig handelen. We kunnen dan ook beoordelen dat het systeem goed werkt en dat we ons best doen om dit te blijven continueren.

5.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntgegevens:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

Spiegelinformatie:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2017:

VERWIJDERD: PRIVACY GEVOELIG

5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem:

Op 22 november vond er een audit plaats. Deze audit begon met het bezoek aan Spijk, vervolgens werd deze voortgezet op hoofdlocatie Delfzijl. De audit werd gehouden met

een kritische blik door de auditor waarin stiptheid erg belangrijk bleek. Het resultaat van het HKZ implementeren bleek goed.

De controle op de dossiervorming werd puntsgewijs bekeken waarin veel belang werd gehecht aan afvinken en het nastreven om zo veel mogelijk informatie vergaren en mensen aansporen om qualiview in te vullen. Deze manier van werken beschouwen wij niet geheel als de onze. Hieruit kwam naar voren dat het werken volgens richtlijnen en zorgplannen niet voldoende tot uiting kwam in de dossiers, wij erkennen dat hier ruimte voor verbetering is. De auditor constateerde dit tijdens de audit als tekortkoming welke later in het verslag als een non conformity werd gekwalificeerd.

Het gebruik van zorgplannen in de dossiers is onvoldoende praktijkbreed toegepast. Er zijn collega's die deze zorgplannen goed gebruiken maar een deel van de collega's gebruikt deze niet. Er is ons nooit duidelijk geworden (ook niet via eerdere audits) dat het gebruik van zorgplannen een verplicht onderdeel is van de HKZ. Mede om deze reden is na het invoeren van SOM er veel aandacht gegaan naar andere zaken en hebben we gewerkt aan het juist opstellen van behandelplannen met hoofddoel en subdoelen wat in onze optiek een belangrijke stap is in de kwaliteit van dossiervorming en fysiotherapeutisch handelen. Zodoende is het implementeren van het gebruik van zorgplannen niet voldoende praktijkbreed onder de aandacht gebracht.

Aan de hand hiervan is een stappenplan opgesteld en ingang gezet zodat alle collega's inhoudelijk worden bijgepraat en vervolgens inhoudelijke worden gecontroleerd op het gebruik van zorgplannen/richtlijnen.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

In 2019 zijn alle collega's op de hoogte van de werkwijze van zorgplannen en richtlijnen en worden deze toegepast in de dossiervorming. Indien een patiënt niet past binnen deze zorgplannen of richtlijne wordt dit duidelijk vermeld in het dossier.

Beoordeling systeem: De werkwijze naar de audit toe verloopt goed. Aan de hand van de gestelde non conformity m.b.t. gebruik zorgplannen en richtlijnen is er een stappenplan opgesteld en ingang gezet zodat alle collega's inhoudelijk worden bijgepraat en vervolgens inhoudelijke worden gecontroleerd op het gebruik van zorgplannen/richtlijnen.

5.2.5. Overzicht tevredenheid van patiënten:

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

Item	Norm	2018 1^e kwartaal	2018 2^e kwartaal	2018 3^e kwartaal	2018 4^e kwartaal	2018
Algemene beoordeling	> 8,5	0	8,9	8,89	8,9	8,9
Netpromotorscore	> 60	0	69,5	61,4	70,1	64,6
Aantal aangeboden activiteiten bij QUALIZORG		0	415	347	541	1303
Aantal verstuurd uitnodigingen via QUALIZORG		0	301	226	392	919
Aantal ingevulde enquêtes via QUALIZORG		0	95	82	133	310
Contact	> 3,5	0	4,8	4,82	4,78	4,8
Behandelplan	> 3,5	0	4,66	4,7	4,65	4,67
Praktijk	> 3,5	0	4,6	4,65	4,60	4,6

Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2018:

In het jaar 2018 heeft de praktijk meegedaan aan Qualizorg. Een overzicht van de uitkomsten van de Qualizorg zijn weergegeven in bovenstaande tabel. In het eerste kwartaal zijn er technische problemen geweest. Op het moment van dit schrijven zijn de definitieve cijfers van 2018 nog niet officieel. Er zijn 1303 activiteiten aangeboden bij Qualizorg en uiteindelijk zijn er 919 uitnodigingen verzonden. Uiteindelijk zijn er 310 enquêtes geanalyseerd door Qualizorg.

Bij aanmelding wordt het e-mail adres 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 Qualizorg.

Op alle categorieën soort de praktijk conform de norm. We stellen dan ook dat wij hier uitermate tevreden mee zijn.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2018 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- De praktijk scoort op alle onderdelen getoetst door Qualiview >3,5.
- De praktijk scoort op de algemene beoordeling van Qualiview > 8,5.
- De praktijk nodigt 50% van de patiënten uit tot deelname aan Qualiview.
- De praktijk streeft ernaar dat 30% van de uitgenodigde enquêtes worden ingevuld.

Beoordeling systeem: het aanleveren van gegevens voor Qualiview verloopt goed in 2018, op dit moment lijken de aangeleverde data wat minder te zijn dan in 2017. 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 hebben een toegevoegde waarde in het verbeteren van de kwaliteit en het behouden van tevreden patiënten.
Er hoeft verder geen actie.

5.2.6. Overzicht professioneel handelen medewerkers:

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

Item	Norm	2018	1^e kwartaal 2018	2^e kwartaal 2018	3^e kwartaal 2018	4^e kwartaal 2018
Patiëntendossier aanmelding	80%	85,2%	89,1%	84,5%	84,5%	82,5%
Patiëntendossier anamnese	80%	84,2%	87,8%	83,8%	83,6%	81,6%
Patiëntendossier onderzoek	80%	84,1%	88,1%	83,6%	83,4%	81,5%
Patiëntendossier analyse	80%	83,4%	87,3%	82,7%	82,8%	80,9%
Patiëntendossier plan	80%	79,7%	82,4%	79,3%	80,1%	77,2%
Patiëntendossier SOEP	80%	82,2%	86%	84,8%	83,6%	74,5%
Kwartaalbespreking	Kwartaal		10-4-18	17-7-18	09-10-18	22-01-19
Vakinhoudelijke presentaties	Kwartaal		06-02-18 06-03-18 20-03-18	29-05-18	25-09-18	16-10-18 13-11-18
Sectie overleg	Kwartaal		16-01-18 27-03-18	12-06-18	10-07-18	23-10-18 06-11-18 04-12-18
Junior-senior gesprekken	Halfjaarlijks		15-01-18	23-05-18	31-07-18	21-12-18

Analyse van het professioneel handelen over 2017:

Elk kwartaal worden de patiëntendossiers beoordeeld op de onderdelen aanmelding, anamnese, onderzoek, analyse, plan en SOEP middels een 80% check. Deze wordt voor de hele praktijk bekeken maar ook individueel. Deze gegevens worden met de therapeuten gedeeld en in de kwartaalbespreking besproken. Wanneer er individueel laag wordt gescoord wordt er een gesprek gepland om te kijken naar de moeilijkheden van het bijhouden van het dossier en mogelijkheden om deze beter bij te kunnen houden. Dit systeem werkt goed voor ons, we hebben op deze manier inzicht in het individuele niveau van het patiëntendossier. Er is te zien dat over het gehele jaar we net niet de norm op het onderdeel behandelplan behalen, dit is terug te zien in het vierde kwartaal. Hier is met individuele therapeuten aandacht aan besteed. Grootste probleem bleek bij de analyse dat er veel eenmalige onderzoeken zijn gedaan in deze periode (o.a. echo), daarin is het onmogelijk om het behandelplan af te vinken.

Om kennis met elkaar te delen is er wekelijks een medewerkersoverleg, hier worden allerlei zaken besproken zoals personeelszaken, kwaliteitsbeleid. Ook is er ruimte vrijgemaakt voor casuïstiek, vakinhoudelijke vragen en delen van kennis middels presentatie over gevolgde cursussen of het bespreken van richtlijnen.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2019 halen we op alle onderdelen vanuit de patiëntendossier controle 80%.
- In 2019 wordt er elk kwartaal een kwartaalbespreking gehouden.
- In 2019 wordt er elk kwartaal ruimte ingepland om een vakinhoudelijke presentatie te houden.
- In 2019 wordt tweemaandelijks een sectie overleg ingepland en gehouden.

Beoordeling systeem: Het systeem van beoordelen patiëntendossiers verloopt prima, het geeft een mooi overzicht over het geheel maar ook individueel. Het wekelijkse overleg geeft een goede structuur voor verdere uitbreiding van kennis en overleg binnen de secties zodat een ieder goed op elkaar blijft ingespeeld en vakinhoudelijke kennis wordt gedeeld.

Actie: Om ook in 2019 op alle onderdelen 80% te behalen blijft er tijdens het werkoverleg aandacht voor dossiervorming. Tevens worden er inmiddels inhoudelijke controles op de dossiers uitgevoerd.

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 2017:

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

In 2018 zijn de volgende risicovolle processen geanalyseerd:

- Patiënttevredenheid
- (Indirecte) klachten patiënten
- Incidenten
- Verbetervoorstellen
- Tevredenheid verwijzers
- Evaluatie Risico Inventarisatie en Evaluatie
- Informatie beveiliging
- Inventarisatie Valrisico

Conclusie: Vanuit de analyse zijn geen aanwijzingen dat er risicovolle processen zijn.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In november 2019 is er een analyse van de kritische processen gedaan en zijn er geen bedreigingen geconstateerd vanuit deze kritische processen.

Beoordeling systeem: Het proces van registreren, analyseren en indien nodig implementeren verloopt goed. Mocht er in 2019 toch een risicovol proces worden gesignaleerd zal er vervolgend gebruik gemaakt gaan worden van het analyse instrument in bijlage 2.6.1.

Beoordeling systeem algemeen:

	Interne of externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem
1	<p><u>Beschrijving van ontwikkelingen, veranderingen en verwachtingen.</u> <u>Denk aan ontwikkelingen met betrekking tot omgeving, organisatie, financiering, visie/missie, lange termijn doelen, wetgeving, en normen.</u></p> <p>Gezien de veranderingen binnen de maatschap, waarin binnen 5 jaar enkele maten (met specialisaties) vertrekken worden er collega's opgeleid of aangetrokken om deze functies te gaan versterken. Ook zal er gekeken worden naar nieuwe invulling van de praktijk.</p> <p>Ook t.a.v. de veranderende gezondheidszorg en de vergrijzende bevolking zijn we in beweging. Ook hier is opleiding van belang. Daarnaast zijn we bezig om binnen de lokale eerstelijnszorg onze positie te versterken.</p>
	Status corrigerende en preventieve maatregelen
	<p>De praktijk heeft op basis van het beleidsplan van dit jaar en vorige jaren doelstellingen bepaald (zie hoofdstuk 4).</p> <p>De doelstellingen van het voorgaande jaar worden geëvalueerd op effectiviteit in hoofdstuk 5.3 Indien een doelstelling niet het beoogde resultaat oplevert is deze, indien gewenst, weer opgenomen bij hoofdstuk 4.</p> <p>Het doelstellingen en activiteitenplan 2019 hoofdstuk 4 (dit jaar) en 2018 (vorig jaar) laat een overzicht zien van de status van de corrigerende en preventieve maatregelen.</p>

Hoofdstuk 5.3. Evaluatie doelstellingen beleidsplan voorgaande jaar:

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
In 2018 volg alle personeel wederom een herhalingscursus reanimatie en AED.	Gerealiseerd	
In 2018 zal er een collega starten met de opleiding Fysiotherapie in de Geriatrie.	Niet gerealiseerd	Er was dit jaar geen mogelijkheid om deze opleiding te starten, dit blijft een punt van aandacht.
In 2018 wordt er om het team te versterken door twee collega's gestart met de cursus dry needling.	Gerealiseerd	
In 2018 wordt er een collega opgeleid binnen het parkinsonnet en zal zich ook binnen dit netwerk registreren.	Niet gerealiseerd	Parkinsonnet liet geen nieuwe mensen toe, dit doel blijft bestaan.
In 2018 wordt er een vacature geplaatst om een collega met de specialisatie bekkenfysiotherapie te werven.	Gerealiseerd	Vacature staat online, tot op heden geen adequate reacties.
In 2018 wordt er een vacature geplaatst om een collega met de specialisatie psychosomatische fysiotherapie te werven.	Gerealiseerd	Collega is inmiddels gestart.
In 2018 wordt er binnen de praktijk gewerkt volgens een protocol bij Artrose knie en heup.	Gerealiseerd	
In 2018 worden alle verbetervoorstellen ook digitaal in SOM bijgehouden.	Niet gerealiseerd	Bleek niet overzichtelijk en praktisch, gebeurt eerst op de bekende methode in Drive.
In 2018 worden bij alle collega's functioneringsgesprekken gehouden.	Gerealiseerd	
In 2018 wordt elk kwartaal de PREM bijgehouden en scoren we in totaal en op elk onderdeel apart gemiddeld een 8.	Gerealiseerd	
In 2018 worden alle klachten bijgehouden van patiënten, we streven ernaar om geen enkele directe klacht te ontvangen. Daarbij streven we er naar om <15 indirecte klachten te ontvangen.	Niet gerealiseerd	Er zijn meer indirecte klachten binnen gekomen, mede door het omzetten van verbeterpunten en opmerkingen vanuit de PREM. Er kwamen 6 directe klachten binnen welke op 1 na allemaal goed zijn opgelost.
In 2018 doen we wederom een inventarisatie valrisico om het risico op ongevallen op de werkvloer zo klein mogelijk te houden.	Gerealiseerd	
In 2018 doen we er alles aan om de wachttijd niet op de laten lopen boven de 3 werkdagen.	Gerealiseerd	
In 2018 willen we de contracten met de therapeuten in loondienst aangepast hebben aan de eisen van de tijd.	Niet gerealiseerd	Helaas is er vertraging in dit proces opgelope, dit komt doordat we het belangrijk achten dat dit proces

		zorgvuldig en correct wordt doorlopen.
--	--	--