

Beleidsplan & Jaarverslag 2012

Praktijk voor fysiotherapie Ann Taveirne

Deel 1: Beleidsplan



INHOUDSOPGAVE:

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN

Hoofdstuk 1: Algemeen beleid

1.1	Inleiding	3
1.2	Missie / visie van praktijk	3
1.3	Organisatie-doelstellingen op lange termijn	4
1.4	Doelgroepen, producten en diensten	4
1.5	Externe oriëntatie	5
1.6	Organisatieschema	7
1.7	Milieuverantwoorde bedrijfsvoering	9

Hoofdstuk 2: Personeelsbeleid

2.1	Uitgangspunten	10
2.2	Doelstellingen op het gebied van personeel	13

Hoofdstuk 3: Kwaliteitsbeleid

3.1	Visie van de praktijk op kwaliteit	14
3.2	Kwaliteitsdoelstellingen	16

DEEL 1: BELEID EN DOELSTELLINGEN

Hoofdstuk 1. Algemeen beleid

1.1. Inleiding:

Dit is het beleidsplan van de praktijk voor fysiotherapie Ann Taveirne, gevestigd aan de Umbriëllaan 7 te Heerhugowaard. Dit plan is opgesteld naar aanleiding het voornemen om het HKZ kwaliteitssysteem in de praktijk te implementeren. Het plan is geschreven door praktijkcommissie HKZ (bijlage 5.3.2 HKZ) met input vanuit het algemene teamoverleg en enkele specifieke bijeenkomsten ten aanzien van de gezamenlijke visie en missie van de praktijk.

Het document Beleidsplan en Jaarverslag is opgesteld in mei 2011.

Praktijk gegevens:

	Fysiotherapiepraktijk Ann Taveirne
Aantal FTE's:	4,5
Verwijzers:	Huisartsen en regionale ziekenhuizen
Behuizing:	Praktijk sinds 2006 op de Umbriëllaan gevestigd; Ingericht met 4 behandelruimten en een oefenzaal met extra behandelbank.
Openingstijden:	Werkdagen: Maandag 8:00 - 18:00 geopend Dinsdag 8:00 - 18:00 geopend Woensdag 8:00 - 21:00 geopend Donderdag 8:00 - 18:00 geopend Vrijdag 8:00 - 18:00 geopend
Verbijzonderingen:	Oedeemtherapie en Manuele Therapie
Andere activiteiten:	Medische Fitness

1.2. Missie / visie praktijk:

De komende 5 jaar groeit Fysiotherapiepraktijk Ann Taveirne uit tot een van dé toonaangevende fysiotherapeutische dienstverlener in de regio Heerhugowaard. Op patiëntniveau, op netwerk niveau, voor verwijzers, voor verzekeraars en voor alle andere relevante samenwerkingsverbanden.

*Door heldere, klantgerichte, oplossingsgerichte en kennis uitstralende communicatie en activiteiten is er eind 2012 al sprake van één regionaal nadrukkelijk bekende fysiotherapeutische dienstverlener: **Praktijk voor fysiotherapie Ann Taveirne**.*

Dat wordt de jaren daarna verder uitgebouwd tot toenemende bekendheid, klinkende reputatie en aansprekende autoriteit. Zowel op klant als op netwerk niveau, met specifieke agenda en communicatie. Sleutelwoorden zijn: Integer, toonaangevend, oplossingsgericht, persoonlijk aanpak, innovatief, regionaal nadrukkelijk aanwezig en prestatiegericht

De specialisaties die wij u kunnen bieden zijn: algemene fysiotherapiebehandelingen, oedeemtherapie, manuele therapie en myofasciale therapie (dry needling).

Wij snappen de patiënt als geen ander, weten wat hen beweegt

Wij hebben verstand van zaken, en zijn voorstander en initiator voor regionale samenwerking.

Kwaliteit en gedrevenheid van eigen mensen hebben prioriteit

1.3. Organisatiedoelstellingen op lange termijn:

Om deze missie te realiseren richten wij ons op de volgende doelen:

- Regelmatig bij en nascholing volgen voor medewerkers.
- Handhaving en mogelijke uitbreiding van onze specialisaties.
- Gecertificeerde kwaliteitskeurmerken behalen en vasthouden.
- Optimaliseren van de samenwerking met verwijzers en andere fysiotherapiepraktijken, doormiddel van actief contact te leggen, bezoeken van meetings en overlegstructuren en deelname aan samenwerkingsverbanden in de regio.
- Samenwerking met ziekenhuis voor behandeling van oncologische patiënten.
- Digitaliseren van verwijzerscontact in een veilige omgeving: zorgmail.
- Uitbreiden van informatie doormiddel van folders, in de praktijk en op de website.
- Setten van huisstijl in informatie voor cliënten, collega's en verwijzers om herkenbaarheid te vergroten.
- Service optimaliseren voor cliënten, collega's en verwijzers op gebied van bereikbaarheid, informatievoorziening en uniformiteit vanuit de praktijk.

1.4. Doelgroepen, producten en diensten:

1.4.1. Curatieve activiteiten:

Praktijk richt haar activiteiten op patiënten met klachten van het bewegingsapparaat (algemene fysiotherapie) en met een speciale gerichtheid op klachten van oedeemgerelateerde klachten/aandoeningen (oedeemtherapie) en wervelkolomgerelateerde klachten/aandoeningen (manuele therapie).

In de praktijk zijn meerdere disciplines werkzaam. De problemen die aan het bewegingsapparaat van het menselijk lichaam kunnen ontstaan zijn zo verschillend van aard en soms dermate complex, dat de praktijk meerdere disciplines in huis heeft om die klachten te onderzoeken en behandelen. Alle vakgebieden werken geïntegreerd samen om achter de oorzaak van de klachten te komen en om deze samen zo doeltreffend mogelijk te verbeteren. Daardoor kunnen we onze patiënten een optimale behandeling bieden. De disciplines die de praktijk biedt zijn: algemene fysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie.

Daarnaast beschikt de praktijk over de volgende aanvullende therapie mogelijkheden; medische fitness, beweegprogramma's diabetes mellitus en oncologie, Medical taping, Endermologie, Myofasciale (Triggerpoint) therapie, dry-needling, ontspanningstherapie, en A.P.S.therapie.

Doorontwikkelen website

De in 2010 vernieuwde website wordt ook in 2011 continu onderhouden op actualiteit. Alle beleidsaanpassingen en praktijkvernieuwingen worden op de website zichtbaar gemaakt. Onder www.anntaveirne.nl kunnen onze relaties een beeld krijgen van ons samenwerkingsverband. Voor de eigen medewerkers is een inlogomgeving ter beschikking gesteld waarmee voor intern gebruik informatie kan worden uitgewisseld.

Ter beschikking stellen van duidelijke en heldere informatie en folders

Ten behoeve van informatieverstrekking heeft fysiotherapiepraktijk geïnvesteerd in heldere, duidelijke en overzichtelijke folders met een herkenbare huisstijl. Deze zijn per eind 2010 beschikbaar, en worden regelmatig gecontroleerd op actualiteit.

1.4.2. Preventieve activiteiten:

Praktijk biedt een mogelijkheid tot deelname aan het beweegprogramma Diabetes Mellitus voor volwassenen en Bewegen bij kanker.

1.5. Externe oriëntatie:

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

Ten bate van de handhaving en het bewerkstellingen van een optimale kwaliteit en diversiteit aan dienstverlening te bieden zijn wij partner van Fys'Optima.

Fysoptima:
Modelleur 2
5171 SL, Kaatsheuvel.
Tel.: 041 - 6286355
secretariaat@fysoptima.nl

SAFE, Samenwerking **F**ysiotherapie **E**erstelij, voor het vertegenwoordigen in het proces van tariefstelling en tariefonderhandelingen met zorginkopende partijen.

SAFE-NK:
Buurtplein 10
1841 GC Stompvoren
Tel.: 072 - 5039384
info@safe-nk.nl

In het kader van samenwerking in de zorg is er een samenwerkingsverband met:

praktijk Zorgwaard Heerhugowaard :
t.b.v. het leveren van zorg betreffende: psychosomatische fysiotherapie, geriatrische fysiotherapie en kindersfysiotherapie.
Taxuslaan 34
1702 SC Heerhugowaard
Tel.: 072 - 534 7 534
info@zorgwaard.com

Angela Ruitenschild, Fysiotherapie en Bekkencentrum:
t.b.v. het leveren van zorg betreffende: bekkenfysiotherapie.
Rustenburgerweg 75
1703 RV Heerhugowaard
Tel.: 072 - 572 2025

De praktijk heeft tevens een samenwerking voor de volgende paramedische specialismen met:

Mensendieck :

TOBB
Clara Wichmanntuin 13
1705JZ Heerhugowaard
Tel.: 072-5743242
info@tobb.nl

Cesartherapie :

Praktijk oefentherapie Cesar
Bijlestaal 66, 1721 PW Broek op Langedijk.
Tel.: 0226-321041 Mobiel: 06-53515467

Diëtiste:

De Diëtisten
HAL Trade Center.
Bevelandseweg 26, 1704 WC Heerhugowaard.
Tel.: 072-5648686

Ergotherapie:

Ergotherapie Heerhugowaard
Taxuslaan 34, 1702 SC Heerhugowaard.
Tel.: 072-5723620
info@ergotherapieheerhugowaard.nl

Psycholoog:

Jannie Ligthart; Light heart at work
Middenweg 98
1702 HC Heerhugowaard
Tel.: 06 - 49 891 748
Info@lightheartatwork.nl

Voor het bieden van stageplaatsen heeft de praktijk contracten met de SOMT te Amersfoort.

SOMT:

Softwareweg 5
3821 BN Amersfoort
tel.: 033 - 456 0737
info@somt.nl

1.5.2. Zorgverzekeraar:

Met alle Nederlandse Zorgverzekeraars heeft de praktijk een contract afgesloten. De praktijk maakt afspraken met zorgverzekeraars over de vergoeding van de behandelingen. Met de zorgverzekeraar Menzis is er een contract afgesloten over de vergoeding van het beweegprogramma Diabetes Mellitus.

1.5.3. Beroepsvereniging:

Fysiotherapeuten werkzaam binnen de praktijk zijn lid van het:

- **KNGF:**
Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Telefoon: 033 - 467 29 00
hoofdkantoor@kngf.nl
- **NVMT:**
Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Tel. : 033 - 4672941
info@nvmt.nl
- **NVFL:**
Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Telefoon : -
info@nvfl.nl

1.5.4. Regionale patiënten / consumentenorganisaties:

Op dit moment heeft de praktijk contacten met de patientenvereniging :

MaculaDegeneratie-Vereniging:
Postbus 2034
3500 GA Utrecht
Tel.: 030 - 2980707
mdvereniging@viziris.nl

1.5.5. Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De praktijk zendt een afschrift van het beleidsplan en jaarverslag jaarlijks voor 1 juni aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het regionale consumenten- en/of patiëntenplatform.

- **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres :
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Tel.: 070 - 340 79 11

- **Inspectie voor de Gezondheidszorg**
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
Tel.: 088 -120 5000

- **Zorgbelang Noord-Holland**
Schipholpoort 48
2034 MB Haarlem
Tel.: 023 - 530 00 00

1.5.6. Andere partijen:

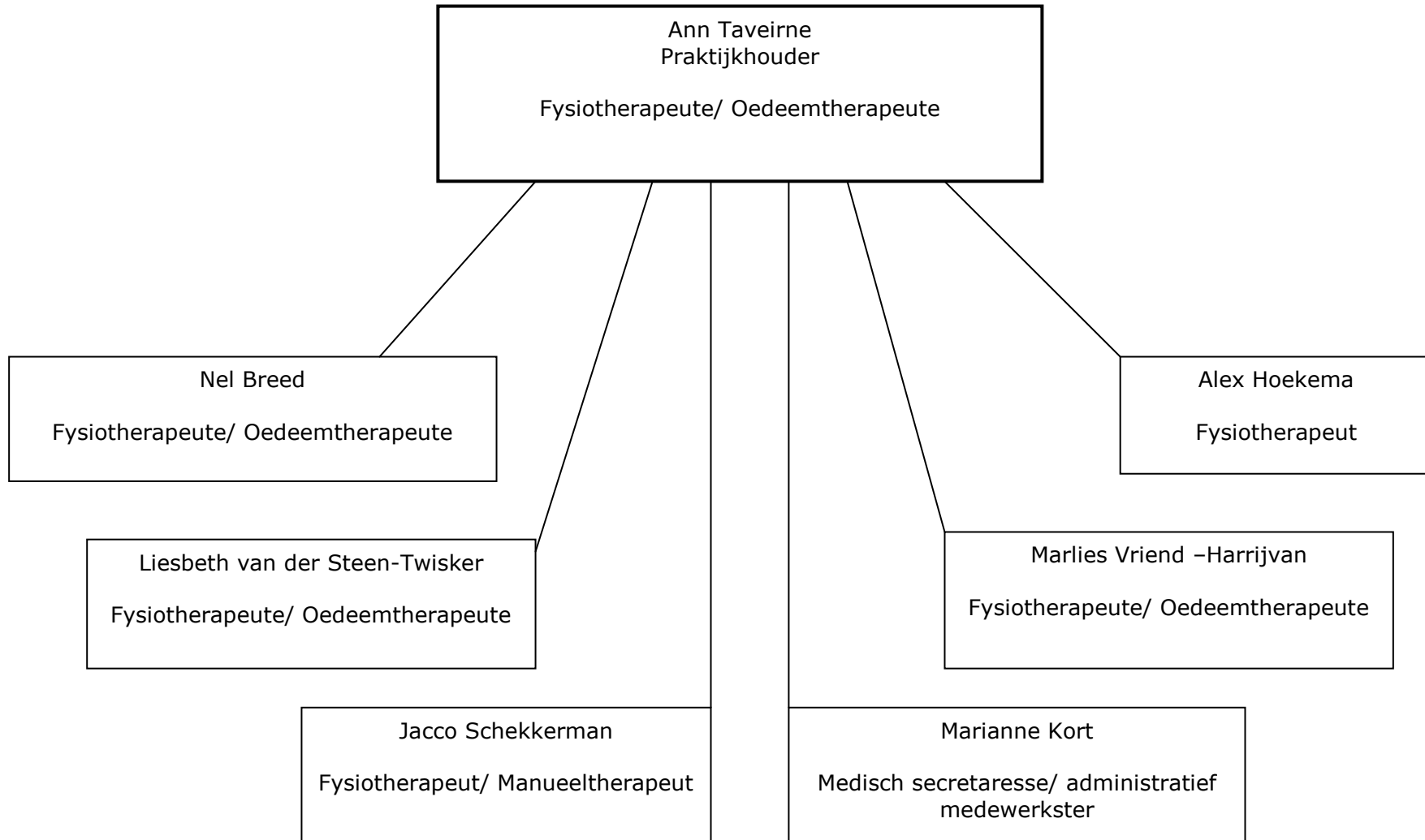
1.6. Organisatieschema:

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

De bedrijfsvorm van praktijk is een eenmanspraktijk. De directeur is mevr. A.Taveirne. Alle medewerkers van de praktijk zijn in loondienst.

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

Organogram praktijk voor fysiotherapie Ann Taveirne:



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.

Ons milieubeleid wordt gestuurd vanuit de gebieden die bij ons de grootste milieubelasting hebben: het kantoor- (elektriciteit- en papier beleid) en duurzaam inkoopbeleid.

Hierbij proberen we voortdurend het evenwicht te bewaren tussen een comfortabele werk- en leefomgeving, beheersing van de kosten en bespreking van de schadelijke impact ten gevolge van onze bedrijfsvoering.

De zorg voor het milieu maakt een integraal onderdeel uit van de praktijk bedrijfsvoering.

Kantoorbeleid:

De praktijk draagt er zorg voor dat ons bedrijfspand en onze werkwijzen het milieu zo min mogelijk belasten.

Energiezuinigheid is een essentieel selectiecriteria bij eventueel huur of koop van een praktijklocatie.

De praktijk maakt in alle werk-, en verblijfsruimten gebruik van energiezuinige en is voorzien van kunststof op de vloeren in plaats van hardhouten parketvloeren.

Energie wordt bespaard door maximaal één printer met hervulbare toner per twaalf werkplekken te plaatsen wat tevens leidt tot een betere luchtkwaliteit.

Door het digitaliseren van praktijk-, en patiëntgebonden documenten wordt een nagenoeg papierloze praktijk gecreëerd.

Zoveel als mogelijk wordt apparatuur binnen de praktijk na werktijd uitgeschakeld in plaats van in de stand by modus.

Gebruikte nog werkzame Pc's worden gedoneerd aan goede doelen.

Wij stimuleren medewerkers tot het uitvoeren van milieuvriendelijk gedrag, door het reduceren en scheiden van afval en door het gebruik van het openbaar vervoer te bevorderen.

Duurzaam inkoopbeleid:

De praktijk stelt eisen aan leveranciers bij de inkoop van goederen en diensten die nodig zijn voor het functioneren van de praktijk. Concreet betekent dit:

- 1 inkoop van alleen chloorvrij papier
- 2 keurmerk FSC voor leverancier van papier
- 3 schoonmaakbedrijf wat zo goed mogelijk milieuverantwoord schoonmaakt

Hoofdstuk 2. Personeelsbeleid

2.1. Uitgangspunten:

2.1.1. Arbeidsomstandigheden:

De veiligheid, gezondheid en welzijn van de medewerkers met betrekking tot het verrichten van arbeid moet gegarandeerd zijn.

Praktijk heeft een contract ziektekosten ASR-Fortis met een arbo-arts/gecertificeerde Arbodienst. Aan de hand van het Risico-inventarisatie en evaluatieformulier (format KNGF) is vastgesteld welke maatregelen genomen dienen te worden om eventuele verzuimrisico's te elimineren.

2.1.2. Arbeidsovereenkomsten:

Alle medewerkers van praktijk hebben een arbeidsovereenkomst. De arbeidsovereenkomst die is ontwikkeld door de vva dient als model. Indien er een algemeen geldend verklaarde CAO van toepassing is, zal deze gevolgd worden.

2.1.3. Arbeidsverzuim en -vervangings:

Praktijk heeft als doelstelling een zo laag mogelijk (ziekte)verzuim van haar medewerkers. Het verzuim wordt voortdurend gemonitord. (Bijlage 5.5.j & Verzuimprotocol MKB Nederland bijlage 9.1.2 in handboek HKZ) Bij kortdurend verzuim zal getracht worden dit verzuim op te vangen vanuit de praktijk. Bij lang verzuim zal waarneming geschakeld 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.

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):

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. De praktijk is gestart in 2010 met beweegprogramma's Diabetes Mellitus en bewegen bij kanker. De praktijk zet actief in op scholing voor deze groep.

2.1.8. Lidmaatschappen:

Praktijk is lid van het:

- KNGF
- NVFL
- NVMT
- Fys'optima
- SAFE

2.1.9. 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. Zie dienstrooster:

Naam:	Wat	Wanneer
Ann Taveirne Praktijkhouder	Algemene Fysiotherapie Oedeemtherapie Myofasciale therapie Dry Needling Aandachtsgebieden: Beweegprogramma diabetes Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur • Woensdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 21.00 uur • Donderdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur • Vrijdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 13.00 uur
Liesbeth van der Steen	Algemene Fysiotherapie Oedeemtherapie Myofasciale therapie Aanmeten van Steunkousen	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 9.00 - 14.30 uur • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 9.00 - 14.30 uur • Donderdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 9.00 - 14.30 uur
Nel Breed	Algemene Fysiotherapie Oedeemtherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur • Woensdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 13.00 uur • Donderdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur
Alex Hoekema	Algemene Fysiotherapie Myofasciale therapie Aandachtsgebieden: Beweegprogramma diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur • Woensdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 12.00 - 21.00 uur • Vrijdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 18.00 uur
Marlies Vriend	Algemene Fysiotherapie Oedeemtherapie Aanmeten van Steunkousen	<ul style="list-style-type: none"> • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 14.30 uur • Vrijdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 14.30 uur
Jacco Schekkerman	Algemene Fysiotherapie Manuele therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur • Woensdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur • Donderdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur • Vrijdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 17.00 uur
Marianne Kort	Medisch secretaresse/ praktijk assistente	<ul style="list-style-type: none"> • Maandag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 16.30 uur • Dinsdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 13.00 uur • Woensdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 13.00 uur • Donderdag: <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.00 - 16.30 uur

2.1.10. 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.

2.1.11. Beoordelingsgesprekken:

Praktijk voert separaat een beoordelingsgesprek met medewerker. Dit om een vertroebeling tussen het kritisch oordelen over functioneren en belonen uit te sluiten.

2.1.12. Inspraak en medezeggenschap:

De praktijkhouder is 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 op het formulier klacht/verbetervoorstel en worden behandeld zoals beschreven in het kwaliteitshandboek (HKZ). Bij problemen in de arbeidsverhouding streeft de praktijkhouder ernaar dat, waar mogelijk, deze in goed onderling overleg worden opgelost.

2.1.13. 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. Het loopbaanplan wordt gevormd in de vorm van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP), deze met invoering van januari 2012.

2.1.14. 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.

2.1.15. Rechtspositieregeling:

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

2.1.16. Stagebeleid:

Praktijk biedt uit maatschappelijk oogpunt ruimte aan stagiaires. Hierbij wordt bij iedere aanvraag beoordeeld of de praktijksituatie het toelaat. De stagebegeleider is eindverantwoordelijk voor de stagebegeleiding.

2.1.17. Werkbegeleiding:

Praktijk beschikt over een inwerkplan voor haar nieuwe medewerkers.

2.2. Jaarspecifieke doelstellingen op het gebied van personeel:

Met directe ingang worden de werknemers begeleidt en gecontroleerd op de volledigheid en kwaliteit van het verslaglegging volgens de afspraken welke zijn opgenomen in het handboek HKZ.

Hoofdstuk 3. Kwaliteitsbeleid

3.1. Visie van de praktijk op kwaliteit:

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.

Alle 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 en cliënten met klachten van oedeem of gerelateerd aan gewrichten/ de wervelkolom. Omdat deze zorg wordt gerekend tot het meest moeilijke onderdeel van de paramedische zorgverlening en de problematiek van de patiënt vaak zeer complex kan zijn, is een optimale integratieve samenwerking van de in de praktijk werkzame disciplines noodzakelijk om de patiënt die zorg te verlenen, die hij/zij nodig heeft en ook recht op heeft.

Werkwijze :

De patiënt komt de praktijk binnen (al of niet verwezen) via de secretaresses. Aan de hand van de klachten wordt de patiënt geplaatst bij een therapeut die de intake van de patiënt verzorgt. Deze therapeut blijft de coördinator of case-manager gedurende het gehele zorgproces binnen de praktijk. Afhankelijk van het klachtenbeeld van de patiënt beslist deze therapeut of hij/zij deze patiënt zelf zal behandelen of dat er nog nader onderzoek en/of behandeling door een andere discipline of andere disciplines geïndiceerd is. De coördinerende therapeut vraagt eventueel consult aan bij zijn collega's. Er is van deze patiënt één dossier en alle therapeuten die zorg geven aan deze patiënt dienen hun bevindingen en journaal in betreffend dossier weer te geven. Alle afsluitprocedures als verslaggeving naar arts, afsluiten van het dossier en administratieve verwerking behoren tot de functie van de coördinator. Verder is er in de praktijk de afspraak dat bij onvoldoende inzicht in de problematiek; bij niet bezitten van de juiste competentie er (bij instemming van de patiënt) voor onderzoek of behandeling onmiddellijk een collega (intern of extern) wordt ingeschakeld ter optimale behandeling van betreffende patiënt. Indien een ingestelde behandeling niet tot het gewenste/ verwachte resultaat heeft geleid mag de therapeut deze behandeling niet zonder meer voort zetten, doch is hij bij uiterlijk de 6e behandeling verplicht een collega te raadplegen.

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 alle 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. Twee medewerkers van de praktijk hebben de scholing tot bedrijfs hulpverlening (BHV) gevolgd, zij zijn EHBO bevoegd, inclusief reanimatie en AED. Te weten dhr.A. Hoekema en Mw.A.Taveirne.

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, toiletten, parkeerruimte wordt de grootste zorg besteed. Alle ruimten dienen steeds onberispelijk te zijn. De toestellen en apparaten zijn steeds in goede staat. De tafelbedekking is voor elke patiënt schoon. (papier of meegebracht (bad-)laken) Bewassing kan in de praktijk zelf plaats vinden, in de toiletruimten, zijn wasbakken aanwezig.

Voor facilitaire zaken is één therapeut verantwoordelijk gesteld. Deze medewerker 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 deze medewerker verantwoordelijk voor een optimaal onderhoud van het gebouw, zowel aan de binnen- als aan de buitenkant.

3.1.5. Administratie:

De financiële administratie, planning van patiënten, contacten met zorgverzekeraars gebeurt door een administratief medewerkster die op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag van 8.00 – 13.00 uur aanwezig is.

Voor de ICT ondersteuning maken zij gebruik van Fysiomanager. Zij heeft een aanstelling als medisch secretaresse. Haar handelen staat onder directe supervisie van de praktijkhouder.

De loonadministratie gebeurt door Accountantskantoor “vanhier”. De secretaresse geeft maandelijks haar gegevens door aan de loonadministratie.

Voor declaratie aan de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van “Vecozo” en indien dit voor individuele patiënten/cliënten niet mogelijk is van “Fysiomanager”.

De directe patiëntenadministratie gebeurt door de therapeuten zelf. Hiervoor zijn voor alle handelingen formulieren aanwezig, zodat alle administratieve werkzaamheden geprotocolleerd geschiedt. Dit gebeurt via “fysiomanager” deze bevat onder andere formulieren voor :

- Administratieve intake
- Lijsten “Red Flags”
- Screening en verslaggeving van de screening
- Anamnese
- Onderzoeksformulier
- Behandelplan
- Status voor alle disciplines
- Verslaggeving naar verwijzers

De patiëntendossiers zijn geborgen op vertrouwelijkheid door een afgesloten server 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.

Tevens participeert de praktijk aan het Kwaliefy onderzoek om de praktijk te toetsen op de kwaliteitsindicatoren opgesteld door het KNGF.

Hiernaast meet de praktijk continu haar eigen handelen ten opzichte van cliënten, door middel van de CQ-index.

3.1.6. Bedrijfsorganisatie:

De bedrijfsorganisatie van de praktijk is in handen van de praktijkhouder. Deze doet dit met medewerking van Accountantskantoor vanhier.

De praktijkhouder heeft de eindverantwoordelijkheid voor alles wat er binnen de praktijk gebeurt, zowel op patiënten- als facilitair en financieel gebied.

Om de bedrijfsorganisatie van de praktijk goed op orde te krijgen via een controleerbaar, duidelijk, overzichtelijk en reproductief systeem heeft de praktijk een kwaliteitsmanagementsysteem gebaseerd op HKZ 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 :

- Stagiaires fysiotherapie. (HBO & WO)
- SOMT voor stagiaires Manuele Therapie in alle leerjaren
- Huisartsen In Opleiding (HIO)

3.1.8. Patiëntenzorg:

De zorg aan patiënten zowel voor wat betreft Care en Cure ligt bij de therapeuten. Zij zijn ten allen tijden 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 praktijkhouder heeft altijd de eindverantwoordelijkheid over het handelen van de medewerkers. Deze verantwoordelijkheid kan de praktijkhouder alleen dragen als er controle plaats vindt op het handelen van de medewerkers. Deze controle vindt plaats door :

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

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

3.2. **Kwaliteitsdoelstellingen (SMART):**

1. De praktijk is HKZ gecertificeerd in het eerste kwartaal van 2012.
2. De praktijk ontvangt in het eerste kwartaal in 2012 maximaal drie klachten over telefonische bereikbaarheid.
3. De praktijk ontvangt in 2012 minimaal 80 chronische verwijzingen.
4. De score op alle afzonderlijke items patienttevredenheidsenquête van 2011 bedraagt minimaal 8,0.
5. Tevredenheidsscore verwijzerstevredenheid bedraagt minimaal 7,0.
6. Uitslag dossiercheck door middel van bijlage 5.5.6 bedraagt in het laatste kwartaal van 2012 minimaal 85%.
7. In 2012 ontvangt de praktijk minimaal vijf verbetervoorstellen van medewerkers.

Beleidsplan & Jaarverslag 2011

Praktijk voor fysiotherapie Ann Taveirne

Deel 2: meten, verzamelen van gegevens.

Deel 3: evaluatie en conclusies

Deel 4: plannen voor de komende periode



Ann Taveirne
praktijk voor fysiotherapie

INHOUDSOPGAVE:

DEEL 2: Meten, verzamelen van gegevens

Hoofdstuk 4: Kritische processen

4.1

4.1.1 Inleiding

4.1.2 Metingen en uitkomsten kritische processen

4.2

4.2.1 (Indirecte) Klachten van patiënten

4.2.2 Fouten en bijna ongevallen

4.2.3 Kwantitatieve patiëntengegevens

4.2.4 Interne evaluatie kwaliteitssysteem

4.2.5 Tevredenheid van patiënten

4.2.6 Tevredenheid van verwijzers

4.2.7 Professioneel handelen medewerkers

4.2.8 Opleidingen medewerkers

4.2.9 Klachten en verbetervoorstellen medewerkers

4.3 PDCA overzichten t.a.v. geconstateerde afwijkingen

DEEL 3: evaluatie en conclusies

Hoofdstuk 5. Systeembeoordeling door de praktijkhouder:

Hoofdstuk 6. Evaluatie doelstellingen beleidsplan:

DEEL 4: PLANNEN VOOR DE KOMENDE PERIODE

Hoofdstuk 7. Plannen voor het komende jaar:

7.1

7.2

Hoofdstuk 8. Doelstellingen en activiteitenplan:

Hoofdstuk 4: Kritische processen:

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)
- Tevredenheid van verwijzers (4.2.6)
- 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 (Indirecte) klachten van patiënten:

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

<i>Item</i>	<i>N</i>	<i>1^o kwartaal 2011</i>	<i>2^o kwartaal 2011</i>	<i>3^o kwartaal 2011</i>	<i>4^o kwartaal 2011</i>
Praktijk is telefonisch beperkt bereikbaar.	0	x	x	1	1
Geluid vanuit behandelruimte hoorbaar	0	x	x	1	1
signaal bij open en dichtgaan van de deur is storend	0	x	x	1	0
		x	x		
TOTAAL	10	x	x	3	2

Analyse van de (Indirecte) klachten over 2011:

De praktijk heeft in 2011 5 klachten geregistreerd. Dit scoort 5 klachten onder de praktijknorm. De klachten zijn pas vanaf het 3^e kwartaal geregistreerd, in het 4^e kwartaal wordt er actie ondernomen op de klachten uit het 3^e kwartaal, deze aanpassingen vergen soms tijd, hierdoor kan een klacht zich hebben herhaald in het 4^e kwartaal toen de aanpassingen nog niet volledig gerealiseerd waren. Wij verwachten in het 1^e kwartaal van 2012 minder klachten te ontvangen op de reeds eerder genoemde punten.

De klachten over de beperkte telefonische bereikbaarheid en de deursignalen zijn als indirecte klachten door patiënten ingediend, zo ook het kunnen waarnemen van geluiden en soms ook delen van een gesprek vanuit een behandelruimte is door 2 patiënten aangegeven als opmerking naar medewerkers, zij hebben deze geregistreerd als indirecte klacht, en behandeld als officiële klachten.

<i>Item</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
Beperkte telefonische bereikbaarheid.	Fysiotherapeuten willen behandeling niet steeds onderbreken.	Nieuwe indeling voor telefonische bereikbaarheid. Antwoordapparaat met duidelijke informatie wanneer de praktijk telefonisch bereikbaar is. Dit wordt ook gecommuniceerd op de website en in het foldermateriaal.
Geluid vanuit behandelruimte hoorbaar	Dunne tussenwanden, weinig afleiding of tegengeluid in de wachtkamer.	Radio met zachte muziek in de wachtkamer.
signaal bij open en dichtgaan van de deur is storend	Bij openen en sluiten van de deur is duidelijk zoemen te horen	Inschakelen van zoemer als slechts 1 therapeut nog werkzaam is

Analyse van de verbeteracties over 2011:

Bij alle klachten heeft oorzaakonderzoek plaatsgevonden. Klachten zijn geregistreerd en na drie maanden heeft evaluatie van de oplossing plaatsgevonden door middel van klachtenformulier en werkoverleg.

De aanpassing voor de telefonische bereikbaarheid stond reeds in de planning daar er voor de registratie van klachten en verbeteracties, ook al door de werknemers was opgemerkt dat de telefonische bereikbaarheid een actiepoint moest worden.

In werkoverleg van 19-03-2011 is de telefonische bereikbaarheid besproken en geëvalueerd. In werkoverleg van 23-05-2011 is overeengekomen dat er een nieuwe regeling is voor de telefonische bereikbaarheid van de praktijk. Vanaf 01-06-2011 is er een nieuwe indeling voor telefonische beantwoording.

Praktijkprocedure 1.4 is op 01-06-2011 definitief aangepast.

Deze regeling is middels een schrijven in de wachtkamer en middels de website aan de patiënten uitgelegd.

Navraag bij patiënten in de maanden september, oktober, november en begin december 2011 leert ons dat patiënten beter op de hoogte zijn van deze regeling. In het verloop van het vierde kwartaal zijn geen klachten of opmerkingen meer geuit.

In het werkoverleg op 03-10-2011 is er gebrainstormd over een eventuele oplossing voor het geluid. Uit kostenoverweging is gekozen om een radio te installeren, en hiermee afleiding en onderdrukking van de waarneembare geluiden te geven. De verbeteractie wordt uitgevoerd aan het eind van het 4^e kwartaal.

In het werkoverleg op 06-09-2011 is er overeengekomen dat wanneer de voorlaatste werknemer het pand verlaat, hij of zij de geluidswaarschuwing van de deur (zoemer) weer activeert. Deze wordt 's morgens gedeactiveerd door de medewerknemer die de praktijk opent.

In het werkoverleg van 03-10-2011 is geëvalueerd of de genomen maatregel reductie in het aantal opmerkingen (indirecte klachten) heeft bewerkstelligd. Dit bleek het geval, er worden geen opmerkingen meer gemaakt over de deurzoemer.

Voor 2011 is, wordt enkel de klacht van het waarneembare geluid verder gevolgd in 2011.

Jaarspecifieke kwaliteitdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de telefonische bereikbaarheid.
- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de waarneembare geluiden in de wachtkamer vanuit de behandelruimten.
- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de deurzoemer.

4.2.2. Overzicht fouten en (bijna) ongevallen:

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

<i>Item</i>	N	<i>1^e kwartaal 2011</i>	<i>2^e kwartaal 2011</i>	<i>3^e kwartaal 2011</i>	<i>4^e kwartaal 2011</i>
	0	0	0	0	0

Analyse van de fouten/bijna ongevallen over 2011:

De praktijk heeft geen ongeval geregistreerd in 2011.

In het werkoverleg van 03-10-2011 en 19-12-2011 is de fouten en (bijna) ongeval signalering en opvolging nogmaals aan de orde geweest.

<i>Item</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>

Analyse van de verbeteracties over 2011:

Niet van toepassing.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- In 2012 registreert de praktijk geen FBO ten aanzien van (onderhoud) materialen en apparatuur.

4.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntgegevens:

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

<i>Item</i>	<i>N per half jaar 20xx</i>	<i>1^e helft voorgaande jaar 2010</i>	<i>2^e helft voorgaande jaar 2010</i>	<i>1^e helft huidige jaar 2011</i>	<i>2^e helft huidige jaar 2011</i>
Aantal verwijzingen	125	42	39	89	
Aantal verwijzingen chronisch	40	16	24	32	
Aantal verwijzingen niet chronisch	85	26	15	57	
Aantal zittingen	6000	4827	4870	5135	
Aantal zittingen chronisch	3000	2289	2102	2197	
Aantal zittingen niet chronisch	3000	2538	2768	2938	
Aantal zittingen per patiënt	9.5	9.6	9.6	9.5	
„ per patiënt chronisch	12	12.4	11.4	11.9	
„ per patiënt niet chronisch	7.5	7.9	8.2	8.1	
Aantal DTF	200	31	61	170	

Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2011:

De praktijk laat over 2011 op alle onderdelen een groei zien ten aanzien van 2010, echter voor het eerste half jaar van 2011 nog niet voldoende ten opzichte van de gestelde norm.

Het aantal zittingen van patiënten die de praktijk bezoeken op chronische indicatie daalt in de loop van 2011 .

Het aantal patiënten dat zich aanmeldt bij de praktijk middels DTF laat een grote groei zien, maar de norm wordt in de eerste helft van 2011 nog niet gehaald.

De behandelgemiddelden voor de niet chronische patiënten zijn nog niet op de norm, hiervoor worden interne afspraken gemaakt.

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
Aantal chronische patiënten daalt.	2011	Minder verwijzingen vanuit oncologische verwijzers.	Trend volgen over tweede helft 2011 Actiever beleid inzetten voor representatie.
Aantal patiënten dat de praktijk instroomt via DTF groeit, maar nog niet tot de norm.	2011	De praktijk en haar kwaliteiten zijn onvoldoende bekend.	Trend volgen over tweede helft 2011 Actief inzetten op voorlichting.
Behandelgemiddelde niet chronische patiënt te hoog ten opzichte van de norm.	2011	Attitude van de therapeuten soms nog te afwachtend.	Duidelijke afspraken met therapeuten gemaakt. Evaluatie na 6 behandelingen moeten duidelijke verbetering merkbaar en meetbaar zijn ten opzichte van de klachten van de patiënt. Zo niet moet er een duidelijk plan worden opgesteld wat het vervolgbehandeltraject gaat worden voor de patiënt.

Analyse van de verbeteracties over 2011:

De praktijk zet in op ontwikkelingen in het zorgaanbod in haar regio, en is constant in beweging om te kijken of er marktkansen liggen om op in te springen. Dit met als doel zich meer te profileren in de markt en daarmee het marktdeel te vergroten. Zo is de praktijk met verschillende partijen oriënterend in gesprek of er een basis is te vinden of te creëren om te komen tot samenwerking, productontwikkeling, opzetten van een nieuw product in de markt. Gezien het feit dat de praktijk zich recent op dit vlak heeft ingezet, en zich alles nog in de oriënterende fase bevindt, kunnen er nog geen vermeldingen worden gemaakt aangaande deze ontwikkelingen.

Tevens wordt er intern strikter gelet op behandel aantallen en behandelgemiddelden, deze worden besproken en geanalyseerd met de werknemers/ therapeuten tijdens hun functioneringsgesprekken.

De verbeteracties zullen eind 2011 en begin 2012 worden geëvalueerd.

Deze zorgvernieuwingsprojecten zijn beschreven in bijlage 7.2.1; Lijst met zorgvernieuwingsprojecten en 7.2.2; Plan van aanpak nieuw product of dienst van het kwaliteitshandboek.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- In 2012 bedraagt de instroom DTF patiënten elk half jaar minimaal 250.
- In 2012 bedraagt de instroom chronische verwijzingen elk half jaar 40.
- In 2012 bedraagt het behandelgemiddelde voor niet chronische patiënten 7.5 (per aandoening).

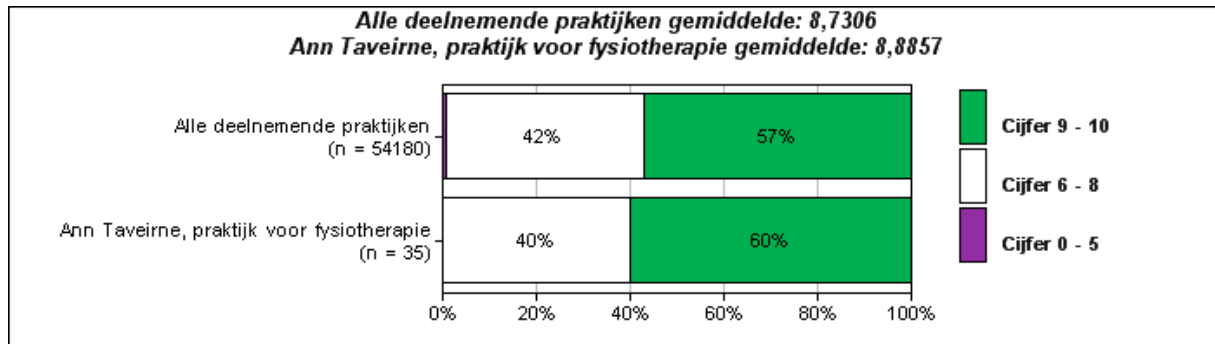
4.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem:

De praktijk heeft nog geen interne audits gehad in de voorliggende periode tot 10-12-2011

Analyse van de verbeteracties over 2011:

Er is in 2011 gestart met de HKZ procedure, eerder zijn er geen overwegingen geweest tot een systematische controle op interne evaluatie van kwaliteitssystemen. Daar er nog geen interne kwaliteitssystemen waren beschreven noch toegepast. Deze worden per ommegaande ingevoerd.

4.2.5. Overzicht tevredenheid van patiënten:



Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2011:

In de periode van 01-01-2011 tot en met 10-10-2011 hebben we alle patiënten gevraagd of wij ze via de email mogen benaderen voor een patiënt-tevredenheidsonderzoek, deze worden automatisch aan het einde van de behandeling toegestuurd bij afsluiting van het dossier voor niet-chronische indicatie's. Bij chronische indicatie's wordt de CQ-index toegestuurd na 13 behandelingen of indien zij langer dan 3 maanden onder behandeling zijn.

We hebben daarvoor 86 enquêtes uitgezet, waarvan we 35 formulieren hebben terug ontvangen.

De gemiddelde waardering was 8.9, de laagste score was een 7 de hoogste score een 10.

In 2011 scoren helaas niet alle items gelijk aan de norm (=8.5), in 2011 scoren de items hygiëne binnen de praktijk, telefonische bereikbaarheid en privacy beneden onze norm. De andere items zijn gelijk aan of hoger dan de norm.

De uitkomst van de enquête is opgenomen op de praktijkwebsite.

De praktijk heeft in het tweede kwartaal van 2011 tevens deelgenomen aan Kwaliefy. De praktijk scoort daarin op alle onderdelen gelijk of hoger dan het gemiddelde.

Item	Datum	Oorzaak	Oplossing
De praktijk van mijn fysiotherapeut is schoon (lees: hygiënisch). Norm 85%, uitkomst 78%	10-10-2011	Geen duidelijke afspraken en controles op schoonmaken.	Schoonmaakwerkzaamheden nogmaals besproken en opgenomen in een wekelijks af te tekenen schema. Therapeuten vegen zelf aan het einde van de dag de behandelkamer.
Privacy Norm 85%, uitkomst 83%	10-10-2011	Wanden zijn erg dun, wachtkamer erg stil.	Radio wordt in wachtkamer geplaatst om tegen geluid te genereren.
Telefonische bereikbaarheid Norm 85%, uitkomst 73 %	10-10-2011	Er waren 3 dagen voor telefonische bereikbaarheid	Uitgebreid naar 4 dagen, met goede instructies over bereikbaarheid op de website en folders

Analyse van de verbeteracties over 2011:

De praktijk heeft actief ingezet op verbetering van hygiëne binnen de praktijk. Met schoonmaker zijn de werkzaamheden nogmaals doorgesproken. Deze worden nu wekelijks gearafaerd. De praktijkhouder controleert wekelijks de uitgevoerde werkzaamheden en beheert de aftekenlijsten. De praktijk is tevreden met het resultaat.

Daarnaast hebben we de telefonische bereikbaarheid met een dag uitgebreid om beter te scoren op telefonische bereikbaarheid, daarnaast is beleid geschreven om sneller te reageren op ingesproken voicemail berichten. (elk half uur controle op ingesproken berichten.) De praktijk is tevreden met het resultaat.

Om de privacy te verbeteren is er overwogen om de muren te isoleren, echter is een dergelijke ingreep te hoog in de kosten, waardoor er naar een alternatief gezocht is. Deze is gevonden in het creëren van het zogenoemde tegengeluid. Hiervoor wordt een radio geplaatst in de wachtruimte om andere geluiden te onderdrukken en afleiding te creëren waardoor er niet gefocust word op geluiden vanuit andere ruimten.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- De praktijk scoort op alle onderdelen getoetst door Kwaliefy gelijk of beter aan de uitkomst van 2011. Met name de genoemde verbeter items voor 2011, zullen beter scoren. Het doel is dat alle onderdelen een score van 85% of hoger scoren.

4.2.6. Overzicht tevredenheid verwijzers:

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

<i>Item</i>	<i>Norm</i>	<i>Voorgaande Jaar 2010</i>	<i>Huidige Jaar 2011</i>
De telefonische bereikbaarheid van de praktijk is goed.	Eens 60%	NVT	Eens 100%
De fysiotherapeuten hebben een goede vakkennis.	Eens 60%	NVT	Eens 100%
De fysiotherapeuten beschikken over de juiste attitude.	Eens 60%	NVT	Eens 100%
De fysiotherapeuten beschikken over voldoende kennis van uw organisatie.	Eens 60%	NVT	Eens 66%
De communicatie tussen uw praktijk en onze praktijk verloopt naar tevredenheid.	Eens 60%	NVT	Eens 66%
De behandelingen van de door u praktijk door verwezen patiënten voldoen aan uw verwachting.	Eens 60%	NVT	Eens 100%
De patiënten worden binnen een aanvaardbare termijn geholpen.	Eens 60%	NVT	Eens 100%
Ik ben tevreden over de snelheid waarmee er is gereageerd op een klacht	Eens 60%	NVT	Eens 100%
Ik ben tevreden over de geboden oplossing voor de klacht	Eens 60%	NVT	Eens 0%*
Ik ben tevreden over de wijze van afhandelen van de klacht	Eens 60%	NVT	Eens 0%*
Rapportcijfer	6,0	NVT	7,3

*: vraag 9 is bij 2 van de 3 enquêtes niet ingevuld, en bij de ingevulde enquête wordt expliciet vermeld dat de beoordeling is gemaakt op 1 casus.

Analyse van het verwijzerstevredenheidsonderzoek over 2011:

De praktijk heeft op 23-09-2011 elke verwijzer benaderd via een persoonlijk bezoek het verzoek om de enquête in te vullen. Een gefrankeerde antwoordenvolpoe was bijgesloten. Als uiterlijke respons termijn is 01-11-2011 aangegeven.

We hebben 27 enquêtes uitgezet. In totaal mochten wij 5 enquêtes terug ontvangen. Slechts 3 waren er ingevuld, waarvan 2 partieel, bij twee anderen slechts bijschrift: "te weinig ervaring met de praktijk"

De laagste waardering was een 7, de hoogste waardering een 8.

De items scoren gelijk of hoger dan onze norm.

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
De respons op onze enquête bedraagt 18.5%	03-11-2011	Verwijzers zijn matig bereid deel te nemen aan een enquête.	Tevredenheid meten middels informele contacten.
De algemene beoordeling scoort lager dan de norm	7-12-2011	Onvolledig invullen van enquête en invullen met bias.	Tevredenheid meten middels informele contacten.

Analyse van de verbeteracties over 2011:

Het meten van de tevredenheid van verwijzers is een hot item omdat verwijzers niet altijd bereid zijn om mee te werken. De praktijk acht het noodzakelijk om via een andere manier toch deze informatie te verkrijgen. Desnoods via informeel contact.

In het werkoverleg van 01-11-2011 is besproken dat wanneer uit (informeel) contact met verwijzers blijkt dat deze aan medewerkers verbeterpunten aangeven over het reilen en zeilen binnen de praktijk, deze gemeld worden aan de praktijkhouder en eveneens genoteerd worden als actiepunt.

In 2011 is een actiepunt in het maandelijks praktijkoverleg besproken.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- De praktijk registreert, verbetert en evalueert in 2012 minimaal vijf actiepunten voortkomend uit (informele) contacten met verwijzers.

4.2.7. Overzicht professioneel handelen medewerkers:

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

<i>Item</i>	<i>Norm</i>	<i>1^e kwartaal 2011</i>	<i>2^e kwartaal 2011</i>	<i>3^e kwartaal 2011</i>	<i>4^e kwartaal 2011</i>
Patiëntendossier	80%	NVT	NVT	NVT	81%

Analyse van het professioneel handelen over 2011:

Met ingang van 1-12-2011 wordt er maandelijks worden zes patiëntendossiers steekproefsgewijs getoetst door de kwaliteitsmedewerker volgens bijlage 5.5.6; Checklist beoordeling patiëntendossiers. Ieder kwartaal wordt per toerbeurt de casus van een patiënt gepresenteerd. Tijdens de eerste check van 01-10-2011 blijkt dat van een aantal patiënten het dossier niet volledig is geschreven. De praktijk haalt een score van 70%.

Verbeteracties ten aanzien van eerste check lijken effectief. De check op 01-12-2011 laat een score zien conform de norm van 80%.

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
Score eerste dossiercheck 70% in vierde kwartaal.	01-10-2011	Start van controlesysteem, iedereen moet nog wennen aan deze manier van werken.	In de "to do" lijst in de agenda wordt aangetekend wanneer een behandeling moet worden afgesloten.
Score 2 ^e dossiercheck 81% 01-12-2011	01-12-2011		

Analyse van de verbeteracties over 2011:

Tijdens de eerste check van 01-10-2011 blijkt dat van een aantal patiënten het dossier niet volledig is geschreven. Een aantal therapeuten zijn druk bezig hun verslaglegging te updaten.

Tijdens het werkoverleg van 03-10-2011 wordt de afspraak gemaakt en vastgelegd in de notulen dat alle dossiers op 01-12-2011 moeten zijn geüpdatet.

Afspraak wordt gemaakt het verslag te schrijven naar de verwijzer. Deze procedure is vastgelegd in praktijkprocedure 3.5.

Verbeteracties ten aanzien van eerste check lijken effectief. De check op 01-12-2011 laat een score zien conform de norm.

Norm voor dossiercheck gaat in het vierde kwartaal van 2012 omhoog naar minimaal 85% per dossier.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

- Bij dossiercheck volgens 5.5.6 in 2012 bedraagt de praktijkscore minimaal 100% op het onderdeel eindverslag.
- Bij dossiercheck volgens 5.5.6 in 2012 bedraagt de dossierscore minimaal 85%

4.2.8. Overzicht opleidingen medewerkers:

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

<i>Item</i>	<i>Norm</i>	<i>Voorgaande jaar 2010</i>	<i>Huidige jaar 2011</i>
Deskundigheden	Volgens bijlage 1.5.1	NVT	Volledig
Opleidingen	Volgens POP	NVT	Oedeemtherapie Oncologisch fysiotherapeut (bachelormaster)
Applicatiecursussen	Volgens POP	NVT	Taping Ontspanningstherapie

Analyse van de opleidingen medewerkers over 2011:

Volgens de POP van A.H. doet hij een applicatiecursus Taping, deze zal in 2012 afgerond worden.
 Volgens de POP van J.S. start hij in 2011 met oedeemtherapie, om de vrijkomende plek, te kunnen opvangen wanneer N.B. zal stoppen met haar werkzaamheden.
 Volgens de POP van A.T. is zij in 2011 gestart met het 2^e jaar van de 4 jarige masteropleiding oncologisch fysiotherapeut.
 Volgens de POP van M.V. doet zij de applicatiecursus ontspanningstherapie- body awareness, welke zij in 2012 zal afronden.
 Volgens de POP van L.S. doet zij de applicatiecursus fasciatechnieken bij borstkanker, deze heeft zij in 2011 afgerond.
 Geen afwijkingen ten aanzien van de norm 2011

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
Geen afwijkingen ten aanzien van de norm.	11-10-2011		

Analyse van de verbeteracties over 2012:

Geen afwijkingen ten aanzien van de norm geconstateerd, derhalve geen lopende verbeteracties.

Jaarspecifieke doelstelling voor 2012 op het gebied van opleiding medewerkers die uit deze analyse voortkomt:

- Geen

4.2.9. Overzicht klachten en verbetervoorstellen van medewerkers:

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

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	N	<i>1^o kwartaal 2011</i>	<i>2^o kwartaal 2011</i>	<i>3^o kwartaal 2011</i>	<i>4^o kwartaal 2011</i>
Verbetervoorstellen		5			2	2
Deur kantoor op slot	06-08-2011				x	
Voordeur instelbare geluidswaarschuwing	06-08-2011				x	
Prijslijst van materialen in FM	03-10-2011					x
Hartslagmeterband zelf door patiënten aan te schaffen. Uit hygiënisch oogpunt.	06-12-2011					x

Analyse van klachten en verbetervoorstellen van medewerkers over 2011:

Er zijn in 2011 4 verbetervoorstellen ontvangen. Dat houdt in dat de norm van 5 voorstellen nog niet is gehaald.

Het verbetervoorstel was facilitair gerelateerd. Er zijn verbetervoorstellen ontvangen die betrekking hebben op werkafspraken/processen.

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>
Norm van 5 verbetervoorstellen niet gehaald.	2011	Onbekendheid medewerkers over procedure van indienen.	Praktijk heeft een meldingsformulier geplaatst op het bord van het kantoor voor klachten/FBO/VTO en verbetervoorstellen en gaat het indienen van verbetervoorstellen koppelen aan de functioneringsgesprekken in 2012.
Deur op slot van kantoor	06-08-2011	Dossiers en waardevolle spullen beter afschermen voor publiek	Deurslot geplaatst
Voordeur instelbare geluidswaarschuwing	06-08-2011	Zoomtoon wordt door patiënten als vervelend/storend ervaren.	Ingesteld op alarminstallatie
Prijslijst van materialen in FM	03-10-2011	Prijzen zijn moeilijk zelf te achterhalen	Ingesteld in FM, in FMshop.
Hartslagmeterband zelf door patiënten aan te schaffen. Uit hygiënisch oogpunt.	06-12-2011	Ondanks het goed wassen en reinigen, is het toch beter voor de hygiëne dat patiënten een eigen exemplaar kunnen aanschaffen.	(wordt nog besproken in eerst volgende vergadering!)

Analyse van de verbeteracties over 2011:

De ingediende verbetervoorstellen zijn naar tevredenheid van de indieners besproken in het eerstvolgende werkoverleg. Op het voorstel is actie ondernomen door de praktijk.

Van de prijslijst wordt door de therapeuten dankbaar gebruik gemaakt. Ook de facilitaire aanpassingen zijn naar tevredenheid gerealiseerd.

Het item verbetervoorstel medewerkers is opgenomen in format van het functioneringsgesprek en agenda werkoverleg. Daarnaast is een meldingsformulier geplaatst op het communicatiebord in het kantoor, waarop medewerkers zelf verbetervoorstellen kunnen invullen. Voor 2012 is een doelstelling op dit onderdeel geformuleerd.

Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstelling voor 2012 die uit deze analyse voortkomt:

8. In het eerste half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 3 verbetervoorstellen, in het tweede half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 4 verbetervoorstellen gekoppeld aan de functioneringsgesprekken.

4.3. PDCA overzichten t.a.v. geconstateerde afwijkingen

Plan:

Doelstelling van het proces: Een duidelijke en uitgebreide telefonische bereikbaarheid van de praktijk voor het maken van afspraken vanaf 1 juli 2011. In 2011 geen afwijkingen t.a.v. procedure telefonische bereikbaarheid. Met ingang vanaf 1 juli 2011
--

Do:

Acties / Middelen:	Uitgevoerd door:	Datum:
Wij gaan de dagen waarop de praktijk direct telefonisch bereikbaar is door middel van een baliemedewerkster uitbreiden van 3 naar 4 dagen. Tevens gaan we de bereikbaarheid beter communiceren via aanplakbiljetten, foldermateriaal en de website. Tevens wordt er een duidelijk bericht op het antwoordapparaat ingesproken waar deze informatie op medegedeeld word. Ook worden er nieuwe afspraken gemaakt over het afluisteren van het antwoordapparaat en het terugbellen van mensen die een bericht hebben achtergelaten. Doelstelling is dat er elk half uur wordt gekeken of er berichten zijn zo ja deze dan direct af te handelen indien mogelijk.	Beleid geschreven door JS. Werkdagen aangepast van MK.	01-06-2011

Check:

Meetresultaat:	Uitgevoerd door:	Datum:
<p>Persoonlijk mensen gevraagd in de wachtkamer hoe zij de telefonische bereikbaarheid ervaren: Score: Voldoende/ goed, met aantekening dat een persoon aangaf het prettiger vinden als er helemaal geen antwoordapparaat werd gebruikt.</p> <p>Informatie via aanplakbiljetten, foldermateriaal en website beschikbaar.</p> <p>Tekst AWAP ingesproken.</p> <p>Elk half uur worden berichten afgeluisterd.</p>	JS	01-09-2011 01-12-2011

Act:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:
NVT		

Implementatie:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:
Kwaliteitshandboek (praktijkprocedure en/of bijlage) aanpassen (optioneel)	JS, gelijk opgenomen in HKZ tijdens schrijven.	01-06-2011
Documentatie aanpassen (optioneel)	JS, gelijk opgenomen in HKZ tijdens schrijven.	01-06-2011

Proces bekend maken in het werkoverleg (optioneel)	JS	06-09-2011
--	----	------------

Plan:

Doelstelling van het proces:
De score op hygiene in de CQ-index moet verbeteren van 78% (2010-2011) naar de norm van 85% (2011-2012)

Datum voltooiing van het proces: 01-07-2012

Do:

Acties / Middelen:	Uitgevoerd door:	Datum:
Duidelijk schoonmaakplan met controlesysteem wat betreft het schoonmaak werk door het schoonmaakwerk. Daarnaast een plan/ schema voor het vegen van de vloer door werknemers op toerbeurt	JS	21-10-2011

Check:

Meetresultaat:	Uitgevoerd door:	Datum:
Met schoonmaker zijn de werkzaamheden nogmaals doorgesproken. Deze worden nu wekelijks geparafeerd. De praktijkhouder controleert wekelijks de uitgevoerde werkzaamheden en beheert de aftekenlijsten.		

Act:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:

Implementatie:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:
Kwaliteitshandboek (praktijkprocedure en/of bijlage) aanpassen (optioneel)	JS, gelijk opgenomen in HKZ tijdens schrijven.	21-10-2011
Documentatie aanpassen (optioneel)	JS, gelijk opgenomen in HKZ tijdens schrijven.	21-10-2011
Proces bekend maken in het werkoverleg (optioneel)	JS	1-11-2011

Plan:

Doelstelling van het proces:

Geen klachten over waarneembaar geluid uit behandelkamers in de wachtruimte.

Datum voltooiing van het proces: 01-01-2012

Do:

Acties / Middelen:	Uitgevoerd door:	Datum:
Creëren van tegengeluid door het ophangen van geluidinstallatie en inwerkingstellen van achtergrondmuziek. (aanmelden bij SENA voor licentie)	JS	23-12-2011

Check:

Meetresultaat:	Uitgevoerd door:	Datum:
Nog niet van toepassing meting middels vragen aan patiënten start na in werking stellen van de genomen maatregel.		

Act:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:

Implementatie:

Actie:	Uitgevoerd door:	Datum:
Kwaliteitshandboek (praktijkprocedure en/of bijlage) aanpassen (optioneel)		
Documentatie aanpassen (optioneel)		
Proces bekend maken in het werkoverleg (optioneel)	JS	1-11-2011

DEEL 3 EVALUATIE EN CONCLUSIES

Hoofdstuk 5. Systeembeoordeling door de praktijkhouder:

	Klachten, fouten en (bijna) ongevallen
1	<p><u>Conclusie t.a.v. de klachten van patiënten:</u></p> <p>Medewerkers van de praktijk hebben laten zien dat ze inspringen op behoeften van de klant door, ook indirecte, klachten te noteren. De te volgen procedure is voor alle medewerkers duidelijk. Geregistreerde klachten zijn aantoonbaar gevolgd middels PDCA overzicht en naar tevredenheid opgelost. In het werkoverleg blijft aandacht voor het oppikken van signalen van klanten. Geen actie nodig.</p>
2	<p><u>Conclusie t.a.v. bijna ongevallen van patiënten:</u></p> <p>Er zijn geen meldingen geweest van bijna ongevallen, het gevoerde beleid wordt niet aangepast, daar de procedure nadrukkelijk geëvalueerd is en er geen FBO heeft plaatsgevonden . Geen actie nodig.</p>
	Kwantitatieve patiëntengegevens
3	<p><u>Conclusies t.a.v. het overzicht van de kwantitatieve patiëntengegevens:</u></p> <p>Bespreking van de kwartaalcijfers controle via Fysiomanager is in de praktijkvergadering een vast onderdeel. De input vanuit Fysiomanager en analyse van de gegevens elk half jaar geven voldoende input om het uitgestelde beleid te evalueren. Geen actie nodig</p>
	Interne evaluatie kwaliteitssysteem
4	<p><u>Conclusies t.a.v. overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem:</u></p> <p>De praktijk volgt verbeteracties middels PDCA formulieren, het doelstellingen en activiteitenplan en de HKZ jaarkalender. De evaluaties van ingestelde verbeteracties worden binnen drie maanden uitgevoerd. De praktijk ondergaat jaarlijks de interne audit verzorgd door Fys'activ/Fys'optima.</p>
	Tevredenheid cliënten en verwijzers
5	<p><u>Conclusies t.a.v. de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek patiënten:</u></p> <p>De respons op het FPM/Kwaliefy is onvoldoende representatief, 40%. De praktijk scoort met uitzondering van 3 items hoger of gelijk aan de norm. Er zal meer nadruk worden gelegd op het invullen van de FPM/Kwaliefy, evenals het aanmelden van patiënten voor het PTO (CQ-index). De procedure voor het houden van het FPM/Kwaliefy zal volgend jaar aangepast worden. De praktijk heeft in 2010 niet deelgenomen aan Kwaliefy (wel 2009) en heeft daaruit onvoldoende input ontvangen om de tevredenheid van onze patiënten te meten.</p>

	Gerelateerd aan de uitslag van het afgelopen jaar zal de praktijk voor het komende jaar een norm destilleren.
6	<p><u>Conclusies t.a.v. de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek verwijzers:</u></p> <p>De respons op het VTO volgens de vragenlijst van Fys'activ/Fys'optima blijkt niet representatief, 18.5%. Het meetinstrument geeft daardoor onvoldoende informatie om de tevredenheid van onze verwijzers te meten. Er is inmiddels actie ingezet voor een gewijzigde procedure voor het komende jaar.</p> <p>De praktijk besluit om het komende jaar de tevredenheid van de verwijzers te meten middels informeel contact en overlegvormen waarbij aandachtspunten genoteerd worden (norm 5 punten). De praktijk heeft de opzet van deze gewijzigde manier van meten besproken in het werkoverleg van 1-11-2011 en neemt de tevredenheid van verwijzers standaard op in de agenda van het werkoverleg.</p> <p>De praktijk heeft een Word bestand geplaatst op het bureaublad van de computer waarin eventuele aandachtspunten genoteerd en gevolgd worden. In 2012 zal tevens per kwartaal het aantal verwijzingen per verwijzer gemeten en geanalyseerd worden. Uitgaande van resultaten van voorgaande jaren is daarvoor een norm beschreven.</p> <p>Het meetinstrument voldeed niet en verbeteractie is ingezet.</p>
	Professioneel handelen van medewerkers
7	<p><u>Conclusies t.a.v. de uitkomsten van het professioneel handelen van medewerkers:</u></p> <p>De praktijk hecht sterk aan adequaat ingevulde dossiers. De medewerkers onderschrijven deze mening. De praktijk scoort tijdens de dossierchecks niet lager dan de norm van 80%. De dossiercheck is het afgelopen jaar verzorgd door de J.S. Functioneringsgesprekken zijn uitgevoerd en geregistreerde actiepunten zijn effectief gevolgd. De meetinstrumenten dossiercheck en FG voldoen en zullen in het komende jaar onveranderd uitgevoerd worden. Geen actie nodig.</p>
	Opleidingen medewerkers
8	<p><u>Conclusies t.a.v. de gevolgde opleidingen:</u></p> <p>Het in samenspraak met de medewerkers opgestelde opleidingsplan voor de praktijk/medewerkers blijkt het afgelopen jaar op alle onderdelen effectief. Het meetinstrument voldoet. Geen actie nodig.</p>
	Klachten en/of verbetervoorstellen medewerkers
9	<p><u>Conclusies t.a.v. klachten en verbetervoorstellen medewerkers:</u></p> <p>Medewerkers kwaliteitsbeleid/ HKZ van de praktijk hebben laten zien dat ze inspringen op behoeften van de medewerkers door de gemelde klachten adequaat te verwerken in het maandelijkse praktijkoverleg. De te volgen procedure is voor alle medewerkers duidelijk. Hoewel zij aangeven de registratie hiervan nog eigen moeten maken. Geregistreerde klachten zijn aantoonbaar gevolgd middels PDCA overzicht en naar tevredenheid opgelost. In het werkoverleg blijft aandacht voor verbetervoorstellen en/ of klachten. Geen actie nodig.</p>
	Interne of externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem
10	<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>De gezondheidszorg is sterk in beweging. De praktijk is marktgericht gaan denken. De praktijk ziet in 2012 PR en profilerende activiteiten als aandachtspunt.</p>

	<p>Daarnaast zal de praktijk oog hebben voor de vergrijzing van de bevolking en de daaraan gekoppelde zorgvragen. De praktijk bevindt zich in een wijk waarin de zorgontwikkelingen in beweging zijn, dit biedt mogelijkheden en bedreigingen. De praktijk probeert zich door PR en het opzetten van samenwerkingsverbanden; in te zetten op het creëren van een sterke(-re) positie in de markt.</p>
--	---

Hoofdstuk 6. Evaluatie doelstellingen beleidsplan:

Alle doelstellingen op het gebied van personeel (2.2) en de kwaliteitsdoelstellingen (3.2) worden geëvalueerd.

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
Voor 2011 zijn geen specifieke doelstellingen beschreven.		

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:

- In het eerste half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 3 verbetervoorstellen, in het tweede half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 4 verbetervoorstellen gekoppeld aan de functioneringsgesprekken.

7.2 Jaarspecifieke kwaliteitsdoelstellingen

- De praktijk is HKZ gecertificeerd in het eerste kwartaal van 2012.
- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de telefonische bereikbaarheid.
- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de waarneembare geluiden in de wachtkamer vanuit de behandelruimten.
- De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de deurzoemer.
- In 2012 registreert de praktijk geen FBO ten aanzien van (onderhoud) materialen en apparatuur.
- In 2012 bedraagt de instroom DTF patiënten elk half jaar minimaal 250
- De praktijk ontvangt in 2012 minimaal 40 chronische verwijzingen.
- De score op alle afzonderlijke items patiënttevredenheidsenquête van 2011 bedraagt minimaal 8.5.
- De praktijk scoort op alle onderdelen getoetst door Kwaliefy gelijk of beter aan de uitkomst van 2011.
- De praktijk registreert, verbetert en evalueert in 2012 minimaal vijf actiepunten voortkomend uit (informele) contacten met verwijzers.
- Uitslag dossiercheck door middel van bijlage 5.5.6 bedraagt in het vierde kwartaal van 2012 minimaal 85%.
- Bij dossiercheck volgens 5.5.6 in 2012 bedraagt de praktijkscore minimaal 100% op het onderdeel eindverslag.

Hoofdstuk 8. Doelstellingen en activiteitenplan:

Doelstelling Activiteit	Acties	Verantwo rdelijk	Meetpunt	Evaluatie
In januari 2012 is de <i>Praktijk informatiefolder</i> up-to-date.	Controleren	J.S.	Januari en Juli 2012	
Vanaf 2012 ontvangt iedere nieuwe patiënt bij aanmelding de Informatiefolder.	Steekproef op (notitie maken van) meegeven praktijkinformatiefolder.	J.S.	random	
In april 2012 is de dossiervorming in orde, behandeldoelen worden ingevuld en er wordt aangetekend of er volgens een richtlijn gewerkt wordt.	Elkaars statussen beoordelen a/d hand van de checklist en toetsing professioneel handelen	J.S.	April 2012 Score 85% overall, 100% score verslag	
In het vierde kwartaal van ieder jaar wordt er een voortgangsverslag chronische patiënten gemaakt voor de huisartsen	Controleren	A.T.	December 2012	
In september 2012 zijn alle collega's klaar met het uit behandeling nemen van patiënten in Fysiomanager.	In Fysiomanager indien van toepassing: patiënt uit behandeling nemen+einde zorgcode aangeven + controle op maken eindverslag	A.T.	September 2012	
Per kwartaal beoordelen van het aantal verwijzingen en zittingen per fysiotherapeut, uiterlijk 1 maand na afloop van een kalenderkwartaal	Uitdraai maken van de management informatie	J.S.	April, juli, Oktober, Januari.	
In juni 2012 heeft de praktijk een aantoonbaar opleidingsplan voor de praktijk eigenaar en medewerkers	Beschrijven wat de afspraken zijn tussen de praktijkhouder en de werknemers t.a.v. na- en bijscholing Format vastleggen en opnemen in handboek onder bijlage 6.1.1.a	A.T.	Mei 2012	
Elk jaar in februari sturen van de management review en directiebeoordeling naar de beheerder van het kwaliteitshandboek	Uitdraaien en mailen naar beheerder kwaliteitshandboek	A.T.	Januari 2012	
Tevredenheid huisartsen m.b.t. de verslaglegging is bekend in oktober 2012	Navragen waarom nog steeds geen schriftelijke reactie van HA	J.S.	Oktober 2012	
Functioneringsgesprekken volgens format handboek	Plannen en uitvoeren	A.T.	Oktober 2012	

met medewerkers wordt gepland in de laatste maanden van 2012

Functioneringsgesprek volgens format met secretaresse wordt gepland in het derde kwartaal van 2012	Plannen en uitvoeren	A.T.	Oktober 2012
Borging en Veiligheid apparatuur wordt beschreven in de eerste helft van 2012	Uitwerken	J.S.	Maart 2012
Op 30 september 2012 zijn leveranciers beoordeeld middels de format leveranciersbeoordeling uit het handboek waarbij de minimale score 7 moet zijn	Registreren van welke leveranciers het product onze zorgverlening beïnvloed. Per leverancier leveranciersbeoordeling uitvoeren	J.S.	30 September 2012
Een nieuwe RI & E via www.RIE.nl wordt gedaan in de tweede helft 2012	R I&E herhalen en in KHB voegen	J.S.	Juni 2012
Noodprocedures worden doorgesproken en geoefend tijdens praktijkoverleg na het afronden van de BHV herhalingscursus	Bespreken en notuleren Verbeterpunten registreren: 1. calamiteitenplan achter de balie ophangen	A.H.	
Update diploma BHV (jaarlijks)	Herhaling BHV cursus plannen en volgen	A.H.	
Een EHBO kit is aanwezig in de praktijk	Bijhouden Materialen	A.H.	
Jaarlijkse keuring brandblusser	Leverancier bellen	A.H.	Maart 2012
Actualiseren website praktijk	Update tarieven; vergoedingen	J.S.	Januari 2012
Documentbeheersing	Archiveren en lijst op praktijkniveau maken	J.S.	Januari 2012
In februari van ieder jaar wordt bijlage 10.3.1 (kwaliteitsregistraties) geactualiseerd.	Bijlage 10.3.1 nalopen en zo nodig aanpassen	J.S.	Februari 2012
In februari van ieder jaar wordt n.a.v. bijlage 10.3.1 nagegaan of er zaken opgeruimd moeten worden of gearchiveerd.	Archief actualiseren, externe documenten dateren en ondertekenen, inhoudsopgaven externe mappen maken, opschoonlijst externe mappen maken	J.S.	Februari 2012
In februari van ieder jaar wordt nagegaan of de folders en de gebruikte	Bijlage 3.1.1 en evt. andere formulieren actualiseren,	J.S.	Februari 2012

formulieren t.b.v. onderzoek en dossiervorming nog up-to-date zijn.

folders checken en aanvullen/bestellen.

Jaarlijks is in oktober het Doelstellingen en Activiteitenplan voor het jaar daarop beschreven.

Doelstellingen & activiteitenplan SMART omschrijven

J.S.

Oktober 2012

Tweemaal per jaar update beleidsplan & jaarverslag, uiterlijk 1 juni en 1 december

alle relevante gegevens verzamelen, analyseren en conclusies trekken
Verwoorden in format
Bespreken met collega's

J.S.

1 juni en 1 december

In het eerste half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 3 verbetervoorstellen, in het tweede half jaar van 2012 registreert en volgt de praktijk minimaal 4 verbetervoorstellen gekoppeld aan de functioneringsgesprekken.

De praktijk is HKZ gecertificeerd in het eerste kwartaal van 2012.

De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de telefonische bereikbaarheid.

De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de waarneembare geluiden in de wachtkamer vanuit de behandelruimten.

De praktijk ontvangt in 2012 geen klachten over de deurzoemer.

In 2012 registreert de praktijk geen FBO ten aanzien van (onderhoud) materialen en apparatuur.

In 2012 bedraagt de instroom DTF patiënten elk half jaar minimaal 250

De praktijk ontvangt in 2012 minimaal 40 chronische verwijzingen
In 2012 bedraagt het behandelgemiddelde voor niet chronische patiënten 7.5 (per aandoening).

De score op alle
afzonderlijke items
patiënttevredenheidsenquê
te van 2011 bedraagt
minimaal 8.5

De praktijk scoort op alle
onderdelen getoetst door
Kwaliefy gelijk of beter aan
de uitkomst van 2011.





De praktijk registreert,
verbetert en evalueert in
2012 minimaal vijf
actiepunten voortkomend uit
(informele) contacten met
verwijzers.

Uitslag dossiercheck door
middel van bijlage 5.5.6
bedraagt in het vierde
kwartaal van 2012
minimaal 85%.

Bij dossiercheck volgens
5.5.6 in 2012 bedraagt de
praktijkscore minimaal
100% op het onderdeel
eindverslag.

Bijlage : 4.2.5 Uitkomst CQ-index

1. Welke situatie is op u van toepassing?

	n	%	
Ik ben 18 jaar of ouder en vul deze lijst in over mijn eigen behandeling	35	100	
Ik ben jonger dan 18 jaar en ik vul deze lijst in over mijn eigen behandeling	0	0	
Ik vul deze lijst in over de behandeling van mijn kind	0	0	
Ik vul deze lijst in over de behandeling van mijn naaste (bijv. moeder, vader, echtgeno(o)t(e) of partner)	0	0	
Totaal	35		




2. Wat is uw leeftijd?

Gemiddelde:	50
STD:	12,472
Kleinste waarde:	20
Grootste waarde:	68



3. Wat is uw geslacht?

	n	%	
Man	10	29	
Vrouw	25	71	
Totaal	35		

4. Bent u behandeld in de fysiotherapiepraktijk of ergens anders (bijv. thuis)?

	n	%	
In de fysiotherapiepraktijk behandeld	34	97	
Thuis behandeld	0	0	
Ergens anders behandeld, namelijk	1	3	
Totaal	35		

5. Kon u de fysiotherapiepraktijk telefonisch goed bereiken?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	1	3	
Meestal	5	14	

Altijd	22	63	
de praktijk niet gebeld	7	20	
Totaal	35		

6. Werd er binnen een uur terug gebeld nadat u het antwoordapparaat had ingesproken

	n	%	
Nooit	1	17	
Soms	2	33	
Meestal	3	50	
Altijd	0	0	
Totaal	6		

7. Had u de mogelijkheid om zelf een fysiotherapeut te kiezen die bij u paste?

	n	%	
Nee	2	6	
Ja	33	94	
Totaal	35		

8. Was de praktijk goed bereikbaar met het vervoersmiddel dat u gebruikt?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	
Altijd	35	100	
Totaal	35		

9. Binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij de fysiotherapeut?





	n	%	
Binnen 0-2 dagen	9	26	
Binnen 3-7 dagen	25	71	
Binnen 8-14 dagen	1	3	
Langer dan 14 dagen	0	0	
Totaal	35		

10. Werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen?

n %



Nooit	2	6	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	
Altijd	33	94	

11. Besteedde uw fysiotherapeut voldoende tijd aan u?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	33	94	





Totaal **35**

12. Kon de fysiotherapeut u ook buiten kantooruren behandelen?

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	1	3	
Meestal	4	11	
Altijd	2	6	
Ik hoefde geen behandeling buiten kantooruren	27	77	


Totaal **35**

13. Kon u een afspraak maken op een door u gewenst tijdstip?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	1	3	
Meestal	14	40	
Altijd	20	57	

Totaal **35**





14. Was er voldoende specialistische deskundigheid beschikbaar?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	5	14	
Altijd	21	60	
Ik had geen behoefte aan specialistische behandeling	5	14	

Weet ik niet	4	11	
--------------	---	----	--







Totaal 35

15. Vond u de fysiotherapiepraktijk schoon?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	2	6	
Meestal	6	17	
Altijd	27	77	






Totaal 35

16. Welke ruimte of apparatuur vond u vooral niet schoon?

	n	%	
Behandelkamer	7	88	
Kleedkamer	0	0	
Sanitair (toilet, douche)	0	0	
Oefenzaal	0	0	
(Oefen)apparatuur	0	0	
Anders, namelijk	1	12	





Totaal 8

17. Bood de oefenruimte voldoende comfort? (grootte, temperatuur, licht, ondergrond)

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	3	9	
Altijd	22	63	
Niet van toepassing	10	29	

Totaal 35

18. Vond u dat de praktijk voldoende privacy bood?(bijv. bij omkleden)

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	0	0	
Meestal	5	14	
Altijd	29	83	

Totaal 35

19. Waarbij bood de praktijk te weinig privacy?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%	
Bij het omkleden	0	0	
Bij gesprekken: andere patiënten of therapeuten konden een gesprek tussen mij en de fysiotherapeut volgen	3	50	
Tijdens de behandelingen in de behandelkamer konden anderen zomaar in- en uitlopen.	1	17	
Er werd niet vertrouwelijk met mijn gegevens omgegaan.	0	0	
Anders, namelijk	2	33	
Totaal	6		

20. Vond u dat in de wachtruimte van de praktijk comfortabele zitplaatsen waren?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	33	94	
Niet van toepassing	0	0	
Totaal	35		

21. Had de praktijk voorzieningen om het wachten aangenamer te maken?

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	0	0	
Meestal	6	17	
Altijd	24	69	
Niet van toepassing	4	11	
Totaal	35		

22. Was de fysiotherapiepraktijk qua gebouw en omgeving goed toegankelijk voor u?

	n	%	
Niet	0	0	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	2	6	
Volledig	33	94	
Totaal	35		

23. Gaf de fysiotherapeut goede informatie over de duur van de behandelperiode?

n %

Niet	0	0	
Enigszins	1	3	
Grotendeels	9	26	
Volledig	25	71	

Totaal 35

24. Komt de duur van de behandelperiode (tot nu toe) overeen met uw verwachting?

	n	%	
Niet	0	0	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	14	40	
Volledig	21	60	

Totaal 35

25. Gaf de therapeut voldoende informatie over de vergoeding door de verzekeraar?

	n	%	
Niet	0	0	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	6	17	
Volledig	18	51	
Niet van toepassing	11	31	

Totaal 35

26. Probeerde therapeut het probleem te begrijpen?

	n	%	
Niet	0	0	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	0	0	
Volledig	35	100	

Totaal 35





27. Heeft de fysiotherapeut met u overlegd over de versch. behandelmogelijkheden?

	n	%	
Niet	2	6	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	4	11	
Volledig	20	57	

niet van toepassing voor mijn behandeling	9	26	
---	---	----	--






Totaal 35

28. Gaf de fysiotherapeut goede informatie over het verloop van uw klacht / ziekte?






	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	1	3	
Meestal	11	31	
Altijd	23	66	

Totaal 35

29. Uitleg over oefeningen thuis?






	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	26	74	
Ik heb geen oefeningen voor thuis meegekregen	7	20	

30. Adviezen gekregen voor dagelijks gebruik?

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	3	9	
Meestal	7	20	
Altijd	12	34	
Niet van toepassing	12	34	

Totaal 35

31. Stond de therapeut open voor vragen?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	1	3	
Altijd	34	97	
Niet van toepassing	0	0	

Totaal 35

32. Begrijpelijke uitleg?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	3	9	
Altijd	32	91	
	0	0	
Totaal	35		

33. Duidelijke uitleg tijdens behandeling over wat fysiotherapeut doet

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	10	29	
Altijd	24	69	
Niet van toepassing	1	3	
Totaal	35		

34. Heeft de therapeut u de mogelijkheid geboden om uw behandeldossier in te zien?

	n	%	
Nee	0	0	
Ja	2	6	
Niet van toepassing	33	94	
Totaal	35		

35. Therapeut vraagt regelmatig hoe het ging?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	33	94	
Totaal	35		

36. Behandelde de fysiotherapeut u beleefd?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	

Altijd	35	100	
--------	----	-----	--

Totaal 35

37. Luisterde de fysiotherapeut aandachtig naar u?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	33	94	

Totaal 35

38. Nam de fysiotherapeut u serieus?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	2	6	
Altijd	33	94	

Totaal 35

39. Op gemak voelen bij therapeut?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	3	9	
Altijd	32	91	

Totaal 35





40. Rekening houden met specifieke wensen?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	
Altijd	35	100	

Totaal 35


41. Hoe vaak werden uw behandelingen verstoord? (bijv. door telefoontjes)

	n	%	
Nooit	29	83	

Soms	6	17	
Meestal	0	0	
Altijd	0	0	
Weet ik niet: ik was niet aanwezig bij de behandeling	0	0	

Totaal 35

42. Waardoor werden uw behandelingen verstoord?

	n	%	
Telefoon	4	57	
Vragen collega's of anderen	1	14	
Anders, namelijk	2	29	





Totaal 6

43. Bent u door verschillende fysiotherapeuten behandeld?

	n	%	
Nee	28	80	
Ja	7	20	






Totaal 35

44. Moest u aan verschillende fysiotherapeuten steeds hetzelfde verhaal vertellen?

	n	%	
Nooit	4	57	
Soms	1	14	
Meestal	1	14	
Altijd	1	14	

Totaal 7






45. Gaf de fysiotherapeut informatie die tegenstrijdig was met informatie die hij/zij eerder gaf?

	n	%	
Nooit	35	100	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	
Altijd	0	0	
	0	0	

Totaal 35





46. Heeft uw therapeut de voortgang van uw behandelingen met uw huisarts besproken?

n %

Nee	8	23	
Ja	8	23	
Weet ik niet	10	29	
Niet van toepassing	8	23	
zelf aangegeven een terugkoppeling aan de huisarts niet op prijs te stellen	1	3	






Totaal 35

47. Samen werken aan behandeldoelen?

	n	%	
Niet	0	0	
Enigszins	1	3	
Grotendeels	7	20	
Volledig	27	77	






Totaal 35

48. Adviseerde de therapeut over voorkomen nieuwe klachten?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	3	9	
Meestal	8	23	
Altijd	14	40	
Niet van toepassing	10	29	

Totaal 35

49. Vroeg uw fysiotherapeut of uw oefeningen thuis goed gingen?

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	3	9	
Meestal	8	23	
Altijd	13	37	
Ik heb geen oefeningen voor thuis meegekregen	10	29	

Totaal 35






50. Vroeg de fysiotherapeut wat u had gedaan met adviezen?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	4	11	

Meestal	10	29	
Altijd	13	37	
Ik heb geen adviezen gekregen	8	23	





Totaal 35

51. Welke lichamelijke klacht(en) had u?

	n	%	
Rugklachten	10	17	
Nekklachten	11	19	
Schouderklachten	11	19	
Knieklachten	7	12	
Enkelklachten	3	5	
Anders, namelijk	17	29	
Achterstand motorische ontwikkeling of vaardigheden in vergelijking met leeftijdgenoten	0	0	





Totaal 35

52. Wat was het doel van uw behandelingen?

	n	%	
Volledig herstel van de klachten	12	34	
Vermindering van de klachten	14	40	
Voorkomen dat de klachtenerger worden (stabiliseren, handhaven)	8	23	
Anders, namelijk	1	3	

Totaal 35

53. Vertrouwen in vakbekwaamheid van fysiotherapeut?

	n	%	
Nooit	1	3	
Soms	0	0	
Meestal	0	0	
Altijd	34	97	

Totaal 35

54. Helemaal tevreden over behandeling therapeut?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	0	0	
Meestal	5	14	

Altijd	30	86	
--------	----	----	--

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

55. Dagelijkse bezigheden beter kunnen uitvoeren door behandeling?

	n	%	
Nooit	0	0	
Soms	6	17	
Meestal	18	51	
Altijd	11	31	
Niet van toepassing	0	0	

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

56. Werden de resultaten van het fysiotherapeutisch behandelen met u besproken?

	n	%	
Nooit	2	6	
Soms	0	0	
Meestal	10	29	
Altijd	23	66	

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

57. Wanneer werden de resultaten van de behandelingen met u besproken?

	n	%	
Tijdens de behandelperiode	10	30	
Aan het eind van de behandelperiode	3	9	
Zowel tijdens als aan het eind van de behandelperiode	18	55	
Anders, namelijk	2	6	

Totaal	33		
---------------	-----------	--	--

58. Bent u klaar met uw behandelingen bij de fysiotherapeut?

	n	%	
Nee	16	46	
Ja	19	54	











Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

59. In hoeverre komt het resultaat van de behandelingen overeen met uw verwachting?






	n	%	
Niet	1	3	
Enigszins	7	20	

Grotendeels	12	34	
Volledig	15	43	
Totaal	35		




60. In welke mate zijn uw klachten veranderd t.o.v. de periode voor de behandeling?

	n	%	
De klachten zijn weg			
<i>De klachten zijn...</i>	4	11	
Heel veel verminderd	5	14	
Veel verminderd	11	31	
Matig verminderd	8	23	
Iets verminderd	4	11	
Hetzelfde	2	6	
Iets verergerd	0	0	
Matig verergerd	1	3	
Veel verergerd	0	0	
Heel veel verergerd	0	0	
Totaal	35		

61. Was dit volgens uw verwachting?

	n	%	
Niet	2	6	
Enigszins	8	23	
Grotendeels	14	40	
Volledig	11	31	
Weet ik niet	0	0	
Totaal	35		

62. Welke behandelvorm heeft u gehad bij deze fysiotherapeut?

	n	%	
Altijd individueel	35	100	
Altijd in een groep (met groepsbehandeling wordt bedoeld dat meerdere personen in dezelfde ruimte worden begeleid door 1 fysiotherapeut)	0	0	
Beide: zowel individueel als in een groep	0	0	
Totaal	35		

63. Heeft u voldoende aandacht van de therapeut gekregen bij de groepsbehandelingen?

n %

Nooit	0	0	<input type="text"/>
Soms	0	0	<input type="text"/>
Meestal	0	0	<input type="text"/>
Altijd	0	0	<input type="text"/>
Weet ik niet: ik was niet aanwezig bij de behandeling	0	0	<input type="text"/>

Totaal 0

64. Hadden de groepsbehandelingen meerwaarde door sociale contacten met patienten?

	n	%	
Nee, nooit	0	0	<input type="text"/>
Soms	0	0	<input type="text"/>
Meestal	0	0	<input type="text"/>
Altijd	0	0	<input type="text"/>
Weet ik niet: ik was niet aanwezig bij de behandeling	0	0	<input type="text"/>

Totaal 0

65. Algehele beoordeling fysiotherapeut (cijfer 0-10)

	n	%	
0	0	0	<input type="text"/>
1	0	0	<input type="text"/>
2	0	0	<input type="text"/>
3	0	0	<input type="text"/>
4	0	0	<input type="text"/>
5	0	0	<input type="text"/>
6	0	0	<input type="text"/>
7	1	3	<input type="text"/>
8	13	37	<input type="text"/>
9	10	29	<input type="text"/>
10	11	31	<input type="text"/>

Totaal 35

66. Zou u deze fysiotherapeut bij vrienden en familie aanbevelen?

	n	%	
Beslist niet	0	0	<input type="text"/>
Waarschijnlijk niet	0	0	<input type="text"/>
Waarschijnlijk wel	4	11	<input type="text"/>

Beslist wel	31	89	
-------------	----	----	--

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

67. In hoeverre overweegt u een andere fysiotherapeut te nemen?

	n	%	
Niet	35	100	
Enigszins	0	0	
Grotendeels	0	0	
Volledig	0	0	

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

69. Bent u naar de fysiotherapeut verwezen door een arts (bv huisarts, specialist)?

	n	%	
Ja	18	51	
Nee, ik ben zonder verwijzing zelf naar de fysiotherapeut gegaan	17	49	

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--

70. Hoeveel behandelingen heeft u (tot nu toe) gehad?

	n	%	
0 tot en met 9 behandelingen	15	43	
10 tot en met 18 behandelingen	7	20	
Meer dan 18 behandelingen	13	37	
Weet ik niet meer	0	0	

Totaal	35		
---------------	-----------	--	--






70b. De algemene gezondheidssituatie kenmerkt zich door:
(meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%	
geen beperking / geen aandoening (los van de hulpvraag aan de fysiotherapeut)	0	0	
lichamelijke beperking / aandoening	0	0	
verstandelijke beperking	0	0	
zintuiglijke (horen, zien) beperking	0	0	
gedragmatige of psychische beperking / aandoening	0	0	






Totaal	0		
---------------	----------	--	--

71. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?










n	%
---	---

Uitstekend	3	9	
Zeer goed	2	6	
Goed	21	60	
Redelijk	9	26	
Slecht	0	0	
Totaal	35		






72. Hoe zou u over het geheel genomen, uw psychische gezondheid beschrijven?

	n	%	
Uitstekend	3	9	
Zeer goed	10	29	
Goed	19	54	
Redelijk	3	9	
Slecht	0	0	
Totaal	35		

73. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

	n	%	
Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)	0	0	
Lagere school (basisschool, speciaal basisonderwijs)	0	0	
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)	3	9	
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)	5	14	
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)	8	23	
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)	3	9	
Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)	11	31	
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	4	11	
Anders, namelijk	1	3	
Totaal	35		










74. Wat is uw geboorteland?

	n	%	
Nederland	34	97	
Indonesië / voormalig Nederlands Indië	0	0	
Suriname	0	0	
Marokko	0	0	
Turkije	0	0	

Duitsland	1	3	
Nederlandse Antillen	0	0	
Aruba	0	0	
Anders, namelijk	0	0	









Totaal **35**

75. Wat is het geboorteland van uw vader?

	n	%	
Nederland	33	94	
Indonesië / voormalig Nederlands Indië	0	0	
Suriname	0	0	
Marokko	0	0	
Turkije	0	0	
Duitsland	1	3	
Nederlandse Antillen	0	0	
Aruba	0	0	
Anders, namelijk	1	3	

Totaal **35**

76. Wat is het geboorteland van uw moeder?

	n	%	
Nederland	33	94	
Indonesië / voormalig Nederlands Indië	0	0	
Suriname	0	0	
Marokko	0	0	
Turkije	0	0	
Duitsland	1	3	
Nederlandse Antillen	0	0	
Aruba	0	0	
Anders, namelijk	1	3	