## 4.3 Kwaliteitsbeleid

|  |  |
| --- | --- |
| **Doel beschrijven kwaliteitsbeleid**  Het vaststellen van kwaliteitsrichtlijnen om de kwaliteit van zorg- en dienstverlening te borgen en continu te verbeteren.  **Beschrijving**  De kwaliteitsbeheersing en verbetering van de zorg- en dienstverlening van Kraamzorg Tilly kan omschreven worden als het structureel en systematisch bewaken, meten en (continu) verbeteren van in een kwaliteitsmanagementsysteem vastgelegde processen en diensten, ten opzichte van het beleid, doelstellingen en in- en externe eisen voor de zorg- /dienstverlening, alsmede het rapporteren van de resultaten.  Dit is voor de organisatie belangrijk om een continue kwaliteit en verbetering van de kwaliteit van zorg te kunnen realiseren, maar ook om derden (o.a. zorgverzekeraars; inspectie, Zorginstituut Nederland en samenwerkingspartners) aantoonbaar en inzichtelijk te kunnen maken dat de afgesproken kwaliteit ook daadwerkelijk wordt/is geleverd.  Er worden vier factoren voor kwaliteitsbewaking gehanteerd.   * Certificering van zorglevering volgens de HKZ-ISO normen; * Kwalificatie van kraamverzorgenden; * Controle op cliënten en resultaten; * De evaluatie van de geleverde zorg.   Kraamzorg Tilly toetst de kwaliteit van de zorgverlening aan de hand van het HKZ certificatieschema voor de kraamzorg (HKZ Verpleging, Verzorging, en Thuiszorg, Onderdeel Kraamzorg versie 2015). Het kwaliteitsbeleid draagt bij aan het realiseren van de kwaliteitsdoelstellingen van Kraamzorg Tilly.  De processen zijn onderverdeeld in ondersteunende, primaire, sturende en verbeterprocessen.  ****  graphic  **Verbeterprocessen** hebben betrekking op zowel de primaire- als de ondersteunende processen.  ***Continu verbeteren***  Bij kwaliteitsverbetering gaat het om het herinrichten, het leren en continu verbeteren op basis van de ervaringen in processen (Proces Kwaliteitsbeheersing en Proces Kwaliteitsverbetering).  Tegelijkertijd is het belangrijk om met vernieuwen bezig te zijn: het actief zoeken naar benutting van het verbeterpotentieel van de organisatie, ook zonder dat daar altijd direct een aanleiding voor is. Dit gaat volgens het Proces het actueel houden van zorg en ondersteuning.  ***Gehanteerde kwaliteitsnormen, kwaliteitscertificaten en externe toetsingen***  Er wordt bij Kraamzorg Tilly gewerkt volgens de volgende systeemnormen:   * De kwaliteitsnorm van de stichting Harmonisatie Kwaliteitszorg in de Zorgsector (HKZ). * De normen van het Zorginstituut Nederland. * Het landelijk indicatieprotocol Kraamzorg.   Een onafhankelijke certificerende instelling zal periodiek toetsen of de zorg/dienstverlening voldoet aan de basiskwaliteitseisen en beantwoordt aan de betreffende normeisen.   |  | | --- | | Dit kwaliteitsbeleid omvat tevens een beschrijving van de verbeterprocessen(kwaliteitsbeheersing en kwaliteitsverbetering).  **Verbeterprocessen**  **Proces Kwaliteitsverbetering**  **Doel**  Het herinrichten van het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS), het leren en continu verbeteren op basis van de ervaringen (uitkomsten en toetsingen) in alle andere processen.  **Beschrijving**  Het management zoekt continu naar mogelijkheden om de doeltreffendheid en doelmatigheid van processen te verbeteren. Dit kunnen kleine verbeteringen zijn, maar ook grote strategische verbeterprojecten.  **Registreren van afwijkingen**  Afwijking  Alles wat niet overeenkomt met de geplande en afgesproken zorg- en dienstverlening of niet voldoet aan de eisen of verwachtingen van cliënten, wordt als afwijking beschouwd.  De volgende afwijkingen worden geregistreerd:  • Mondelinge en schriftelijke klachten Procedure Klachten  • (Bijna) incidenten Procedure Melden Incident Client (MIC) en Procedure Melden Incident   Medewerker (MIM)  • Calamiteiten Procedure Melden Incident Client (MIC)  **Registreren oordeel cliënt, medewerker en relaties**  Uitkomsten van evaluaties met de cliënt worden geregistreerd.  Voor het Zorginstituut Nederland eenmaal per jaar, metingen worden verricht over een periode van een halfjaar zorgverlening. Uitkomsten worden apart geregistreerd.  **Analyseren van uitkomsten**  In het teamoverleg wordt ieder half jaar de voortgang van alle activiteiten op het gebied van kwaliteit besproken, nieuwe en gewijzigde processen en/of documenten worden besproken en vastgesteld en uitkomsten van de diverse kwaliteitstoetsingen waaronder Zorginstituut Nederland en de cliëntevaluaties worden geanalyseerd en waar nodig maatregelen geformuleerd.  **Het nemen van maatregelen**  Corrigerende maatregelen  Naar aanleiding van de analyses van behaalde resultaten worden –indien nodig –corrigerende verbetermaatregelen genomen om de oorzaak van het probleem weg te nemen en te voorkomen dat dit probleem zich in de toekomst nogmaals zal voordoen.  Preventieve maatregelen  Indien, naar aanleiding van de analyse van het behaalde resultaat blijkt dat dit in de toekomst, of in een bepaalde situatie kan leiden tot een probleem of knelpunt, zal een preventieve maatregel genomen worden. De genomen maatregelen worden geregistreerd op het **formulier preventieve en corrigerende maatregelen** in het teamoverleg wordt gemonitord of de maatregelen zijn uitgevoerd en effectief zijn.  **Het uitvoeren van interne – en externe audits**  Interne audits  De interne audit wordt uitgevoerd om te beoordelen of het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) voldoet aan alle eisen m.b.t. HKZ, relevante wet- en regelgeving en de richtlijnen van Kraamzorg Tilly.  Naar aanleiding van afwijkingen die geconstateerd zijn door de auditor worden – indien nodig- maatregelen genomen en verder behandeld als corrigerende – of preventieve maatregel.  Auditplan  Jaarlijks wordt het interne auditplan opgesteld. De keuze van de onderwerpen wordt mede bepaald door eerder geconstateerde afwijkingen. Er kunnen (deel)processen en (deel)gebieden worden uitgelicht.  **Directiebeoordeling**  Binnen de organisatie vindt jaarlijks een evaluatie plaats door de directie met betrekking tot het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).  Vernieuwen en continu verbeteren  Structureel wordt gezocht naar vernieuwing en continu verbetering. Dit gebeurt door het zoeken naar methoden en alternatieve werkwijzen om het werk nog beter te doen en de resultaten nog verder te verbeteren.  Medewerkers en klanten kunnen ook actief zijn in het verbeteren van de kwaliteit en een verbetervoorstel indienen door middel van een **VTV (Voorstel Tot Verbetering)-formulier (volgens Procedure Voorstel Tot Verbetering (VTV))**.  Documenteigenaren kunnen de documenten die onder hun beheer vallen inhoudelijk wijzigen in overleg met de proceseigenaar.  Evaluatie KMS  Bij de evaluatie van het KMS worden de volgende resultaten meegenomen:  • Resultaten van de interne audits  • Het oordeel van cliënten, dit naar aanleiding van resultaten n.a.v. evaluatie cliënt  • Resultaten van de zorg- en dienstverlening.  • Resultaten van afwijkingen.  Het overzicht preventieve- en corrigerende maatregelen geeft inzicht in de afhandeling van de maatregelen.  Alle uitkomsten zijn input voor de verbetercyclus.  Indicaties voor verandering en verbetering kunnen als volgt naar voren komen:  **Interne bronnen voor verbetering**  • Cliënttevredenheid metingen  - evaluatie zorg-/dienstverlening cliënten  - klachten/meldingen van cliënten  - resultaten cliënttevredenheidsonderzoek  • Medewerkerstevredenheid metingen(intern/extern)  - klachten/meldingen van medewerkers  - exitgesprekken  • Metingen tevredenheid verwijzers  - klachten/meldingen van verwijzers  - evaluatie samenwerking met verwijzers  • Verbetersuggestiesysteem  - VTV formulieren  • Interne audits  - jaarplanning interne audits  - corrigerende en preventieve maatregelen  • Uitkomsten van processen  - kwaliteitstoetsingen  • Beoordeling KMS  - directiebeoordeling.  • Uitkomsten risico-inventarisaties  **Externe bronnen voor verbetering**  • Evaluatie met externe klanten en samenwerkingspartners.  • Wet- en regelgeving.  • Kwaliteitsindicatoren Zorg instituut Nederland  **Proces Kwaliteitsbeheersing**  **Doel**  Het systematisch bewaken en meten van in een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) vastgelegde processen en diensten, ten opzichte van beleid, doelstellingen en eisen voor de zorg/dienstverlening, alsmede het rapporteren van de resultaten.  **Beschrijving**  **Vastleggen processen/documenten in Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)**  In het KMS zijn alle sturende, primaire en ondersteunende processen van de organisatie vastgelegd. In het KMS is opgenomen wie eindverantwoordelijk en documenteigenaar is van welk (deel) proces of document. (Procedure Verantwoordelijkheden proces- en documenteigenaren).  **Bewaken en meten van processen en diensten**  Het beleid wordt vertaald naar concrete (kwaliteits)doelstellingen voor alle processen en diensten van de organisatie. De doelstellingen zijn concreet en meetbaar (SMART geformuleerd).  Bij de doelstellingen worden vervolgens normen en benoemd om te kunnen meten of de doelstellingen behaald worden. Alle metingen worden geregistreerd en gebruikt om – indien nodig – bij te sturen.  De wijze van communicatie binnen de organisatie is beschreven in de overlegstructuur Kraamzorg Tilly.  **Bewaken kwaliteit zorg- en dienstverlening**  Deze kwaliteitsbewaking is binnen de organisatie geborgd voor:  Cliënten  De zorgverlener en de cliënt stellen samen, aan de hand van het Intakeformulier, Zorgovereenkomst en het Zorgplan, de zorgbehoefte en de doelstellingen vast.  Er is een klachtenregeling (Procedure Klachten) voor cliënten.  Personeel/Kraamverzorgenden  De medewerker (loondienst) heeft volgens een vooraf vastgestelde frequentie werkoverleg (overzicht werkoverleg) en (bij)scholing.  Binnen Kraamzorg Tilly vindt er één keer in het jaar een functioneringsgesprek (leveranciersbeoordeling) plaats met ieder(e) personeelslid/ZZP’er.  Relaties  Met samenwerkingspartners worden afspraken gemaakt over deze samenwerking. Jaarlijks wordt met de relatie de kwaliteit van de zorg-/dienstverlening geëvalueerd. Danwel in persoon, danwel via een evaluatieformulier danwel via het samenwerkingsverband.  **Meten**  De organisatie meet systematisch het oordeel van de cliënten, medewerkers/kraamverzorgenden en relaties. Dit gebeurt aan de hand van (periodieke) evaluaties en tevredenheidsonderzoek. De uitkomsten worden geregistreerd.  Cliënten  Met cliënten wordt de zorgverlening tijdens de zorgperiode geëvalueerd en geregistreerd in het Zorgplan. Het zorgplan kan ten behoeve van een in- of externe audit worden opgevraagd voor controle. In dat geval is er een door de cliënt ondertekende verklaring vereist (Akkoordverklaring geheimhouding en inzage zorgplan). Bij beëindiging van de kraamzorg vraagt de kraamverzorgende aan de cliënt het evaluatieformulier in het zorgplan in te vullen.  Bij onvoldoende scores op het evaluatieformulier en/of naar aanleiding van een opmerking of verbetersuggestie wordt de cliënt na gebeld door de directeur volgens de klachtenprocedure. De directeur bespreekt het punt en zo mogelijk wordt de ontevredenheid weggenomen. Registratie vindt plaats op het klachtenformulier.  Personeel/Kraamverzorgenden  Tijdens het werkoverleg en het jaarlijkse functioneringsgesprek (leveranciersbeoordeling) wordt het oordeel van de medewerker besproken. Het oordeel van de medewerkers wordt geanalyseerd, eventuele verbetermaatregelen worden geregistreerd en zijn input voor kwaliteitsverbetering.  Oordeel van relaties  Volgens het Proces Relatiebeheer en het Proces Ketenzorg vindt jaarlijks een evaluatie plaats met verwijzers, verzekeraars, OKZ/JGZ en opleidingsinstituten (nog niet van toepassing).  Uitkomsten worden geregistreerd en zijn input voor de kwaliteitsverbetering.    **Afwijkingen**  Alles wat niet overeenkomt met de geplande en afgesproken zorg- en dienstverlening of niet voldoet aan de eisen of verwachtingen van cliënten, wordt als afwijking beschouwd.  De volgende afwijkingen worden, volgens Overzicht diverse procedures afwijkingen, geregistreerd:  • Mondelinge en schriftelijke klachten (Procedure Klachten).  • (Bijna) incidenten (Procedure Melden Incident Client (MIC) en Procedure Melden Incident   Medewerker (MIM).  • Calamiteiten (Procedure Melden Incident Client (MIC). | |