

# Delver & van der Knaap

Fysiotherapie

[www.FysioHoorn.nl](http://www.FysioHoorn.nl)

## Beleidsplan & Jaarverslag 2016



J. Willemszoonstraat 20  
1624 CH te Hoorn (NH)  
telefoon 0229-21 56 15

## INHOUDSOPGAVE:

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN .....	5
Hoofdstuk 1. Algemeen beleid .....	5
1.1    Inleiding.....	5
1.2    Missie / visie praktijk.....	5
1.3    Organisatiedoelstellingen op lange termijn .....	5
1.4    Doelgroepen, producten en diensten.....	6
1.4.1    Curatieve activiteiten.....	6
1.4.2    Preventieve activiteiten .....	7
1.5    Externe oriëntatie .....	7
1.5.1    Zorgketen: beschrijving van de partners in de keten .....	7
1.5.2    Zorgverzekeraar .....	8
1.5.3    Beroepsvereniging .....	8
1.5.4    Regionale patiënten / consumentenorganisaties .....	8
1.5.5    Inspectie voor de Gezondheidszorg.....	8
1.5.6    Andere partijen .....	8
1.6    Organisatieschema .....	8
1.6.1    Functies en specialisaties van, formele verhouding tussen medewerkers.....	8
1.7    Milieu verantwoorde bedrijfsvoering .....	9
Hoofdstuk 2. Personeelsbeleid .....	10
2.1    Uitgangspunten .....	10
2.1.1    Arbeidsomstandigheden .....	10
<b>2.1.2    Arbeidsovereenkomsten</b> .....	10
2.1.3    Arbeidsverzuim en –vervanging.....	10
2.1.4    Arbeidsvoorwaarden .....	10
2.1.5    Werken in deeltijd .....	11
2.1.6    Deskundigheidsbevordering (bij- en nascholing).....	11
2.1.7    Lidmaatschappen.....	11

2.1.8	Dienstrooster en capaciteit.....	11
2.1.9	Functioneringsgesprekken.....	11
2.1.10	Beoordelingsgesprekken.....	12
2.1.11	Inspraak en medezeggenschap.....	12
2.1.12	Loopbaanbeleid.....	12
2.1.13	Ontslag en exitgesprekken.....	12
2.1.14	Rechtspositieregeling.....	13
2.1.15	Stagebeleid.....	13
2.1.16	Werkbegeleiding.....	13
2.2	Doelstellingen op het gebied van personeel.....	13
Hoofdstuk 3. Kwaliteitsbeleid.....		14
3.1	Visie van de praktijk op kwaliteit.....	14
3.1.1	Medewerkers.....	14
3.1.2	Integratieve samenwerking.....	14
3.1.3	Scholing.....	14
3.1.4	Facilitaire zaken.....	15
3.1.5	Administratie.....	15
3.1.6	Bedrijfsorganisatie.....	16
3.1.7	Bieden van stagemogelijkheden.....	16
3.1.8	Patiëntenzorg.....	16
3.2	Kwaliteitsdoelstellingen (SMART).....	17
DEEL 2: METEN, VERZAMELEN VAN GEGEVENS.....		18
Hoofdstuk 4: Kritische processen.....		18
4.1	Inleiding.....	18
4.2	Metingen en uitkomsten kritische processen.....	18
4.2.1	Overzicht klachten van patiënten.....	18
4.2.1.a	Overzicht indirecte klachten.....	18
4.2.1.b	Overzicht directe klachten.....	19
4.2.2	Overzicht fouten en (bijna) ongevallen.....	19

4.2.3	Overzicht kwantitatieve patiëntengegevens .....	19
4.2.4	Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem .....	19
4.2.5	Overzicht tevredenheid van patiënten.....	19
4.2.6	Overzicht tevredenheid verwijzers.....	19
4.2.7	Overzicht professioneel handelen medewerkers .....	20
4.2.8	Overzicht opleidingen medewerkers .....	20
4.2.9	Overzicht klachten en verbetervoorstellen van medewerkers .....	20
DEEL 3 EVALUATIE EN CONCLUSIES .....		21
Hoofdstuk 5. Systeembeoordeling door de praktijkhouder .....		21
Hoofdstuk 6. Evaluatie doelstellingen beleidsplan .....		21
DEEL 4 PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE .....		22
Hoofdstuk 7. Plannen voor het komende jaar .....		22
7.1	Jaarspecifieke doelstellingen op het gebied van personeel.....	22
7.2	Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstellingen .....	22
Hoofdstuk 8. Doelstellingen en activiteitenplan.....		22
8.1	Huidige jaar .....	22
8.2	Komende jaar .....	23
Bijlage 1 .....		24

**Toelichting:**

De bovenstaande indeling van dit document is gebaseerd op de beleidscyclus (ook wel kwaliteitscyclus genoemd) Plan, Do, Check, Act (PDCA).

Alle onderdelen van deze cyclus, die nodig zijn om te komen tot een gestructureerde planning, uitvoering en controle van beleid, zijn in dit document opgenomen.

- Deel 1: Plan de beleidsplannen, doelstellingen en acties
- Deel 2: Do uitvoering, gedurende de uitvoering worden gegevens verzameld
- Deel 3: Check evalueren van de verzamelde gegevens en van de doelstellingen uit het kwaliteitsjaarplan.
- Deel 4: Act op basis van de evaluatie worden bestaande normen en doelstellingen bijgesteld en nieuwe doelstellingen geformuleerd voor het volgende jaar. Dit vormt weer het begin (deel 1) van de volgende cyclus.

#### 1.1 INLEIDING

Dit is het beleidsplan van de fysiotherapie praktijk Delver & van der Knaap, gevestigd aan de J. Willemsz. Straat 20 te Hoorn (NH).

Dit beleidsplan is in november 2014 geschreven door de maatschap leden mw van der Knaap en dhr Delver en na overleg binnen het team geaccordeerd.

Het beleidsplan is een handvat om het beleidsdoel "het verbeteren van de intrinsieke kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg" vorm te geven en te kunnen toetsen.

#### 1.2 MISSIE / VISIE PRAKTIJK

**Missie:**

Fysiotherapie Delver & van der Knaap is een gespecialiseerde praktijk die toegankelijk is voor zowel jong als oud, waar een goede sfeer centraal staat en een gemotiveerd team u zo goed mogelijk zal helpen. Bij Delver & van der Knaap streven wij er naar dat iedereen zich thuis en begrepen voelt.

**Visie:**

Binnen de praktijk wordt gespecialiseerde zorg aangeboden door mensen die daarin geschoold zijn. Indien mogelijk zijn er minstens twee collega's in dienst met dezelfde specialisatie, waardoor er een vangnet ontstaat bij uitval en ziekte.

De praktijk is bekend met meerdere specialisaties. De praktijk heeft een goed lopende manueel therapie. De andere specialisaties zijn minder bekend bij de patiënten uit Hoorn en omgeving en worden waarschijnlijk minder benut. De praktijk gaat er in de toekomst voor zorgen dat deze specialisaties beter bekend worden en beter worden benut. De praktijk blijft aandacht besteden aan het moderniseren van de praktijkinrichting.

#### 1.3 ORGANISATIEDOELSTELLINGEN OP LANGE TERMIJN

### **Doelstelling 2013-2018**

Wij richten ons meer en meer op de zorgbehoefte, vraag en wens van de cliënt/ patiënt.

Wij specialiseren ons op specifieke zorgvragen waarbij we waardevol bewezen ontwikkelingen implementeren òf in samenwerking aanbieden.

Wij streven naar een hoge kwaliteit en niet naar de hoogste kwaliteit. Kwaliteit die we afmeten op patiëntniveau waarbij de patiënt tevredenheid hoog op de agenda staat. Hiervoor is de service en aandacht gericht op de patiënt.

Betaalbaarheid & toegankelijkheid van de fysiotherapeutische zorg willen we handhaven.

Als kinderfysiotherapiepraktijk willen we een grotere rol spelen in de Gemeente Hoorn op het gebied van de zorg rond het kind.

De praktijk wordt in haar functioneren minder afhankelijk van slechts enkele personen. Specialisatie ligt niet slechts bij een enkeling.

De praktijk behaalt een hogere winst om een hogere servicegraad te kunnen bekostigen.

## **1.4 DOELGROEPEN, PRODUCTEN EN DIENSTEN**

### **1.4.1 CURATIEVE ACTIVITEITEN**

In de directe zorg staan ten behoeve van onze patiënten de volgende therapievormen ter beschikking:

- Algemene fysiotherapie (Meerjam Bouman- Strijker, Chiel Delver, Hidde Timmermans, Ricco Poffijn)
- Kinderfysiotherapie (Judith van Angeren, Annet Ooijevaar, Anita Possel-Loos, Suzan van der Knaap,)
- Handtherapie (Meerjam Bouman-Strijker)
- Manuele therapie (Chiel Delver, Ricco Poffijn)
- Sportfysiotherapie (Hidde Timmermans)
- Groepsbehandeling voor kinderen met een chronische aandoening (Judith van Angeren, Annet Ooijevaar, Anita Possel-Loos)
- FysioFitness (Hidde Timmermans, Ricco Poffijn)

Een actueel overzicht van onze curatieve activiteiten kunt u vinden op onze website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl)

#### 1.4.2 PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

De volgende zorgvormen worden als preventieve therapie aangeboden:

- Groepsbehandeling voor kinderen met overgewicht (Judith van Angeren, Annet Ooijevaar, Anita Possel-Loos)

Een actueel overzicht van onze preventieve activiteiten kunt u vinden op onze website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl)

#### 1.5 EXTERNE ORIËNTATIE

##### 1.5.1 ZORGKETEN: BESCHRIJVING VAN DE PARTNERS IN DE KETEN

Samenwerking binnen de SFP bestaat sinds 2001. Sinds 2002 wordt in samenwerking met Sportcentrum Vredenhof diverse vormen van groepstherapie en fitness aangeboden.

In 2008 heeft Chiel Delver samenwerking gezocht met de Schouder Werkgroep Hoorn. Deze samenwerking is in 2016 officieel geformaliseerd middels een overeenkomst.

Eind 2008 heeft de praktijk zich aangesloten bij Fys'optima.

In 2009 is samenwerking opgezet met externe partners in het kader van de zorg rondom diabetes patiënten en patiënten met overgewicht.

Medio 2010 is de samenwerking met de Praktijk voor Fysiotherapie en Bekkenterapie Deen & Visser schriftelijk bekrachtigd.

Eind 2010 is samenwerking gezocht en gevonden met de Kuypers Kliniek voor hand en polsklachten.

In 2012 hebben we diverse samenwerkingsvormen in de vorm van een "official partnership" gegoten. Op onze website zijn deze terug te vinden.

In 2013 is de samenwerking met stichting Leerzaam opgezet.

In 2014 is het samenwerking gezocht met handtherapeuten Esther Sjerps en Brenda van Beek en is netwerk Handtherapie West-Friesland ontstaan.

In 2016 is samenwerking gezocht met Morasa kindercentrum, Logocomm en het Centrum voor Kindertherapie. De praktijk heeft zich aangesloten bij Rugnetwerk Nederland. De praktijk is sinds 2008 partner in de Schouder Werkgroep Hoorn, deze heeft zich aangesloten bij het Schouder Netwerk Noord-Holland-Noord welke weer aangesloten is bij Schouder Netwerk Nederland.

Alle actuele samenwerkingsverbanden, achtergrondinformatie alsmede een verwijzing naar de website van de partners kunt u vinden op onze website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl)

---

### 1.5.2 ZORGVERZEKERAAR

Met vrijwel alle Nederlandse Zorgverzekeraars heeft de praktijk een contract afgesloten. De meest recente informatie vindt u op onze website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl) .

De praktijk maakt geen afspraken met zorgverzekeraars over de vergoeding van de beweegprogramma's.

---

### 1.5.3 BEROEPSVERENIGING

Fysiotherapeuten werkzaam binnen de praktijk zijn lid van het KNGF, NVMT, NVFK, NVHT.

---

### 1.5.4 REGIONALE PATIËNTEN / CONSUMENTENORGANISATIES

De praktijk publiceert het beleidsplan en jaarverslag jaarlijks voor 1 juli op haar website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl) .

---

### 1.5.5 INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

De praktijk publiceert het beleidsplan en jaarverslag jaarlijks voor 1 juli op haar website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl) en brengt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van het verschijnen op de hoogte.

---

### 1.5.6 ANDERE PARTIJEN

Indien van toepassing binnen het zorgproces wordt met elke partij contact gezocht en onderhouden ten behoeve van het zorgproces rondom de patiënt.

---

## 1.6 ORGANISATIESCHEMA

---

### 1.6.1 FUNCTIES EN SPECIALISATIES VAN, FORMELE VERHOUDING TUSSEN MEDEWERKERS

De bedrijfsvorm van praktijk is een maatschap. De maatschap wordt gevormd door mw.



S. van der Knaap en dhr J-M Delver.

De medewerkers van de praktijk zijn in loondienst.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de praktijk zijn beschreven in bijlage 5.9.1 van het kwaliteitshandboek.

De organisatie is heel plat en overzichtelijk. Hiermee zorgen we er voor dat iedereen die werkzaam is binnen onze organisatie kennis kan nemen van de ontwikkelingen op alle terreinen van het vakgebied fysiotherapie. Doordat het team relatief klein is en we trachten de collegae met verschillende specialisaties met elkaar aan één project te laten werken stimuleren we deze kennis overdracht.

In bijlage 5.8.1. van het kwaliteitshandboek kunt u het organogram bekijken

---

## 1.7 MILIEU VERANTWOORDE BEDRIJFSVOERING

De maatschap en haar medewerkers hanteren de gangbare handelswijze ten aanzien van afvalstromen.

Daar waar energiebesparende oplossingen een gelijkwaardig alternatief biedt zal daarvoor gekozen worden.

### 2.1 UITGANGSPUNTEN

Het personeelsbeleid is onderdeel van het meerjarenbeleid en hangt samen met het meerjarenbeleid en de missie / visie van de praktijk.

Hoe de praktijk aankijkt tegen personeelsbeleid en welke plaats het personeelsbeleid binnen de praktijk op diverse gebieden heeft kunt u nalezen in onderstaande paragrafen.

#### 2.1.1 ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

Jaarlijks wordt er een risico inventarisatie, welke in het kader van de ARBO-wetgeving verplicht is gesteld, uitgevoerd.

#### 2.1.2 *Arbeidsovereenkomsten*

De onderlinge verhouding binnen de maatschap is op basis van gelijkheid. De werkgevers- werknemers verhouding is geregeld in een individuele arbeidsovereenkomst op basis van de Collectieve Arbeids Overeenkomst voor Fysiotherapeuten (versie 2003, niet meer verbindend). De wettelijke bepalingen komen hierin uiteraard tot uiting. Daar waar in overleg besloten, aangevuld met individuele wensen.

#### 2.1.3 ARBEIDSVERZUIM EN –VERVANGING

De praktijk heeft als doelstelling een zo laag mogelijk (ziekte)verzuim van haar medewerkers. Het verzuim wordt voortdurend gevolgd. Bij kortdurend verzuim zal getracht worden dit verzuim op te vangen vanuit de praktijk. Bij lang verzuim zal, indien nodig, waarneming ingeschakeld worden. Met het plannen van verlofdagen en vakanties wordt, indien nodig, waarneming georganiseerd.

#### 2.1.4 ARBEIDSVOORWAARDEN

De arbeidsvoorwaarden zijn gebaseerd op de model arbeidsovereenkomst van het KNGF en de, indien van toepassing, geldende CAO. Afwijken van deze voorwaarden kan alleen na goedkeuring van de praktijk eigenaar(s).

### 2.1.5 WERKEN IN DEELTIJD

Binnen praktijk is het mogelijk om in deeltijd te werken. Afspraken hier omtrent dienen in overleg gemaakt en vastgelegd te worden in een arbeidsovereenkomst of als addendum hieraan toegevoegd te worden. Van medewerkers die in deeltijd werken wordt verwacht dat ze ook het praktijkoverleg en opleidingen bij wonen indien deze buiten hun reguliere arbeidstijd plaats hebben. Tevens wordt van het verwacht dat zij bij kort verzuim hun bijdrage leveren bij het oplossen van het mogelijke bezettingsprobleem.

### 2.1.6 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING (BIJ- EN NASCHOLING)

De praktijk hecht veel waarde aan de professionele kwaliteit van de behandeling. Om deze kwaliteit te borgen wordt er voortdurend geïnvesteerd in na- en bijscholing. Iedere medewerker dient minimaal de opleidingen en trainingen te volgen die vanuit de wet (B.I.G.) of beroepsgroep worden verplicht.

### 2.1.7 LIDMAATSCHAPPEN

Praktijk is aangesloten bij de volgende beroepsorganisaties:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Nederlandse vereniging voor Manuele Therapie
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg
- Nederlandse Vereniging voor Handtherapie

### 2.1.8 DIENSTROOSTER EN CAPACITEIT

De afsprakenagenda en de arbeidsduur zoals vastgelegd in de arbeidsovereenkomst vormen het uitgangspunt van de dienstroosters 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 komt zowel het functioneren van de medewerker als het functioneren van zijn/haar leidinggevende ten opzichte van de medewerker ter sprake.

#### 2.1.10 BEOORDELINGSGESPREKKEN

Praktijk voert geen aparte beoordelingsgesprekken met medewerker. Er is geen relatie aanwezig tussen beoordeling en beloning.

#### 2.1.11 INSpraak EN MEDEZEGGENSCHAP

De praktijkhouder(s) 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. Klachten en/of verbetervoorstellen van medewerkers worden genoteerd en worden behandeld zoals beschreven in het kwaliteitshandboek.

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

#### 2.1.12 LOOPBAANBELEID

Loopbaanbeleid binnen praktijk is gerelateerd aan deskundigheidsbevordering, vervanging en capaciteit.

Een loopbaanplan van medewerker wordt (waar van toepassing) op basis van de wens en persoonlijke eigenschappen van de medewerker, behoefte van de organisatie en marktontwikkelingen, in overleg vastgesteld. Een loopbaanplan kan in de vorm van een opleidingsplan of persoonlijk ontwikkelingsplan voorkomen.

#### 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. Dit met als doel dat zowel medewerker als praktijk voordeel kunnen behalen uit de feedback die aan elkaar gegeven wordt en eventuele niet uitgesproken gevoelens naar elkaar uit te spreken.

---

#### 2.1.14 RECHTSPOSITIEREGELING

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

---

#### 2.1.15 STAGEBELEID

Praktijk biedt standaard geen ruimte aan stagiaires. Wel wordt bij iedere aanvraag openhartig benaderd en behandeld. Hierbij wordt, naast de bereidheid van de leden van het team de stage in te vullen, beoordeeld of de praktijksituatie het toelaat. De praktijkhouder is eindverantwoordelijk voor de stagebegeleiding.

---

#### 2.1.16 WERKBEGELEIDING

Praktijk beschikt over een inwerkplan voor haar nieuwe medewerkers. Daarnaast maakt de praktijk gebruik van intercollegiale toetsing en casuïstiekbespreking. Dit al dan niet in IOF verband.

---

### 2.2 DOELSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN PERSONEEL

De doelstellingen op langere termijn zijn vertaald in jaarspecifieke doelstellingen die voldoen aan SMART-eisen: **S**pecifiek, **M**etbaar, **A**ceptabel, **R**ealistisch en **T**ijdgebonden (haalbaar binnen de bepaalde tijd).

De uitwerking van deze doelstellingen is opgenomen in het doelstellingen en activiteitenplan (zie deel 4).

Voor het overzicht zijn deze doelstellingen opgenomen in bijlage 1.

### 3.1 VISIE VAN DE PRAKTIJK OP KWALITEIT

Het kwaliteitsbeleid is onderdeel van het meerjarenbeleid en hangt samen met het meerjarenbeleid en de missie / visie van de praktijk.

Hoe de praktijk tegen kwaliteit aankijkt en welke plaats de kwaliteitsontwikkeling binnen de praktijk op de diverse deelgebieden heeft kunt u hieronder lezen.

#### 3.1.1 MEDEWERKERS

Alle in de praktijk werkzame therapeuten zijn gediplomeerd, ingeschreven bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en in het BIG-Register.

Voor de fysiotherapeuten geldt dat zij allen verplicht zijn de verplichte na- en bijscholing te volgen en dienen allen in het kwaliteitsregister van het KNGF te zijn opgenomen.

De meerderheid van de in de praktijk werkzame therapeuten hebben zich binnen hun vakgebied gespecialiseerd.

#### 3.1.2 INTEGRATIEVE SAMENWERKING

Het belangrijkste doel van de praktijk is een hoog kwalitatieve zorgverlening aan patiënten te verlenen. Daartoe zorgen we er voor dat de patiënt met haar of zijn specifieke klacht terecht komt bij die therapeut die daar de meeste kennis van heeft, de meeste vaardigheid mee heeft of de grootste affiniteit mee heeft.

Om dit te bewerkstelligen is eenieder binnen de praktijk bekend met de specifieke kennis en vaardigheden van de collegae en wordt selectie c.q. toewijzing bij het indelen van de patiënt bij aanmelding toegepast.

In die gevallen waarin de beste zorg buiten de muren van onze praktijk voor de patiënt te verkrijgen valt zullen we haar of hem daar naar door verwijzen. Daartoe is er een lijst opgesteld met de specifieke deskundigheden van collegae buiten de eigen praktijk die voor alle collegae toegankelijk is.

#### 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 en biedt de medewerkers mogelijkheden om dat kwaliteitsniveau te kunnen bereiken. Zij doet dit in verlening in tijd en geld. De bij- en nascholing moet wel passen binnen hun functie in de praktijk. Hiertoe is een specifieke en transparante procedure opgesteld.

Ten allen tijden is er een medewerker van de praktijk bereikbaar die EHBO bevoegd is, inclusief reanimatie en AED. De praktijk staat garant voor de specifieke scholing en nascholing van deze medewerkers.

#### 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 het gebouw, de wachtkamer, administratieruimte, behandelkamers, oefenzaal, parkeerruimte wordt de grootste zorg besteed.

De therapeuten dragen schone kleding.

Alle ruimten dienen steeds onberispelijk te zijn.

De toestellen en apparaten zijn steeds in goede staat.

De lakens dienen voor elke patiënt schoon te zijn.

Bewassing vindt in de praktijk zelf plaats.

Voor facilitaire zaken staat de maatschap verantwoordelijk. Zij ziet erop toe dat de regels worden nageleefd en zorgt voor aankoop van materialen en herstel van niet goed functionerende materialen en toestellen. Ook is zij verantwoordelijk voor een optimaal onderhoud van het gebouw, zowel aan de binnen- als aan de buitenkant.

#### 3.1.5 ADMINISTRATIE

Voor de planning van patiënten zijn alle, aanwezige, medewerkers verantwoordelijk.

De financiële administratie en de contacten met zorgverzekeraars gebeurt door de maatschaplleden.

Voor de ICT ondersteuning wordt gebruik gemaakt gebruik van Intramed.

De loonadministratie gebeurt door RAET. Deloitte is als accountantskantoor aangesteld.

De maatschap is verantwoordelijk voor het tijdig aanleveren van de benodigde gegevens.

Voor declaratie aan de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van "Vecozo". Indien dit voor individuele patiënten/cliënten niet mogelijk is wordt aan de individuele patiënt/cliënt gevraagd de kosten te pinnen of verstuurt de maatschap de nota's.

De directe patiëntenadministratie gebeurt door de therapeuten zelf. Hiervoor zijn voor alle handelingen (elektronische) formulieren aanwezig, zodat alle administratieve werkzaamheden geprotocolleerd geschieden.

De elektronische patiëntendossiers zijn slechts toegankelijk voor medewerkers van de praktijk. De veiligheid daarvan wordt bewaakt door de firma Comvio met wie een overeenkomst voor Server Based Computing is afgesloten.

De dossiers worden 10 jaar bewaard (volgens huidige voorschriften). Papieren dossiers die ouder zijn dan 10 jaar worden vernietigd. Elektronische dossiers worden bewaard.

### 3.1.6 BEDRIJFSORGANISATIE

De bedrijfsorganisatie van de praktijk is in handen van de maatschap. Indien noodzakelijk roept zij de hulp in van Accountantskantoor "Deloitte " en de accountmanager van de bank "ABN-AMRO".

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. Omdat zij haar onvermogen erkent in het leveren van voldoende kwalitatieve begeleiding heeft zij zich op het standpunt gesteld geen reguliere stageplaats te zijn.

### 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 plaats vindt op het handelen van de medewerkers. Deze controle vindt plaats door:

- Patiëntenbesprekingen
- Nakijken van de dossiers op verslaglegging, verslaggeving en methodisch handelen
- Controle op netheid, orde en hygiëne van de behandelkamers met toebehoren
- Patiënt tevredenheidonderzoeken volgens protocol
- Functioneringsgesprekken

Van alle therapeuten is een dossier aanwezig waarin alle antecedenten worden opgeslagen en bewaard.

---

### 3.2 KWALITEITSDOELSTELLINGEN (SMART)

De doelstellingen op langere termijn worden vertaald in jaar specifieke doelstellingen die moeten voldoen aan SMART-eisen: **S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ceptabel, **R**ealistisch en **T**ijdgebonden (haalbaar binnen de bepaalde tijd). De jaar specifieke doelstellingen vindt u in bijlage 1.

De uitwerking van deze doelstellingen wordt opgenomen in het doelstellingen en activiteitenplan. Het doelstellingen en activiteitenplan kunt u vinden in bijlage 1.

#### 4.1 INLEIDING

De praktijk heeft kritische processen vastgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem en evalueert deze intern.

Voortdurend zijn er in het kader van de beleidscyclus gegevens verzameld en zijn er 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 (4.2.1)
- Fouten en bijna ongevallen (4.2.2)
- Kwantitatieve patiëntengegevens (4.2.3)
- Interne evaluatie kwaliteitssysteem (4.2.4)
- Tevredenheid van patiënten (4.2.5)
- Professioneel handelen medewerkers (4.2.7)
- Opleidingen medewerkers (4.2.8)
- Klachten en verbetervoorstellen medewerkers (4.2.9)

#### 4.2 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.

##### 4.2.1 OVERZICHT KLACHTEN VAN PATIËNTEN

###### 4.2.1.A OVERZICHT INDIRECTE KLACHTEN

Deze worden door de medewerkers opgetekend uit de opmerkingen van de patiënten die door hen worden uitgesproken tijdens het reguliere contact.

Het overzicht, de norm/ het doel die de praktijk zich stelt, alsmede de analyse vindt u in bijlage 1.

#### 4.2.1.B OVERZICHT DIRECTE KLACHTEN

---

De directe klachten, ingediend volgens de klachtenregeling, die de praktijk heeft ontvangen vindt u aan in bijlage 1.

#### 4.2.2 OVERZICHT FOUTEN EN (BIJNA) ONGEVALLLEN

In een tabel, welke u aantreft in bijlage 1, staat vermeld welke fouten en (bijna) ongevallen (FBO) hebben plaatsgevonden in de praktijk in het afgelopen jaar.

Hierbij is naast de norm ook de evaluatie en analyse opgenomen.

#### 4.2.3 OVERZICHT KWANTITATIEVE PATIËNTENGEDEVENS

De praktijk presenteert in tabellen een overzicht van patiëntgegevens. Indien mogelijk en door de praktijk gewenst zijn hierbij doelen opgenomen. Een analyse treft u eveneens aan. Alle gegevens zijn te vinden in bijlage 1.

#### 4.2.4 OVERZICHT INTERNE EVALUATIE KWALITEITSSYSTEEM

In 2010 heeft de praktijk de externe audit verricht door de KIWA succesvol doorlopen. En in 2011 is de interne audit, uitgevoerd door Fys'optima, positief afgesloten. In 2012 heeft geen (interne) audit plaats gevonden. In 2013 is de interne audit positief afgesloten. In 2014 heeft de maatschap besloten de auditering stop te zetten. De te investeren tijd en moeite staat volgens de maatschap in geen enkele verhouding tot de opbrengst. Het kwaliteitshandboek blijft de basis voor vastlegging van de interne afspraken rondom kwaliteit en wordt als zodanig ook bijgehouden.

#### 4.2.5 OVERZICHT TEVREDENHEID VAN PATIËNTEN

Vanaf het tweede kwartaal van 2010 maken we gebruik van de diensten van Fysio Prestatie Monitor. Bij de intake wordt aan de patiënt het e-mail adres gevraagd en verzocht of we dat mogen gebruiken voor het verzenden van de enquête.

Een overzicht van de resultaten vindt u in bijlage 1. Daarin wordt ook een evaluatie en analyse uitgevoerd.

#### 4.2.6 OVERZICHT TEVREDENHEID VERWIJZERS

Onze praktijk maakt geen gebruik van een enquête richting de verwijzers om de tevredenheid in kaart te brengen. Contact met verwijzers heeft ons geleerd dat zij hier in het geheel geen behoefte aan hebben. Onze verwachting is dan ook dat de reflectie te laag zou zijn om er een degelijk oordeel op te kunnen baseren. Daarnaast hebben we de verwachting dat de irritatie het positieve imago van onze praktijk zou kunnen schade.

In het reguliere contact met de huisartsen en andere verwijzers zijn we zeer alert op uitingen die een relatie hebben met de tevredenheid. Hiervan maken we notitie in het overzicht van klachten. Dit overzicht kunt u lezen in bijlage 1.

---

#### 4.2.7 OVERZICHT PROFESSIONEEL HANDELEN MEDEWERKERS

De praktijk presenteert in de tabel in bijlage 1 een overzicht van de uitkomsten van de toetsing. Hier zijn de items opgenomen die beschreven zijn in de praktijkprocedure van hoofdstuk 6.2 van het kwaliteitshandboek.

Ook de evaluatie en analyse treft u daar aan.

---

#### 4.2.8 OVERZICHT OPLEIDINGEN MEDEWERKERS

Elk jaar worden opleidingen en applicatiecursussen gevolgd. Door middel van het bezoeken van cursussen en symposia zorgen de medewerkers voor een voldoende kennisniveau. Elke medewerker is verplicht haar of zijn registratie in het kwaliteitsregistratiesysteem van het KNGF middels het behandelen van voldoende accreditatiepunten te borgen. Een overzicht hiervan is terug te vinden in het personeelsdossier.

Op onze website [www.fysiohoorn.nl](http://www.fysiohoorn.nl) kunt u per medewerker het curriculum nalezen. In bijlage 1 treft u de evaluatie en analyse aan.

---

#### 4.2.9 OVERZICHT KLACHTEN EN VERBETERVORSTELLEN VAN MEDEWERKERS

In de reguliere praktijkvergadering is een vast agendapunt (ARBO) in welke alle medewerkers verbetervoorstellen kunnen ventileren. In bijlage 1 treft u hiervan een overzicht aan.

### HOOFDSTUK 5. SYSTEEMBEOORDELING DOOR DE PRAKTIJKHOUDER

In dit hoofdstuk worden de gegevens geëvalueerd die in hoofdstuk 4 verzameld zijn. Alle onderwerpen welke in hoofdstuk 4 ter sprake zijn gekomen zijn geëvalueerd.

Voor het overzicht is deze analyse en de daaruit voorkomende conclusie per item opgenomen in bijlage 1.

Ten algemene kan opgemerkt worden dat het lastig is om altijd alert te zijn op de ontwikkelingen om ons heen. We hebben tenslotte als maatschappleden naast de bedrijfvoerende taak ook een uitvoerende taak; één die vaak de 38-urige werkweek overstijgt. De informatiestroom is soms overdonderend waardoor het lastig is belangrijke zaken te destilleren.

### HOOFDSTUK 6. EVALUATIE DOELSTELLINGEN BELEIDSPLAN

Alle doelstellingen op het gebied van personeel (2.2) en de kwaliteitsdoelstellingen (3.2) worden per item geëvalueerd in bijlage 1.

## DEEL 4 PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE

### HOOFDSTUK 7. PLANNEN VOOR HET KOMENDE JAAR

Op basis van alle evaluaties en conclusies (hoofdstuk 4, 5, en 6) van het afgelopen jaar en de ontwikkelingen en verwachtingen voor het komende jaar worden bestaande normen en doelstellingen bijgesteld en nieuwe doelstellingen geformuleerd voor het volgende jaar. Uiteraard worden de nieuwe doelstellingen gerelateerd aan missie / visie en meerjarenbeleid (hoofdstuk 1), en worden ze SMART geformuleerd.

Dit hoofdstuk vormt weer het begin van de volgende cyclus.

#### 7.1 JAARSPECIFIEKE DOELSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN PERSONEEL

Deze doelstellingen zijn geformuleerd naar aanleiding van gevonden afwijkingen in het meetproces 4.2.8 en 4.2.9.

Zie bijlage 1

#### 7.2 JAARSPECIFIEKE KWALITEITSDOELSTELLINGEN

Deze doelstellingen zijn geformuleerd naar aanleiding van gevonden afwijkingen in het meetproces 4.2.1 tot en met 4.2.7.

Zie bijlage 1

### HOOFDSTUK 8. DOELSTELLINGEN EN ACTIVITEITENPLAN

In het bijgevoegde doelstellingen en activiteitenplan vindt u een concrete uitwerking van de doelstellingen in acties, met taakverdeling en tijdsplanning.

#### 8.1 HUIDIGE JAAR

Zie bijlage 1

---

## 8.2 KOMENDE JAAR

Zie bijlage 1

## BIJLAGE 1

Deze bijlage is apart van dit jaarverslag opgesteld en op verzoek beschikbaar. Zend hiertoe een bericht aan ons e-mail adres voorzien van een motivatie. U ontvangt het dan zo snel mogelijk.

Officiële instanties verkrijgen deze bijlage automatisch.