



Kraamzorg
de Eilanden
Onze wereld draait om jou

Directieverslag 2021

Margo Baar

Natasja van Praat

Datum: februari 2022

Versie 1.0



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Korte Terugblik 2021	3
1.2.	Omstandigheden/ontwikkelingen 2021	3
2.	Clïëntervaring	4
2.1	Clïënttevredenheid	4
2.2	Klachten	4
2.3	Clïëntenraad	5
3.	Medewerkers	6
3.1	Melden medewerkers	6
4.	Kwaliteitssysteem	7
4.1	Risicobeheersing	7
4.2	Sturing	7
4.3	Toetsing Kwaliteitssysteem	7
4.4	Interne audits	8
5.	Beoordeling kwaliteitssysteem en acties 2022	9

1. Inleiding

In de begroting en jaarplan 2022 zijn onder andere de organisatiebrede ontwikkelingen geschetst, risico's en kansen en de SWOT analyse. Ook is een weergave gegeven van de ontwikkelingen van de interne organisatie.

In dit directieverslag is de evaluatie van het kwaliteitssysteem opgenomen. Er wordt breder stil gestaan bij wat er heeft gespeeld in 2021, maar met name wordt gekeken welke aspecten verbeteringen behoeven in 2022 ten aanzien van het kwaliteitssysteem. Wat heeft er wel gewerkt en wat niet, of wat behoeft er nog meer aandacht of acties.

Bij de evaluatie van het kwaliteitsmanagementsysteem worden de volgende aspecten in ogenschouw genomen:

- Dragen de genomen maatregelen bij aan de doelen; (verbetermaatregelen, interne audits e.d.);
- Is de organisatie in staat om te leren en verbeteren.

1.1 Korte Terugblik 2021

Terwijl in 2020 het wegwerken van de opgelopen achterstand op het gebied van kwaliteitszorg centraal stond, stond 2021 in het teken van continueren en versterken van de ingeslagen werk, aanhakend bij het motto van de organisatie in 2021: "S&S", Snel en Strak.

De opgepakte punten hebben de tijd moeten krijgen te landen bij de medewerkers. Medewerkers moesten zich de kwaliteitsaspecten eigen maken en verder verbeteren waar nodig. Terwijl in 2020 de risico's en KPI's zijn geformuleerd en opgenomen in het kwaliteitsdashboard, werd in 2021 maandelijks over de KPI's gerapporteerd. 2021 stond in het teken van de aanscherping van de analyse en de rapportage binnen het dashboard. Waar in 2020 het doen van meldingen extra aandacht heeft gekregen, is het in 2021 laagdrempelig gemaakt, worden de meldingen besproken binnen de teams en worden verbeteringen gemonitord en geëvalueerd. In 2021 is de cliënttevredenheidstool in gebruik genomen en hebben een tweetal interne audits plaatsgevonden.

Hoewel we op de goede weg zijn, zijn er nog zeker verbeteringen te behalen in het voelen van eigenaarschap met betrekking tot diverse kwaliteitsaspecten. Wat dat betreft past het motto voor 2022 ook prima binnen de ontwikkeling van onze kwaliteitszorg: "Z&P", Zelfstandig met Passie.

1.2. Omstandigheden/ontwikkelingen 2021

In 2021 hebben zich omstandigheden/ontwikkelingen voorgedaan die ook van invloed zijn geweest op het jaarplan kwaliteit. Zo speelt Covid, na ruim 1,5 jaar, nog steeds een rol van betekenis. Wij zijn creatief gebleken in het vinden van digitale oplossingen. Denk hierbij aan het via beeldbellen laten plaatsvinden van de intake, ondersteuning na thuiskomst uit het ziekenhuis

middels een video en het leveren van zorg op afstand, aanvullend aan de fysieke zorg. Ook de borstvoedingsbijeenkomsten zijn geheel online georganiseerd.

In 2021 is een nieuwe teamleider gestart en zijn drie van de vier teamleiders langdurig afwezig geweest. Dit heeft consequenties gehad voor de activiteiten die door de directie, maar ook door andere medewerkers konden worden opgepakt. Prioriteiten moesten hierin bepaald worden, want hoewel de “winkel” heeft doorgedraaid met inzet en extra inspanning van directie en medewerkers heeft het wel effect gehad op het doorpakken van onder andere bepaalde kwaliteitsissues. Hoewel de noodzakelijke activiteiten en de zorg voor de cliënt uiteraard gewoon doorgang heeft gevonden, heeft de wens om bijvoorbeeld het dashboard voor de teamleiders steviger weg te zetten vertraging opgelopen. Ook de werkwijze ten aanzien van de meldingen en ten aanzien van de metingen van de cliënt ervaringen loopt door, maar kan efficiënter, sneller en is dus nog niet zo “Snel&Strak” ingericht als we zouden willen.

2. Cliëntervaring

2.1 Cliënttevredenheid

In 2021 is een nieuwe digitale meting geïmplementeerd voor het meten van de cliënttevredenheid. Het dashboard van de cliënttevredenheid wordt gebruikt door de teamleiders voor terugkoppeling aan de medewerkers en indien noodzakelijk met de cliënt. Door de teamleiders wordt het dashboard als positief ervaren. Zo is bijvoorbeeld de input voor de jaargesprekken makkelijk te verkrijgen via het dashboard. Hoewel er uiteraard ook verbeterpunten worden aangegeven wordt het over het algemeen als positief beschouwd. Dit instrument willen we verder verbeteren. Medewerkers zouden we graag toegang geven tot dit instrument, zodat ze eigen beoordelingen kunnen inzien. Daarnaast zouden we het instrument graag willen gaan inzetten om ons te vergelijken met andere organisaties en willen we de vragenlijst kleiner maken. Binnen de keten is de vraag weggelegd of er geen landelijke tevredenheidsmeting ontwikkeld kan worden die organisatie overstijgend is. Nu worden gegevens over cliënttevredenheid op verschillende manieren door verschillende organisaties uitgevraagd.

2.2 Klachten

KDE streeft naar een tevreden cliënt en zal dan ook altijd direct het gesprek met de cliënt aangaan om de mogelijke ontevredenheid te bespreken.

In het zorgplan worden dagelijks evaluaties gerapporteerd en afspraken gemaakt, samen met de cliënt. Daarnaast kan de cliënt altijd contact opnemen met de teamleider, wanneer er sprake is van ontevredenheid.

Wanneer de klacht niet naar tevredenheid wordt opgelost kan de cliënt een klacht indienen bij de klachtenfunctionaris van Bo Geboortezorg. De gegevens hiervan staan vermeld op de website van Kraamzorg de Eilanden.

Ondanks de ingrijpende gevolgen van COVID op het leveren van zorg kunnen we concluderen dat de cliënt zich zeer begripvol heeft opgesteld. Net als de afgelopen jaren zijn er in 2021 geen klachten binnengekomen via de externe klachtenfunctionaris.

2.3 Cliëntenraad

KDE hecht niet alleen veel waarde aan draagvlak, betrokkenheid en maatwerk voor de cliënt, maar wil ook zeker aan de wettelijke verplichtingen voldoen. Doelstelling, opgenomen in het jaarplan 2021 was dan ook om in 2021 een goed werkende cliëntenraad te hebben binnen KDE. Navraag heeft geleerd dat de meeste kraamzorgorganisaties, zeker de kleinere, (nog) niet beschikken over een Cliëntenraad. Maar dit geldt ook voor de middelgrote. Oorzaak: enerzijds het gebrek aan bewustzijn dat dit een wettelijke verplichting is, ook voor de kraamzorg. Anderzijds speelt ook het geringe animo vanuit cliënten. Kraamzorg is immers kortdurend en soms zelfs eenmalig. Daarnaast zijn de onderwerpen waarover een cliëntenraad zich moet buigen, niet altijd de onderwerpen waarover onze cliënten zich willen buigen. Het samenstellen van een cliëntenraad valt niet mee. Verschillende acties zijn door KDE uitgezet om een cliëntenraad te kunnen realiseren. Via social media zijn oproepen geplaatst en medewerkers hebben cliënten rechtstreeks proberen te enthousiasmeren voor deelname aan de cliëntenraad. Helaas is het resultaat dat er nog geen cliëntenraad gevormd kan worden.

In 2020 hebben we gebruik gemaakt van een cliëntenpanel, om zodoende toch input vanuit cliënten te verkrijgen. Het cliëntenpanel bestaat uit enthousiaste moeders die kraamzorg van ons hebben ontvangen. In een groepsgesprek vertellen ze hoe ze de zorg hebben ervaren en welke verbeteringen mogelijk zijn. Daarnaast vragen we het cliëntenpanel soms om advies over een bepaald onderwerp. Verbeterpunten zijn binnen de organisatie besproken en waar nodig opgepakt. In 2021 is er geen cliënten panel bijeengewoest. Een aantal factoren hebben er helaas voor gezorgd dat er in 2021 geen cliëntenpanel bijeen is geweest. Naast de bezettingsproblemen door uitval van medewerkers, levert een cliëntenpanel pas goede resultaten op wanneer de deelnemende cliënten fysiek bij elkaar kunnen komen. Helaas is dit niet mogelijk geweest door COVID. In 2022 gaan we hier zeker weer vervolg aan geven.



3. Medewerkers

Medewerkers voldoen aan de gestelde opleidingseisen. Jaargesprekken, RIE en MTO hebben plaatsgevonden waarop nodige acties zijn uitgezet. Tevreden zijn we met de uitkomst van het MTO. Uit de RIE zijn geen grote risico's naar voren gekomen.

Helaas zijn veel inspanningen gepleegd op het verhogen van de capaciteit maar is er netto een mager resultaat behaald. Door het relatief hoge personeelsverloop, voornamelijk ten gevolge van pensionering en arbeidsongeschiktheid.

Het ziekteverzuim is helaas hoger dan we als doelstelling voor 2021 hadden vastgelegd. Corona heeft in 2021 nog net of misschien wel een grotere impact dan in 2020, voornamelijk veroorzaakt door de besmettelijkere omikronvariant van COVID en zijn verzuim trajecten langer geworden. Ten opzichte van andere organisaties onderscheiden wij ons hierin niet negatief.

3.1 Melden medewerkers

In 2020 hebben we één meldingsformulier gemaakt van de volgende formulieren:

- Klachtenformulier
- Maatregel ter verbetering
- FOBO (Incidentmelding)
- Datalekken

Door het samenvoegen van de verschillende formulieren wilden we het doen van meldingen door medewerkers stimuleren. Daarnaast is het formulier ook via de SIILO app beschikbaar geworden, wat eveneens de drempel tot melden verlaagt.

Indien noodzakelijk worden meldingen besproken in de betreffende teamoverleggen om er lering uit te trekken of maatregelen ter verbetering te formuleren.

In 2021 hebben zich duidelijk meer meldingen voorgedaan dan in 2022. Zoals eerder aangegeven moet de werkwijze ten aanzien van de afhandeling van meldingen strakker worden ingeregeld. Op dit moment is er nog geen zicht op de trend binnen deze meldingen en het aantal meldingen. Na Q1 worden de meldingen structureel bijgehouden door de kwaliteitsadviseur. De werkwijze tussen de teamleider en de kwaliteitsadviseur wordt strakker ingeregeld, waardoor duidelijker overzicht ontstaat in de soort meldingen en de afhandelingstijd.

4. Kwaliteitssysteem

4.1 Risicobeheersing

Binnen KDE zijn de organisatierisico's/kansen in kaart gebracht. De organisatierisico's vormen input voor de jaarplannen.

Ook op procesniveau zijn de risico's geïnventariseerd. Naar aanleiding van deze risico's is het dashboard tot stand gekomen. KPI's zijn geformuleerd om tijdig te kunnen bijsturen en de risico's te kunnen monitoren.

4.2 Sturing

Om invulling te geven aan kwaliteit heeft KDE in 2020 een nieuw dashboard ontwikkeld. Dit dashboard bestaat uit KPI's voor de verschillende afdelingen. Deze KPI's zijn gebaseerd op de procesrisico's die samen met de medewerkers zijn geïnventariseerd. Door het maandelijks rapporteren en bespreken van deze KPI's en indien nodig het nemen van verbetermaatregelen willen we de kwaliteit continu verbeteren en de risico's beheersen of kansen benutten. Voordeel van dit nieuwe dashboard is dat het is opgezet mét de medewerkers, wat het draagvlak bevordert. Tevens worden de medewerkers zelf verantwoordelijk gemaakt voor de analyse en de noodzakelijke maatregelen. Hoewel het dashboard nog maar kort werkt, zie je de betrokkenheid van de medewerkers en het enthousiasme om de analyse goed te laten plaatsvinden, groeien. In 2021 is ingezet op het scherper krijgen van de analyses in het dashboard en het duidelijker formuleren van de noodzakelijke acties. Het eigen maken en gebruiken voor eigen sturing is wat nog verder aandacht verdient, ook in 2022.

4.3 Toetsing Kwaliteitssysteem

In 2021 heeft de externe audit plaatsgevonden op basis van een voor ons nieuwe kwaliteitsnorm: HKZ Zorg en Welzijn. De punten die naar voren zijn gekomen tijdens de externe audit van 2021 zijn afgewikkeld.

De norm wordt als praktisch ervaren en makkelijk te vertalen naar de organisatie. Het contact met de nieuwe certificeerder DNV-GL is het eerste jaar als positief beoordeeld.

Maatregelen naar aanleiding van de beoordeling van het kwaliteitssysteem in 2020

Verbetervoorstellen vorige beoordeling kwaliteitssysteem: (beoordeling over 2019)

Verbetervoorstel	Status
Verbeteringen acties afdeling planning	Deels : Uit de interne audit is naar voren gekomen dat acties zijn opgepakt, maar de evaluatie van deze acties nog niet heeft plaatsgevonden. Afgesproken is dat in maart 2022 de acties zijn geevalueerd door de afdeling, date en nieuw plan van aanpak wordt gemaakt en dat in juni 2022 weer een interne audit plaatsvindt om het proces te evalueren. Deze audit is opgenomen in de meerjarenplanning interne audit.
Opzetten cliëntenraad	Ondanks de nodige inspanningen, niet kunnen realiseren door gebrek aan belangstelling.
Uitvoeren medewerkers-tevredenheidsonderzoek	Gerealiseerd
Uitbreiden intern auditteam	Begin 2022 gerealiseerd
Evaluatie cliënttevredenheidsonderzoek / meldingen	Gerealiseerd, in 2022 breed trekken naar medewerkers. Is opgenomen in de meerjarenplanning Interne audit.

4.4 Interne audits

In 2022 hebben een tweetal interne audits plaatsgevonden:

- Interne audit t.a.v. privacy
- Interne audit Afdeling Planning

Door corona en door uitval van interne auditoren zijn minder interne audits uitgevoerd dan de bedoeling was en zijn prioriteiten bepaald in wat we in ieder geval geaudit wilden zien. Voor 2022 is een planning opgesteld wanneer er een interne audit plaatsvindt. De thema's die geaudit worden kunnen aangedragen worden door medewerkers/ leidinggevenden, of tot stand komen door verbetertrajecten, gesignaleerde risico's of ontwikkelingen. In 2022 wordt het interne auditteam uitgebreid door de komst van een nieuwe teamleider.

5. Beoordeling kwaliteitssysteem en acties 2022

Het kwaliteitssysteem van Kraamzorg de Eilanden is een systeem dat continu wordt aangepast en verbeterd. Door interne audits, door het dashboard, door de analyse van meldingen, is de organisatie in staat continu te leren en verbeteren.

In 2021 is onder andere ingezet op het strakker rapporteren in het dashboard en het eigenaarschap ontwikkelen ten aanzien van het dashboard. Door een strakkere analyse, het beter formuleren van verbeteracties in het dashboard en het bespreken hiervan binnen de teams leidt tot meer betrokkenheid en eigen sturing van de afdelingen. Ook in 2022 vereist dit de nodige aandacht. Door de uitval van de teamleiders en het effect hiervan op andere medewerkers, verdient dit in 2022 nog meer aandacht.

De nieuwe tool ten aanzien van het meten van de cliënttevredenheid is ingericht. De response op deze tool is hoger dan de response op de vragenlijsten zoals we hiervoor hanteerden. Waar we vroeger een response haalden van maximaal 24% zitten we nu op een response van 39 %. Het dashboard is eenvoudig te lezen en goed te gebruiken om ook bijvoorbeeld individuele prestaties uit te kunnen halen.

Voor 2022 zouden we deze tool nog beter willen inrichten, zodat medewerkers toegang kunnen krijgen en vergelijking mogelijk is met andere organisaties. Daarnaast hebben we de wens deze vragenlijst in te korten. Hiervoor zijn we in gesprek met de leverancier.

2022 staat daarnaast in het teken van het behouden en verbeteren van de ingeslagen weg, maar eveneens in het borgen van de ingeslagen weg. De huidige beschreven processen worden in 2022 tegen het licht gehouden, aangepast en verbeterd. Hierdoor worden de afgesproken werkwijzen voor iedereen zichtbaar. Uiteraard worden deze processen geanalyseerd en verbeterd samen met de betreffende medewerkers, zodat de betrokkenheid en eigenaarschap vergroot. Ook hier geldt Samen Werkt Beter.

Zoals uit de rapportage blijkt, hebben we kwaliteitsaspecten strakker weg kunnen zetten. Maar we zijn er nog niet. Om ook in 2022 het kwaliteitssysteem te verbeteren, zijn naast de verbeteringen die voortkomen uit onder andere meldingen/dashboard/audits de volgende actiepunten geformuleerd:

- Borgen werkwijzen: Beschrijven van de processen voor kwaliteitsborging;
- Evaluatie/interne audit cliënttevredenheidstool en doen van meldingen door medewerkers;
- Interne audit: Intake.