

EINDRAPPORT CAF 2010

WOONZORGCENTRUM DE WIJNGAARD





Inhoud

1. Inleiding
2. Beslissing OCMW
3. CAF: het zelfevaluatiemodel
4. Voorbereiding
5. Methodiek
6. De zelfevaluatie
7. Prioriteitenstelling
8. 10 hoogste en 10 laagste scores
9. Acties koppelen aan verbeterpunten
10. Hulpmiddel voor de prioritisering van de verbeteracties voortspuitend uit de zelfevaluatie van het CAF.
11. Actieplan 2010 – 2011
12. In welke fase (Deming circle) bevindt zich elk subcriterium: plan – do – check – act?
13. Het aantal aangebrachte verbeterpunten per criterium in verhouding tot elkaar.
14. Het aantal verbeterpunten in het actieplan t.o.v. de gewogen 35 actiepunten.
15. Communicatieplan



Inleiding

Sinds een tiental jaren probeert het OCMW van Grobbendonk op een systematische wijze integrale kwaliteitszorg uit te bouwen in de organisatie. In de missie van het OCMW en het woonzorgcentrum benadrukken we dat deskundig personeel wordt ingezet om kwaliteitsvolle dienstverlening aan te bieden. Op het vlak van vorming en bijscholing worden grote inspanningen gedaan om alle medewerkers kansen te geven en bij te staan in de uitvoering van hun taken. Om de evolutie van de organisatie en de medewerkers op te volgen hebben we in 2003 gekozen om een zelfevaluatiesysteem te gebruiken, namelijk het CAF. Het is een zelfevaluatiesysteem voor overheidsdiensten.

Reeds tweemaal werd het OCMW samen met het woonzorgcentrum met het CAF gemeten: in 2004 en 2007.

In 2007 wordt beslist om in 2009 een zelfevaluatie uit te voeren uitsluitend voor het woonzorgcentrum. Zo start de eerste bijeenkomst van de zelfevaluatiegroep (ZEG) op 26 oktober 2009 met een introductie van het CAF - model.

De samenstelling van de zelfevaluatiegroep (ZEG) verloopt anders dan in 2004 en 2007. Nu wordt de gelegenheid geboden om zich kandidaat te stellen. Op de jaarlijkse kwaliteits – informatienamiddag wordt uitgelegd wat van de leden wordt verwacht en hoeveel personen per dienst kunnen deelnemen.

De zelfevaluatiegroep wordt goedgekeurd in het Vast Overleg Kwaliteitszorg (VOK¹) en later bevestigd door de OCMW - raad.

De eerste informatienamiddag voor deze zelfevaluatiegroep vindt plaats in oktober 2009, de laatste evaluatiedag in januari 2010.

Hierna vindt u het verslag van de zelfevaluatie zoals ze door de werkgroep is uitgevoerd. Het proces van prioriteitenstelling en de opmaak van de eerste 15 verbeterpunten in een tijdpad wordt nadien weergegeven.

Tenslotte vindt u ook het advies voor de OCMW – raad.

Gerda Peeters
kwaliteitscoördinator

Jan Sledsens
secretaris

¹ Het VOK is een kwaliteitswerkgroep die 2 – wekelijks samenkomt. Hierin zitten de secretaris, de kwaliteitscoördinator, het hoofd sociale dienst en de directeur van het woonzorgcentrum.



Beslissing OCMW

Tijdens de voorstelling van het eindrapport van de 2^{de} CAF meting in het OCMW besliste het OCMW om een apart CAF voor het rusthuis – woonzorgcentrum te organiseren.

De raad voor maatschappelijk welzijn werd in een latere zitting op 12 oktober 2009 door de kwaliteitscoördinator ingelicht over het CAF. De door het VOK (vast overleg kwaliteitszorg) voorgestelde samenstelling van de zelfevaluatiegroep werd op dat ogenblik éénparig goedgekeurd.

CAF: het zelfevaluatiemodel

CAF of Common Assesment Framework is een gemeenschappelijk zelfevaluatiemodel voor overheidsdiensten. Het CAF is één van de resultaten van de samenwerking tussen de ministers van ambtenarenzaken van de lidstaten van de Europese Unie.

Het CAF wordt aangeboden als een instrument om overheidsorganisaties over heel Europa te helpen bij het gebruik van technieken van management van kwaliteit om hun prestaties te verbeteren. Het CAF biedt hiertoe een eenvoudig, gemakkelijk bruikbaar kader dat geschikt is voor de zelfevaluatie van overheidsdiensten².

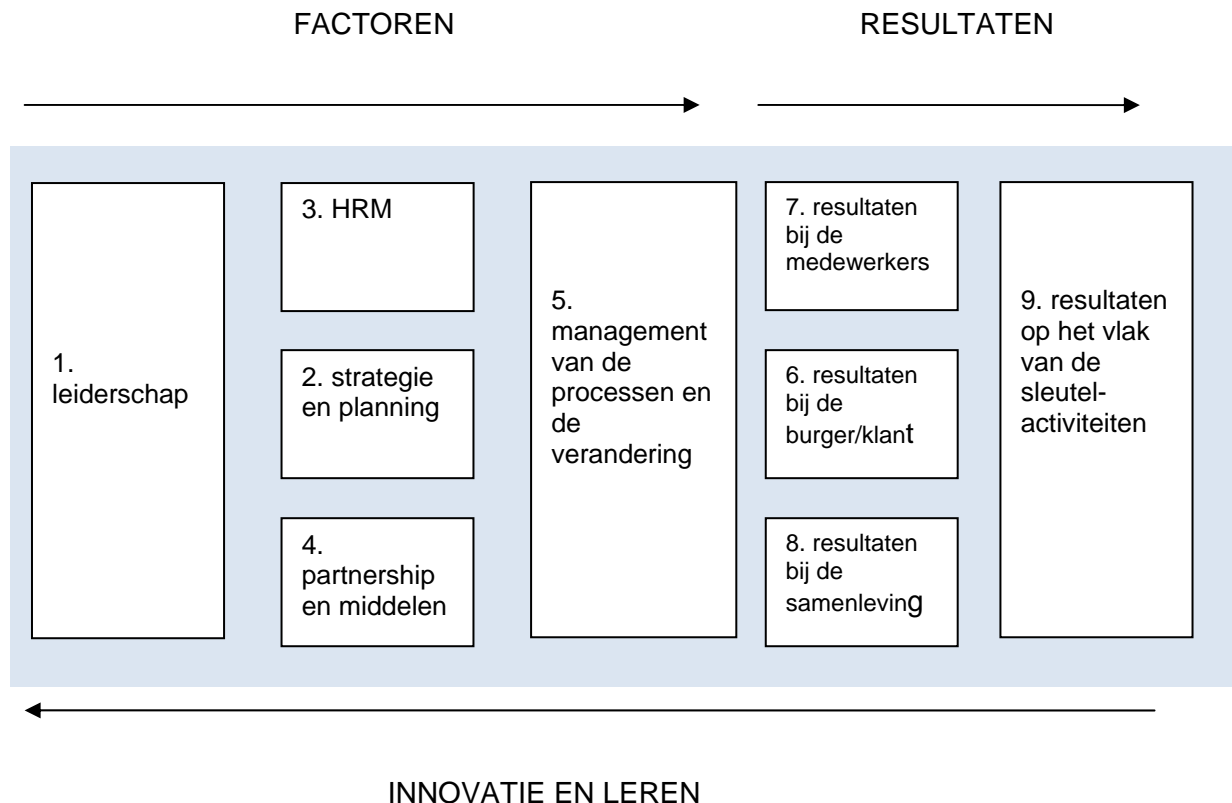
Het CAF heeft vier belangrijke doelstellingen:

1. rekening houden met de specifieke eigenschappen van de overheidssector
2. een hulpmiddel zijn voor leidinggevenden in de publieke sector die de werking van hun organisatie willen verbeteren
3. een brugfunctie uitoefenen tussen de verschillende modellen van kwaliteitsmanagement die gebruikt worden
4. de uitvoering van benchmarking mogelijk maken tussen overheidsorganisaties

² Gebaseerd op het EFQM-model



De structuur van het model ziet eruit als volgt:



De structuur van het CAF bestaat uit negen vakken en geeft de belangrijkste aspecten weer die in overweging moeten worden genomen bij elke organisatieanalyse. Bij elk van deze kenmerken – ook criteria genoemd – wordt een lijst met subcriteria opgesomd. Deze subcriteria bepalen de belangrijkste aandachtspunten die moeten worden onderzocht wanneer een organisatie evalueert.

CAF biedt een organisatie een krachtig kader om een proces van permanente verbetering op te starten. Het CAF geeft als resultaat:

- een evaluatie gebaseerd op bewijzen
- een manier om een samenhang in de aanpak en een consensus te creëren over wat moet gebeuren om een organisatie te verbeteren
- een evaluatie op basis van een aantal criteria die ruim aanvaard worden binnen Europa
- een manier om de vooruitgang te meten in de tijd via periodieke zelfevaluatie
- een link tussen de doelstellingen en de ondersteunende strategieën en processen



- een manier om verbeteringsactiviteiten te richten naar waar ze het meest nodig zijn
- mogelijkheden om goede praktijken te promoten en te delen met de verschillende onderdelen van een organisatie en met andere organisaties
- een manier om enthousiasme te creëren bij de medewerkers door hen te betrekken bij het verbeteringsproces
- kansen om vooruitgang en buitengewone prestaties te identificeren
- een mogelijkheid om verschillende kwaliteitsinitiatieven te integreren in de normale bedrijfsvoering

Samengevat, een zelfevaluatie op basis van het CAF – model biedt de organisatie een kans om te leren over zichzelf.

Vorbereiding

1. Communicatie in de organisatie

Informatienamiddag voor medewerkers

Alle medewerkers zijn bij de eerste twee CAF – evaluaties steeds ingelicht over het opzet en het verloop ervan. Dit gebeurde o.a. op de jaarlijkse kwaliteits – informatienamiddag.

Op deze informatienamiddag werd meegedeeld dat er een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum apart zou gebeuren en dat er medewerkers gezocht werden om in de zelfevaluatiegroep te zetelen. De bovenvermelde informatienamiddag wordt reeds sinds 1996 georganiseerd. Eerst voor het rusthuispersoneel, nadien voor alle medewerkers van het OCMW en het rusthuis. Op deze namiddag is kwaliteitszorg steeds als rode draad terug te vinden. Rond kwaliteitszorg worden telkens andere thema's gebouwd die actueel zijn in de organisatie. Daarnaast is er een vast luik van informatie, breed over de organisatie, bv. informatie over statuut, functie, taakinhoud, projecten e.d.

Tijdens deze namiddag wordt uitgelegd wat van de leden verwacht wordt, namelijk:

- extra inzet
- huiswerk
- een eerlijke mening gebaseerd op feiten, geen veronderstellingen
- vertrouwen t.o.v. de leden van de zelfevaluatiegroep
- aanwezigheid op alle bijeenkomsten



Hoe dikwijls komt de groep samen? Zoals aangegeven in het model van het CAF streven we ernaar om de evaluatie in een 4 à 5 zittingen af te ronden.

Om de groep zo representatief mogelijk te maken, wordt uitgelegd dat we zo veel mogelijk verschillende functies willen in de groep.

Personeelsgids

In het OCMW krijgt elke medewerker minstens 1 x per kwartaal een kleine nieuwsbrief over nieuwigheden en personeelsweetjes. De nieuwsbrief wordt voor 60% elektronisch bezorgd bij de medewerkers die over mail beschikken. De anderen krijgen deze op papier.

Hierin wordt steeds een follow-up van de kwaliteitswerking weergegeven. Zowel de aankondiging van een nieuw CAF in het woonzorgcentrum als de oprichting van een zelfevaluatiegroep kwamen hierin aan bod.

Web-site

Op de website van het OCMW is al enige tijd een snelkoppeling geplaatst naar informatie over het CAF. Hier vinden geïnteresseerden de rapporten van de vorige metingen alsook de aankondiging van nieuwe initiatieven.

Opleidingen of vormingsinitiatieven met betrekking tot het CAF kan men er terugvinden evenals de presentatie van een Engelstalige tekst over het OCMW.

2. Samenstelling zelfevaluatiegroep

Bij de eerste twee metingen werden de kandidaat – leden persoonlijk gevraagd om in de zelfevaluatiegroep te zitten.

In deze meting werd de samenstelling van de zelfevaluatiegroep anders aangepakt. Zoals gezegd, werd tijdens de informatienamiddag voor medewerkers van het OCMW en het woonzorgcentrum een oproep gedaan voor vrijwillige participatie aan de zelfevaluatiegroep.

De medewerkers konden zich nadien kandidaat stellen bij de kwaliteitscoördinator.

De representatieve zelfevaluatiegroep van 11 personen zag er als volgt uit:

- de hoofdverpleegkundige
- een verpleegkundige
- een verzorgende
- een keukenhulp
- een kok
- de werkmans van het woonzorgcentrum (WZC)
- de verantwoordelijke van de poetsdienst
- een poetsvrouw
- de maatschappelijk assistent van het WZC

Woonzorgcentrum De Wijngaard – 1^e zelfevaluatie d.m.v. het CAF – oktober '09 – januari '10



- een animator
- de directeur

3. Begeleiding van de zelfevaluatiegroep

De begeleiding gebeurde door de kwaliteitscoördinator en de secretaris. Zij hebben vroeger de eerste opleidingen met betrekking tot het CAF gevolgd. In 2009 volgden zij nog een verdiepingscursus in het Eipa in Maastricht.

Zij legden aan de groep de principes van het CAF uit en traden nadien op als moderator. Vooraf werd afgesproken dat zij niet actief zouden meewerken aan de zelfevaluatie.

Methodiek

1. opleiding werkgroep

De eerste bijeenkomst werd volledig gewijd aan de introductie van integrale kwaliteitszorg en het CAF – model.

Aan het einde kwam de strategie van vergaderen aan bod. Hier werd eveneens meegedeeld dat bij de evaluatie van het criterium leidinggeven de verantwoordelijken, m.n. de secretaris en de directeur, uit de vergadering zouden gaan om de groep toe te laten ongeremd over het aspect leidinggeven feedback te geven.

Dit voorstel werd voorgelegd aan de andere leden van de zelfevaluatiegroep.

Spontaan kwam de reactie uit de groep dat dit niet nodig was, integendeel de groep oordeelde dat het beter was dat ze ook aanwezig zouden zijn. Het principe van openheid moest bij de evaluatie van alle criteria benut worden.

Tenslotte kreeg elk lid een documentatiemap mee. Hierin zat per bijeenkomst notitie papier op datum, de uiteenzetting van die dag, het boekje 'Het Gemeenschappelijk Zelf evaluatiekader voor Overheidsdiensten – CAF 2006 – De organisatie verbeteren door zelf-evaluatie', geschreven door Patrick Staes en Jean-Marc Dochot – adviseurs van het Openbaar Ambt die België vertegenwoordigen in de IPGS (Innovative Public Service Group). Tevens kreeg iedereen de missie en visie van het woonzorgcentrum De Wijngaard.

Elk lid van de werkgroep werd telkens 1 week voor de bijeenkomst verwittigd per brief. (zie bijlage 1: brief uitnodiging CAF)

(zie bijlage 2: uiteenzetting 1^e bijeenkomst)



2. data vergaderingen

26 oktober 2009	14 – 16u	kennismaking met het CAF
09 november 2009	14 – 16u	zelfevaluatie criterium 1
19 november 2009	14 – 16u	zelfevaluatie criterium 1 (vervolg) en 2
3 december 2009	14 – 16u	zelfevaluatie criterium 2 vervolg), en 3
7 december 2009	14 – 16u	zelfevaluatie criterium 3 (vervolg) en 4
5 januari 2010	13 – 16u	zelfevaluatie criterium 5, 6, 7, 8 en 9

3. werkwijze vergaderingen

- Vóór elke vergadering overliepen de secretaris en kwaliteitscoördinator de voorbeelden aangegeven in de brochure³ om goed voorbereid de vergadering aan te vatten.
- Elke deelnemer werd gevraagd vooraf de criteria te lezen die in de uitnodiging vermeld werden. Zij mochten eveneens een individuele score toekennen.
- Op elke bijeenkomst kreeg iedereen een blocnote waarop zij konden scoren of notities maken.
- Er was een vaste agenda voor elke bijeenkomst:
 - Een korte terugkoppeling van vorige vergadering.
 - Op elke vergadering wordt elk criterium voorgelezen. Vervolgens komen de eerste spontane reacties. Na een brainstorming worden zonodig de voorbeelden van de CAF – brochure overlopen.
 - De persoonlijke score kan a.d.h.v. feiten bijgesteld worden.
 - Zoals reeds gezegd, scoren de kwaliteitscoördinator en de secretaris niet.
 - Na elk subcriterium worden de scores willekeurig genoteerd op een flap-over.
 - Daarna komt de groep tot een consensus.
 - Tijdens de brainstorming noteert de secretaris onmiddellijk de feiten en eventuele verbeterpunten die worden aangehaald in de laptop en projecteert ze tijdens de vergaderingen. Het projecteren van de feedback en de verbeterpunten biedt de zelfevaluatiegroep de mogelijkheid om het volledige overzicht te behouden.
 - Tot slot wordt de volgende bijeenkomst overlopen.

De zelfevaluatie

De verbeterpunten in kleur geven aan dat dit verbeterpunt in een ander subcriterium terug komt.

³ Werken met het CAF – model – Nick Thijs en Patrick Staes



Criterium 1: LEIDERSCHAP

Subcriterium 1.1.

Wat doet het leiderschap om richting te geven aan de organisatie door een missie, visie en waarden te ontwikkelen?

Subcriterium 1.2.

Wat doet het leiderschap om een systeem te ontwikkelen en in werking te stellen om de organisatie, haar prestaties en de verandering aan te sturen?

Subcriterium 1.3.

Wat doet het leiderschap om de medewerkers te motiveren en te ondersteunen in de organisatie? Fungeert het als rolmodel?

Subcriterium 1.4.

Wat doet het leiderschap om de relatie met politici en andere belanghebbenden te beheren om de gedeelde verantwoordelijkheid te verzekeren?

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
1.1.	-kwaliteitszorgnamiddag -personeelsgids -functioneringsgesprekken -briefing bewoners en personeel	2 =(1,25) 1= (5,10)	1. -aan bepaalde werkgroepen (o.a. bewonersgerichte zorg en dementenwerking) wordt te weinig inhoud gegeven 2. -MDO 3. -keuken: leidinggevende kan en moet meer en beter leidinggeven 4. -in functieoverleg keuken: geen opvolging van verbeterpunten 5. -intervisie (team WZC): waarden stelling maar geen opvolging	55
1.2.		3=(6,40)	6. -leidinggevende in de keuken heeft onvoldoende kennis van de functieomschrijving 7. -onvoldoende opvolging van de briefingboek in de keuken 8. -opvolging T-meting in de keuken 9. Bij opstart werkgroep: doelstellingen duidelijk kaderen, wanneer stopt de wg, communicatie en informatie	63



1.3.	<ul style="list-style-type: none"> - organiseren van bijscholingen - verslaggeving van vergaderingen - personeelsgids -teamvergadering -interview -kwaliteitszorgnamiddag -functioneringsgesprekken - systematische begeleiding bij en stimuleren tot vernieuwing en verbetering - goede waardering over het werk van medewerkers - af en toe wordt een schouderklopje gegeven 	<p>7=(11,12)</p> <p>11=(13,75)</p> <p>8=(14,49)</p>	<p>10. opvolging van interview</p> <p>11. te weinig functioneringsgesprekken</p> <p>12. te weinig evaluatiegesprekken</p> <p>13. geen veilig klimaat om kritiek te uiten (teamvergadering)</p> <p>14. niet opvolgen van gemaakte afspraken</p> <p>15. soms te beperkte aansporing tot vernieuwing en verbetering</p> <p>16. soms te beperkte waardering vanwege de leidinggevende over extra inzet, nieuwe dingen</p> <p>17. wat wordt verstaan onder extra inzet? (hoe lang, hoe dikwijls, ...)</p>	60
1.4.	<ul style="list-style-type: none"> - shor - VDOR - seniorenraad - vrijwilligers - scholenwerking - stagiairs - gehandicapteninstelling - vluchtelingen - sociale tewerkstelling - verenigingen bv ziekenzorg, ... - goed contact met leveranciers, 		<p>18. betrekken van de burens van het rusthuis</p> <p>19. familiariteit van vrijwilligers</p> <p>20. inhoudelijke werking bij vrijwilligersvergadering mag meer. Afspraken sterker stellen</p>	75



	vertegenwoordigers, firma's - opendeurdagen - betrekken van gebruikers van bejaardenwoningen, aanleunwoningen				
				Totaal/400	253
				Totaal/100	63,25



Criterium 2: PLANNING EN STRATEGIE

Subcriterium 2.1.

Wat doet de organisatie om informatie te verzamelen over de huidige en toekomstige behoeften van de belanghebbenden?

Subcriterium 2.2.

Wat doet de organisatie om de strategie te ontwikkelen, te evalueren en te actualiseren rekening houdend met de behoeften van de belanghebbenden en de beschikbare middelen?

Subcriterium 2.3.

Wat doet de organisatie om de strategie en planning te implementeren in de hele organisatie?

Subcriterium 2.4.

Wat doet de organisatie om modernisering en vernieuwing te plannen, in en door te voeren en te evalueren?

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
2.1.	<ul style="list-style-type: none"> - hetero – anamnese voor opname - evaluatieformulier bij bewoners na opname - tevredenheidsmeting bij bewoners, familieleden, personeel - bewonersraad - familieavond, familieraad - formulier klachtenregistratie - communicatieschriftjes (familie aan rusthuis ivm voeding) - lokaal sociaal beleidsplan met omgevingsanalyse - wachtlijst bewoners - reacties op artikels in het gemeentelijk informatieblad - medische gegevensverzameling + behoeftes van bewoners - informatie van familie 		<ul style="list-style-type: none"> 21. tevredenheidsmeting bij vrijwilligers 22. evaluatie van tevredenheid van de bewoners over de maaltijden (gebeurde vroeger wel, aparte meting voor maaltijden + bewonerstevredenheidsmeting)) 	70



	<ul style="list-style-type: none"> - tevredenheidsmeting bij cliënteel maaltijdbedeling - korte vragenlijstjes bij bewoners, tijdens activiteiten - evaluatie van nieuwe medewerkers - systematische metingen in de keuken - lijsten met frequentie deelname aan activiteiten - RIZIV gegevens m.b.t. zorg en personeel 			
2.2.	<ul style="list-style-type: none"> - meer poetshulp in het rusthuis en aankoop van bijkomend materiaal - aanpassen van maaltijduren in overleg met bewoners, verpleging, keuken,... - aanpassen van poetsstelsysteem, cfr; MRSA - aanpassen van kookplanning omwille van maaltijdbedeling (warm – koud) - aanschaf van bijkomend schrobzuigtoestel voor de poetsdienst - aanpassing eetgebeuren (systematische ondersteuning door poetsdienst en animatie) - evaluatie van werking incontinentiemateriaal i.s.m. firma - aanpassing van budget verplegingmateriaal - vernieuwing van pc - vernieuwing van software voor verpleegdossier en administratie - vernieuwde samenwerking ergo – en animatie 		23. te weinig aandacht aan de veranderende omgeving, bv. Toename aantal vrijwilligers, meer taken (bv. systematische evaluatie, bijsturing, ...)	75
2.3.	<ul style="list-style-type: none"> - plan voor stop van warme maaltijden in 2010 - gezamenlijke aankoop van 		<p>24. te fragmentarische jaarplanning, te weinig geïntegreerd</p> <p>25. beslissingen en opvolgen van het project bewonersgericht werken</p> <p>26. communicatie voor de planning moet beter aangepast worden en</p>	55



	<p>incontinentiemateriaal</p> <ul style="list-style-type: none"> - vernieuwing van pc-s - organisatie van nachtopvang - organisatie van restaurantfunctie - uitwerken van bewonersgericht werken - aanwerving van personeel wordt ;blang vooraf gepland - personeelsgids geeft informatie m.b.t. toekomstige plannen - individuele residenten zorgplannen - dagplanning in de verzorging - week-, maand-, - jaarplanning van animatieactiviteiten - werkroosters met duidelijke voorschriften - menuplanning in de keuken - nieuwe software voor invoeren van elektronisch zorgdossier - palliatieve werking - procedures in het kwaliteitshandboek 	<p>12=(28,77)</p> <p>10=(32,70)</p>	<p>hierbij dienen doelstellingen duidelijk gesteld te worden</p> <p>27. opvolging van overeenkomsten die afgesloten worden met vrijwilligers</p> <p>28. toekomstvisie op werken met vrijwilligers ontbreekt</p> <p>29. bijkomende afspraken voor werkroosters verpleging en verzorging</p> <p>30. doelstellingen en samenstelling van de menucommissie opnieuw bekijken</p> <p>31. communicatie met andere diensten in palliatieve dossiers</p> <p>32. uitleggen van procedures aan nieuwe medewerkers</p>	
2.4.	<ul style="list-style-type: none"> - verbouwing - maaltijdbedeling aan huis (invoering van de koude lijn) in eigen beheer - restaurantfunctie voor mensen van de bejaardenwoningen - nachtopvang - nieuwe programma's, pc's - plan om nieuwe beroepskledij aan te schaffen - gebruik van microvezeldoeken in het kader van MRSA – project - budgetteren van nieuwe toestellen in de keuken (bv.vacuümtoestellen) - aankoop van tilliften, badliften, alternatingmatrassen, matrassen - project kunst in huis 		<p>33. opvolging en in gebruik nemen van nieuwe beroepskleding is uitgebleven</p> <p>34. tweerichtingcommunicatie met betrekking tot vernieuwing en invoering van de projecten in de keuken</p> <p>35. empowerment komt nog te weinig aan bod</p> <p>36. gebruik van internet, bv. voor dienst animatie</p>	80



	<ul style="list-style-type: none"> - kansen om vernieuwing, kennis te delen in externe werkgroepen; - empowerment wordt af en toe goed gebruikt, bv. hulp van poetsdienst bij maaltijdbegeleiding - dwaaldetectiesysteem - bewegingsdetectiecamera's - aanpassing procedure wondzorg - aanpassing werking multidisciplinair team - invoeren van tevredenheidsmeting bij familieleden - registratie beloproepen 			
Totaal/400				280
Totaal/100				70



criterium 3: MEDEWERKERS

Subcriterium 3.1.

Wat doet de organisatie om de menselijke middelen op een transparante wijze te plannen, te beheren en te verbeteren volgens de strategie en de planning?

Subcriterium 3.2.

Wat doet de organisatie om de competenties van de medewerkers te identificeren, te ontwikkelen en te gebruiken voor de individuele en organisatorische doelen?

Subcriterium 3.3.

Wat doet de organisatie om de medewerkers te betrekken door een open dialoog te ontwikkelen en eigen verantwoordelijkheid te even (empowerment)?

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
3.1.	<ul style="list-style-type: none"> - coaching van nieuwe medewerkers - elk jaar worden de nieuwe medewerkers in een groep bijeengebracht voor evaluatie - aandacht voor veiligheid van personeel, o.a. griepvaccin - referentieverpleegkundigen - veel mogelijkheid voor loopbaanonderbreking - verlofmogelijkheid - nieuwjaarsbrunch - soep, koffie, voor medewerkers, ook cadeautje met sint - werk accommodatie - personeelsformatie - objectieve criteria bij aanwerving 	<p>4=(37,43)</p> <p>6=(39,45,54,63)</p> <p>5=(41,44)</p>	<p>37. coaching van nieuwe medewerkers art. 60 in de poetsdienst</p> <p>38. evaluatie in de proeftijd van medewerkers in het kader van art.60</p> <p>39. begeleiding van stagiairs (lopen soms verloren)</p> <p>40. kennis bij de chef van functiebeschrijvingen in de keuken is onvoldoende</p> <p>41. coaching van de chef (van een externe firma) in de keuken</p> <p>42. loopbaanontwikkeling, o.a. uitbreiding van uren, in de organisatie is niet altijd mogelijk (bv. animatie)</p>	71



	<ul style="list-style-type: none"> - diversiteit bij aanwerving wordt in aanmerking genomen - missie en visie worden systematisch uitgelegd aan nieuwe medewerkers - mogelijkheid tot vorming en opleiding - aangepast werk voor zwangere medewerkers - aandacht voor aangepast werkmateriaal 			
3.2.	<ul style="list-style-type: none"> - mogelijkheid tot inbreng bij vorming - functionele loopbaan - vorming voor GERAC/ GERNIS (verpleegdossier, verpleegplan) - intervisie van team van verantwoordelijken - functioneringsgesprekken, evaluatiegesprekken - briefing vanuit verantwoordelijke verpleging naar vormingsverantwoordelijke i.v.m. vormingsbehoefte - vormingsbudget 	9=(48,64)	<ul style="list-style-type: none"> 43. coaching van nieuwe medewerkers art. 60 in de poetsdienst 44. coaching van de chef (van een externe firma) in de keuken 45. begeleiding van stagiairs (lopen soms verloren) 46. meer opvolgen van functioneringsgesprekken, evaluatiegesprekken 47. globaal personeelsplan m.b.t. kwaliteiten en vormingsbehoefte 48. investeren in technische vaardigheden 	55
3.3.	<ul style="list-style-type: none"> -teamvergadering van verantwoordelijken -functieoverleg verpleegkundigen -dagelijkse briefing vk -en -werkgroepen -CAF - oefening -Tevredenheidsmeting personeel -Intervisies -Verschillende functieoverleg - momenten met verschillende diensten -Functioneringsgesprekken -Inspraak van personeel bij grote activiteiten in het rusthuis 		<ul style="list-style-type: none"> 49. Intervisies, werkgroepen; afspraken dienen opgevolgd te worden. 50. Intervisies; vertrouwelijke omgang tijdens deze intervisies moet vertrouwelijk blijven; nadien mag er geen afrekening komen, nadien moet er steun blijven voor elkaar (kwetsbaarheid moet beloond worden) 51. Mogelijkheid om dienstoverschrijdende ideeën aan te brengen 52. Nieuwe regels, nadien evalueren en eventueel bijsturen of terug afschaffen 53. Elkaar positief ondersteunen 	55



	Totaal/300	181
	Totaal/100	60,33



Criterium 4: PARTNERSHIPS EN MIDDELEN

Subcriterium 4.1.

Wat doet de organisatie om samenwerkingsverbanden te ontwikkelen en te onderhouden met de belangrijke partners?

Subcriterium 4.2.

Wat doet de organisatie om partnerschappen met burgers/klanten te ontwikkelen en te onderhouden?

Subcriterium 4.3.

Wat doet de organisatie om de financiën te beheren?

Subcriterium 4.4.

Wat doet de organisatie om informatie en kennis te beheren?

Subcriterium 4.5.

Wat doet de organisatie om de technologie te beheren?

Subcriterium 4.6.

Wat doet de organisatie om de voorzieningen (gebouwen en uitrustingen) te beheren?

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten	Verantwoording verbeterpunten	Score
4.1.	<ul style="list-style-type: none"> - overleg met hoofdverpleegkundigen, animators, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, directeurs, maatschappelijk assistenten van de verschillende OCMW rusthuizen - samenwerking met scholen, stagiairs - seniorenraad - vrijwilligerswerking in het rusthuis - samenwerking met basisscholen van het dorp 	<ul style="list-style-type: none"> 54. afspraken over planning van stagiairs kunnen soms beter (vb.keuken) 55. jaarlijkse bijeenkomsten met apothekers, geneesheren 	80



	<ul style="list-style-type: none"> - samenwerkingsverband voor ICT (Cipal) - goede contacten met sommige leveranciers - afspraken met ziekenfondsen - preventiediensten, arbeidsgeneesheer, ... - permanente tentoonstellingen in het rusthuis en de contacten met de kunstenaars - contacten met artiesten die activiteiten doen bij residenten - apothekers, dokters - overeenkomsten met palliatief netwerk, ziekenhuis, - contacten met andere rusthuizen - onderhoudscontracten voor technische diensten - familieavond - contacten met politici, gemeente - geregelde contacten met verenigingsleven 			
4.2.	<ul style="list-style-type: none"> - systematische artikels in de Groboscoop (gemeentelijk informatieblad) - website van het rusthuis - folders in het rusthuis - tv in het sociaal huis met informatie over het rusthuis - huiskrant voor residenten, familie - voorstelling van de verschillende diensten (ter gelegenheid van de familieavond) - contacten in het CAFetaria - familieraad - familieavond - bewonersraad - evaluatie van de diensten na opname 		<p>56. weinig peilingen bij de bewoners van Grobbendonk zelf</p> <p>57. dienstencentrum</p>	78



	<ul style="list-style-type: none"> - klachtenregistratie - informatienamiddag voor personeelsleden - personeelsgids - grote activiteiten in het rusthuis die opengesteld worden voor de burgers - anamnese bij de bewoner bij opname, vóór opname 			
4.3.	<ul style="list-style-type: none"> - inspraak bij grote aankopen, aankopen - goede controle van besteding van kasmiddelen - mogelijkheid om stand van budget op te vragen - correcte kasopvolging in de CAFetaria - transparantie bij inkomsten grote activiteiten - budgethouderschap - boekhoudkundig pakket - 2 boekhouders - jaarlijkse externe audit van boekhouding rusthuis - interne controles (onbetaalde facturen, leveranciers, bankrekeningen, kas CAFetaria,) 		58. soms beter om vooraf te weten welke aankoop gaat gebeuren met opbrengst grote activiteiten	80
4.4.	<ul style="list-style-type: none"> - procedures in kwaliteitshandboeken - overlegmomenten - vorming en bijscholing - informatiebord in de hall van het rusthuis, diensten, tikklok - ICT rusthuispakket voor bewoners - mail bij alle diensten - ter beschikking stellen van verslagen van vergaderingen - nieuwsbrief (personeelsgids) - coaching nieuwe medewerkers 		<p>59. vervanging van medewerkers gebeurt niet altijd vlug genoeg</p> <p>60. gebruik van pc is niet altijd toegankelijk voor bv. menu, werklijst, opvolging temperatuur, ... (vb.keuken)</p> <p>61. gebruik maken van verpleegdossier door elke medewerker</p> <p>62. verpleegdossier is niet toegankelijk voor andere diensten zoals animatie</p> <p>63. begeleiding stagiairs</p>	73



	- archiefbeheer				
4.5.	<ul style="list-style-type: none"> - nieuwe software voor rusthuis (verpleegdossier, facturatie en administratie) - website - mail - voldoende pc's, printers, scanner, camera - opleiding bij Cipal - begeleiding van externe systeemverantwoordelijke 		<p>64. invoeren van nieuwe technieken of toestellen en controle of elke medewerker de nodige kennis heeft</p> <p>65. internet is niet beschikbaar voor iedereen (bv. animatie)</p>	77	
4.6.	<ul style="list-style-type: none"> - eigen technische dienst - onderhoud van kamers na overlijden is grondig - goed hygiënisch onderhoud - vlot bereikbaar - toegankelijk voor rolstoelgebruikers - openbaar vervoer voor het gebouw - energieprestatiecertificaat 		<p>66. fietsenstalling is op dit ogenblik te klein</p> <p>67. kleedkamer van de vrouwen is te klein</p>	90	
				Totaal/600	478
				Totaal/100	79,66



Criterium 5: PROCESSEN

Subcriterium 5.1.

Wat doet de organisatie om op continue wijze de processen te identificeren, te ontwerpen, te beheren en te verbeteren?

Subcriterium 5.2.

Wat doet de organisatie om klantgerichte diensten en producten te ontwikkelen en af te leveren?

Subcriterium 5.3.

Wat doet de organisatie om haar processen te innoveren in samenspraak met de burger/klant?

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
5.1.	<ul style="list-style-type: none"> - procedures in kwaliteitshandboeken - aanwezigheid van een kwaliteitscoördinator - medewerkers werken mee aan de procedures - coördinatie van processen in het VOK (vast overleg kwaliteitszorg) - naar aanleiding van vorming worden soms processen, procedures aangepast - comité preventie en bescherming (CPB) - beschikbaarheid van rechtspositieregeling op website - processen of afspraken worden snel na uitkomen van nieuwe wetgeving aangepast, bijgestuurd 		<p>68. aanpassingen aan sommige procedures zijn noodzakelijk (bv.keuken, verpleging)</p> <p>69. sommige procedures zijn onvoldoende afgestemd op de verschillende diensten</p> <p>70. nieuwe medewerkers zijn systematisch te weinig en te weinig snel op de hoogte van de bestaande processen</p>	80
5.2.	<ul style="list-style-type: none"> - groboscoop, personeelsgids, familieavonden, familieraad, huiskrant, bewonersraad, website, folder rusthuis - mond – aan – mond reclame 		<p>71. telefonische bereikbaarheid</p> <p>72. mailings voor bv. grote activiteiten via mail voeren (bv. sponsoring)</p>	90



	<ul style="list-style-type: none"> - opendeurdagen, themadagen, restaurantdag, ... - folder OCMW Grobbendonk - onthaalbediende om 'klanten' op te vangen - informatiebrochure voor stagiairs - dienstenfolder - folder voor vrijwilligers - vrijwilligerswerking - CAFetaria - goede toegankelijkheid en ruime openingsuren - aangepaste klachtenprocedure - digitaal doorsturen van foto's van bewoners - mailverkeer tussen vrijwilligers en woonzorgcentrum - enquête van de bevolking in het kader van het lokaal sociaal beleid - informatie tussen leveranciers en wzc gebeurt meer elektronisch - evaluatie opname en diensten na drie maanden door maatschappelijk assistent - heteroanamnese vóór (bij) opname 			
5.3.	<ul style="list-style-type: none"> - vernieuwing van warme naar koude lijn in de keuken wordt systematisch, stapsgewijze aangepakt - poetsdienst wordt nu bij het multidisciplinair overleg betrokken - aanpassing van de opnamevoorwaarden aan de gewijzigde situatie - bijsturen van animatie - activiteit naar aanleiding van nieuwe dienstverlening (restaurantfunctie) - samenvoeging van animatie en ergo en goede begeleiding - mogelijkheid om in een 		<ul style="list-style-type: none"> 73. coördinatie en evenwicht tussen vernieuwen en implementeren en opvolgen (project bewonerszorg) 74. versieren van kerstbomen; wie doet dit? 75. Veiligheid om je kwetsbaar op te stellen, om je kritisch uit te laten 76. Openheid van medewerkers impliceert ook openheid van de verantwoordelijke 77. Visie op vrijwilligerswerking moet duidelijk omschreven worden 78. Extra aandacht voor dementerende bewoners, opvolging dementenwerking 79. Beslis snel genoeg in vernieuwingsprojecten 	70



	<p>teamvergadering de diensten op elkaar af te stemmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - vernieuwing bij inzet van personeel wordt goed opgevolgd en nadien strak bijgestuurd - vernieuwingen worden op de vergaderingen toegelicht - overgang naar nieuw zorgdossier wordt goed begeleid (op dit ogenblik nog niet genoeg opgevolgd) 			
Totaal/300				240
Totaal/100				80



Criterium 6: RESULTATEN BIJ DE BURGER/KLANT

Subcriterium 6.1.

De resultaten van tevredenheidsmetingen bij burgers/klanten

Subcriterium 6.2.

De resultaten van interne metingen van burger/klantgerichte indicatoren

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
6.1.	<ul style="list-style-type: none"> - heel weinig klachten - tevredenheid op de bewonersraad, familieraad, familieavond - grote tevredenheid over de aanpak van stervensbegeleiding - mondelinge uitdrukking van tevredenheid - rechtstreekse feedback van vrijwilligers - goede resultaten na mondelinge bevraging (bv. over voeding) - waardering van families (bv. pralines) - feedback aan (door) aandachtspersonen - goede resultaten na evaluatie na opname (na drie maanden) - goede resultaten na tevredenheidsmeting in 2006 - goede respons over rusthuis (hygiëne, ...) na rondleiding - zeer goede toegankelijkheid 		<ul style="list-style-type: none"> 80. algemene tevredenheidsmetingen gebeuren niet systematisch 81. de resultaten van metingen omzetten in acties en communiceren. 	75
6.2.	<ul style="list-style-type: none"> - snelle levering na bestelling van maaltijden (dienst maaltijdbedeling) - snelle opvolging van beloproepen, n.a.v. steekproeven 		<ul style="list-style-type: none"> 82. resultaten van temperatuur van de maaltijden niet altijd op punt, onvoldoende opgevolgd 83. meten van de temperatuur van de laatste maaltijd 84. gebruiken van checklisten in de poetsdienst 	72



	<ul style="list-style-type: none"> - registratiefiches voor deelname aan activiteiten (aantal keren dat een bewoner deelneemt, gebruikt om te tonen aan familie) - registratie van activiteiten bij de kinesist - registratie van werkopdrachten - berekening van zorg per bewoner door softwareprogramma - wachtlijst wzc en kortverblijf - nachtcamera's - registratie van telefoonoproepen bij de administratief medewerker onthaal 			
Totaal/200				147
Totaal/100				73,5



Criterium 7: RESULTATEN BIJ DE MEDEWERKERS

Subcriterium 7.1.

De resultaten van metingen van de tevredenheid en de motivatie van de medewerkers

Subcriterium 7.2.

De resultaten van interne metingen van indicatoren gericht op de medewerkers

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
7.1.	- werksfeer algemeen is zeer goed - werkaccommodatie zeer goed		85. kennis van procedures en taakafspraken niet door iedereen gekend 86. samenwerking, waardering door, verantwoordelijke niet altijd optimaal 87. inspraak bij beleid	78
7.2.	- ziektebriefjes - personeelsverloop - gunstige evaluaties - deelname aan werkgroepen - deelname als vrijwilliger aan activiteiten van het wzc - jaarlijkse meting bij nieuwe medewerkers			80
Totaal/200				158
Totaal/100				79



Criterium 8: RESULTATEN IN DE SAMENLEVING

Subcriterium 8.1.

Resultaten van perceptiemetingen bij de belanghebbenden inzake de maatschappelijke effecten van de organisatie

Subcriterium 8.2.

Resultaten van interne metingen van indicatoren gericht op maatschappelijke effecten van de organisatie

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
8.1.	<ul style="list-style-type: none"> - goede resultaten n.a.v. familieraad, familieavond, - goede resultaten na evaluatie opname nieuwe bewoners - goede resultaten na meting tevredenheid bewoners, familie (2006) - kleding van overleden bewoners die niet door familie wordt meegenomen wordt systematisch opgehaald door 'vzw helpende handen' - acties naar aanleiding van bv. ramp zoals Tsunami 		<ul style="list-style-type: none"> 88. te weinig metingen, geen systematiek 89. geen integrale aanpak van ethisch aankopen van producten , duurzaamheid van energiegebruik, aanwenden van milieuvriendelijke technieken, afvalverwerking 90. beeldvorming naar potentiële klanten 91. bekendmaking bij verenigingen 	65
8.2.	<ul style="list-style-type: none"> - positieve berichtgeving in de groboscoop, bv. avond voor vrijwilligers - positieve berichten naar aanleiding van samenwerking met basisscholen in de gemeente - positieve berichtgeving vanuit medewerkers heeft positieve invloed bij inwoners in de gemeente - positieve feed back van familie van bewoners - sociale tewerkstelling - tewerkstelling met aandacht voor diversiteit 		<ul style="list-style-type: none"> 92. negatieve berichtgeving of te grote werkdruk geeft minder positief beeld 93. tewerkstelling van personen met een arbeidshandicap 94. activiteiten organiseren met sociale dimensie (bv. steunactie) 	65



	<ul style="list-style-type: none"> - stageplaats voor scholen voor verzorgenden, bijzonder onderwijs - samenwerking met gezinsvervangend tehuis voor personen met een mentale handicap - goed uitgebouwde vrijwilligerswerking 			
Totaal/200				130
Totaal/100				65



Criterium 9: RESULTATEN OP HET VLAK VAN DE SLEUTELACTIVITEITEN

Subcriterium 9.1.

Externe resultaten: behaalde output en outcome in verhouding tot de doelstellingen?

Subcriterium 9.2.

Interne resultaten op het vlak van het management, innovatie en financiën

Sub-criteria	Verantwoording sterke punten		Verantwoording verbeterpunten	Score
9.1.	<ul style="list-style-type: none"> - werking en resultaten worden vergeleken in vergaderingen van SHOR, VDOR, ... - hoog bezettingspercentage in het rusthuis, RVT - nieuwe klanten in de dienst maaltijdbedeling - wachtlijst die blijft bestaan - succes en toename van kortverblijf - realisatie van nachtopvang 		95. financieel resultaat kan beter (gemeentelijke bijdrage is nog hoog)	85
9.2.	<ul style="list-style-type: none"> - goede personeelsplanning - middelen - loopbaanonderbrekingen - kwaliteitsinspectie: positieve beoordeling - erkenning wzc: verlenging - vernieuwing en aanpassing aan comfortnoden bij bewoners gebeurt systematisch 		96. management dient opener en toegankelijker te zijn 97. management moet sneller beslissingen nemen	73
			Totaal/200	158



	Totaal/100	79
--	-------------------	-----------

Woonzorgcentrum De Wijngaard – 1^e zelfevaluatie d.m.v. het CAF – oktober '09 – januari '10



Prioriteitenstelling

In totaal werden door de zelfevaluatiegroep 97 verbeterpunten aangehaald.

De prioritisering van de verbeterpunten gebeurde als volgt:

1. Zelfevaluatiegroep:

- 1.1. De ZEG kwam apart samen om de 'belangrijkste' verbeterpunten te selecteren.
- 1.2. Verbeterpunten die terugkomen in een ander subcriterium werden samengevoegd: hierdoor reduceerden we 97 verbeterpunten tot 82 waarvan 2 quick wins die bij de opmaak van het rapport al uitgevoerd zijn. Tachtig verbeterpunten bleven zo over. Aan elk verbeterpunt werd een score van 1 tot 10 gegeven:

- 1 = niet belangrijk voor de organisatie
- 10 = heel belangrijk voor de organisatie

Nadien werd het gemiddelde genomen.

Als er over dit gemiddelde een consensus was, werd de score definitief genoteerd.

- 1.3. Op het einde kregen we een rangschikking van de belangrijkste verbeterpunten, gekozen door de groep.

2. Het VOK + een deel van de ZEG

- Tijdens de laatste bijeenkomst van de zelfevaluatiegroep werd meegedeeld dat de definitieve bepaling van de prioritaire acties door het vast overleg kwaliteitszorg zou gebeuren. Het VOK zou voor deze opdracht uitgebreid worden met drie vrijwilligers uit de zelfevaluatiegroep. Volgende personen stelden zich kandidaat:

- keukenhulp
- verpleegkundige
- maatschappelijk assistent

- 2.1. De eerste 30 (hoogste scores) werden verder gefilterd en verfijnd door prioriteitenstelling op basis van een weging.

Hoe verliep dit proces:

1. de verbeterpunten werden omgezet in concrete actiepunten. De verbeterpunten die uit de zelfevaluatie komen, zijn niet altijd even positief of concreet geformuleerd om in een actieplan op te nemen. Na de herformulering moet de actie concreet, in de tijd te plannen en meetbaar zijn.
2. weging (zie bijlage):



- Strategische weging van de actie (SW)
 - Impact op de belanghebbenden (1 weinig – 4 veel)
 - Impact op de resultaten (1 weinig – 4 veel)
 - Zichtbaarheid (1 weinig zichtbaar – 4 zeer zichtbaar)
 SW: van 3 (gering strategisch belang) tot 12 (zeer hoog strategisch belang)
- Gemak van uitvoering van de actie (GUI)
 - Moeilijkheidsgraad (1 moeilijk – 4 gemakkelijk)
 - In te zetten middelen (1 veel – 4 weinig)
 - Snelheid van realisatie (1 langzaam – 4 zeer snel)
 GUI: van 3 (zeer moeilijk te realiseren) tot 12 (zeer gemakkelijk te realiseren)
- CAF Score van het subcriterium van de actie
- Prioriteit van uitvoering van de actie (PUI) (1 niet prioritair – 4 zeer prioritair)

data overleg:

- 9 maart 2010: de zelfevaluatiegroep geeft een score naar belangrijkheid van elk verbeterpunt
- 23 en 31 maart 2010: prioriteitenstelling in het VOK samen met 3 vrijwilligers uit de zelfevaluatiegroep



10 hoogste en 10 laagste scores

10 hoogste scores :

	Subcriterium	Score op 100
1	4.6. Wat doet de organisatie om de voorzieningen (gebouwen en uitrustingen) te beheren?	90
2	5.2. Wat doet de organisatie om klantgerichte diensten en producten te ontwikkelen en af te leveren?	90
3	9.1. Externe resultaten: behaalde output en outcome in verhouding tot de doelstellingen	85
4	2.4. Wat doet de organisatie om modernisering en vernieuwing te plannen, in en door te voeren en te evalueren?	80
5	4.1. Wat doet de organisatie om de samenwerkingsverbanden te ontwikkelen en te onderhouden met de belangrijke partners?	80
6	4.3. Wat doet de organisatie om de financiën te beheren?	80
7	5.1. Wat doet de organisatie om op continue wijze de processen te identificeren, te ontwerpen, te beheren en te verbeteren?	80
8	7.2. De resultaten van interne metingen van indicatoren gericht op de medewerkers.	80
9	4.2. Wat doet de organisatie om partnerschappen met burgers/klanten te ontwikkelen en te onderhouden?	78
10	7.1. De resultaten van metingen van de tevredenheid en de motivatie van de medewerkers.	78

10 laagste scores :

	Subcriterium	Score op 100
1	1.1. Wat doet het leiderschap om richting te geven aan de organisatie door een missie, visie en waarden te ontwikkelen?	55
2	2.3. Wat doet de organisatie om de strategie en planning te implementeren in de hele organisatie?	55
3	3.2. Wat doet de organisatie om de competenties van de medewerkers te identificeren, te ontwikkelen en te gebruiken voor de individuele en organisatorische doelen?	55
4	3.3. Wat doet de organisatie om de medewerkers te betrekken door het ontwikkelen van een open dialoog en het geven van eigen verantwoordelijkheid (empowerment)?	55
5	1.2. Wat doet het leiderschap om een systeem te ontwikkelen en in werking te stellen om de organisatie, haar prestaties en de verandering aan te sturen?	63
6	1.3. Wat doet het leiderschap om de medewerkers te motiveren en te ondersteunen in de organisatie? Fungeert het als rolmodel?	60
7	8.1. Resultaten van perceptiemetingen bij de belanghebbenden inzake de maatschappelijke effecten van de organisatie.	65
8	8.2. Resultaten van interne metingen van indicatoren gericht op maatschappelijke effecten van de organisatie.	65
9	2.1. Wat doet de organisatie om informatie te verzamelen over de huidige en toekomstige behoeften van de belanghebbenden?	70
10	5.3. Wat doet de organisatie om haar processen te innoveren in samenspraak met de burger/klant?	70



Van de 10 laagst gescoorde subcriteria komen 7 subcriteria terug in het actieplan met 9 verbeterpunten van de 15 (zie actieplan):

- 1.1. Wat doet het leiderschap om richting te geven aan de organisatie door een missie, visie en waarden te ontwikkelen? **1 verbeterpunt**
- 2.3. Wat doet de organisatie om de strategie en planning te implementeren in de hele organisatie? **3 verbeterpunten**
- 3.3. Wat doet de organisatie om de medewerkers te betrekken door het ontwikkelen van een open dialoog en het geven van eigen verantwoordelijkheid (empowerment)? **1 verbeterpunt**
- 1.2. Wat doet het leiderschap om een systeem te ontwikkelen en in werking te stellen om de organisatie, haar prestaties en de verandering aan te sturen? **1 verbeterpunt**
- 1.3. Wat doet het leiderschap om de medewerkers te motiveren en te ondersteunen in de organisatie? Fungeert het als rolmodel? **1 verbeterpunt**
- 2.1. Wat doet de organisatie om informatie te verzamelen over de huidige en toekomstige behoeften van de belanghebbenden? **1 verbeterpunt**
- 5.3. Wat doet de organisatie om haar processen te innoveren in samenspraak met de burger/klant? **1 verbeterpunt**

Acties koppelen aan verbeterpunten

1. De directeur/verantwoordelijke volgt de afspraken bij intervisies en werkgroepen op, evalueert en stuurt bij indien nodig.
2. Ik geef elke dag een schouderklopje.
3. 3.1. Er worden meer activiteiten georganiseerd voor de dementerende bewoners.
3.2. Terug starten van de werkgroep dementenwerking met duidelijke doelstellingen en realiseren en opvolgen van de doelstellingen.
4. Temperatuur van de maaltijden moet voldoende opgevolgd worden.
5. Bij nieuwe medewerkers worden de procedures en afspraken overlopen door de coach en de verantwoordelijke.
6. Omgang tijdens intervisies moet vertrouwelijk blijven.
7. Bij het opstarten van een werkgroep worden doelstellingen duidelijk gekaderd.
8. Gemaakte afspraken moeten opgevolgd worden door de verantwoordelijke.
9. Werken aan een positief imago.
10. Stagiaires: taakafspraken duidelijk stellen en opvolgen.
11. De temperatuur van elke laatste warme maaltijd wordt gemeten.
12. De directeur adviseert het OCMW om het financieel tekort te verkleinen.
13. De hoofdverpleegkundige ontwerpt een systeem voor detectie van tekort aan personeel om dit te kunnen doorgeven aan de directeur.
14. Opvolgen en coördineren van nieuwe projecten door de verantwoordelijke.
15. In palliatieve dossiers moet de communicatie met andere diensten op punt gezet worden.
16. idem punt 5
17. Nieuwe regels evalueren, bijsturen, zo nodig afschaffen.
18. Besteding van opbrengst grote activiteiten vooraf communiceren.
19. Openheid bij verantwoordelijken moet beter.
20. Het management moet sneller beslissingen nemen.
21. De verantwoordelijke (van de werkgroep) beslist snel genoeg in vernieuwingsprojecten.
22. Werken aan een veilig klimaat waar opbouwende positieve kritiek gestimuleerd wordt.
23. Tevredenheidsmeting over de maaltijden bij bewoners organiseren.
24. Idem actiepunt 7.
25. Snel procedures opsporen en aanpassen.



26. Procedures voldoende afstemmen op andere diensten; linken zoeken met andere diensten en bekend maken.
27. Verantwoordelijkheid nemen, voldoende communicatie voeren i.v.m. verwachtingen t.o.v. elkaar bij een taakuitvoering.
28. Verantwoordelijken nemen een waarderende houding aan.
29. Positieve beeldvorming t.o.v. potentiële klanten. (Idem actiepunt 9)
30. Meer aandacht besteden aan empowerment. Project gestart in februari 2010.
31. Dienstoverschrijdende ideeën moeten aan bod kunnen komen en aangemoedigd worden.
32. Kleedkamer van de vrouwen mag groter.
33. Het beleid zal de tewerkstelling van personen met een arbeidshandicap onderzoeken binnen de twee jaar.
34. Het management dient opener en toegankelijker te zijn.
35. Telefonische onbereikbaarheid in het weekend onderzoeken!
36. Vernieuwing en verbetering meer aanmoedigen.
37. Bijkomende afspraken voor verpleegkundigen en verzorgenden inzake uurregeling opstellen. = quick win
38. Fietsenstalling mag groter zijn.
39. Gebruiken van checklisten in de poetsdienst.
40. Chef – kok maakt de functieomschrijvingen van het personeel in de keuken zich eigen.
41. PC wordt toegankelijk gemaakt voor alle koks.
42. Werken aan een integrale aanpak van ethisch aankopen.
43. Inhoud multidisciplinair overleg beter omschrijven.
44. Intervisie team woonzorgcentrum: opvolgen van de waarden die opgesteld worden.
45. Opvolging van de tevredenheidsmeting in de keuken.
46. Coaching van nieuwe medewerkers art.60§7 in de poetsdienst.
47. Coaching van de chef – kok in de keuken.
48. Opvolging van verbeterpunten vanuit het functieoverleg (keuken).
49. Afspraken over planning stagiairs kunnen soms beter (keuken).
50. Onderzoeken uitbouw van een dienstencentrum.

HULPMIDDEL VOOR DE PRIORITISERING VAN DE VERBETERACTIES VOORTSPRUITEND UIT DE ZELFEVALUATIE MET HET CAF
--

1. Strategische weging van de actie (SW)

- **IMBL= Impact op de belanghebbenden (1 weinig - 4 veel)**
 - Burger/klanten
 - Personeel
 - Politiek verantwoordelijken
 - Andere belanghebbenden
- **IMR = Impact op de resultaten (1 weinig - 4 veel)**
- **ZI = Zichtbaarheid (1 weinig zichtbaar - 4 zeer zichtbaar)**
 - Intern
 - Extern

SW: van 3 (gering strategisch belang) tot 12 (zeer hoog strategisch belang)

2. Gemak van uitvoering van de actie (GUI)

- **MG = Moeilijkheidsgraad (1 moeilijk - 4 gemakkelijk)**
 - Scope: belangt de ganse organisatie aan of slechts een deel
 - Implementatie: in gans de organisatie of in een pilootproject



- Graad van interdisciplinariteit
- Niveau van specialisatie
- **IM = in te zetten middelen (1 veel - 4 weinig)**
 - Interne middelen, met of zonder opleiding
 - Met de hulp van ondersteunende diensten
 - Privé Consultant
 - Financiële middelen
 - Technische middelen
- **SR = Snelheid van realisatie (1 langzaam - 4 zeer snel)**
 - Lange termijn (2 jaar)
 - Middellange termijn (1 jaar)
 - Korte termijn (6 maanden)
 - Quick win (3 maanden)

GUI: van 3 (zeer moeilijk te realiseren) tot 12 (zeer gemakkelijk te realiseren)

3. CAF Score van het subcriterium van de actie

4. Prioriteit van uitvoering van de actie (PUI) (1 niet prioritair – 4 zeer prioritair)

- **Starter:** een actie waarvan het totaal van de strategische weging en de gemakkelijheid van uitvoering = > 20
- **10 prioritaire acties kiezen uit de PUI's 4 en 3 (inclusief de starters), uit te voeren binnen de 2 jaar**

actie	S.C.	IMBL	IMR	ZI	SW	MG	IM	SR	GUI	Starter	CAF	PUI	gekozen acties
1	1.1./2.3.	3	3	2	8	4	4	3	11	19	55	3	x
2	3.3.	3	3	3	9	4	4	4	12	21	55	4	x
3	5.3.	3	3	3	9	3	3	3	9	18	70	3	x
4	6.2.				0				0	0	72	QW	QW
5	2.3./5.1.	3	3	3	9	4	4	4	12	21	55/80	4	x
6	3.3.	3	3	2	8	4	4	3	11	19	55	3	x
7	1.2.	3	4	3	10	3	4	4	11	21	63	4	x
8	1.3.	4	4	4	12	4	4	4	12	24	60	4	x
9	8.2.	4	3	4	11	3	3	1	7	18	65	3	
10	3.1/3.2./4.1./4.4.	3	3	3	9	3	3	3	9	18	71/55/80/73	4	x
11	6.2.				0				0	0	72	QW	QW
12	9.1.	3	4	2	9	1	2	1	4	13	85	1	
13	4.4.	3	3	3	9	3	4	4	11	20	73	4	x
14	5.3.	3	3	2	8	4	4	3	11	19	70	3	
15	2.3.	3	3	4	10	4	3	3	10	20	55	4	x
16	2.3.				0				0	0	55	IDEM 5	
17	3.3.	3	3	2	8	3	3	1	7	15	55	1	
18	4.3.				0				0	0	80	QW	QW



19	5.3.	3	2	2	7	3	4	1	8	15	70	2	
20	9.2.	3	3	3	9	3	4	1	8	17	73	3	
21	5.3.	3	3	3	9	3	4	2	9	18	90	2	
22	1.3./5.3.	3	3	3	9	3	4	1	8	17	60/70	3	x
23	2.1.	3	3	3	9	4	4	3	11	20	70	4	x
24	1.1.				0				0	0	55	IDEM 7	
25	5.1.	3	3	3	9	3	3	1	7	16	80	3	
26	5.1.	3	3	3	9	2	3	2	7	16	80	3	
27	5.3.	3	3	3	9	3	4	2	9	18	70	2	
28	7.1.	4	3	3	10	3	4	1	8	18	78	3	QW
29	8.1.				0				0	0	65	3	
30	3.1.				0				0	0	71	3	
31	3.3.	3	3	3	9	3	4	2	9	18	55	3	QW
32	4.6.	3	2	2	7	1	1	2	4	11	90	1	
33	8.2.	3	2	1	6	2	3	1	6	12	65	1	
34	9.2.	4	3	4	11	3	4	3	10	21	73	4	x
35	5.2.	4	4	4	12	3	3	4	10	22	90	4	x

De gekozen actiepunten worden door de directeur in een kwaliteitsplanning over 2 jaar gezet.

Het is tevens het advies voor de OCMW – raad.



Actieplan 2010 – 2011 voor het WZC De Wijngaard

	Domein	Actiepunt	Visie	doelstelling	termijn
1	keuken	6.2 De temperatuur van de maaltijden moet opgevolgd worden	Een element in een kwaliteitsvolle maaltijd betekent dat de temperatuur van de maaltijd die vertrekt gecontroleerd wordt.	De verantwoordelijke van de keuken zal een systeem op punt zetten dat er voor zorgt dat de temperatuur van de maaltijden correct geregistreerd wordt, en dat deze registraties in tabel gezet worden (overzicht per week)	Binnen de maand
2	algemeen	4.3 Besteding opbrengst grote activiteiten vooraf communiceren	Om medewerkers en vrijwilligers gemotiveerd te houden is het belangrijk dat zij vooraf op de hoogte gebracht worden van de besteding van de opbrengst.	Minstens 2 maanden voor de activiteit zelf plaatsvindt zal aan iedereen (bewoners, familie, medewerkers, vrijwilligers) meegedeeld worden hoe de opbrengst zal besteed worden.	Onmiddellijk/teamvergadering + ideeënbus
3	personeelsbeleid	7.1 verantwoordelijken nemen een waarderende houding aan.	In het WZC vinden we het belangrijk dat de leidinggevenden het positief motiveren van medewerker als een onderdeel van hun leiderschapsstijl hanteren	Vanaf volgend VOK of teamvergadering zullen we minstens 3x per jaar evalueren adhv voorbeelden in welke mate de leidinggevenden waardering uitgesproken hebben of getoond hebben Waarderende houding wordt vast punt op functioneringsgesprek.	onmiddellijk
4		3.3 Dienstoverschrijdende ideeën moeten aan bod kunnen komen en aangemoedigd worden	Dienstoverschrijdende ideeën aan bod laten komen vermijdt verstarring en kan leiden tot meer dynamiek.	Op teamvergadering een brainstorming organiseren om dienstoverschrijdende ideeën aan bod te laten komen (bv Ideeëndag of ideeënbus)	Op de agenda van de teamvergadering van september 2010
5	personeelsbeleid	2.3/5.1 Bij nieuwe medewerkers worden de procedures en afspraken	Om een nieuwe medewerker zo vlug als mogelijk goed te laten functioneren is een	De verantwoordelijke van elke dienst zal een specifiek plan opstellen om de begeleiding van	10/10-12/10



		overlopen door de coach en de verantwoordelijke	kwaliteitsvolle begeleiding door de coach en de verantwoordelijke noodzakelijk.	nieuwe medewerkers te verzekeren. Dit plan en de uitvoering ervan zal door de directeur/ kwaliteitscoördinator gecontroleerd worden. Het raamwerk of leidraad zal door het VOK opgemaakt worden.	
6	Organisatie	1.2 Bij het opstarten van een nieuwe werkgroep worden de doelstellingen duidelijk gekaderd	Om tot vernieuwing en kwaliteitsverbetering te komen kan een werkgroep een goed werkinstrument zijn; een werkgroep is slechts effectief als de samenstelling, doelstelling, opvolging en termijn en de uitvoering goed afgesproken zijn.	De directeur zal (samen met de teamleden en de leden van het VOK) het kader opstellen dat dient gevolgd te worden bij de opstart van een werkgroep in het WZC.	04/05/2010 Tekst ter goedkeuring op de teamvergadering van mei
7	personeelsbeleid	1.3 Gemaakte afspraken moeten opgevolgd door de verantwoordelijke	De dienstverlening verbetert als tijdens overleg gemaakte afspraken ook door de verantwoordelijken goed opgevolgd en gecontroleerd worden.	De verantwoordelijken en de directeur zullen de afspraken, die in het verslag van de teamvergadering of het respectievelijke FO vermeld worden, (laten) uitvoeren en controleren. De afspraken dienen in het verslag van het FO duidelijk (best apart) genoteerd te worden.	Op de volgende teamvergadering zal de directeur een werkwijze aangeven die er voor zorgen dat afspraken structureel opgevolgd worden.
8	personeelsbeleid	3.1 stagiairs: taakafspraken duidelijk stellen en opvolgen	Het opmaken van taakafspraken en een stageplan en de controle en opvolging ervan door de stagebegeleider (verantwoordelijke van de dienst) zijn een belangrijke voorwaarde om te komen tot een geslaagde stage.	De verantwoordelijken van elke dienst zullen de afspraken en het stageplan opmaken en voorleggen aan de directie. Zij zullen nadien het bespreken met de stagemonitor van de school en met de stagiair.	Vorbereiding 05-09/2010 Uitvoering vanaf 09/2010
9	personeelsbeleid	4.4 De hoofdverpleegkundige ontwerpt een systeem	Om de continuïteit en de kwaliteit van de dienstverlening te garanderen, moet er	De hoofdverpleegkundige en de directeur maken een instrument dat op een objectieve manier	04- 010/2010



		voor detectie van tekort aan personeel om dit door te geven aan de directeur.	voldoende personeel aanwezig zijn.	a.d.h.v. indicatoren de werklast en personeelsbezetting weergeeft en waarvan de noodzaak aan vervanging van medewerkers kan aangetoond worden.	
10	Organisatie van de zorg	2.3 In palliatieve dossiers moet de communicatie met andere diensten op punt gezet worden.	Palliatieve zorg belangt alle medewerkers van het WZC aan en is een speerpunt van onze dienstverlening	De procedure 'palliatieve zorgen' zal op het aspect communicatie met andere diensten aangepast worden door het palliatief support team in samenspraak met de verantwoordelijken van de andere diensten.	1 ^{ste} bespreking op de volgende bijeenkomst van het PST () Aanpassing procedure tegen 12/2010
11		2.1 Tevredenheidsmeting over de maaltijden voor de bewoners organiseren	De kwaliteit van de maaltijden is voor de bewoners belangrijk; voeding is bij een deel van de bewoners soms nog één van de enige aspecten van het leven waar zij nog van kunnen genieten.	De directeur zal samen met de kwaliteitscoördinator een tevredenheidsmeting organiseren	01/2011
12	personeelsbeleid	9.2 Het management dient opener en toegankelijker te zijn.	Van de directeur wordt verwacht dat hij zich open opstelt en bereikbaar is voor zowel het personeel als de bewoners/familie	De directeur zal een vast spreekuur voor de bewoners/familie organiseren. (communicatie hoe?) De directeur zal een systeem opzetten om medewerkers de kans te geven om met vragen te komen rond organisatorische aspecten. De directeur zal systematischer en actiever de medewerkers en bewoners bevragen.	Spreekuur vanaf 1/06/2010
13	organisatie	5.2 de telefonische bereikbaarheid van het woonzorgcentrum in het weekend	Het WZC moet steeds bereikbaar zijn voor familie van bewoners, ook tijdens het weekend	De directie zal nieuwe afspraken maken die de bereikbaarheid van Het WZC garanderen en dit communiceren met de familie De directeur zal technische oplossingen zoeken om er voor te zorgen dat technisch falen van	06/2010



				één toestel niet leidt tot onbereikbaarheid (programmatie telefooncentrale)	
14	personeelsbeleid	1.1/2.3 De directeur volgt afspraken bij intervisies en werkgroepen op en stuurt bij indien nodig	Intervisie geeft de medewerkers van een team de kans om over elkaars functioneren op een open manier te spreken en om op het einde van de intervisie te komen tot nieuwe afspraken die de teamwerking verbeteren	De directeur zal de afspraken die door de secretaris op papier gezet zijn uitvoeren of laten uitvoeren. Binnen de 3 maanden zal hij deze evalueren en eventueel bijsturen.	Start 05/2010
15	Organisatie van de zorg	5.3 er worden meer activiteiten georganiseerd voor de dementerende bewoners	Voor dementerende bewoners dient een aangepast klimaat en werking georganiseerd om het welzijn van deze bewoners te behouden; De familie dient opgevangen en betrokken te worden bij deze dementenwerking	Wij starten een werkgroep 'dementenwerking' op. De doelstellingen, samenstelling, verantwoordelijke van de werkgroep worden door het team verantwoordelijken bepaald.	Agenderen op de teamvergadering van juni Start WG te bepalen samen met het team.



In welke fase (Deming circle) bevindt zich elk subcriterium: plan – do – check – act?

Criterion / Subcriterion	Fase	M fase/criterium	Score op 100
1. LEIDERSCHAP Wat doet het leiderschap om			
1.1. richting te geven aan de organisatie door een missie, visie en waarden te ontwikkelen?	check	44,5	55
1.2. een systeem te ontwikkelen en in werking te stellen om de organisatie, haar prestaties en de verandering aan te sturen?			63
1.3. de medewerkers te motiveren en te ondersteunen in de organisatie? Fungeert het als rolmodel?			60
1.4. de relatie met politici en andere belanghebbenden te beheren om de gedeelde verantwoordelijkheid te verzekeren?	Act	18,75	75
Totaal		63,25	253/400
2. PLANNING EN STRATEGIE Wat doet de organisatie om			
2.1. informatie te verzamelen over de huidige en toekomstige behoeften van de belanghebbenden?	Check	17,5	70
2.2. de strategie te ontwikkelen, te evalueren en te actualiseren rekening houdend met de behoeften van de belanghebbenden en de beschikbare middelen?	Act	52,5	75
2.3. de strategie en planning te implementeren in de hele organisatie?			55
2.4. modernisering en vernieuwing te plannen, in en door te voeren en te evalueren?			80
Totaal		70	280/400
3. MEDEWERKERS Wat doet de organisatie om			
3.1. de menselijke middelen op een transparante wijze te plannen, te beheren en te verbeteren volgens de strategie en de planning?	Act	23,66	71
3.2. de competenties van de medewerkers te identificeren, te ontwikkelen en te gebruiken voor de individuele en organisatorische doelen?	Check	36,66	55
3.3. de medewerkers te betrekken door een open dialoog te ontwikkelen en eigen verantwoordelijkheid te geven (empowerment)?			55
Totaal		60,33	181/300
4. PARTNERSHIPS EN MIDDELEN Wat doet de organisatie om			
4.1. samenwerkingsverbanden te ontwikkelen en te onderhouden met de belangrijkste partners?			80

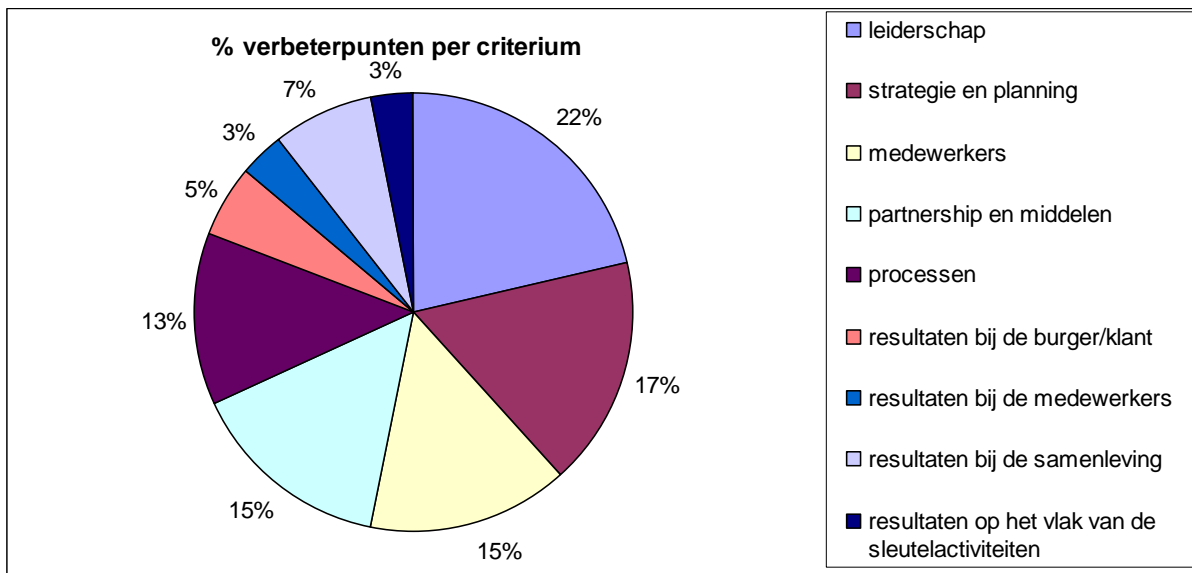


4.2. partnerschappen met burgers/klanten te ontwikkelen te onderhouden?	Check	79,66	78
4.3. de financiën te beheren?			80
4.4. informatie en kennis te beheren?			73
4.5. de technologie te beheren?			77
4.6. de voorzieningen (gebouwen en uitrustingen) te beheren?			90
Totaal		79,66	478/600
5. PROCESSEN			
Wat doet de organisatie om			
5.1. op continue wijze de processen te identificeren, te ontwerpen, te beheren en te verbeteren?	Act	56,66	80
5.2. klantgerichte diensten en producten te ontwikkelen en af te leveren?			90
5.3. haar processen te innoveren in samenspraak met de burger/klant?	Check	23,33	70
Totaal		80	240/300
6. RESULTATEN BIJ DE BURGER/KLANT			
De resultaten van			
6.1. tevredenheidsmetingen bij burgers/klanten	Act	73,5	75
6.2. van interne metingen van burger/klantgerichte indicatoren			72
Totaal		73,5	147/200
7. RESULTATEN BIJ DE MEDEWERKERS			
De resultaten van			
7.1. metingen van de tevredenheid en de motivatie van de medewerkers	Act	79	78
7.2. interne metingen van indicatoren gericht op de medewerkers			80
Totaal		79	158/200
8. RESULTATEN IN DE SAMENLEVING			
Resultaten van			
8.1. perceptiemetingen bij de belanghebbenden inzake de maatschappelijke effecten van de organisatie	check	65	65
8.2. interne metingen van indicatoren gericht op maatschappelijke effecten van de organisatie			65
Totaal		65	130/200
9. RESULTATEN OP HET VLAK VAN DE SLEUTELACTIVITEITEN			
9.1. Externe resultaten: behaalde output en outcome in verhouding tot de doelstellingen			
9.1. Externe resultaten: behaalde output en outcome in verhouding tot de doelstellingen	Act	79	85
9.2. Interne resultaten op het vlak van het management, innovatie en financiën			73
Totaal		79	158/200



Het aantal aangebrachte verbeterpunten per criterium in verhouding tot elkaar.

Criterium	Aantal aangebrachte verbeterpunten	%
1. leiderschap	20	21
2. strategie en planning	16	17
3. medewerkers	14	15
4. partnership en middelen	14	15
5. management van de processen en de verandering	12	13
6. resultaten bij de burger/klant	5	5
7. resultaten bij de medewerkers	3	3
8. resultaten bij de samenleving	7	7
9. resultaten op het vlak van de sleutelactiviteiten	3	3



Het criterium leiderschap scoort het hoogst (22%) met aantal aangebrachte verbeterpunten door de zelfevaluatiegroep.

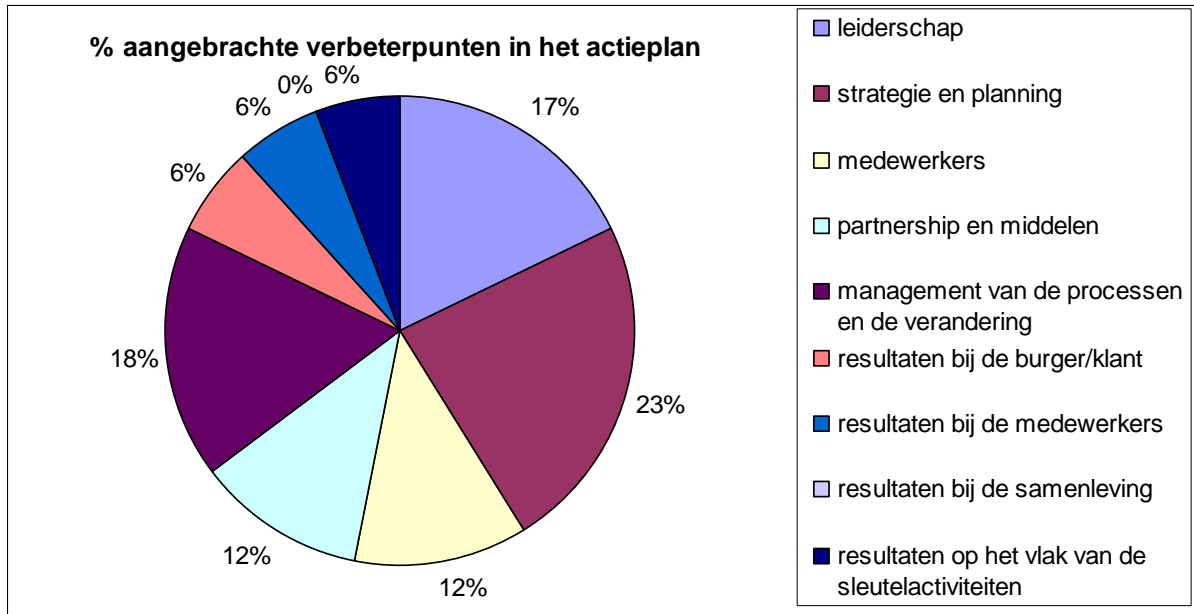
Op de tweede plaats staat strategie en planning met 17%.

Medewerkers en partnership en middelen scoren hetzelfde, 15%.

Nog één criterium scoort boven de 10%, nl. 13% en dat is management van de processen en de verandering.



Het aantal verbeterpunten in het actieplan t.o.v. de gewogen 35 actiepunten.



In voorgaande taartdiagram zien we het % hoeveelheid aan verbeterpunten per criterium.

Hoeveel verbeterpunten uit de hoogste % komen werkelijk terug in het actieplan van 15 verbeterpunten?

Van de 15 verbeterpunten **in het actieplan** zijn er **12** uit de 5 criteria met de hoogste percentages:

- 17% (n **3**) van de verbeterpunten komt van het criterium **leiderschap**
- 23% (n **4**) komt van het criterium **strategie en planning**
- 12% (n **2**) is afkomstig van het criterium **medewerkers** en nog eens 12% (n **2**) van het criterium **partnership en middelen**
- 18% (n **3**) is afkomstig van het criterium **management van de processen en de verandering**
- 6% (n **1**) is afkomstig van het criterium **resultaten bij de burger/klant** en nog eens 6% (n **1**) van het criterium **resultaten bij de medewerkers**
- In het actieplan komen geen verbeterpunten voor van het criterium resultaten bij de samenleving.
- 6% (n **1**) is afkomstig van het criterium **resultaten op het vlak van de sleutelactiviteiten**



M.a.w. 12 van 15 verbeterpunten komen uit de 5 hoogste percentages aangebrachte verbeterpunten per criterium.

Als je het aantal (n) optelt komt je weliswaar aan 17: de reden hiervoor is dat er 2 actiepunten voorkomen in 2 verschillende subcriteria.

Communicatieplan

Vooraf:

Informatienamiddag voor medewerkers

Op de jaarlijkse kwaliteits – informatienamiddag van 15 oktober 2009 werd meegedeeld dat er een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum apart zou gebeuren en dat er medewerkers gezocht werden om in de zelfevaluatiegroep te zetelen. De bovenvermelde informatienamiddag wordt reeds sinds 1996 georganiseerd. Tijdens deze namiddag wordt uitgelegd wat van de leden verwacht wordt, namelijk:

- extra inzet
- huiswerk
- een eerlijke mening gebaseerd op feiten, geen veronderstellingen
- vertrouwen t.o.v. de leden van de zelfevaluatiegroep
- aanwezigheid op alle bijeenkomsten

Hoe dikwijls komt de groep samen? Zoals aangegeven in het model van het CAF streven we ernaar om de evaluatie in een 4 à 5 zittingen af te ronden.

Om de groep zo representatief mogelijk te maken, wordt uitgelegd dat we zo veel mogelijk verschillende functies willen in de groep.

Geïnteresseerde medewerkers kunnen zich na de kwaliteits – informatienamiddag opgeven om in de zelfevaluatiegroep te zitten.

Personeelsgids

In het OCMW krijgt elke medewerker minstens 1 x per kwartaal een kleine nieuwsbrief over nieuwigheden en personeelsweetjes. De nieuwsbrief wordt voor 60% elektronisch bezorgd bij de medewerkers die over mail beschikken. De anderen krijgen deze op papier.

Hierin wordt steeds een follow-up van de kwaliteitswerking weergegeven. Zowel de aankondiging van een nieuw CAF in het woonzorgcentrum als de oprichting van een zelfevaluatiegroep kwamen hierin aan bod.



Web-site

Op de website van het OCMW is al enkele tijd een snelkoppeling geplaatst naar informatie over het CAF. Hier vinden geïnteresseerden de rapporten van de vorige metingen alsook de aankondiging van nieuwe initiatieven.

Opleidingen of vormingsinitiatieven met betrekking tot het CAF kan men er terugvinden evenals de presentatie van een Engelstalige tekst over het OCMW.

Samenstelling zelfevaluatiegroep

Bij de eerste twee metingen werden de kandidaat – leden persoonlijk gevraagd om in de zelfevaluatiegroep te zitten.

In deze meting werd de samenstelling van de zelfevaluatiegroep anders aangepakt. Zoals gezegd, werd tijdens de informatienamiddag voor medewerkers van het OCMW en het woonzorgcentrum een oproep gedaan voor vrijwillige participatie aan de zelfevaluatiegroep. De medewerkers konden zich nadien kandidaat stellen bij de kwaliteitscoördinator.

De representatieve zelfevaluatiegroep bestaat uit 11. Bij één dienst (animatiedienst) heeft een onschuldige hand een naam moeten trekken uit de geïnteresseerden van die dienst die zich hadden opgegeven, er waren 3 kandidaten en er was maar één nodig om in de zelfevaluatiegroep te zetelen.

Tijdens de zelfevaluatie

Alle personeelsleden worden op de hoogte gehouden van de stand van zaken in het zelfevaluatieproces door:

- de personeelsgids
- het functieoverleg
- de teamvergadering van het woonzorgcentrum

Na de zelfevaluatie

- Na de zelfevaluatie worden de actiepunten gescoord en geclusterd in het VOK en een deel van de zelfevaluatiegroep.
- De directeur maakt een eerste ontwerp van het actieplan en dit wordt in het VOK verschillende keren besproken en verfijnd tot de definitieve versie.
- Het actieplan wordt goedgekeurd in het managementteam van 27 mei 2010.
- Het actieplan gaat voor advies naar de OCMW – raad van 14 juni 2010.
- Het actieplan is een agendapunt:



- op de teamvergadering van het woonzorgcentrum
- op het functieoverleg van alle diensten
- op de jaarlijkse kwaliteits - informatienamiddag op 5 oktober 2010
- op de OCMW – raad: 3 – maandelijkse opvolging van de doelstellingen
- in de personeelsgids

Opvolging

De opvolging van de uitvoering van de actiepunten gebeurt:

- 2 – wekelijks in het VOK (Vast Overleg Kwaliteitszorg)
- op de maandelijkse teamvergadering van het woonzorgcentrum
- 3 – maandelijks op de OCMW – raad (opvolging doelstellingen OCMW en woonzorgcentrum)



Bijlagen

