

KWALITEITSJAARVERSLAG

2020

Hoofdstuk 5: Kritische processen (Management Review):

Februari 2021, auteurs, Peter Boom, Melissa Boersen



5.1. Inleiding

De praktijk heeft kritische processen vastgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem en evalueert deze intern. Kritische processen zijn die processen die een zeer groot effect hebben op de continuïteit van de praktijk. Voortdurend worden er gegevens verzameld en metingen verricht. Deze gegevens zijn geregistreerd en worden afgehandeld c.q. opgevolgd, volgens de in het kwaliteitshandboek beschreven procedures.

De kritische processen die de praktijk heeft vastgesteld zijn:

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

5.2 Metingen en uitkomsten kritische processen

De praktijk heeft zichzelf normen (=doelen) gesteld om de processen te kunnen meten, te kunnen evalueren en eventueel te kunnen verbeteren. In de tabellen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, worden gegevens geregistreerd en uitkomsten van steekproeven (o.a. patiëntenkaarten) en enquêtes verzameld.

5.2.1 Overzicht (indirecte) klachten van patiënten

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

Beschrijf in de tabel hieronder welke (*ook* indirecte) klachten de praktijk heeft ontvangen in de diverse kwartalen van het afgelopen jaar.

Item	N	1e kwartaal 2020	2e kwartaal 2020	3e kwartaal 2020	4e kwartaal 2020
Klachten	Max 5 klachten per praktijk. Max 1 per therapeut.	0	0	0	0
Tips:					
Telefonische bereikbaarheid	Max. 3 keer per kwartaal	1	2	2	1
Tijdig starten behandeling	Max. 3 keer per kwartaal	1	1	0	1
Opgeven huiswerk Oefeningen	Max. 1 keer per kwartaal	1	1	1	1

Analyse van de (indirecte) klachten en tips over 2020:

Klachten:

Er zijn in 2020 geen formele en informele behandelde klachten geweest noch zijn er formele klachten door de klachtencommissie van het KNGF afgehandeld. Er is geen actie vereist.

Telefonische bereikbaarheid

We hebben in totaal 6 tips gekregen over telefonische bereikbaarheid. Dit is duidelijk verminderd ten opzichte van 2019 (16). De acties die wij in 2019 genomen hebben zijn succesvol. We voldoen aan onze gestelde norm. Er is geen actie vereist. Wel dienen we kritisch te blijven op onze bereikbaarheid. Een van de maatregelen die we hebben genomen in 2020 is uitbreiden van de bezetting van de receptie met 2 uur/

per week

Analyse van het systeem:

We willen in verband met de bereikbaarheid heel graag de uren van de receptie verder uitbreiden, eigenlijk naar een volle dag bezetting. Dit is alleen niet realiseerbaar vanwege de kosten. Wel heeft dit onderdeel ook een “negatief” effect op de gescoorde cijfers op domeinniveau. Wij gaan het aantal tips per kwartaal in de norm aanpassen.

Tijdig starten met de behandeling

Wij hebben in 2020 3 tips gekregen over het tijdig starten met de behandeling. We voldoen aan onze gestelde norm. Er is geen actie vereist. Onze verwachting dat de acties op dit punt effectief zouden zijn is uitgekomen en de afnemende tendens vanaf eind 2019 heeft zich voortgezet. Belangrijk voor ons is om dit punt wel blijvend te monitoren.

Opgeven van huiswerk oefeningen

We hebben in totaal 4 tips gekregen over het meegeven van huiswerkoefeningen. Inhoudelijk ging het over het op papier zetten van de oefeningen, het duidelijk communiceren over intensiteit en duur. Op dit punt hebben we wel actie ondernomen. Na een testperiode in 2019 hebben we in 2020 de Physitrack app aangeboden aan alle therapeuten en inmiddels is deze app ook gekoppeld binnen Intramed. Hierdoor verwachten wij dat het aantal tips hierover in 2021 duidelijk zal afnemen

Kwaliteitsdoelstelling voor 2021 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4.1) volgende jaar:

- In 2021 willen wij aan de norm van 1 tip per kwartaal gaan voldoen als het gaat om telefonische bereikbaarheid.
- In 2021 willen wij aan de norm van 1 tip per kwartaal gaan voldoen als het gaat om het opgeven van huiswerkoefeningen
- In 2021 willen wij aan de norm van 1 tip per kwartaal gaan voldoen als het gaat om het tijdig starten van de behandeling

Beoordeling systeem:

- Het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid.
- De input vanuit de medewerkers en melding van bijlage 3.3.3 en de PREM geven voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren.

Geen actie noodzakelijk

5.2.2. Overzicht incidenten

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

Beschrijf in de tabel hieronder welke incidenten hebben plaatsgevonden in de praktijk in de kwartalen van het afgelopen jaar.

Item	N	1e kwartaal 2020	2e kwartaal 2020	3e kwartaal 2020	4e kwartaal 2020
	Max 1 per therapeut				

Analyse van de incidenten over 2020

In het jaar 2020 zijn er geen calamiteiten/ incidenten geweest.

In 2020 zijn er geen calamiteiten door de Inspectie voor de gezondheidszorg afgehandeld.

Analyse verbeter systeem

Er zijn geen acties uitgezet omdat er geen incidenten geweest zijn,

Kwaliteitsdoelstelling voor 2021 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

Er zijn geen kwaliteitsdoelstellingen voor 2021.

Beoordeling systeem:

het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. De input vanuit de medewerkers en melding van bijlage 3.3.3 geven voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren.

Geen actie noodzakelijk

5.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntengegevens

Gegevens 01-01-2020 t/m 31-12-2020, Managementrapportage Intramed

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

Instroom

N : instroom DTF = 1750

N; instroom 0-39jaar = 39%

N : met verwijzing = 1000

N: aantal zittingen = 30000

N: Omzet = 980.000

N: Behandelindex = 100 – 115

N : 4,6% recidieven binnen 12 maanden opnieuw behandeld aan dezelfde klacht = benchmark parabench 2019

N : behandelgemiddelde <12

Instroom per verwijzing of DTF

	Aantal 2019	Aantal 2020
Verwijzing	1.018	692
DTF	1.831	1.918

Instroom per leeftijdscategorie

Leeftijd	2019	2019 Benchmark LDF	2020	2020 Benchmark LDF
0 - 39	39%	31%	34%	30%
40 - 59	30%	33%	33%	33%

60 +	24%	29%	26%	30%
-------------	-----	-----	-----	-----

Aantal zittingen

Aantal 2019	Aantal 2020
31.850	27.658

Omzet

Aantal 2019	Aantal 2020
100 % gehaald	100 % gehaald

Behandelindex

2020
Geen behandelindex beschikbaar i.v.m. Corona epidemie. Gemiddeld aantal zittingen per patiënt 9,0. Als deze weer wordt aangeleverd door de Zorgverzekeraars wordt hij weer meegenomen in de beoordeling

Recidieven aantal

	Aantal 2019	Aantal 2020
Binnen 12 maanden opnieuw behandeld aan dezelfde klacht	101	89
Binnen 12 maanden behandeld o.b.v. andere klacht	603	502
Geen recidief	2264	2134

Behandelgemiddelde

2019	2020
9,2	9,0

Benchmarkgegevens

In 2021 is Parabench Insight geworden. Helaas is het in deze tool het nog niet mogelijk om onze cijfers te vergelijken met de Benchmark. Intramed is hiermee bezig, maar kan geen datum geven wanneer deze tool gereed is. Vandaar dat wij alleen de gegevens van 2019 en 2020 noteren. Tevens is het nog niet mogelijk om de 6 items die wij jaarlijks vergelijken, uit Insight te halen.

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

N = kleiner of gelijk aan de benchmark (groen) (nvt)

N = niet meer dan 10% hoger dan de benchmark (rood) (nvt)

Item	2019	Benchmark 2020	Praktijk 2020
1.Wachttijd patiënten	0,5	-	-
2.Instroom nieuwe patiënten	DTF 2059 Verw 1052	-	DTF 2098 Verw 730
3.Behandelgemiddelde	11,1	-	9,85
4.Omzet per patiënt	€342	-	€263
5.Behandelduur: weken	13,11	-	-
6.Recidieven	3,3%	-	3,4%

Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2020

Analyse van de instroom:

De instroom via verwijzing is in 2020 duidelijk teruggelopen. De instroom via DTF is toegenomen en voldoet aan de (verhoogde) norm van 2020. Dat de instroom via verwijzing is teruggelopen heeft een duidelijke oorzaak namelijk de gevolgen van de coronacrisis op de continuïteit van de overige zorgverlening (het gebrek aan huisartsenzorg in onder andere in maart/april 2020 en het afschalen van met name de orthopedische chirurgie in het Dijklander Ziekenhuis, maar ook van de overige specialisten) De verwijzingen via de huisarts verminderde met 39% en de overige verwijzingen met 15%. Ook de norm met betrekking tot de leeftijdscategorie 0 – 39jaar (als indicator voor de toekomstbestendigheid van de praktijk en onze uitstraling en bereikt via sociale media) is gedaald ten gevolge van coronacrisis.

Ondanks dat de norm niet is gehaald is er geen directe actie vereist. Wij verwachten dat na het bestrijden van de pandemie door vaccinatie, testen en medicatie de reguliere zorg weer normaliseert en als gevolg daarvan ook het aantal verwijzingen weer zal normaliseren. Wel zien wij mede door deze crisis kansen op het gebied van

preventie (actieve leefstijl, overgewicht). In de doelstellingen voor 2021 zullen wij de implementatie van de gecombineerde leefstijl interventie opnemen.
Geen actie vereist.

Analyse van aantal zittingen:

De norm voor het aantal zittingen hebben wij in 2020 niet gehaald. De oorzaak hiervoor is voornamelijk gelegen in de Lockdown periode eind maart tot en met eind april 2020 alsmede de beperkende maatregelen met betrekking tot het sporten welke 2020 hebben beheerst.

Geen actie vereist.

Analyse van de omzet:

De norm voor de omzet is in 2020 behaald. Mede verantwoordelijk hiervoor is de ontvangen steun van de Zorgverzekeraars in de vorm van de continuïteitsbijdrage welke wij hebben ontvangen over de maanden maart, April en Mei.

Geen actie vereist.

Analyse van de behandelindex:

Onze norm voor de behandelindex is gesteld tussen 100 – 115, wij hebben een index van 104 (referentie 2019) In 2020 is althans voorlopig geen behandelindex berekend door de Zorgverzekeraars in verband met het niet voorhanden zijn van representatieve cijfers ten gevolge van de Corona crisis.

Geen actie vereist.

Analyse van recidieven aantal:

Onze norm voor het aantal recidieven is de benchmark van parabench (2019). De instroom van patiënten in 2020 was 2.610. Daarvan is 89 een recidief binnen 12 maanden. Dit betekent dat we op 3,4% zitten. Dit valt binnen de norm van 4,6%.

Geen actie vereist.

Analyse van behandelgemiddelde:

De norm voor de behandelgemiddelde is behaald. De dalende tendens van het behandelgemiddelde vanuit de data van ons EPD is een langjarig gegeven. Wij zullen de norm voor 2021 daarom verlagen van <12 naar <10.

Geen actie vereist.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2020 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk4) volgend jaar

- In 2021 is de kwaliteitsdoelstelling om de norm ten aanzien van het behandelgemiddelde te verlagen naar 10.
- In verband met het wegvallen van de benchmark via parabench zullen wij de norm voor het aantal recidieven voor 2021 op 4% zetten

Beoordeling systeem:

Het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid.

De input vanuit Intramed (management rapportage en Insight) elk kwartaal geeft voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren. Wel vinden wij het een gemis dat wij geen benchmark gegevens meer krijgen via Parabench na de transformatie naar Insight in het Intramed dashboard.

Geen actie noodzakelijk

5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem

Norm = Voldoen aan de eisen van de Norm HKZ Extramurale Fysiotherapiepraktijken, versie 2016.

Analyse van de Interne audit 2020 en de verbeteracties over 2020:

De praktijk heeft in 2020 de interne audit op alle normelementen van de HKZ norm uitgevoerd. Hiermee zal de praktijk aan haar norm voldoen en is in de auditcyclus de interne audit op alle normelementen van de HKZ norm uitgevoerd.

Uitkomst van de interne audit was dat wij de coronabeleid moet worden opgenomen (normelement 3) en dat het ontruimingsplan nog geoefend moet worden (normelement 4). De overige normelementen voldeden

Geen actie noodzakelijk.

Vanaf 2021 zal de praktijk de normelementen verspreid over de auditcyclus van drie jaar intern gaan auditeren. In 2021 zal dit nog in combinatie gaan met Fys'optima, daarna zal de praktijk dit zelfstandig gaan oppakken. De planning hierin is als volgt:

2021:

- 1 Organisatie en beleid
- 3 Omgaan met risico's
- 6 Professioneel handelen

2022:

- 7 Ervaring van patiënten
- 8 Ontwikkeling
- 9 Documentatie

2023:

- 2 Leiderschap en medewerkers
- 4 Werkomgeving, materialen en middelen
- 5 Inkoop / uitbesteding

Kwaliteitsdoelstelling voor 2021 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

1. De praktijk heeft in het beleidsplan 2021 de interne auditplanning opgenomen in Hoofdstuk 4: Doelstelling, activiteitenplan en interne audit 2021
2. De praktijk heeft in het jaarverslag (managementreview) 2020 de resultaten en verbetermaatregelen van de interne audit opgenomen in 5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem

Beoordeling systeem: verloopt het proces van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid?

De procedure vergt veel inspanning en tijd. Vorig jaar was de verwachting dat de praktijk zelf de normelementen kon beoordelen. Echter door zwangerschap van onze kwaliteitsmedewerker en de huidige pandemie, hebben wij besloten om de steun van Fys'optima met 1 jaar te verlengen.

Actie:

In 2021 zal de praktijk, samen met Julia van Benschop, de interne audit op de drie gestelde normelementen (1,3,6) van de HKZ-norm doorlopen.

5.2.5. Overzicht patiënt tevredenheid/ kwalitatieve patiëntengegevens

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt, Benchmark zijn FYS'Optima praktijken

Item	Norm	2019	2020
Algemene beoordeling	8	8,66	8,99
Netpromotorscore	>60	59	75,8
Aantal aangeboden activiteiten bij Qualiview	1250	1813	1564
Aantal verstuurd uitnodigingen via Qualiview	1000	1584	1382
Aantal ingevulde enquêtes via Qualiview	350	469	386
	Benchmark		
Contact	9,36	(4,69)	9,298
Behandelplan	9,15	(4,48)	9,012
Praktijk	9,13	(4,42)	8,599
Contact uitgebreid	9,35	-	9,274
Praktijk uitgebreid	9,25	-	9,069

Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2020

Onze praktijk heeft voor het jaar 2020 gebruik gemaakt van de vragenlijsten van "Qualiview". Ons patiënttevredenheidsscore is 8,99 (praktijkgemiddelde, ieder medewerker scoort gemiddeld hoger dan een 8). Het cijfer is gestegen ten opzichte van 2019. Er zijn geen grote afwijkingen t.o.v. andere praktijken (benchmark) en/ of onderlinge verschillen. Gezien het feit dat de algemene beoordeling al een aantal jaar ruim boven de ongestelde norm ligt zullen wij deze voor 2021 verhogen naar 8,5

Onze norm voor het aangeboden activiteiten, uitnodigingen en ingevulde enquêtes is behaald. De normen zijn, zo als in het vorige verslag aangegeven, voor 2020 op deze onderdelen verhoogd.

De tevredenheid over de deelgebieden contact, behandelplan en praktijk zijn allen boven de norm (zo als in het vorige jaarverslag). Omdat Qualiview in hun vernieuwde versie PREM 3.0 een andere berekeningsmethode heeft gekozen zijn onze normen

zo als gesteld in de doelstellingenverslag 2020 niet meer representatief. Daarom hebben wij ervoor gekozen de benchmark van de FYS'Optima praktijken als uitgangspunt te nemen. Een negatieve afwijking van 5% vinden wij acceptabel. Wij voldoen op alle onderdelen behalve Praktijk (-5,5%). Bij analyse van de onderliggende vragen blijkt dat de praktijk goed scoort op de onderdelen **schoon & opgeruimd** (9,25) en **privacy** (9,28). Op het onderdeel **bereikbaarheid** scoort de praktijk lager (8,60). Gezien de ontvangen tips van de afgelopen jaren bevreedt ons dat niet, maar zullen wij ook in 2021 beleid maken om te voldoen aan de benchmarknorm.

Kwaliteitsdoelstellingen voor 2020 die uit deze analyse voortkomen worden opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan volgende jaar (2021):

- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2021 om een respons van 400 op de patiënten tevredenheidsonderzoeken te krijgen.
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2021 om de aangeboden activiteiten boven de 1500 uit te laten komen.
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2021 om het aantal verstuurd uitnodigen via Qualiview boven de 1250 uit te laten komen.
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2021 om een algemene beoordeling te krijgen
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2021 op de alle 5 deelgebieden: contact, behandelplan en praktijk, contact uitgebreid en praktijk uitgebreid te voldoen aan de benchmarknorm (= benchmark -5%).

Beoordeling systeem

Het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het analyse/meet instrument, van Qualiview, voldoet. We zullen per kwartaal deze cijfers monitoren.

5.2.6. Overzicht professioneel handelen medewerkers:

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

Item	Norm	2e kwartaal 2020	4e kwartaal 2020
Patiëntendossier	N = 80%	88%	93 %
Functie-evaluatie gesprekken	1 per jaar	Maart / april uitgevoerd	

Item	LDF benchmark	Praktijk
------	---------------	----------

Dossiervoering	94%	87%
Toepassen Klinimetrie	84%	85%
Uitkomst Klinimetrie NPRS	-4,1	-3,6

Ervaren effect behandeling	Qualiview benchmark	Praktijk
10	30%	31%
9	25%	27%
8	26%	21%
7	10%	11%
6	3%	5%
5	1%	2%
4	1%	1%
0,1,2,3,	0%	0%

Het patiëntendossier wordt getoetst volgens bijlage 5.5.6 van het HKZ-handboek: Checklist beoordeling patiëntendossiers. Er zijn 2 dossiers per therapeut getoetst. Toetsing vindt intercollegiaal plaats.

De norm die de praktijk stelt is 80%, cijfers daaronder worden kritisch bekeken en besproken. Voor 2020 heeft de praktijk voldaan aan de norm. Dus er wordt verder geen actie ondernomen om de dossier invulling aan te scherpen.

De landelijke database fysiotherapie (LDF) laat een vergelijkbare toepassing zien van klinimetrie. Hier betreft het alleen de toepassing van de NPRS. Helaas staat de PSK, die samen met de NPRS, standaard worden gebruikt in onze praktijk, niet vermeld. De resultaatscore van de NPRS (hertest -3,6) is wat lager als het landelijk gemiddelde maar wel klinisch relevant (MCID 2)

Casuïstiekbespreking vinden onder andere plaats tijdens de intervisie bijeenkomsten. Daarnaast vindt er wekelijks overleg plaats in de praktijk waarbij eenieder een casus kan inbrengen. Verder laat iedere therapeut patiënten (indien zij hiermee akkoord gaan) waarbij de voortgang niet verloopt als gepland of waarbij de diagnostiek een probleem vormt in de praktijk intercollegiaal beoordelen voor een zg. second opinion.

Jaarlijks vindt er een functie-evaluatiegesprek plaats tussen medewerker en praktijkhouder. Dit jaar hebben alle gesprekken plaatsgevonden in maart en april. Iedereen heeft in de voorbereiding het voorbereidingsformulier ontvangen, ingevuld en tijdig ingeleverd ter voorbereiding op het functioneringsgesprek. Van het functioneringsgesprek is een verslag gemaakt welke na parafering en ondertekening zijn opgenomen in de afzonderlijke personeelsdossiers.

Er zijn gemeenschappelijke verbeteracties uit de functioneringsgesprekken naar voren gekomen. Er worden dus geen praktijk brede verbeteracties uitgezet n.a.v. de functioneringsgesprekken.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2021 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

Er zijn geen actieve doelen voor 2021. Wij voldoen aan de gewenste norm.

Beoordeling systeem:

Het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het meetinstrument, bijlage 5.5.6., voldoet. Medewerkers worden na controle direct aangesproken op eventuele tekortkomingen in de dossiervorming. Indien het geval worden deze dossiers dezelfde week nog aangepast waarna een tweede check zal plaatsvinden. Wij zullen met 2 collega's de dossiercontrole gaan uitvoeren.

Het proces van functioneringsgesprekken tussen medewerker en praktijkhouder voldoet. Het voorbereidingsformulier helpt beide partijen in de voorbereiding. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in het verslag van het functioneringsgesprek zodat hier actie op uitgezet kan worden en hier ook daadwerkelijk wat mee wordt gedaan. Gemeenschappelijke verbeteracties worden indien aanwezig d.m.v. de functioneringsgesprekken inzichtelijk gemaakt waar beleid op uitgezet kan worden.

5.2.7. Risicovolle primaire en ondersteunende processen

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

Analyse van risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiënt niveau over 2020:

Aan de hand van bijlage 2.6.1. is er een analyse gemaakt risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiënt niveau.

Conclusie is dat er naast de gevolgen van de Corona pandemie geen risico's zijn geconstateerd. Acties op Corona zijn ondernomen.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2021 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

Er zijn geen doelen voor 2021.

Beoordeling systeem: het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het analyse instrument, bijlage 2.6.1, voldoet.

Geen actie noodzakelijk.

5.2.8. Beoordelingssysteem algemeen:

Interne of externe factoren die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem

1 Beschrijving van ontwikkelingen, veranderingen en verwachtingen.
Denk aan ontwikkelingen met betrekking tot omgeving, organisatie,
leveranciers, samenwerkingspartners, financiering, visie/missie, lange termijn
doelen, wetgeving, en normen.

De gezondheidszorg is sterk in beweging. De praktijk is marktgericht gaan denken en werken. Zo is er begin 2019 een acquisitieplan geschreven op basis van client profielen en specifieke vaardigheden van de diverse therapeuten. Dit acquisitieplan heeft ons in 2020 geholpen bij het opschalen van de zorgverlening na de eerste lockdown periode.

2020 heeft zich gekenmerkt door de Corona Crisis, een niet te voorziene ernstige bedreiging voor de gezondheid, het voortbestaan van de praktijk, de werkgelegenheid voor de fysiotherapeuten en last but not least het welzijn van onze patiënten.

Op al deze bedreigingen heeft de praktijk (management, belanghebbende en medewerkers) gezamenlijk acties moeten en kunnen ondernemen. Als leidraad hierbij golden steeds de adviezen en voorschriften van overheid en beroepsorganisatie (KNGF) waarbij de continuïteit van de zorgverlening in 1^{ste} instantie centraal stond.

In de praktijk betekende dit dat de fysiotherapiepraktijk nooit de deuren heeft gesloten, ook niet in de eerste periode van de lockdown (maart, april 2020) waarin er vele onduidelijkheden hierover waren. Wij kozen voor het direct opschalen van Persoonlijke Beschermingsmiddelen als mondkapjes, veiligheidsbrillen, handschoenen en wegwerpkleding. Maar ook aanschaf van desinfectiemiddelen voor handen, de behandelbanken en kwetsbare oppervlakten in de praktijk (deurknoppen, kranen e.d.) Allen werden gebruikt volgens voorschriften van KNGF (indien aanwezig)/ RIVM en op advies van 1 van onze therapeuten, ook werkzaam als PICS therapeut op intensive care van 't Boven IJ Ziekenhuis. Looproutes, wachtkamer en oefenzaal gebruik werden aangepast en daar waar de 1,5meter niet gehandhaafd kon worden (los van de therapeutische behandeling) werden spatschermen geplaatst. De luchtventilatie (mechanische afzuiging) en bevochtiging werden geïntensiveerd. Een info flyer werd gemaakt voor de patiënten waarin praktijkmaatregelen worden uitgelegd alsook aan welke maatregelen de patiënten zich moeten houden.

De maatregelen werden in uitdrukkelijk overleg met alle medewerkers geïmplementeerd waarbij er juist ruimte gecreëerd werd door het management voor individuele invulling en uitvoering (daar waar de voorschriften dit toelieten). Omdat het zorg aanbod door de maatregelen fors terugliep (-70%) was er ook deze ruimte.

In eerste instantie werd gekozen om zorg die niet uitgesteld kon worden te blijven uitvoeren (denk aan post operatieve zorg) maar ook zorg te verlenen aan de zg. kritische beroepen als politie, zorg – & ambulance personeel e.d. en de zorg op uitdrukkelijk voorschrift van de verwijzend arts. Verder werd de behandeling van kwetsbare patiënten uitgesteld. In de eerste weken van de

Status corrigerende en preventieve maatregelen	
	<p>De praktijk heeft op basis van het beleidsplan van dit jaar en vorige jaren doelstellingen bepaald (zie hoofdstuk 4).</p> <p>De doelstellingen van het voorgaande jaar worden geëvalueerd op effectiviteit in hoofdstuk 5.3 Indien een doelstelling niet het beoogde resultaat oplevert is deze, indien gewenst, weer opgenomen bij hoofdstuk 4.</p> <p>Het doelstellingen en activiteitenplan 2020 hoofdstuk 4 (dit jaar) en 2019 (vorig jaar) laat een overzicht zien van de status van de corrigerende en preventieve maatregelen.</p>

Hoofdstuk 5.3. Evaluatie doelstellingen beleidsplan 2020:

Voorbeeld: (zie hoofdstuk 4.1 van de doelstellingen vorig jaar)

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
In 2020 heeft iedere therapeut voldaan aan de verplichte BHV vervolg-/ update cursus.	Niet gerealiseerd	Actie noodzakelijk, Afspraak is dat na opheffen van beperkende maatregelen de scholing snel zal plaatsvinden
In 2020 doen alle medewerkers mee aan de intervisie en visitatie van het KNGF.	Wel gerealiseerd	Visitatie niet benodigd, niet voor plus status ZKA. (Geen wens van de praktijk)
Onze doelstelling voor 2015-2020 is dat alle therapeuten de verplichte accreditatie punten zullen halen voor behoud van het CKR van het KNGF.	Wel gerealiseerd	Geen acties nodig

<p>In 2020 doet een medewerker de opleiding tot master geriatrische fysiotherapie. Dit is van belang in verband met de komende pensionering van onze huidige specialist in deze.</p>	<p>Wel gerealiseerd</p>	<p>Actie is opleiding vervolgen</p>
<p>In 2020 heeft een medewerker de opleiding tot Long fysiotherapeut afgerond.</p>	<p>Wel gerealiseerd</p>	<p>Geen actie nodig</p>
<p>Jaar specifieke doelstelling voor 2019/2020 is om de entree wachtkamer aantrekkelijker te maken zowel qua klimaatbeheersing als uiterlijk.</p>	<p>Niet gerealiseerd</p>	<p>Actie verschoven naar 2021 (i.v.m. tijdelijke coronamaatregelen)</p>
<p>Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om een de verlichting in de gehele praktijk te uniformiseren. Overal zal getracht worden LED verlichting te plaatsen zowel voor milieu doeleinden alsook om de energiekosten te verlagen.</p>	<p>Deels gerealiseerd</p>	<p>Continuering in 2021</p>

<p>Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om naast de website van de maatschap, de sociale media instrumenten als Facebook en Instagram te ontwikkelen met name ook gericht op de naamsbekendheid onder de jongere generatie. Met als doel, om in contact blijven met (mogelijke) patiënten en de jonge generatie blijven bereiken. We willen het percentage instroom jongere (0 – 39 jaar) patiënten van 45 % behouden.</p>	<p>Niet gerealiseerd</p>	<p>Geen actie noodzakelijk (oorzaak wegvallen van sportblessures en sport gerelateerde operaties)</p>
<p>Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om minimaal 3 folders te voorzien van de nieuwe huisstijl (qua lay-out en kleur), met als doel moderniseren, uniformiseren en actualiseren.</p>	<p>Niet gerealiseerd</p>	<p>Actie verschoven naar 2021 (i.v.m. coronacrisis, tijdgebrek)</p>
<p>Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om een nieuwe huisstijl te ontwikkelen voor de behandelruimten en deze in 1 ruimte uit te voeren, met als doel modernisering.</p>	<p>Deels gerealiseerd</p>	<p>Continueren 2021</p>
<p>Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2020 is de instroom via het DTF boven de 1500 aanmeldingen te houden.</p>	<p>Wel gerealiseerd</p>	<p>Geen actie noodzakelijk</p>
<p>Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2020 is de instroom via verwijzing boven de 1000 aanmeldingen te houden</p>	<p>Niet gerealiseerd</p>	<p>Geen actie noodzakelijk (terugval door corona crisis)</p>

Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2020 is het aantal recidieven binnen 12 maanden onder de 4,6% te houden;	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2020 is om het behandelgemiddelde onder de 11,5 te houden. Wij werken niet met de behandelindex van de zorgverzekeraars, deze is onduidelijk, niet reproduceerbaar en sterk afhankelijk van omvang van instroom van de betreffende verzekeraar. Tevens wordt deze behandelindex ons inziens ten onrechte gebruikt als afreken instrument en niet als kwaliteitselement;	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2020 is om de wachttijd te beperken tot 3 dagen.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om een respons van 350 op de patiënten tevredenheidonderzoeken te krijgen.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om het aantal succesvol verstuurd vragenlijsten (Qualiview) boven de 1000 uit te laten komen.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2020 is om onze onlinedienstverlening uit te breiden. Physitrack te laten koppelen aan Intramed.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk

In 2020 bedraagt de dossierscore minimaal 80% getoetst met bijlage 5.5.6. Bij de dossiercontrole volgens bijlage 5.5.6 in 2018 bedraagt de dossierscore minimaal 80%	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
--	------------------	-------------------------