

# Auditrapport

Beoordeling van de wijze waarop  
Woonzorgcentrum De Beyart  
aandacht besteedt aan de kwaliteit van de  
zorg- en dienstverlening

Maastricht,  
9 en 10 november 2009

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Aanleiding en doel van de audit	4
1.2	Wegingskader	4
1.3	Werkwijze	6
1.4	Methodische verantwoording	6
1.5	De documenten	8
1.6	Leeswijzer	8
<b>2</b>	<b>ALGEMENE INFORMATIE</b>	<b>9</b>
2.1	Kerngegevens	9
2.2	Evaluatie	10
<b>3</b>	<b>VELD 1: ALGEMEEN BELEID</b>	<b>11</b>
3.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	11
3.2	Evaluatie	12
<b>4</b>	<b>VELD 2: KWALITEITSONTWIKKELING</b>	<b>13</b>
4.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	13
4.2	Evaluatie	14
<b>5</b>	<b>VELD 3: MENS- EN ZORGVISIE</b>	<b>15</b>
5.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	15
5.2	Evaluatie	16
<b>6</b>	<b>VELD 4: PUBLIC RELATIONS</b>	<b>17</b>
6.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	17
6.2	Evaluatie	17
<b>7</b>	<b>VELD 5: AFSTEMMING ZORGMARKT</b>	<b>19</b>
7.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	19
7.2	Evaluatie	22
<b>8</b>	<b>VELD 6: PRODUCT- EN DIENSTBESCHRIJVINGEN</b>	<b>21</b>
8.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	21
8.2	Evaluatie	22
<b>9</b>	<b>VELD 7: MULTIDISCIPLINAIR WERKEN</b>	<b>23</b>
9.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	23
9.2	Evaluatie	23
<b>10</b>	<b>VELD 8: PROCEDURES EN WERKWIJZEN</b>	<b>25</b>
10.1	Algemene kwaliteitseis en bevindingen	25
10.2	Evaluatie	27

<b>11 VELD 9: ORGANISATIE EN BEHEER</b>	<b>28</b>
11.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen	28
11.2 Evaluatie	29
<b>12 VELD 10: COMMUNICATIE</b>	<b>30</b>
12.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen	30
12.2 Evaluatie	31
<b>13 VELD 11: DESKUNDIGHEID MEDEWERKERS</b>	<b>32</b>
13.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen	32
13.2 Evaluatie	32
<b>14 VELD 12: MOTIVATIE MEDEWERKERS</b>	<b>34</b>
14.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen	34
14.2 Evaluatie	34
<b>15 ALGEMENE CONCLUSIE</b>	<b>35</b>
15.1 Conclusie en aandachtspunten	35
15.2 Registratieadvies	36
<b>Bijlage A Mondelinge bronnen</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage B Schriftelijke bronnen</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage C Onderwerpenoverzicht</b>	<b>43</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en doel van de audit

Verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland kunnen door middel van een externe audit hun interne kwaliteitsbeleid laten beoordelen door onafhankelijke deskundigen uit de sector. Indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan wordt de zorgorganisatie opgenomen in het Keurmerkregister en ontvangt de organisatie het keurmerk in de zorg. Hiermee wordt het niveau van kwaliteitszorg duidelijk zichtbaar voor onder andere cliënten, verzekeraars, overheid en inspectie.

Zorgorganisaties kunnen getoetst worden op basis van het HKZ schema Verzorgingshuizen of op basis van het Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen (MIK-V). De zorgorganisatie maakt zelf de keuze voor het kwaliteitssysteem waarop de zorgorganisatie zich laat toetsen.

Het doel van de audit:

- toetsing van het kwaliteitssysteem, waaronder het interne kwaliteitsbeleid, aan de hand van, ingeval van Woonzorgcentrum De Beyart (in dit rapport verder De Beyart genaamd), de zeventig onderwerpen uit MIK-V, en op grond daarvan komen tot een beoordeling;
- onafhankelijk beeld te schetsen van de manier waarop De Beyart inhoud geeft aan kwaliteitszorg, dat wil zeggen de maatregelen die worden genomen, keuzes die worden gemaakt en inspanningen die worden betracht om de zorg- en dienstverlening op een verantwoorde manier te laten plaatsvinden;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste zorgorganisatie.

De audits vinden plaats onder auspiciën van het College van Belanghebbenden dat bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Het College van Belanghebbenden bewaakt de kwaliteit van de audits die door Perspekt verricht worden.

## 1.2 Wegingskader

Vanaf 2003 geldt een nieuw wegingskader voor zowel het MIK-V als het HKZ schema Verzorgingshuizen. De zwaartepunten binnen het wegingskader liggen nu bij het cliëntenperspectief en kwaliteitsontwikkeling (veld 2 Kwaliteitsontwikkeling in MIK-V). Andere noviteit is dat de diverse kwaliteitsaspecten (plan, doe, evalueer, stel bij, heldere verantwoordelijkheden en relaties) niet bij elk onderwerp separaat beoordeeld worden, maar integraal meegenomen worden in de beoordeling van de kwaliteitsaspecten "plan" en "doe".

Dit vanuit de gedachte dat de documenten en de praktijksituatie uiteraard tevens inzicht (dienen te) geven in bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden en de samenhang tussen diverse onderwerpen.

Daarbij verschaft de status en actualiteitswaarde van een document vanzelfsprekend ook informatie over het evalueren en bijstellen van documenten en/of de praktijksituatie.

De MIK-V onderwerpen die in het cluster kwaliteitsontwikkeling behoren, dienen voor een zilveren keurmerk minimaal een beoordelingscore van zestig procent te behalen en voor een gouden keurmerk minimaal tachtig procent. De MIK-V onderwerpen die onder het cluster kwaliteitsontwikkeling vallen, zijn:

1. Kwaliteitsbeleid
2. Beschrijving intern kwaliteitssysteem
3. Jaarplanning kwaliteit
4. Kwaliteitsjaarverslag
5. Klachtenbehandeling cliënten
6. Klachtenbehandeling medewerkers
7. Waarderingsonderzoek cliënten
8. Waarderingsonderzoek medewerkers
9. Beoordelingen door cliëntenorganisaties
10. Melding Incidenten Patiëntenzorg
11. Interne beoordelingen
12. Documentenbeheer

Onderwerpen die direct gerelateerd zijn aan het cliëntenperspectief dienen zowel voor een zilveren als een gouden keurmerk een minimale beoordelingscore van tachtig procent te behalen. Voor de overallscore (alle zeventig onderwerpen tezamen) geldt een minimum van zestig procent. De MIK-V onderwerpen die bij het cluster cliëntenperspectief horen, zijn:

1. Klachtenbehandeling cliënten
2. Waarderingsonderzoek cliënten
3. Beoordelingen door cliëntenorganisaties
4. Integriteit en autonomie cliënt
5. Informatieverstrekking cliënten
6. Noodzakelijke beschikbaarheid van vakgebieden
7. Invulling zorgklimaat
8. Systeem zorgplannen
9. Opnameprocedure
10. Cliëntenraad

Een aantal onderwerpen valt dus zowel onder het cluster kwaliteitsontwikkeling als onder het cluster cliëntenperspectief, namelijk klachtenbehandeling cliënten, waarderingsonderzoek cliënten en beoordelingen door cliëntenorganisaties. De nieuwe software, KRS 5.0, is opgebouwd volgens bovenstaand wegingskader en werd gedurende de audit bij De Beyart gebruikt.

### **1.3 Werkwijze**

Voor de audit in De Beyart is een groot aantal documenten bestudeerd, zijn werkprocessen geobserveerd en gesprekken gevoerd. Een overzicht van de documenten is terug te vinden in bijlage B.

De disciplines c.q. vertegenwoordigers en medewerkers van De Beyart die bij de vraaggesprekken betrokken waren, de zogenaamde mondelinge bronnen, staan vermeld in bijlage A.

De gesprekken zijn naar de mening van het auditteam in een open en betrokken sfeer gevoerd. Tijdens de vrije rondgangen zijn nog aanvullende gesprekken gevoerd.

De verschillende documenten, gesprekken en observatierondes hebben veel informatie opgeleverd. Ter wille van de leesbaarheid wordt volstaan met het beschrijven van kernbevindingen, zoals die naar voren zijn gekomen uit deze audit. Concreet betekent dit dat niet alle disciplines en alle onderwerpen even uitgebreid aan bod komen in alle hoofdstukken. Het is mogelijk dat dit afbreuk doet aan de diversiteit en veelomvattendheid van de zorg- en dienstverlening van De Beyart, maar een uitputtende beschouwing van alle processen wordt niet zinvol geacht.

### **1.4 Methodische verantwoording**

De tweedaagse audit omvat Woonzorgcentrum De Beyart in Maastricht en heeft betrekking op de intramurale zorg (verblijf) en extramurale zorg (individuele zorg). De audit bij De Beyart vond plaats op 9 en 10 november 2009 door de heer P. Zonneveld (voorzitter / auditor), mevrouw drs. G.J. Langerveld (auditor), de heer drs. A.L.H.M. van Gerwen (auditor) en mevrouw drs. P.H.J. van Veggel (secretaris / auditor).

Het team heeft voorafgaande aan het bezoek een aantal schriftelijke bronnen bestudeerd die betrekking hebben op de organisatie en de kwaliteitszorg van De Beyart: een door De Beyart ingevulde lijst kerngegevens, een zelfdiagnose en een verzamelde set ondersteunende documenten. Daarnaast zijn nog aanvullende documenten op locatie aan het auditteam voorgelegd. Deze documenten dienen ter ondersteuning van de antwoorden in de zelfdiagnose.

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn gebaseerd op verschillende soorten bronnen: gesprekken, documenten en observaties. Deze zijn besproken en getoetst binnen het auditteam en in concept voorgelegd aan het management van De Beyart.

De individuele mening van elke auditor is ondergeschikt gemaakt aan een gemeenschappelijke opvatting van het team over het interne kwaliteitsbeleid.

Het accent van een audit ligt op de voorzieningen, verantwoordelijkheden, structuren en procedures die De Beyart inzet om kwaliteit te leveren. Het oordeel van de cliënten, hoe zij de cliëntenzorg ervaren en de inzet en attitude van medewerkers maken uiteraard tevens deel uit van de toetsing.

Het MIK-V omvat die onderwerpen die bij een externe audit in een organisatie geregeld moeten zijn in het kwaliteitssysteem. Het MIK-V bevat 12 velden en 70 onderwerpen. De MIK-V velden zijn:

1. Algemeen beleid
2. Kwaliteitsontwikkeling
3. Mens- en zorgvisie
4. Public Relations
5. Afstemming zorgmarkt
6. Product- en dienstbeschrijvingen
7. Multidisciplinair werken
8. Procedures en werkwijzen
9. Organisatie en beheer
10. Communicatie
11. Deskundigheid medewerkers
12. Motivatie medewerkers

Om het keurmerk in de zorg te verwerven en in het Keurmerkregister opgenomen te worden, dient over het geheel minimaal 60% van alle onderwerpen (inclusief de onderwerpen die direct gerelateerd zijn aan het cliëntenperspectief en kwaliteitsontwikkeling) en minimaal 60% van de kwaliteitsontwikkelingsonderwerpen en minimaal 80% van de onderwerpen inzake het cliëntenperspectief positief te worden beoordeeld. Deze minimale score geldt voor een zilveren keurmerk. Voor een gouden keurmerk geldt dat voor het cluster kwaliteitsontwikkeling een minimale score van 80% behaald moet worden. Voor de overige onderdelen is het wegingskader gelijk als bij het zilveren keurmerk.

Een onderwerp wordt positief beoordeeld indien de beleidsnota's, richtlijnen, procedures, afspraken en protocollen waar in het onderwerp naar wordt verwezen, voor zover mogelijk en nodig, schriftelijk zijn vastgelegd en formeel zijn vastgesteld.

Ook moet de uitwerking van een onderwerp door betrokkenen worden onderschreven en in de praktijk worden toegepast. Dit levert de beoordelingskwalificatie 'Goed' op. Indien gedeeltelijk aan deze voorwaarden is voldaan, dan moet met 'Matig' worden geantwoord. In alle andere gevallen wordt met 'Onvoldoende' geantwoord.

## **1.5 De documenten**

De set documenten van De Beyart was uitgebreid en gerangschikt volgens de indeling van MIK-V. Dit was voor het auditteam erg overzichtelijk. De documenten zijn in een handzaam pakket aan de auditoren verstrekt. Ook lagen op verzoek van het auditteam en op initiatief van de organisatie tijdens de auditdagen een aantal documenten ter inzage. Het geautomatiseerde KRS documenten registratiesysteem was voor de auditoren vrij om in te zien. In bijlage B staan de schriftelijke bronnen vermeld die het team heeft geraadpleegd.

## **1.6 Leeswijzer**

De MIK-V velden worden afzonderlijk in hoofdstukken besproken. Naast een bondige omschrijving van de bevindingen zijn per hoofdstuk de sterke punten en aandachtspunten weergegeven. Elk hoofdstuk eindigt met de beoordelingsscore van het desbetreffend veld. Het rapport besluit met een algemene conclusie, inclusief aandachtspunten voor de toekomst en de inhoud van het registratieadvies dat wordt aangeboden aan de directie van Perspekt. In bijlage A en B zijn de mondelinge (medewerkers, cliënten, andere informanten) en schriftelijke bronnen (documenten) bronnen opgenomen, die het team heeft geraadpleegd.

In bijlage C is per onderwerp naast de zelfdiagnose, ingevuld door De Beyart, de beoordeling van het auditteam met toelichting te zien. Zodoende kan worden geconstateerd op welke onderdelen De Beyart en het auditteam dezelfde mening zijn toegedaan, dan wel verschillend denken. Dit overzicht (zeventig onderwerpen in totaal) is weliswaar omwille van de leesbaarheid als bijlage aan het rapport toegevoegd, maar vormt de inhoudelijke kern van het rapport.

## **2 ALGEMENE INFORMATIE**

### **2.1 Kerngegevens**

De Beyart is een zelfstandig religieus huis waar broeders en zusters van verschillende congregaties wonen. In 1898 is het hoofdgebouw gebouwd en vanaf 1983 is het huis gedeeltelijk verbouwd tot een verzorgingstehuis. Sinds dat moment wonen er ook andere gelovigen dan de broeders van FIC. De laatste jaren wonen er ook leken in het huis. Vanaf de zomer van 2009 is een verpleegunit geopend, hiervoor is een samenwerkingsverband met zorgorganisatie Vivre aangegaan.

De Beyart wordt bestuurd conform het Raad van Toezicht / Raad van Bestuur model. De Raad van Bestuur heeft gekozen voor het model van integraal management met coachend leidinggeven als leiderschapsstijl. De zorgorganisatie wordt aangestuurd door een zorgmanager. Deze ressorteert onder de Raad van Bestuur.

De identiteit van De Beyart is een Rooms Katholiek- Christelijk, maar staat open voor mensen van alle gezindten.

De Beyart levert de volgende functies: verpleging, verzorging, aanvullende verpleeghuiszorg, groepsverzorging / huiskamer, dagverzorging en tijdelijke verzorging. Daarnaast worden ook extramuraal producten geleverd: verzorging en huishoudelijke verzorging. De afdeling extramuraal zorg wordt hoofdzakelijk "binnen" het huis geleverd.

Société De Beyart is een dagopvang voor mensen met cognitieve problemen die op zoek zijn naar mogelijkheden die beter passen bij hun studie/ opleiding, werkverleden en/of maatschappelijke positie/ achtergrond.

De scope van deze audit betreft niet alle producten die door De Beyart wordt geleverd. Het gaat bij deze audit om de deelproducten intramuraal: verblijf en extramuraal: individuele zorg.

#### **Beschrijving locatie**

De Beyart is een verzorgingshuis met 162 eenpersoonskamers en 2 tweepersoonskamers, 94 hiervan worden bezet door bewoners met een indicatie. De overige kamers worden bewoond door bewoners van het klooster, dit zijn broeders van het FIC en zusters van verschillende congregaties. De extramuraal zorg wordt aan 8 tot 10 bewoners, exclusief WMO, geleverd.

Het hoofdgebouw is gebouwd in 1898, het zustershuis in 1932. De woonflat is in de plaats gekomen van de kapel.

In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw hebben nog diverse renovaties plaatsgehad. De locatie is gevestigd midden in het centrum van Maastricht met een mooie tuin er omheen.

Het aantal geïndiceerde cliënten van De Beyart per peildatum 1 oktober 2009 bedraagt 30 mannen en 64 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 84 jaar, van de vrouwen 86 jaar. Het aantal opnames was in 2009 24 en in 2008 30 voor intramuraal en voor extramuraal dit jaar 9 en in 2008 40. Het aantal overplaatsingen bedroeg het afgelopen jaar en dit jaar beide 3 cliënten. Ontslagen zijn in 2008 11 cliënten en dit jaar 9.

Het aantal overledenen in 2008 intramuraal bedroeg 17 en extramuraal 3 cliënten. Dit jaar zijn intramuraal 20 en extramuraal 3 cliënten overleden. De gemiddelde verblijfsduur is ruim 2,5 jaar. De lengte van de wachtlijst is dit jaar 3 tot 6 maanden. In 2008 stonden 10 tot 13 personen op de wachtlijst. Voor extramuraal is er geen wachtlijst.

De zorgzwaarteverdeling in ZZP was niet opgenomen in de kerngegevens.

### **Medewerkers**

De personele formatie bedraagt: algemeen 11,36 BFT, verzorging 37,60 BFT, huishouding 19,00 BFT, Activiteitenbegeleiding 4,33 BFT, keuken 8,93 BFT, anders 4,78 BFT.

De verhouding fulltime / parttime formatie is in De Beyart: 18/68.

Het ziekteverzuim bedroeg in De Beyart in 2008 4,9 % en in 2009 (t/m oktober) 4,86 %.

Het personeelsverloop (in %) binnen De Beyart is als volgt:

	2008	2009
De Beyart	10	12

Dit jaar is van 10 medewerkers het tijdelijk dienstverband niet verlengd en is één persoon met pensioen gegaan en is één medewerker na de proeftijd gestopt.

### **Uitbestede diensten**

De Salarisadministratie, het wassen van de ramen en het onderhoud aan apparatuur is binnen De Beyart uitbesteed.

## **2.2 Evaluatie**

Binnen De Beyart heeft een groot aantal medewerkers al een zeer lang dienstverband. Het ziekteverzuim is relatief laag. De samenstelling van de bewoners zal de komende jaren gaan veranderen, doordat er hoofdzakelijk leken gaan wonen. Het aantal religieuzen zal sterk afnemen. In geheel Nederland wordt geadverteerd om religieuze cliënten te "werven".

### **3 VELD 1: ALGEMEEN BELEID**

#### **3.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen**

In de basislaag van de MIK-V piramide worden velden benoemd waarin onderwerpen zijn opgenomen die betrekking hebben op de algemene uitgangspunten van de organisatie. Kernachtig weergegeven in de opmerking: "Wat willen we?"

In veld 1 "Algemeen beleid" worden onderwerpen benoemd die als fundament dienen voor veel andere onderwerpen in de organisatie. Met deze onderwerpen wordt een basis gelegd voor de opbouw van het interne kwaliteitssysteem en de planning van de activiteiten in de organisatie. Dit betreft onder meer het meerjarenbeleid en de jaarplanning, maar ook de onderwerpen Arbo en Milieu.

Het strategische beleid van De Beyart is vastgelegd in de nota strategie en beleid, dit is nog in concept en moet nog binnen de organisatie gecommuniceerd worden. Het is de eerste keer dat een beleid op lange termijn vastgelegd is, voorheen was er het jaarplan van de directie. Elk diensthoofd heeft een jaarplan opgesteld, dat nog niet gebaseerd is op het meerjarenbeleid. De nota strategie en beleid is met name gericht op de bouw, wat te doen in de toekomst met een veranderende populatie, met name leken, die andere eisen gaan stellen aan de huisvesting.

De jaarplannen zijn niet naar alle medewerkers gecommuniceerd. Ook de bewaking van de plannen is niet altijd aantoonbaar.

De meerjarenbegroting ontbreekt, de reden is dat door de veranderende financiering het vrijwel onmogelijk is om een meerjarenbegroting te maken. De exploitatiebegroting die ingezien is, is voor 2010. De jaarbegrotingen zijn dan ook niet gebaseerd op een meerjarenbegroting en ook niet op een meerjarenbeleidsplan.

Het jaardocument 2008 is conform de wettelijke en de branche eisen opgesteld. Hierin zijn de resultaten van het gevoerde beleid en de resultaten op de diverse gebieden opgenomen. Sommige onderwerpen zijn globaal beschreven.

Een integraal sociaal beleid ontbreekt, daarentegen wordt wel veel aandacht besteed aan onderwerpen die betrekking hebben op de medewerkers. Zoals ziekteverzuimbeleid, levensfase beleid en leeftijdsbewust personeelsbeleid. Dit heeft zijn uitwerking in lange loopbanen van de medewerkers.

Er is een Arbobeleidsplan aangetroffen waarbij veel aandacht wordt besteed aan losse onderdelen, maar er kan niet gesproken worden van een samenhangend geheel.

Het evalueren van het plan van aanpak van de Risico inventarisatie is niet duidelijk aantoonbaar. De jaarlijkse preventierondes leveren voldoende op, maar punten staan gedurende aan aantal jaren op de actielijst.

Het milieubeleid is niet als zodanig omschreven, ook hier geldt dat acties in de praktijk wel uitgevoerd worden. In praktijk heeft het auditteam dan ook enkele voorbeelden gezien van verantwoord omgaan met milieutechnische zaken, bijvoorbeeld door middel van afvalscheiding en energiebesparing.

### **3.2 Evaluatie**

#### **Sterke punten:**

- In praktijk worden er milieu maatregelen getroffen;
- Levensfasebeleid is aanwezig;
- Leeftijdsbewust personeelsbeleid is aanwezig.

#### **Aandachtspunten:**

- Een meerjarenbegroting ontbreekt;
- Bewaken van de beleidscyclus;
- Schrijven beleidsstukken.

De overallscore voor veld 1 bedraagt 62,5 % (5/8). Veld 1 bevat geen onderwerpen uit het cluster kwaliteitsontwikkeling en het cluster cliëntenperspectief.

## 4 VELD 2: KWALITEITSONTWIKKELING

### 4.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

De onderwerpen in veld 2 “Kwaliteitsontwikkeling” nemen een specifieke plaats in binnen het hele kwaliteitssysteem. Met deze onderwerpen wordt namelijk het werken aan kwaliteit, kwaliteitsbeheersing en kwaliteitsontwikkeling zichtbaar gemaakt. Dit zowel in de zin van beleid als de hieruit voortkomende acties.

Een aantal onderwerpen in veld 2 heeft een duidelijk evaluerend karakter. Deze dienen voor het management als algemene terugkoppelingsmechanismen, waarmee het functioneren van delen van de organisatie maar ook het werkelijk kwaliteitsniveau dat wordt bereikt in de zorg- en dienstverlening, kan worden gevolgd.

Het interne kwaliteitssysteem van De Beyart is gerangschikt volgens het MIK-V systeem, dit is opgenomen in het KRS systeem. Dit systeem is een documentbeheerssysteem en wordt binnen De Beyart niet als een kwaliteitssysteem gebruikt. Hierdoor staat het beheren van de documenten voorop en niet het analyseren en nemen van verbetermaatregelen. Het uitvoeren van interne audits zou hierbij kunnen ondersteunen.

Nu wordt naar protocollen gekeken als de evaluatiedatum verlopen is. De inhoud wordt dan niet altijd beoordeeld. Dit is te zien aan oude terminologie die in diverse protocollen voorkomt.

Informeel klachten worden niet geregistreerd waardoor analyse op jaarbasis niet plaatsvindt. Hierdoor is men altijd ad-hoc problemen aan het oplossen en acties zijn niet gericht op het voorkomen van klachten. Bijvoorbeeld het kwijtraken van een kledingstuk in de wasserij wordt opgelost, maar het is niet inzichtelijk hoe vaak dit op jaarbasis gebeurt, wat de mogelijke achterliggende oorzaak is en hoe dit in de toekomst voorkomen kan worden.

De formele klachtenbehandeling is geregeld. Een klachtencommissie en een klachtenreglement zijn aanwezig. Ook is er laagdrempelige informatie voor cliënten over klachtenbehandeling beschikbaar. De Beyart heeft een cliëntvertrouwenspersoon aangesteld.

Ook voor medewerkers en vrijwilligers is een klachtenregeling en vertrouwenspersoon aanwezig.

Voor alle plannen in het huis geldt dat de bewaking en evaluatie aandacht behoeft. Het cliëntentevredenheidsonderzoek is uitgevoerd conform de CQ index, echter kan de status van de acties niet worden aangetoond.

De scores waren over het algemeen positief, waaruit geconcludeerd kan worden, dat de bewoners tevreden zijn.

Het uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek onder de medewerkers zijn sinds augustus bekend, maar het plan van aanpak is nog niet opgesteld.

Een systeem voor het melden van incidenten in de cliëntenzorg is aanwezig in de vorm van de MIP procedure. Er zijn overzichten aanwezig van het aantal MIP-meldingen.

Het documentbeheer binnen De Beyart is geregeld in KRS. De aangetroffen documenten hebben verschillende lay-outs of komen qua data niet overeen. Het KRS systeem is voor iedereen toegankelijk, daarnaast zijn alle protocollen ook nog op papier op de afdelingen in het huis aanwezig. De vraag is of de actualiteit wel geborgd is op deze manier.

## **4.2 Evaluatie**

### **Sterke punten:**

- De aanwezigheid van een MIP systeem;
- De aanwezigheid van een klachtensysteem voor medewerkers en cliënten;
- Het organiseren van waarderingsonderzoeken onder de cliënten.

### **Aandachtspunten:**

- Monitoren van de plannen van aanpak;
- Gebruik van het kwaliteitssysteem ter verbetering van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening;
- Interne controles zijn niet uitgevoerd;
- Registreren van informele klachten;
- Functioneren PDCA blijft aandacht vragen.

Veld 2 is gelijk aan het cluster kwaliteitsontwikkeling. Voor alle onderwerpen en derhalve ook voor het cluster kwaliteitsontwikkeling geldt een score van 66,67 % (8/12). Voor het cluster cliëntenperspectief is een score van 66,67 % (2/3) van toepassing.

## 5 VELD 3: MENS- EN ZORGVISIE

### 5.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

De onderwerpen in veld 3 “Mens- en zorgvisie” zijn sterk bepalend voor de zorginhoudelijke benadering die door de organisatie wordt voorgestaan. Vanuit deze onderwerpen wordt de organisatie gevraagd helder te maken hoe zij willen handelen ten aanzien van onder meer de bejegening van de cliënten, ethische vraagstukken zoals het handelen rond levensbeëindiging, de omgang tussen de medewerkers onderling en de positie van de cliënt in de besluitvorming over de zorg- en dienstverlening. De visies die de organisatie vastlegt ten aanzien van de onderwerpen in dit veld zijn van grote invloed op de concretisering van veel andere onderwerpen van het MIK-V. Ten aanzien van alle onderwerpen in veld 3 is het van belang dat de organisatie kan aangeven op welke wijze zij de meningen van de cliënten heeft betrokken bij de ontwikkelingen van de verschillende visies.

De mens- en zorgvisie van De Beyart zoals deze is beschreven in het document “Visie op zorg”, gaat uit van een kwaliteit van leven. Hierbij staat verantwoorde zorg voorop. De vier domeinen; lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefomstandigheden, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn spelen hierin een belangrijke rol. Opvallend is wel dat deze domeinen in de praktijk niet zo nadrukkelijk terug te vinden zijn. In het zorgdossier worden ze niet vermeld. De bewoners wordt een zoveel mogelijk thuis aangeboden, waarbij men zelf de eigen levensinvulling en keuzes kan maken.

Het beleid ten aanzien van levensbeschouwelijke zaken staat beschreven in het document “Visie op geestelijke zorg en uitgangspunten voor beleid”. De Beyart wil in begeleiding, behandeling en bejegening tegemoet komen aan de vragen en wensen van cliënten, die voortkomen uit geloofs- en levensovertuiging. De organisatie staat open voor diverse geloofsovertuigingen. De Beyart heeft een geestelijk verzorger in dienst die als primaire taak heeft de begeleiding van cliënten op het gebied van geloof- en levensvragen en zingevingskwesties. Er is veel aandacht voor de geloofsbeleving van cliënten en hun naasten bij alle medewerkers, met name door de geestelijk verzorger en bij de activiteitenbegeleiding die met elkaar samenwerken.

Ook de naasten van de cliënten kunnen van hun diensten gebruik maken.

Ten aanzien van de integriteit en autonomie is dit niet in een eenduidig document vastgelegd. Wel wordt er ruimte geboden om mee te beslissen over de zorg- en dienstverlening. Opvallend is dat bewoners nauwelijks of niet betrokken worden bij de bewonersbesprekingen.

Het beleid ten aanzien van ethische aangelegenheden staat uitgebreid beschreven in het document "Reglement ethische commissie".

Daarnaast is er een beleid rondom de laatste levensfase.

In veel zorgdossiers zijn een wilsverklaring en een reanimatieverklaring aangetroffen. Eens per twee jaar worden dit geëvalueerd om te controleren of men nog dezelfde mening toegedaan is.

## **5.2 Evaluatie**

### **Sterke punten:**

- Er is een duidelijke mens- en zorgvisie;
- Binnen de organisatie is er veel aandacht voor levensbeschouwelijke zaken;
- Eens per 2 jaar worden wilsverklaringen geëvalueerd.

### **Aandachtspunt:**

- Bewoners worden nog nauwelijks of niet betrokken bij bewonersbesprekingen.

De totale score voor veld 3 bedraagt 100 % (4/4). Eén onderwerp uit veld 3 valt onder het cluster cliëntenperspectief. Ook hiervoor is 100 % (1/1) behaald.

## 6 VELD 4: PUBLIC RELATIONS

### 6.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Het veld "Public Relations" heeft betrekking op de wijzen waarop door de organisatie zowel intern, naar de eigen medewerkers en cliënten/relaties, als naar externe personen, mogelijke/toekomstige cliënten en andere organisaties, informatie wordt overgebracht. Het onderhouden van Public Relations is daarbij onder meer gericht op het geven van feitelijke informatie, maar ook op het creëren van een bepaald imago en het verkrijgen van feedback hierop.

Het PR Beleid van De Beyart is beschreven in het gelijknamige document en is gericht op 2009-2010. Een werkgroep PR is samengesteld om de gestelde doelstellingen te realiseren.

Elke nieuwe cliënt krijgt een informatiemap. Deze bevat veel informatie over zaken die voor de cliënt van belang zijn en daarnaast informatie over activiteiten die plaats vinden in de betreffende locatie. Daarnaast zijn er ook nog veel losse folders op een later tijdstip te verkrijgen bij de receptie.

De informatiemap wordt pas verstrekt bij het verstrekken van de sleutel kort bij inhuizing, dit zou op een eerder tijdstip kunnen, zodat een bewoner een betere bewuste keuze voor De Beyart kan maken.

Daarnaast wordt via de kabelkrant, informatieborden en het Beyartberichten gecommuniceerd naar de bewoners. Ook de bewoners die minder mobiel zijn, kunnen vanaf de kamer de informatie tot hun beschikking krijgen. Zo kan men bijvoorbeeld de mis volgen op de kamer.

Eens per twee maanden wordt er een bijeenkomst georganiseerd voor nieuwe bewoners. Zij worden dan wegwijs gemaakt binnen hun nieuwe huis en kunnen kennismaken met de diverse functionarissen en ander bewoners. Daarnaast wordt er uitleg gegeven over verschillende zorgprocedures.

### 6.2 Evaluatie

#### Sterke punten:

- Er worden diverse communicatiemiddelen gehanteerd;
- De aanwezigheid van de kabelkrant;
- Nieuwe bewoners worden uitgenodigd voor een kennismakingsbijeenkomst

**Aandachtspunt:**

- Moment van verstrekken van de informatiemap, zodat de bewoner een bewuste keuze voor de Beyart kan maken.

De beoordelingsscore voor het cluster cliëntenperspectief in dit veld is 100% (1/1). De totale beoordelingsscore voor veld 4 is 100 % (2/2).

## 7 VELD 5: AFSTEMMING ZORGMARKT

### 7.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

De organisatie beoogt (zorg-)producten en –diensten te leveren aan mensen die hier behoefte aan hebben. De onderwerpen in veld 5 “Afstemming zorgmarkt” hebben betrekking op de wijze waarop de organisatie bereikt dat haar aanbod aansluit bij de behoeften. Dit is te zien als het realiseren van ‘zorg op maat’, maar dan wel op doelgroepenniveau. Het bereiken van deze afstemming kent drie elementen. Ten eerste de eigen marktorientatie, ten tweede de samenstelling van het totale pakket aan producten en diensten dat de organisatie biedt en ten derde de voortdurende innovatie van het eigen aanbod om de mogelijkheden voor het bieden van zorg op maat optimaal te houden. Hierbij is het van groot belang dat er door de organisatie wordt zorg gedragen voor gerichte afstemming met andere aanbieders op dezelfde markt van zorgvraag en zorgaanbod. Andere partijen in deze zijn de cliëntenorganisaties en de zorgverzekeraars.

Door twee externe organisaties zijn onderzoeken verricht naar de positie van De Beyart in de toekomst. Daarbuiten is de organisatie niet actief bezig met marktorientatie. Dit kan echter wel van belang zijn gezien de wens tot toename leken cliënten.

Het onderwerp innovatie speelt een kleine rol binnen De Beyart. Het is niet structureel opgenomen als onderdeel van het meerjarenbeleid. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden liggen niet vast omtrent innovatie en ontwikkeling. Vanuit de gesprekken met medewerkers op de werkvloer is ook niet gebleken dat zij daar bij betrokken worden.

Het auditteam is daarentegen wel gecharmeerd van de invulling van de Société De Beyart . Hierbij is een product op de markt gezet waar een nieuwe doelgroep mee bereikt wordt.

### 7.2 Evaluatie

#### **Sterke punten:**

- Met de invulling van de Société De Beyart wordt een nieuwe doelgroep bereikt.

#### **Aandachtspunt:**

- Medewerkers betrekken bij ontwikkeling & innovatie;
- Aandacht voor marktorientatie.

Voor veld 5 geldt een beoordelingsscore van 50 % (1,5/3). Veld 5 bevat noch onderwerpen uit het cluster kwaliteitsontwikkeling noch uit het cluster cliëntenperspectief.

## 8 VELD 6: PRODUCT- EN DIENSTBESCHRIJVINGEN

### 8.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Door de organisatie is door middel van de onderwerpen in veld 5 bepaald welke producten en diensten zij wil leveren. Dit is echter in algemene termen gesteld. In veld 6 " Product- en dienstbeschrijvingen" wordt ieder van deze producten of diensten nader uitgewerkt. Dat wil zeggen dat een concrete beschrijving wordt gemaakt van wat het product of de dienst inhoudt en welke inspanningen hiervoor zullen worden gepleegd. Bijvoorbeeld de uitwerking van het product 'revalidatie somatiek': Wat moet de cliënt ontvangen, wie worden daarbij ingeschakeld, welke middelen en materialen zijn daarvoor in te zetten en in welke omvang, etc. Deze beschrijving dient als vertrekpunt voor het toespitsen van het zorgaanbod op de individuele cliënt, zoals dat in het zorgplan gebeurt.

In het productenboek is het volledige aanbod beschreven. De omschrijvingen zijn helder en uitgebreid.

Binnen De Beyart zijn de benodigde disciplines aanwezig, op de diverse vakgebieden die noodzakelijk zijn binnen het verzorgingshuis. De aanwezigheid en oproepbaarheid van disciplines is goed geregeld. Indien dit intern niet aanwezig is, dan zijn er samenwerkingsovereenkomsten gesloten.

Een vrijwilligersbeleid ontbreekt, daar tegenover staat wel een overeenkomst met de UVV. Vrijwilligers welke betrokken zijn bij de Société De Beyart vallen onder een aparte vrijwilligersorganisatie. Hiervan zijn geen beleidsdocumenten aangetroffen.

De basiskwaliteit zorg- en dienstverlening is niet als zodanig vastgelegd. Hoewel de locatie in de jaren tachtig van de vorige eeuw verbouwd is, kan toch worden gesteld dat binnen de mogelijkheden die er zijn, de cliënten een acceptabele woon/verblijfsomgeving wordt geboden. Deze is zeker afgestemd op de huidige doelgroep. Met het vooruitzicht dat het aantal leken, met daarbij mogelijke andere wensen, zal toenemen, dient het gebouw in de toekomst mogelijk aangepast te worden. Binnen het huis is een kapel aanwezig. Ook bijzonder is de poli, waar een aantal dagdelen per week bewoners een huisarts kunnen bezoeken.

Elke doelgroep heeft een eigen leefruimte waar men samen kan komen.

Voor de bewoners worden activiteitenprogramma's georganiseerd, die sterk gericht zijn op de religieuzen. Ook hier zal in de toekomst op ingespeeld moeten worden met de komst van meer leken.

Er wordt binnen De Beyart gewerkt met een gedragscode.

## 8.2 Evaluatie

### Sterke punten:

- De benodigde vakgebieden zijn beschikbaar;
- Er is een goede woon/verblijfsomgeving voor de doelgroepen aanwezig.

### Aandachtspunt:

- Ontbreken van vrijwilligersbeleid;
- De basiskwaliteit van de zorg- en dienstverlening is niet vastgelegd.

De overallscore voor veld 6 is 78,57 % (5,5/7). Voor het cluster cliëntenperspectief geldt een beoordelingsscore van 100 % (2/2).

## 9 VELD 7: MULTIDISCIPLINAIR WERKEN

### 9.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Een belangrijk element van verpleeghuiszorg is het multidisciplinaire en geïntegreerde karakter hiervan. Bij 'multidisciplinair' wordt in eerste instantie vaak alleen gedacht aan de disciplines die de directe zorgverlening bieden. Dit is echter een te smalle benadering; in feite is er sprake van een veel breder multidisciplinair verband in deze organisaties. De cliënt ervaart namelijk de uitkomst van het totale samenspel tussen alle disciplines. Als het goed is, heeft de organisatie dit zodanig ingericht dat er 'aansluitend' werk wordt geleverd door alle disciplines.

In veld 7 "Multidisciplinair werken" worden onderwerpen benoemd die te maken hebben met het geheel van het multidisciplinair werken in de organisatie. Hierbij is in eerste instantie vooral de focus op de directe zorgverlening zichtbaar. Dit veld heeft echter betrekking op de gehele breedte van de organisatie en derhalve op alle disciplines die (meer of minder direct zichtbaar) een bijdrage leveren aan het eindresultaat dat de cliënt ervaart.

Binnen De Beyart wordt bij intra- en extramuraal met hetzelfde zorgdossier gewerkt. Dit is in de praktijk handig als een cliënt overgaat van extra- naar intramuraal. Op dit moment wordt met een "papieren" dossier gewerkt, dat qua lay-out op de verschillende afdelingen niet eenduidig is. Verschillende indelingen en verschillende formulieren worden gebruikt.

Een procedure rondom het gebruik van het dossier is helder opgenomen in KRS.

Het is duidelijk wie ten aanzien van de zorgverlening waar verantwoordelijk voor is binnen de locatie. De contactverzorgende is binnen De Beyart de spil in de zorg.

In het verzorgingshuis worden bewonersbesprekingen gehouden. Hierbij wordt de bewoner niet structureel betrokken. Uit de registraties in de dossiers blijkt ook niet dat de bespreking structureel minimaal 2 maal per jaar gehouden worden. De beschermende maatregelen die toegepast worden binnen het verzorgingsstehuis, worden niet allemaal tijdig geëvalueerd.

### 9.2 Evaluatie

#### Sterke punten:

- Dossiers intra- en extramuraal zijn aan elkaar gelijk;
- Er is een duidelijke werkwijze aanwezig voor het multidisciplinair werken;

**Aandachtspunten:**

- Cliëntbesprekingen worden nog niet structureel gehouden;
- Bewoners worden niet structureel bij de besprekingen betrokken;
- Beschermende maatregelen worden niet tijdig geëvalueerd.

Voor veld 7 geldt een totale beoordelingsscore van 83,33 % (2,5/3). Voor het cluster cliëntenperspectief is de score 50 % (0,5/1).

## 10 VELD 8: PROCEDURES EN WERKWIJZEN

### 10.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

In veld 8 "Procedures en werkwijzen" worden procedures, werkvoorschriften, regelingen en protocollen benoemd waarin de belangrijkste onderdelen van de zorg- en dienstverlening worden vastgelegd. Dit betreft in ieder geval overgangsmomenten van opname, overplaatsing, ontslag en overlijden van cliënten. Daarnaast worden ook andere onderdelen van de zorg- en dienstverlening benoemd, zoals het medicijnendistributiesysteem en de vaktechnische protocollen. Het vastleggen van kritische onderdelen van de werkuitvoering in de zorg- en dienstverlening is van belang om hierop kwaliteitsbewakende en – bevorderende activiteiten te kunnen richten. In de vastlegging worden ook de normen beschreven die de organisatie stelt aan het dagelijks handelen van de medewerkers.

De vaktechnische protocollen zijn opgenomen in KRS, dit systeem is voor iedereen toegankelijk. De verantwoordelijken worden op het protocol aangegeven net als de evaluatiedatum

De opnameprocedure is eenduidig vastgelegd in het kwaliteitssysteem, maar is niet opgenomen in het informatiepakket voor de nieuwe bewoner. Op het moment dat deze informatie vooraf verstrekt wordt, is de opnameprocedure ook helder voor de nieuwe bewoner.

Sinds enkele maanden is er een opnamefunctionaris aangesteld, zij is verantwoordelijk voor de informatieverstrekking voorafgaande aan de intake. Bij de intake wordt de zorgleveringsovereenkomst door de directiesecretaresse verstrekt ter ondertekening. Ook is voor de contactverzorgende een rol weggelegd omtrent de informatievoorziening rondom de zorg aan individuele cliënten. Met elke cliënt wordt een zorgbehandelplan vastgesteld en op gezette tijden bijgesteld. De informatieverstrekking bij opname loopt hierdoor over veel schijven, maar vindt wel zorgvuldig plaats.

Voor bewoners van het verzorgingshuis worden beschermende maatregelen toegepast. In de praktijk zijn ook voorbeelden aangetroffen van genomen maatregelen. In deze gevallen waren de evaluaties, de evaluatiedata en de handtekeningen van de artsen niet altijd aanwezig. Wel is er een duidelijk non-fixatiebeleid.

Ontslag- en overplaatsingscriteria liggen niet vast. Mondeling konden de criteria wel toegelicht worden, waarbij het streven is om de bewoner zolang mogelijk in het huis te houden. De handelwijze bij overlijden is duidelijk beschreven.

Medicijnverstrekking vindt sinds de zomer plaats via het Baxter systeem. Omdat met het andere systeem veel fouten gemaakt werden, is men overgestapt. Opvallend is wel, dat het aanwezige protocol, betrekking heeft op de oude werkwijze. Uit de gesprekken blijkt dat dit is, omdat de pilot nog niet afgerond is. De overdracht naar de nieuwe werkwijze en naar nieuwe medewerkers gaat nu allemaal mondeling. Terugkoppeling naar de cliëntenraad over de invoering van het medicijndistributiesysteem heeft niet vooraf plaatsgevonden.

Binnen De Beyart is geen inkoopstelsel aanwezig. Duidelijke criteria waarop de leveranciers geselecteerd worden ontbreken.

De Beyart heeft geen meerjarenonderhoudsplannen, maar wel een meerjarenonderhoudsbegroting. Ook zijn diverse contracten afgesloten voor onderhoud door externen.

Veiligheid is een onderwerp dat zeker op de agenda staat bij De Beyart. Veiligheidsfunctionarissen zijn aangesteld, die zich met name richten op de praktische veiligheid binnen het huis, zoals ladders, persoonlijke beschermingsmiddelen en handleidingen bij de machines. Een concreet arbobeleid ligt er niet. Wel is een RIE opgesteld, alleen de acties uit het plan van aanpak worden niet aantoonbaar bewaakt.

Jaarlijks worden preventierondes gemaakt, maar bepaalde actiepunten staan al 3 jaar op de lijst ter uitvoering.

Bij de receptie is geen actueel calamiteitenplan aanwezig. Het document wat wel aanwezig is, richt zich alleen op de calamiteit brand. Het oefenen van het plan beperkt zich tot de oefeningen tijdens de training. De aanwezigheid van veel BHV'ers is positief. Ook de veiligheid voor bewoners krijgt veel aandacht zoals camerabewaking, een nachtportier en de poorten en hekken om de locatie. De cliëntenraad geeft ook aan dat de bewoners zich veilig voelen in het huis.

De schoonmaakdienst, de wasserij en de keukens laten een goede indruk achter. Met name deze zaken zijn voor bewoners belangrijk en zijn goed geregeld. Het HACCP systeem in de keukens functioneert goed. HACCP controles vinden regelmatig plaats, een en ander is geborgd.

Het afwisselend werken binnen de schoonmaak en de wasserij, zodat licht een zwaar werk afgewisseld wordt, wordt door de medewerkers zeer gewaardeerd.

Wat betreft administratieve procedures en werkwijzen binnen De Beyart is sprake van een sterke sturing op het volgen van de vastgelegde procedures.

Managementinformatie wordt ter beschikking gesteld aan zowel managers als teamleiders. Zo nodig vindt uitleg en nadere onderbouwing plaats.

Er is sprake van duidelijke informatiestromen. Medewerkers, cliënten én vrijwilligers krijgen voldoende informatie. Deze informatie wordt op adequate wijze gepresenteerd en bereikt de doelgroep. Dit laatste geldt zeker ook voor informatie gericht op cliënten.

## 10.2 Evaluatie

### **Sterke punten:**

- Er is veel aandacht voor veiligheid van de bewoners;
- Vaktechnische protocollen zijn vastgelegd;
- De HACCP richtlijnen worden zorgvuldig gehanteerd;
- Er zijn duidelijke informatiestromen beschikbaar, zowel voor cliënten, medewerkers en vrijwilligers.

### **Aandachtspunten:**

- Ontbreken protocol medicijnverstrekking nieuwe werkwijze;
- Protocol opname nog niet aangepast aan de nieuwe werkwijze met de opnamefunctionaris;
- Plan van aanpak RIE: acties worden niet aantoonbaar bewaakt;
- Informatieverstrekking aan nieuwe cliënten wordt door verschillende functionarissen uitgevoerd;
- Ontbreken van overplaatsingscriteria.

De veldscore is 76,67 % (11,5/15). Het cluster cliëntenperspectief heeft een score van 50 % (0,5/1).

## 11 VELD 9: ORGANISATIE EN BEHEER

### 11.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

In veld 9 “Organisatie en beheer” wordt benoemd hoe de organisatie wordt ingericht, zowel ten aanzien van structuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden als ten aanzien van ‘beherende’ activiteiten in de organisatie. Met andere woorden: het moet duidelijk zijn hoe het organigram eruit ziet, maar daarbinnen moeten ook taak/functiebeschrijvingen helder zijn. Verder moet er aandacht zijn voor bijvoorbeeld het bespreken van het functioneren van medewerkers en moet er gericht worden omgegaan met de formatietoedelingen over afdelingen binnen de organisatie.

De Beyart wordt aangestuurd door een eenhoofdige Raad van Bestuur, die de diensthoofden daaronder aanstuurt. Deze laag bestaat uit de zorgmanager, de facilitair manager, hoofd EAD, hoofd Geestelijk Zorg en hoofd Keuken.

De Beyart heeft een organogram opgesteld waarbij de afdelingen niet allemaal even duidelijk in kaart gebracht zijn en de onderlinge verhoudingen ook niet duidelijk naar voren zijn gekomen. Er is geen beschrijving aanwezig, waarin de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende afdelingen, disciplines, leidinggevend en medewerkers wordt weergegeven.

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende functies binnen De Beyart zijn beschreven in de functieomschrijvingen. Nog niet voor alle (nieuwe) functies zijn beschrijvingen aanwezig, zoals de opnamefunctionaris en de veiligheidsfunctionaris. Daarnaast zijn de bestaande beschrijvingen ook niet meer allemaal actueel.

Er worden binnen De Beyart op structurele wijze jaarlijks functioneringsgesprekken gevoerd. Het auditteam heeft dit ook bevestigd gekregen in de gesprekken met de auditees. De Beyart heeft een systeem voor het voeren van beoordelingsgesprekken alleen voor tijdelijke krachten.

In het document “Stijlen van leidinggeven” is de stijl van leidinggeven als onderdeel van integraal management uitvoerig beschreven. In praktijk constateert het auditteam dat er voldoende ruimte is voor een eigen invulling van de stijl van leidinggeven die past bij het betreffende organisatieonderdeel.

De Beyart is langzaam de ZZP's aan het invoeren. De huidige formatie is nog niet op die wijze tot stand gekomen. De formatie lijkt voldoende evenwichtig en afgestemd op de betreffende doelgroepen.

In januari staan er nieuwe verkiezingen gepland voor de cliëntenraad. Het streven is om 3 broeders, 3 zusters, 3 leken en 1 deelnemer van de dagopvang in de raad te krijgen. De huidige cliëntenraad vindt zichzelf op dit moment niet kritisch genoeg en wijt dat voor een deel aan het feit dat men onderling niet altijd tot overeenstemming kan komen. Structureel vindt er overleg plaats met de directie en de vertrouwenspersoon. In het reglement staat dat er een werkplan opgesteld wordt, maar hier is nog nooit mee gewerkt.

## **11.2 Evaluatie**

### **Sterke punten:**

- Functioneringsgesprekken worden consequent gevoerd;
- Visie op stijl van leidinggeven geeft voldoende ruimte;
- Formatie is afgestemd op de doelgroep.

### **Aandachtspunten:**

- De organisatiestructuur is niet helder;
- Beoordelingsgesprekken vinden niet voor de vaste medewerkers plaats.

De overallscore is 71,43 % (5/7). Het cluster cliëntenperspectief heeft een score van 100 % (1/1).

## 12 VELD 10: COMMUNICATIE

### 12.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Communicatie is binnen een organisatie van doorslaggevend belang. Alleen door goed lopende formele en informele communicatie kan een organisatie functioneren. Bij (verpleeghuis)zorg is communicatie bovendien een essentieel onderdeel van de zorg- en dienstverlening. Vandaar dat hieraan in de MIK-V piramide een eigen veld is toegekend. Communicatie kent vele gezichten. Bijvoorbeeld de formele communicatiestructuur via werkoverleggen en dergelijke, maar ook de informatiebulletins, het huisblad en prikboarden. Daarnaast is er ook sprake van informele communicatiekanalen; sommige zaken gaan sneller via de 'tamtam' dan via de notulen. Aandacht voor communicatie is onontbeerlijk. Dat betekent dat ondermeer het realiseren van een goede communicatiestructuur nodig is, maar zeker ook aandacht voor de vaardigheden tot communiceren van de medewerkers. Vaardigheden om bijvoorbeeld goed te functioneren in een vergadering of werkoverleg en vaardigheden om goed te kunnen schrijven in stukjes, brieven, zorgdossiers en dergelijke. Een ander belangrijk punt bij communicatie is het steeds weer nagaan door de leiding van de organisatie of de communicatie werkelijk wel zo verloopt als wordt beoogd. Alleen door dit daadwerkelijk te controleren en te evalueren, kan blijvend zeker worden gesteld dat dit naar wens verloopt. Bij het uitwerken van de communicatiestructuur is het van belang dat de organisatie duidelijk de functionaliteit van deze structuur in het oog houdt.

De communicatiestructuur is nauwelijks beschreven. In het organisatieschema staat een aantal commissies en overleggen opgesomd, maar het is niet inzichtelijk wat de frequentie en het doel van de vergaderingen is. Ook is niet duidelijk wie erbij aanwezig zijn, wat de onderwerpen zijn en of er notulen gemaakt worden. In het opleidingsplan is voor de medewerkers uit de zorg een communicatieopleiding opgenomen. Deze zou uitgevoerd worden in 2009-2011, dit is ruim omschreven. De opleiding is gericht op de communicatie met cliënten. Andere medewerkers die, tijdens hun werkzaamheden ook met cliënten communiceren, worden niet t.a.v. communicatieaspecten opgeleid. Er wordt veel aandacht geschonken aan communicatie door middel van De Beyartberichten en de kabelkrant.

## 12.2 Evaluatie

### **Sterke punten:**

- Er is veel aandacht voor communicatie op verschillende plaatsen;

### **Aandachtspunt:**

- Het doel, de aanwezigheid en inhoud van de overlegstructuur is onduidelijk
- Opleiding communicatie cliënten beperkt tot alleen medewerkers zorg.

De score voor veld 10 bedraagt 75 % (1,5/2).

## 13 VELD 11: DESKUNDIGHEID MEDEWERKERS

### 13.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Medewerkers moeten deskundig zijn op hun werkgebied. Een open deur, maar wel een basis voor het leveren van kwaliteit aan de cliënt. De vraag naar 'de deskundigheid' van de medewerkers zoals die in veld 11 wordt gesteld, heeft te maken met: weten welke deskundigheden medewerkers zouden moeten hebben, afgeleid van de producten en diensten die de organisatie aan cliënten wil leveren, weten welke deskundigheden de medewerkers nu hebben, op basis van het voorgaande komen tot een gericht plan voor opleiding en deskundigheidsbevordering. Hierbij mag natuurlijk niet worden vergeten dat ook bij de instroom van nieuwe medewerkers het selecteren op deskundigheid een duidelijk aandachtspunt is. Bij deskundigheid wordt hier gedacht aan een brede omschrijving van dit begrip. Met andere woorden: het gaat niet alleen om de directe technische vaardigheden van de medewerker, maar ook om omgang en bejegening, vergadertechnieken, functioneren in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en dergelijke.

In het meerjarenopleidingsplan zijn alle medewerkers meegenomen. Een opleidingsjaarplan is niet gemaakt. De vrijwilligers zijn niet meegenomen in het opleidingsplan.

Wel is een overzicht aanwezig van aanwezige vaardigheden en deskundigheden. Jaarlijks wordt scholing aangeboden voor het bekwaam houden van de medewerkers met betrekking tot de voorbehouden handelingen.

In de huidige functiebeschrijvingen zijn vaardigheden en deskundigheden terug te vinden.

Een protocol voor werving en selectie van nieuwe medewerkers ligt vast. Wel zijn in dit protocol functiebenamingen opgenomen van functies die binnen De Beyart niet werkzaam zijn.

De Beyart geeft zelf aan dat geen externen ingezet worden, maar in de zomer wordt gebruik gemaakt van uitzendkrachten. Bewaking van de deskundigheid moet vastgelegd worden.

### 13.2 Evaluatie

#### **Sterke punten:**

- Er is een overzicht m.b.t. bekwaamheid en bevoegdheid per medewerker aanwezig;

**Aandachtspunten:**

- Eisen ten aanzien van deskundigheid van externe medewerkers ontbreekt;
- Het opleidingsjaarplan ontbreekt.

De totale veldscore bedraagt 60 % (3/5).

## 14 VELD 12: MOTIVATIE MEDEWERKERS

### 14.1 Algemene kwaliteitseis en bevindingen

Een gemotiveerde medewerker doet zijn best om het werk goed te doen; van een niet-gemotiveerde medewerker moet men dit maar afwachten. De motivatie van de medewerkers is voor de cliënten duidelijk merkbaar en heeft direct gevolgen voor het 'kwaliteitsgevoel' dat de cliënt heeft bij de organisatie. Alleen al daarom is het nodig om als organisatie aandacht te geven aan de motivatie van de medewerkers.

Motivatie is niet eenduidig te sturen. Motivatie kun je niet regelen of afspreken. Het is ook geen kwestie van 'even wat meer betalen' of 'even een schouderklopje'. Het is echter wel mogelijk om op een bewuste manier om te gaan met de motivatie van medewerkers. Motivatie is te zien als de resultante van heel veel dingen die binnen de organisatie gebeuren. Het is niet mogelijk vaste recepten te geven, maar het is zeker niet onmogelijk er aan te werken. Motivatie heeft in ieder geval te maken met 'aandacht hebben voor' en met 'zorgvuldig omgaan met' medewerkers.

In dit veld wordt ingegaan op de algemene aandacht voor de motivatie van de medewerkers en de concrete activiteiten die in dit kader worden georganiseerd.

Binnen De Beyart zou nog meer aandacht besteed kunnen worden aan het motiveren van medewerkers (en vrijwilligers). Zo wordt er onder andere bij aanname van nieuwe medewerkers niet specifiek gekeken naar sociale- en communicatieve vaardigheden en worden medewerkers ook niet betrokken bij de organisatie en uitwerking van kwaliteitsplannen met betrekking tot hun eigen werk.

Voor de medewerkers worden gedurende het jaar verschillende activiteiten georganiseerd.

### 14.2 Evaluatie

#### **Sterke punten:**

- Activiteiten voor medewerkers worden georganiseerd;

#### **Aandachtspunt:**

- Medewerkers kunnen meer betrokken worden bij ontwikkelingen op het werk.

Voor veld 12 geldt een score van 75 % (1,5/2).

## **15 ALGEMENE CONCLUSIE**

### **15.1 Conclusie en aandachtspunten**

De tweedaagse audit omvat de locatie De Beyart in Maastricht (MIK-V) voor zowel intramuraal, verblijf als extramuraal, individuele zorg. Het auditteam is bij De Beyart gastvrij ontvangen en met openheid benaderd. Gedurende de audit heeft het auditteam veel gesprekken gevoerd met medewerkers, cliënten en vrijwilligers. De gesprekken zijn door het auditteam als buitengewoon prettig ervaren. De catering verdient een woord van dank.

Het meerjarenbeleid van De Beyart moet nog doorgevoerd worden binnen de organisatie. Het afstemmen van de jaarplannen hierop zal nog de nodige aandacht behoeven. Maar men is op de goede weg. De Beyart zal de komende jaren met veel veranderingen te maken krijgen. Men probeert zoveel mogelijk de eigenheid van het huis te bewaren.

De instelling staat open voor diverse geloofsovertuigingen. Er is veel aandacht voor de geloofsbeleving van cliënten bij alle medewerkers, met name bij de geestelijk verzorging en bij de activiteitenbegeleiding die met elkaar samenwerken.

De cliëntenraad hoopt na de verkiezingen weer een frisse start te maken. De ondernemingsraad voelt zich betrokken en wordt goed geïnformeerd door de Raad van Bestuur.

Het kwaliteitssysteem is voor alle medewerkers toegankelijk. Medewerkers werken er mee en voelen zich betrokken. Dat uit zich onder andere ook in de aanwezige lange dienstverbanden.

Er zijn enkele aandachtspunten.

Binnen de gehele organisatie is de PDCA cirkel nog niet rond. Beleid is op veel punten niet expliciet geformuleerd. Registraties leiden nog niet altijd tot (jaar)analyses waarmee verbeteringen doorgevoerd kunnen worden. Er wordt nog veel ad hoc gehandeld. Een vaste overlegstructuur met vaste agendapunten, waar kwaliteitszaken onderdeel vanuit maken, ontbreekt.

Het interne kwaliteitssysteem van De Beyart is gerangschikt volgens het MIK-V systeem, dit is opgenomen in het KRS documentenbeheerssysteem. Dit systeem is een documentbeheerssysteem en wordt binnen De Beyart als het kwaliteitssysteem gezien. Hierdoor staat het beheren van de documenten voorop en niet het analyseren en nemen van verbetermaatregelen.

Ook door het jaarlijks uitvoeren van interne audits kunnen veel verbeterpunten doorgevoerd worden en blijven processen actueel.

## 15.2 Registratieadvies

De Beyart komt uit op een totale gemiddelde score van 72,86 % (51/70). De score voor het cluster cliëntenperspectief is 80 % (8/10), en voor het cluster kwaliteitsontwikkeling 66,67 % (8/12). Er dient over het geheel minimaal 60 procent van alle onderwerpen (inclusief de onderwerpen uit de clusters kwaliteitsontwikkeling en cliëntenperspectief), minimaal 60 procent voor het cluster kwaliteitsontwikkeling, en minimaal 80 procent van het cluster cliëntenperspectief positief door het auditteam te worden beoordeeld om in aanmerking te komen voor het zilveren keurmerk en in het keurmerkregister opgenomen te worden.

De Beyart voldoet in zijn totaliteit aan het wegingskader van het Perspekt zilveren keurmerk in de zorg. Derhalve zal het auditteam de directie van Perspekt adviseren om De Beyart te voorzien van een zilveren keurmerk in de zorg voor intramuraal: verblijf en extramuraal: individuele zorg.

## BIJLAGE A MONDELINGE BRONNEN

Op basis van een tevoren opgesteld gespreksrooster heeft het auditteam gesproken met de volgende personen:

Naam	Functie
Dhr. M. van Lier	Raad van bestuur/directie
Dhr. G. Warnier	Hoofd EAD/PR commissie/KRS commissie/P&O
Dhr. G. Haijen	Zorgmanager/PR commissie/KRS commissie
Mevr. M. Boselie	Geestelijk verzorger
Dhr. B. Colman	Veiligheidsfunctionaris/hoofd facilitaire dienst
Dhr. T. Veenstra	Veiligheidsfunctionaris
Br. F. Turkenburg	Cliëntenraad
Br. T. de Koning	Cliëntenraad
Zr. M. de Charro	Cliëntenraad
Mevr. W. Weerts	Cliëntenraad
Mevr. J. Crijns	KRS commissie
Mevr. W. Wellens	Ondernemingsraad
Mevr. J. Franssen	Ondernemingsraad
Mevr. N. Courtens	Ondernemingsraad
Dhr. J. Hamers	Hoofd voeding
Mevr. M. Knippenberg	Medewerkster zorg
Mevr. T. Schurgers	Medewerkster zorg
Mevr. A. v.d. Veer	Medewerkster zorg
Mevr. A. Oudmans	Medewerkster zorg
Dr. W. Slits	Verpleeghuisarts
Mevr. R. Hoogenboom	MIC commissie/teamleider
Dhr. M. Schiepers	MIC commissie
Br. T. Verkoyen	Vertrouwenspersoon
Mevr. I. Pex	Teamleider
Mevr. K. Castermans	P&O
Mevr. A. van Mierlo	Vrijwilliger
Dhr. J. Simons	Vrijwilliger
Mevr. J. Franssen	Linnenkamer
Mevr. M. Willems	Linnenkamer
Mevr. B. Janssen	Linnenkamer
Mevr. Y. Scholtes	Opnamefunctionaris
Mevr. A. v.d. Boorn	Activiteitenbegeleiding
Mevr. T. Felder	Activiteitenbegeleiding

Tevens zijn er gedurende de vrije rondgangen aanvullende gesprekken gevoerd met medewerkers en cliënten.

## BIJLAGE B SCHRIJFTELIJKE BRONNEN

Het auditteam heeft de documenten bestudeerd die zijn opgenomen in KRS. Deze documenten zijn geordend volgens de MIK-V systematiek. Naast de digitale KRS-documenten is aanvullend nog een aantal andere schriftelijke bronnen bestudeerd. Al deze documenten (de papieren audit) hebben betrekking op de interne kwaliteitszorg van De Beyart.

<b>KRS</b>	<b>Inhoud: Woonzorgcentrum De Beyart</b>	<b>Audit vraag</b>
<b>Veld 1</b>	<b>Algemeen beleid</b>	
01.02	Jaarwerkplan directie	1.2
01.04	Begroting 2009	1.4
01.05	Jaardocument 2008	1.5
01.07	RIE	1.7
01.07	Arbobeleidsplan/plan van aanpak	1.7
<b>Veld 2</b>	<b>Kwaliteitsontwikkeling</b>	
02.01	Kwaliteitbeleidsplan	2.1
02.02	Index KRS systeem	2.2
02.05	Klachtenregeling cliënten	2.5
02.06	Reglement vertrouwenspersoon voor medewerkers en stagiaires	2.7
02.07	CQ index 2008	2.7
02.07	Plan van aanpak CQ Index	2.7
02.09	Vragenlijst tevredenheids monitor medewerkers	2.8
02.10	Protocol MIC-MIP Commissie	2.10
<b>Veld 3</b>	<b>Mens en zorgvisie</b>	
03.01	Visie op zorg	3.1
03.02	Visie op geestelijke zorg	3.2
03.03	Wilsverklaring	3.3
03.04	Concept Reglement Ethische Commissie	3.4
03.04	Concept boekje "Beleid rondom laatste levensfase" door E.C.	3.4
<b>Veld 4</b>	<b>Public Relations</b>	
04.01	PR Beleidsplan	4.1
04.02	Beyartbrochure	4.2
04.02	Protocol Kennismaking nieuwe bewoners	4.2
<b>Veld 5</b>	<b>Afstemming zorgmarkt</b>	
05.02	AWBZ zorg + WMO zorg	5.2
<b>Veld 6</b>	<b>Product- en dienstenbeschrijvingen</b>	
06.01	Zorglevering overeenkomsten	6.5
06.03	Samenwerkingsovereenkomst Vivre/De Beyart	6.3
06.03	Bereikbaarheid verpleeghuisarts Vivre	6.3
06.04	Samenwerkingsovereenkomst UVV	6.4
06.05	Protocol Waken	6.5
06.05	Huisartsenovereenkomst	6.5

06.06	Opleveringsformulieren	6.6
06.05	Huisregels Woonzorgcentrum De Beyart	6.6
06.07	Structuur Activiteitencommissie	6.7
06.07	Gedragsregels medewerkers	6.7
06.07	Reglement huisdieren	6.7
06.07	Convenant Nederland FIC	6.7
06.07	Wet Bescherming Persoonsgegevens	6.7
<b>Veld 7</b>	<b>Multidisciplinair werken</b>	
07.01	Zorgdossier	7.1
07.01	Protocol MDO Somatiek en PG	7.1
07.01	Protocol Contactverzorgende in De Beyart	7.1
<b>Veld 8</b>	<b>Procedures en Werkwijzen</b>	
08.01	Overzicht vaktechnische protocollen	8.1
08.02	Protocol opname in De Beyart	8.2
08.02	Intakeformulier	8.2
08.03	Beleidsnota BOPZ (Vivre)	8.3
08.05	Handelwijze verzorging bij overlijden	8.5
08.05	Protocol uitvaarten	8.5
08.06	Contract Centrum Apotheek Schoepp	8.6
08.06	Protocol Farmaceutische zorg	8.6
08.07	Protocol inkoop- en voorraadbeheer	8.7
08.09	Onderhoudscontract Medireva	8.9
08.13	Protocol Wasserij	8.13
<b>Veld 9</b>	<b>Organisatie en Beheer</b>	
09.01	Organisatie en communicatiestructuur	9.1
09.03	Gesprekspunten functioneringsgesprek	9.3
09.04	Personeelsbeoordeling jaarcontract	9.4
09.05	Protocol Stijl van leiding geven	9.5
09.07	Instellingsbesluit/reglement/overeen-komst Cliëntenraad	9.7
<b>Veld 11</b>	<b>Deskundigheid medewerkers</b>	
11.03	Scholing- en bijscholingsplannen 2009-2011	11.3
11.03	Cursus religieuze achtergronden	11.3
11.04	Protocol Werving en selectie	11.4

Documenten ter inzage tijdens de audit

<b>Veld</b>	<b>Documentnaam</b>
1.1	Nota Strategie en beleid
1.2	Jaarplannen 2009 van de diensthoofden eventueel afdelingen indien aanwezig jaarplannen 2010 of in concept
1.3	Begroting 2009
1.3	Begroting 2010 of in concept
1.6	Klapper nieuwe medewerkers/stagiaires
1.6	Beschreven personeelbeleid: zijn er regelingen, opleidingsbeleid
1.7	Evaluatie/voortgangsbewaking RIE februari 2008
1.7	Notulen waarin aantoonbaar dat PvA RIE is besproken binnen OR en de diverse afdelingen
1.8	Contract Hellemans Consultancy ivm energiebeheersplan

1.8	Het tot op heden ontwikkelde milieu beleid indien aanwezig
2.1	Notulen waarin het kwaliteitsbeleid wordt besproken van de OR, Cliëntenraad en diverse werkoverleggen afdelingen
2.2	Notulen en planning van kwaliteitscommissie
2.5	Aantal schriftelijke klachten (idem email verzoek mw. van Veggel)
2.5	Registratie van ingediende klachten 2008 en 2009
2.5	Notulen diverse teams waarin de ingediende klachten met de opvolging worden besproken
2.6	Geanonimiseerd verslag vertrouwenspersoon 2008
2.7	Notulen cliëntenraad met daarin het bespreken CQ index 2008
2.7	Plan van aanpak naar aanleiding CQ index
	Voortgangsrapportage plan van aanpak zoals gevraagd door cliëntenraad in brief van 16 april 2009 van voorzitter cliëntenraad
2.7	Notulen bespreken CQ index binnen diverse teams
2.8	Uitslag medewerkerstevredenheidsonderzoek 2009
2.8	Plan van aanpak medewerkerstevredenheidsonderzoek 2009
2.8	Notulen van teamoverleg waarin tevredenheidsonderzoek wordt besproken
2.10	Een aantal ingevulde MIC formulieren
2.10	Notulen MIC commissie 2008 en 2009
2.10	Registratie MIC meldingen 2008 en 2009
2.10	Document met geformuleerde adviezen van MIC comm. aan de directie Document met daarin adviezen voor preventief beleid van MIC comm.
2.10	Notulen teambesprekingen waarin MIC meldingen en acties worden besproken
2.11	Indien uitgevoerd verslagen interne audits + AOIC controle
2.12	Notulen KRS commissie laatste twee overleggen
3.1	Notulen cliëntenraad waarin visie op zorg is besproken en notulen waarin de goedkeuring op de gewijzigde visie wordt besproken
3.2	Notulen cliëntenraad waarin visie op geestelijke zorg is besproken en notulen waarin de goedkeuring op de gewijzigde visie wordt besproken
3.3	Indien aanwezig afspraken rondom bejegening
3.4	Notulen waarin ethiek wordt besproken, notulen van vertegenwoordigersoverleg, teamoverleg, cliëntenraad
4.1	Notulen PR commissie laatste twee vergaderingen
4.2	Informatiepakket nieuwe bewoners
5.2	Concept ZZP-productenboek
6.1	Produktenboek
6.1	Collectieve contracten met religieuze overheden
6.3	Bereikbaarheid directie en leidinggevenden buiten kantooruren
6.5	Indien aanwezig afspraken rondom de minimale basiskwaliteit

6.6	Notulen cliëntenraad waarin woon –en verblijfsomgeving wordt besproken
6.7	Indien aanwezig privacyreglement of afspraken om privacy te waarborgen
7.1	Van elke afdeling 2 zorgdossiers en in totaal 8 extramuraal Een aantal dossiers van cliënten waarbij BOPZ maatregel wordt toegepast
7.1	Planning MDO's 2009 zowel intra als extramuraal
7.2	Indien aanwezig document waarin wordt beschreven wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van het zorgproces
8.1	Actuele vaktechnische protocollen
8.2	Maandoverzichten van ingezette middelen en maatregelen 2009
8.3	Aantal ingevulde formulieren "registratie M&M
8.4	Indien aanwezig afspraken rondom overplaatsing, criteria, taakverdeling
8.8	Onderhoudsbegroting 2006-2015
8.9	Een aantal onderhoudscontracten van bijvoorbeeld technische installatie, liften, wasmachines
8.10	Legionella beheersplan Temperatuurslijsten Legionella Kweekuitslagen mbt Legionella 2008 en 2009
8.10	Ontruimingsplan, Protocol inleiding tot veilige werkomstandigheden, Resultaten preventieronde
8.10	Overzichten brandoefeningen
8.11	Protocollen hygiëne en schoonmaakprogramma
8.12	HACCP richtlijnen
8.14	20 documenten betreffende de administratie
9.2	Functiebeschrijvingen
9.3	Planning functioneringsgesprekken
9.6	Formatieplannen van diensten en afdelingen
11.2	Indien aanwezig overzicht met de gevolgde cursussen door de medewerkers, overzicht voorbehouden handelingen
12.3	Visie op verzuim en verzuimbeleid (3 documenten)
	Plan van aanpak n.a.v. inspectiebezoek 2008
	Jaarverslag MIC-Commissie
	Uitslag tevredenheidsonderzoek medewerkers 2007+plan van aanpak
	Totaal overzicht ZZP per klasse t/m september
	Overplaatsingsprocedure

Tijdens audit op 9 en 10 november extra opgevraagde documenten:

	Informatiepakket voor opname geïndiceerde in verzorgingshuis
	Informatiepakket voor wonen in klooster

	Beyartberichten november
	Boekje "Wat te doen bij een klacht?"
8.8	Specificatie Meerjaren Onderhoudsplan De Beyart 2006-2015
8.12	Formulier klachten (1) kwaliteit Voeding
	Brief +Jaarverslag vertrouwenspersoon medewerkers
	Exploitatieoverzicht per 30 september 2009
9.3	Gesprekspunten functioneringsgesprek (3x)
	Verslag verleg groot onderhoud DB/andere financiële zaken
	Verslag verleg groot onderhoud DB/andere financiële zaken
9.8	Uit begroting 2010: overzicht personeel totaal 2010 basis 156

## BIJLAGE C ONDERWERPENOVERZICHT

Dit onderwerpenoverzicht bevat de onderwerpen uit het **Model Intern Kwaliteits-systeem Verpleeghuizen (MIK-V)**. Deze onderwerpen worden bij een audit, uitgevoerd door Stichting Perspekt, als toetsingskader gebruikt. Alle MIK-V audits die vanaf 2004 door Perspekt uitgevoerd worden vinden plaats op basis van dit toetsingskader.

Het overzicht bevat in totaal 70 onderwerpen. Dit onderwerpenoverzicht is een instrument dat zowel voor interne doeleinden te gebruiken is – namelijk het invullen van een zelfdiagnose – maar ook door derden kan worden toegepast in verband met een externe beoordeling. De onderwerpen en het wegingskader zijn hetzelfde als in het softwareprogramma **KwaliteitsRegistratieSysteem (KRS)**.

Binnen het onderwerpenoverzicht zijn twee clusters onderscheiden die binnen het wegingskader van een audit door Perspekt separaat en zwaarder gewogen worden. Het betreft de clusters *cliëntenperspectief* en *kwaliteitsontwikkeling*. In het overzicht staat aangegeven welke onderwerpen onder deze clusters vallen. Het cluster cliëntenperspectief kent 10 onderwerpen, het cluster kwaliteitsontwikkeling bevat 12 onderwerpen (veld 2). Voor een zilveren keurmerk in de zorg dient een organisatie een score te behalen van minimaal 60 procent voor alle onderwerpen (70 in totaal), en minimaal 80 procent voor het cluster cliëntenperspectief. Voor het cluster kwaliteitsontwikkeling geldt een minimale beoordelingsscore van 60 procent. Indien een organisatie een score behaalt van minimaal 60 procent voor alle normen, minimaal 80 procent voor het cluster cliëntenperspectief alsmede minimaal 80 procent voor het cluster kwaliteitsontwikkeling, komt de organisatie in aanmerking voor het gouden keurmerk in de zorg.

*Er zijn een tweetal kwaliteitsaspecten waarop specifiek beoordeeld wordt. Dit zijn:*

1. zijn de afspraken vastgelegd (plan/vastlegging), ofwel is een onderwerp aantoonbaar geregeld;
2. gebeurt de uitvoering (praktijk) conform de vastlegging, ofwel zijn de afspraken effectief operationeel.

*Voor de schriftelijke vastlegging geldt dat:*

1. de richtlijnen, procedures, protocollen en dergelijke schriftelijk zijn vastgelegd en formeel zijn vastgesteld;
2. de verantwoordelijkheden ten aanzien van die documenten helder moet zijn;
3. de documenten periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld moeten worden (de actualiteitswaarde);
4. eventuele relaties met andere documenten helder moet zijn (samenhang).

De kwaliteitsaspecten evaluatie, verantwoordelijkheden en belangrijkste relaties worden niet per onderwerp apart gescoord, maar vormen een integraal onderdeel van het kwaliteitsaspect 'plan/vastlegging'.

*Voor de praktijksituatie geldt dat:*

1. betrokkenen de documenten kennen en onderschrijven;
2. betrokkenen conform de vastgelegde afspraken handelen.

Ook hierbij geldt dat de kwaliteitsaspecten evaluatie, verantwoordelijkheden en belangrijkste relaties een integraal onderdeel van het kwaliteitsaspect 'uitvoering conform plan' vormen.

Indien aan de voorwaarden 'plan/vastlegging' en 'praktijk' wordt voldaan levert dit de kwalificatie 'goed' (één punt) op. Bij het gedeeltelijk voldoen, bijvoorbeeld wanneer een protocol wél is vastgelegd en vastgesteld maar niet door iedereen wordt onderschreven en toegepast, moet met 'matig' worden beoordeeld. Dit levert

een halve punt op. In alle andere gevallen moet met 'onvoldoende' worden geantwoord. Bij een 'onvoldoende' worden geen punten toegekend. De interne beoordeling dient in principe bij het kopje 'huis' ingevuld te worden, het team staat voor het externe auditteam. Onder documenten moeten die documenten ingevuld worden (titel en nummering) die een directe relatie met betreffend onderwerp hebben en de zelfbeoordeling onderbouwen. Er is ook ruimte voor een eventuele korte toelichting. Indien een onderwerp niet van toepassing is, moet 'n.v.t.' worden ingevuld. De onderwerpen die niet van toepassing zijn worden niet meegenomen in de beoordeling. Wel moet worden toegelicht waarom een onderwerp niet van toepassing is. Aan het eind van het onderwerpenoverzicht is ruimte om de datum van het invullen, en degene die het onderwerpenoverzicht heeft ingevuld, te vermelden.

## BEOORDELINGSONDERWERPEN VERPLEEGHUIZEN

### Veld 1 Algemeen beleid

In de basislaag van de MIK-V piramide worden velden benoemd waarin onderwerpen zijn opgenomen die betrekking hebben op de algemene uitgangspunten van de organisatie. Kernachtig weergegeven in de opmerking: 'Wat we willen'. In veld 1 'Algemeen beleid' worden onderwerpen benoemd die als fundament dienen voor veel andere onderwerpen in de organisatie. Met deze onderwerpen wordt een basis gelegd voor de opbouw van het interne kwaliteitssysteem en de planning van de activiteiten in de organisatie. Dit betreft onder meer het meerjarenbeleid en de jaarplanning, maar ook de onderwerpen arbo en milieu.

### Onderwerpen

#### 1.1 Meerjarenbeleidsplan

Er dient een meerjarenbeleidsplan te zijn vastgesteld waarin in ieder geval wordt aangegeven:

- welke basale uitgangspunten de organisatie kiest;
- welke functie de organisatie wil vervullen in de samenleving;
- welke positie de organisatie binnen de keten van zorgaanbieders in de regio wil bekleden (samenwerking, afstemming, specialisatie en dergelijke);
- op welke wijze de organisatie invulling geeft aan het idee van "goede zorg", die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend, waarbij duidelijk wordt afgestemd op de reële behoeften van de cliënt en waarbij tevens duidelijk wordt gemaakt op welke wijze hierbij concreet de mening van de cliënten is betrokken;
- op welke wijze overleg en afstemming plaatsvindt met de zorgverzekeraar(s) en patiënten/consumentenorganisaties.

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Nota Strategie en beleid

Verantwoordelijke: Directie

Toelichting: Nota Strategie en beleid (6-09) is besproken binnen RVT/RVB, maar nog niet gereed voor intern overleg met cliëntenraad & OR, deze zijn wel mondeling op de hoogte v/d toekomstontwikkelingen op hoofdlijn.

Toelichting:

De Nota Strategie en beleid is aangetroffen in conceptvorm, dit is nog niet in de organisatie besproken. Het concept is van april/mei en in november nog niet definitief.

## 1.2 Jaarplannen beleid

**Het meerjarenbeleid dient te zijn vertaald in jaarlijkse actieplannen.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Jaarwerkplan  
directie bijlage 1.

Verantwoordelijke:  
Directie

Toelichting: wordt jaarlijks in  
de RVT vastgesteld. Ook  
diensthoofden maken en  
werken met een jaarwerkplan.

Toelichting:

De aanwezige jaarplannen zijn niet  
gebaseerd op een meerjarenbeleidsplan,  
dit concept plan is dit jaar voor het eerst  
opgesteld. De jaarplannen hebben  
verschillende lay- out en opzet.  
Structurele voortgangsbewaking van de  
jaarplannen is niet aangetoond.  
De organisatie beschikt niet over een  
kaderbrief.

## 1.3 Meerjarenbegroting

**Er dient een financiële raming voor de komende jaren te zijn vastgesteld, gebaseerd op het vastgestelde beleid.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Is nog niet  
gereed voor overleg met de  
diverse gremia

Verantwoordelijke:  
Directie / Hoofd EAD

Toelichting:  
Er is een concept  
exploitatiebegroting welke  
verband heeft met de beleid  
en strategienota en de studie  
door de architect.

Toelichting:

Er is geen meerjarenbegroting  
aangetroffen. De exploitatiebegroting die  
aan het auditteam beschikbaar gesteld is,  
is voor 2010.

## 1.4 Jaarbegrotingen

**Het meerjarenbeleid, het daaruit afgeleide jaarbeleid en de meerjarenbegroting dienen te worden vertaald in jaarbegrotingen.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Begroting 2009 bijlage 2	Toelichting: De begrotingen 2009 en 2010 zijn ingezien, maar dit zijn geen afgeleiden van een meerjarenbegroting en meerjarenbeleidsplannen.
Verantwoordelijke: Directie / Hoofd EAD	
Toelichting: Begroting wordt besproken en vastgesteld in het RVB/RVT overleg	

## 1.5 Jaarverslagen

**De organisatie dient zorg te dragen voor jaarlijkse verslaglegging van het gevoerde beleid en de behaalde resultaten op de diverse gebieden.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Jaardocument 2008 bijlage 3	Toelichting: Het jaardocument is aanwezig en voldoet aan de gestelde wettelijke eisen. Echter de genomen maatregelen staan er niet in. De onderwerpen worden algemeen beschreven, zoals bij de RIE en het inspectierapport
Verantwoordelijke: Directie / Hoofd EAD	
Toelichting: wordt opgesteld en gepubliceerd conform de wettelijke/landelijke richtlijnen	

## 1.6 Sociaal beleid

**De organisatie dient zorg te dragen voor de uitwerking en uitvoering van een sociaal beleid voor de medewerkers. Hieronder wordt ook het personeelsbeleid verstaan. Elementen van dit sociaal beleid zijn onder andere:**

- **planning personeel;**
- **werving en selectie;**
- **regelingen ten aanzien van stagiaires en andere tijdelijke medewerkers;**
- **beheer en uitvoering van de arbeidsvoorwaarden;**
- **bieden van mogelijkheden voor het persoonlijk ontwikkelen van medewerkers;**
- **personeelsbeleid realiseren, waaronder leeftijdsbewust personeelsbeleid;**
- **werklastbeheersing;**
- **ziekteverzuimactiviteiten.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie jaardocument 2008 (bijlage 3)
Verantwoordelijke: Hoofd EAD
Toelichting: Klapper voor nieuwe medewerkers & stagiaires ligt ter inzage tijdens de audit (hier zit alle info voor nieuwe medewerkers in)

Toelichting: Een integraal sociaal beleid ontbreekt, maar deelelementen zijn aanwezig. Zoals het levensfasebeleid, verzuimbeleid, scholing, leeftijdsbewust personeelsbeleid.
--

## 1.7 Arbo

**De organisatie dient zorg te dragen voor het realiseren en uitvoeren van Arbobeleid conform de daarop van toepassing zijnde regelingen. Het uitvoeren van een Risico Inventarisatie en Evaluatie Arbeidsomstandigheden vormen hiervan een onderdeel.**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: RIE zie bijlage 4 Arbobeleidsplan/plan van aanpak zie bijlage 5
Verantwoordelijke: Hoofd EAD / veiligheidsfunctionarissen
Toelichting: Is ook een belangrijk en terugkerend gespreksonderwerp in de OR

Toelichting: De evaluatie en de bewaking van het plan van aanpak van de RIE is niet aantoonbaar. De RIE is opgesteld in februari 2008 en de evaluatie is in juni 2008 geweest en daarna niet meer. Door de opzet van het plan van aanpak is niet inzichtelijk welke acties afgehandeld zijn. Daarnaast kan de RIE niet als het arbobeleid beschouwd worden. Positief zijn de handleidingen bij de machines en leeftijdsbewust personeelsbeleid.
--

## 1.8 Milieu

**De organisatie dient zorg te dragen voor het realiseren en uitvoeren van milieubeleid conform de daarop van toepassing zijnde regelingen. Het energiebeheer maakt hiervan een onderdeel uit.**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Beleid is in ontwikkeling	Toelichting: Een milieubeleid ontbreekt, maar in de praktijk zijn daarentegen veel maatregelen ingevoerd. Voorbeelden zijn gescheiden afval, spaarlampen en energiebeheersing.
Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD	
Toelichting: Contract met Hellemans Consultancy om een energiebeheersplan te maken.	

## Veld 2 Kwaliteitsontwikkeling

De onderwerpen in veld 2 “Kwaliteitsontwikkeling” nemen een specifieke plaats in binnen het hele kwaliteitssysteem. Met deze onderwerpen wordt namelijk het werken aan kwaliteit, kwaliteitsbeheersing en kwaliteitsontwikkeling zichtbaar gemaakt. Dit zowel in de zin van beleid als de hieruit voortkomende acties.

Een aantal onderwerpen in veld 2 heeft een duidelijk evaluerend karakter. Deze dienen voor het management als algemene terugkoppelingsmechanismen, waarmee het functioneren van delen van de organisatie maar ook het werkelijke kwaliteitsniveau dat wordt bereikt in de zorg- en dienstverlening, kan worden gevolgd.

### Onderwerpen

#### 2.1 Kwaliteitsbeleid

**Er dient kwaliteitsbeleid te zijn vastgesteld met een vertaling in kwaliteitsactiviteiten. In het beleid dient duidelijk te worden gemaakt op welke wijze bij de totstandkoming hiervan is afgestemd met de diverse belanghebbenden, waaronder in ieder geval de cliënten. In het kwaliteitsbeleid dienen in ieder geval de volgende doelstellingen te worden uitgewerkt:**

- **het bereiken van tevredenheid bij cliënten;**
- **het bereiken van tevredenheid bij medewerkers en vrijwilligers;**
- **het bereiken van tevredenheid (dat wil zeggen: “tenminste voldoen aan hun minimale eisen”) bij financiers, betrokken organisaties in de zorgketen, betrokken overheden en andere betrokken onderdelen van de maatschappij);**
- **het scheppen van een gemeenschappelijk kwaliteitsbewustzijn onder alle medewerkers en vrijwilligers;**
- **het voortdurend aandacht hebben voor verbetermogelijkheden in de diverse processen binnen de organisatie, zowel ten aanzien van de directe zorg- en dienstverlening als ten aanzien van de ondersteunende/faciliterende processen;**
- **het bereiken van afstemming met normen en ethische codes in de sector;**
- **het bereiken van een goede afstemming met de eisen van de omgeving en de samenleving (onder meer samenwerking, ethiek, milieu, veiligheid, zekerheid).**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Kwaliteitsbeleidsplan, zie bijlage 6
Verantwoordelijke: Directie
Toelichting: Kwaliteit is een continue aandachtspunt in het overleg met de cliëntenraad en de OR 2008 cliënttevredenheid-onderzoek 2009 medewerkertevredenheidonderzoek

Toelichting: Het kwaliteitsbeleid is aangetroffen, maar niet alle normelementen zijn opgenomen (zie laatste 3 elementen van de normparagraaf).
---

## 2.2 Beschrijving intern kwaliteitssysteem

**Er dient een beschrijving te zijn van de opzet en het bedoelde functioneren van het interne kwaliteitssysteem. Hierbij kan onder meer gebruik worden gemaakt van de structuur van het MIK-V.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Overzicht v/d index van het KRS-systeem qua onderwerpen bijlage 7
Verantwoordelijke: KRS commissie
Toelichting: Commissie komt maandelijks bij elkaar en geeft inhoud en richting aan het kwaliteitsproces

Toelichting: De index van het kwaliteitssysteem is vastgelegd, maar kan niet gezien worden als een beschrijving van het kwaliteitssysteem. Het documentenbeheerssysteem wordt nu gebruikt als kwaliteitssysteem. Hierdoor krijgt vooral het onderhoud van de protocollen alle aandacht en niet zo zeer het functioneren van het kwaliteitssysteem. Uit gesprekken is gebleken dat het laatste deel van de PDCA cyclus niet rond is. Waardoor inhoudelijke evaluaties en maatregelen tot verbeteringen niet consequent doorgevoerd worden.
---

## 2.3 Jaarplanning kwaliteit

**De organisatie dient een planning te maken ten aanzien van de te ondernemen kwaliteitsactiviteiten. Deze planning kan geïntegreerd worden in de algemene activiteitenplanning van de organisatie.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie bijlage 6
Verantwoordelijke: KRS commissie
Toelichting:

Toelichting: Planning is aanwezig. Voortgangsbewaking en verantwoordelijkheidstoedeling heeft aandacht.
---

## 2.4 Kwaliteitsjaarverslag

**De organisatie dient kwaliteitsjaarverslagen te maken. Hierin wordt in ieder geval verslag gedaan van:**

- **de uitgevoerde kwaliteitsactiviteiten en de relatie hiervan met het jaarplan;**
- **de behaalde resultaten;**
- **het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie bijlage 3 (Jaardocument 2008)
Verantwoordelijke: Directie + HEAD
Toelichting:

Toelichting: Het kwaliteitsjaarverslag is opgenomen in het jaardocument. Het functioneren van het interne kwaliteitssysteem wordt niet behandeld.
---

## 2.5 Klachtenbehandeling cliënten

**Voor de cliënten van de organisatie dient een goed functionerend systeem van klachtenbehandeling te bestaan. In ieder geval moet de instelling een klachtencommissie ingesteld en een klachtenreglement opgesteld hebben.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Klachtenregeling bijlage 8	Toelichting: De formele klachtenstructuur ligt duidelijk vast. De gehele organisatie is gericht op het laagdrempelig afhandelen van klachten. Echter de informele klachten worden op de werkvloer niet geregistreerd, waardoor verbetermogelijkheden onbenut blijven en het risico bestaat dat herhaaldelijke klachten niet opgelost worden. Het aanwezig zijn van de vertrouwenspersoon voor de bewoners, bij de bijeenkomst voor nieuwe bewoners, zou waardevol zijn. Voor klachten over voeding bestaat een formulier, dit is niet opgenomen in het reglement voor de bewoners.
Verantwoordelijke: Directie	
Toelichting: Met een aantal andere Religieuze zorginstellingen is een gezamenlijke regeling ontworpen en een klachtencommissie ingesteld	

## 2.6 Klachtenbehandeling medewerkers

**Voor de medewerkers en de vrijwilligers dient een goed functionerend systeem van klachtenbehandeling te bestaan.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Regeling vertrouwenspersoon bijlage 9	Toelichting: Een reglement is opgenomen in het systeem. Voor nieuwe medewerkers staan in de introductiemap de gegevens van de vertrouwenspersoon vermeld. Voor de bestaande medewerkers staat dit niet in KRS en ook niet in de telefoongids.
Verantwoordelijke: Directie	
Toelichting: Geanonimiseerd verslag vertrouwenspersoon over 2008 is beschikbaar	

## 2.7 Waarderingsonderzoek cliënten

**Onder de cliënten van de organisatie dienen geregeld waarderingsonderzoeken te worden verricht.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: CQ-Index 2008, zie bijlage 10. Plan van aanpak CQ-index zie bijlage 11.	Toelichting: Het onderzoek is gecommuniceerd. Het plan van aanpak is een minimale afspiegeling van het onderzoek maar bevat geen termijnen en geen bewaking van de gestelde acties. In het advies van de cliëntenraad van 16 april 2009 werd een terugkoppeling gevraagd na een half jaar. Uit de gesprekken is gebleken dat dit nog niet gerealiseerd is.
Verantwoordelijke: Zorgmanager	
Toelichting: Uiteraard is dit met de cliëntenraad besproken	

## 2.8 Waarderingsonderzoek medewerkers

**Onder de medewerkers en vrijwilligers dienen geregeld waarderingsonderzoeken te worden verricht.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Vragenlijst zie bijlage 12. De uitslag van de medewerkerraadpleging is ter inzage tijdens de audit	Toelichting: Het rapport van het onderzoek is in augustus 2009 ontvangen. Tijdens de audit was het plan van aanpak niet gereed.
Verantwoordelijke: Directie/Diensthooften	
Toelichting: Plan van aanpak is dan ter inzage gereed, als alles goed is.	

## 2.9 Beoordelingen door cliëntenorganisaties

**De organisatie dient het mogelijk te maken voor cliëntenorganisaties om een beoordeling uit te voeren van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem van de organisatie. Dit is alleen van toepassing voor goed georganiseerde vormen van beoordelingen door cliëntenorganisaties, waarbij een systeem wordt gebruikt dat door de betreffende koepelorganisaties is vastgesteld en gelegitimeerd. Het management van de organisatie moet aangeven wat met de resultaten van deze beoordeling is/wordt gedaan.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: n.v.t.	Toelichting: Het auditteam heeft geen documenten aangetroffen die deze norm uitwerken.
Verantwoordelijke:	
Toelichting:	

## 2.10 Melding Incidenten Patiëntenzorg

**Er dient een systeem te zijn voor het registreren en behandelen van meldingen van incidenten in de zorg- en dienstverlening.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Protocol MIC-MIP Commissie zie bijlage 13. Zie ook jaardokument (pag 23 t/m 25) van bijlage 3	Toelichting: Het systeem rondom de MIC meldingen werkt in de praktijk effectief. Tijdens gesprekken zijn voldoende voorbeelden geuit waaruit bleek dat maatregelen genomen zijn naar aanleiding van MIC meldingen.
Verantwoordelijke: Zorgmanager, Teamleider	
Toelichting: Div. formulieren. Onderwerp van gesprek in zorgteams en cliëntenraad	

## 2.11 Interne beoordelingen

**De organisatie dient zorg te dragen voor een systeem van interne beoordelingen van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem. Er dienen geschikte en getrainde medewerkers of derden te worden aangewezen die namens de directie beoordelingen van (delen van) de organisatie uitvoeren.**

**Zij hebben een zo groot mogelijke mate van onafhankelijkheid ten opzichte van de te beoordelen delen van de organisatie. De bevindingen van de beoordelaars dienen schriftelijk aan de directie en betrokkenen te worden gerapporteerd.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:	Toelichting: Er is geen systeem aangetroffen waarin interne controles uitgevoerd worden, waarbij het kwaliteitssysteem getoetst wordt.
Verantwoordelijke: Directie	
Toelichting: interne controle rapportage 2008, controle door accountant (jaarlijks).	

## 2.12 Documentenbeheer

**De organisatie dient zorg te dragen voor een systeem waarmee de status (actueel, concept, definitief en dergelijke) en herkomst (opsteller) van notities, beleidsplannen, protocollen en dergelijke stukken helder is. Dit systeem moet onder meer voorzien in het gericht distribueren en beheren (actueel houden) van protocollen- en procedureklappers die op verschillende plaatsen in de organisatie worden gebruikt. Verder moet worden voorzien in archivering en beheer van door de organisatie zelf opgestelde stukken en van extern ontvangen stukken.**

*Onderwerp kwaliteitsontwikkeling*

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:	Toelichting: Het beheer van documenten ligt vast in het systeem. Wel zijn er nog verbeterpunten: - eenduidigheid documenten (jaarplannen) - actualiteit document is niet altijd helder (2007 op een jaarplan van 2009-2010) - meerdere verantwoordelijken voor 1 document - protocollen zijn ook op papier op verschillende afdelingen aanwezig (beheer actualiteit)
Verantwoordelijke: KRS commissie, diensthoofden	
Toelichting: - KRS commissie stuurt - is geautomatiseerd * * Uitgezonderd specifieke rapportages/controles op data	

## Veld 3 Mens- en zorgvisie

De onderwerpen in veld 3 “Mens- en zorgvisie” zijn sterk bepalend voor de zorginhoudelijke benadering die door de organisatie wordt voorgestaan. Vanuit deze onderwerpen wordt de organisatie gevraagd helder te maken hoe zij wil handelen ten aanzien van onder meer de bejegening van de cliënten, ethische vraagstukken zoals het handelen rond levensbeëindiging, de omgang tussen de medewerkers onderling en de positie van de cliënt in de besluitvorming over zorg- en dienstverlening. De visies die de organisatie vastlegt ten aanzien van de onderwerpen in dit veld zijn van grote invloed op de concretisering van veel andere onderwerpen van het MIK-V.

Ten aanzien van alle onderwerpen in veld 3 is het van belang dat de organisatie kan aangeven op welke wijze zij de meningen van de cliënten heeft betrokken bij de ontwikkelingen van de verschillende visies.

### Onderwerpen

#### 3.1 Mens- en zorgvisie

**Er dient een mens- en zorgvisie te zijn vastgelegd voor de organisatie. Hierin wordt in ieder geval verwoord:**

- dat de vraagstelling van de cliënt centraal staat, waarbij deze wordt ingebed in het totale cliëntensysteem en waarbij een zorgvuldige professionele afstemming tussen vraag en aanbod plaatsvindt;
- hoe de oriëntatie op de individuele cliënt plaatsvindt bij het opstellen van de individuele zorgplannen per cliënt en de vormgeving van de zorg- en dienstverlening;
- op welke wijze de organisatie wil bereiken dat er aangesloten wordt bij de resterende capaciteiten van de mens en op welke wijze gepoogd wordt deze te versterken. Een centraal aandachtspunt hierbij is het vergroten van het “eigen regelvermogen” van de cliënt en het actief ondersteunen van de cliënt hierbij.

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Visie op zorg, zie bijlage 14

Verantwoordelijke:  
Directie en zorgmanager

Toelichting: Visie is besproken en gewijzigd na overleg met de cliëntenraad

Toelichting:  
Visie is herkenbaar en komt terug in gesprekken met medewerkers door de hele organisatie.

#### 3.2 Levensbeschouwelijke grondslag

**Er dient te zijn vastgelegd op welke wijze wordt omgegaan met levensbeschouwelijke grondslagen binnen de zorg- en dienstverlening.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Visie op geestelijke zorg zie bijlage 15
Verantwoordelijke: Dienst Geestelijke zorg
Toelichting: Visie is besproken en gewijzigd na overleg met de cliëntenraad.

Toelichting: Er is een uitgebreide visie vastgelegd en deze wordt door de hele organisatie uitgedragen.
--

### 3.3 Integriteit en autonomie cliënt

**Er dient een visie te zijn vastgelegd hoe in de organisatie concreet vorm wordt gegeven aan de integriteit en autonomie van de cliënt. Hierbij wordt aangegeven op welke wijze de mening van de cliënt hierbij wordt betrokken. Dit vertaalt zich onder meer in de volgende onderwerpen:**

- aandacht voor de intermenselijke verhoudingen binnen de organisatie, waaronder in ieder geval wordt verstaan de bejegening van de cliënt;
- aandacht voor en regeling van de betrokkenheid van de cliënt bij de besluitvorming over de zorg- en dienstverlening aan de cliënt, neergelegd in werkwijzen die zijn afgestemd op de mogelijkheden van de cliënt en/of het cliëntstelsel;
- aandacht voor wilsverklaringen van de cliënt.

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Wilsverklaring zie bijlage 16. Zie ook Beyart-brochure bijlage 20. Zorgdossier zie bijlage 36
Verantwoordelijke: Directie en zorgmanager
Toelichting: naast dit punt is de wijzigende cliëntensamenstelling regelmatig onderwerp van gesprek in de cliëntenraad en de ethische commissie.

Toelichting: Binnen de Beyart wordt vormgegeven aan de integriteit en autonomie van de bewoners door middel van ruimte voor wilsverklaringen, betrokkenheid bij besluitvorming over zorg- en dienstverlening. Opvallend is dat bewoners niet betrokken worden bij bewonersbesprekingen. De wilsverklaring is sterk gericht op religieuzen en niet op leken.
--

### 3.4 Ethische aangelegenheden

**De organisatie dient te beschikken over een duidelijke visie op het omgaan met ethische aangelegenheden in de zorg- en dienstverlening. Keuzen die worden gemaakt, dienen concreet te worden in voorschriften en werkwijzen voor de zorg- en dienstverlening.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Reglement ethische commissie bijlage 17 Beleid rondom de laatste levensfase bijlage 18
Verantwoordelijke: Directie en zorgmanager
Toelichting: Ethiek krijgt in vele vormen aandacht: bejegening, wilsverklaring, vertegenwoordigeroverleg, en andere overleggen.

Toelichting: De Beyart heeft een heldere visie op ethische aangelegenheden. Hierin is zowel aandacht voor de bewoners als de medewerkers.
--

## Veld 4 Public Relations

Het veld "Public Relations" heeft betrekking op de wijzen waarop door de organisatie zowel intern, naar de eigen medewerkers en cliënten/relaties, als naar externe personen, mogelijke/toekomstige cliënten en andere organisaties, informatie wordt overgebracht. Het onderhouden van Public Relations is daarbij onder meer gericht op het geven van feitelijke informatie, maar ook op het creëren van een bepaald imago en het verkrijgen van feedback hierop.

### Onderwerpen

#### 4.1 Public Relations

**De organisatie dient te beschikken over een vastgesteld public relations beleid, met daarin verwerkt de uitgangspunten en doelgroepen (intern en extern) ten aanzien van het onderhouden van public relations. Het beleid moet worden vertaald in een inzichtelijk geheel van activiteiten, bij voorkeur ligt hier een PR-jaarplan aan ten grondslag. Als doelgroepen voor de PR-activiteiten worden in ieder geval benoemd de potentiële cliënten, de cliëntenorganisaties, verwijzers, andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraar(s).**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: PR beleidsplan zie bijlage 19
Verantwoordelijke: Directie en PR werkgroep
Toelichting: Werkgroep komt maandelijks bij elkaar en vormt beleid en stuurt de PR activiteiten / voert ze uit

Toelichting: Een PR beleidsplan is aanwezig, dit is sterk gericht op de verschillende doelgroepen, zowel leken als religieuzen.
--

## 4.2 Informatieverstrekking cliënten

**De organisatie dient in ieder geval PR-activiteiten te realiseren gericht op cliënten/familie/relaties. Deze PR-activiteiten betreffen in ieder geval het verstrekken van informatie over:**

- de producten en diensten die de organisatie biedt;
- algemene feiten over de zorg- en dienstverlening;
- de algemene waarden en normen die de organisatie hanteert zoals die ook zijn verwoord in de mens- en zorgvisie;
- algemene feiten over het woon-, leef-, en zorgklimaat dat wordt geboden binnen de organisatie en de van toepassing zijnde huisregels;
- de opnameprocedure;
- de financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening;
- de regeling voor het beheer van cliëntengelden;
- de klachtenregeling;
- de inspraakmogelijkheden die worden geboden;
- de bezoekfaciliteiten;
- de regelingen betreffende belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten;
- de besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging.

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: de Beyart-brochure zie bijlage 20. Kennismakingsbijeenkomst voor nieuwe bewoners, bijlage 21

Verantwoordelijke:  
Directie en diensthoofden

Toelichting: Zie ook onze Website → [www.debeyart.nl](http://www.debeyart.nl)

Toelichting:

De opnameprocedure maakt geen onderdeel uit van het informatiepakket van de nieuwe bewoner.

Verder is de informatievoorziening volledig. De informatie wordt pas verstrekt kort voor of bij opname.

## Veld 5 Afstemming zorgmarkt

De organisatie beoogt (zorg)-producten en -diensten te leveren aan mensen die hier behoefte aan hebben. De onderwerpen in veld 5 "Afstemming zorgmarkt" hebben betrekking op de wijze waarop de organisatie bereikt dat haar aanbod aansluit bij de behoeften. Dit is te zien als het realiseren van 'zorg op maat', maar dan op doelgroepenniveau. Het bereiken van deze afstemming kent drie elementen. Ten eerste de eigen marktorientatie, ten tweede de samenstelling van het totale pakket aan producten en diensten dat de organisatie biedt en ten derde de voortdurende innovatie van het eigen aanbod om de mogelijkheden voor het bieden van zorg op maat optimaal houden. Hierbij is het van groot belang dat er door de organisatie wordt zorggedragen voor gerichte afstemming met andere aanbieders op dezelfde markt van zorgvraag en zorgaanbod. Andere partijen in deze zijn de cliëntenorganisaties en de zorgverzekeraars.

## Onderwerpen

### 5.1 Marktoriëntatie

De organisatie dient er zorg voor te dragen dat haar aanbod van producten en diensten goed is afgestemd op de markt van vraag en aanbod in haar werkgebied. Hiertoe oriënteert de organisatie zich op de markt. Hier dienen in ieder geval de volgende elementen bij betrokken te worden:

- welke vragen naar (zorg)-producten en diensten bestaan er en welke onderscheiding naar doelgroepen kan hierin worden onderkend;
- welk aanbod van deze producten en diensten bestaat er in de regio en welke positie neemt de eigen organisaties hierin in (samenwerking, ketenkwaliteit, continuïteit in het zorgcircuit, regionale indicatiestelling en zorgtoewijzing, etc.);
- tot welke conclusies leidt een en ander voor de eigen organisatie.

De organisatie moet duidelijk kunnen maken op welke wijze bij het uitvoeren van deze marktoriëntatie de doelgroepen/cliëntengroeperingen worden betrokken.

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: geen
Verantwoordelijke: Directie
Toelichting: Samenwerking richt zich op gelijkgezinde collega-organisaties, verder zijn er veel contacten met de religieuze overheden. Ondersteunende faciliteiten worden geleverd aan diverse andere organisaties in de buurt (Vivre, GrkrD, azM, Philadelphia, Mosae-groep, e.d)

Toelichting: Uit gesprekken is onvoldoende gebleken dat De Beyart aandacht besteedt aan marktoriëntatie.
---

### 5.2 Totaaloverzicht producten en diensten

De organisatie dient op overzichtelijke wijze te hebben vastgelegd welke producten en diensten zij biedt voor welke cliëntengroepen en wat deze producten en diensten in grote lijnen inhouden. Hierbij dient de organisatie aansluiting te zoeken bij de door de (voormalige) NVVz onderkende functietyperingen: reactivering/revalidatie, langdurige/chronische zorg, bijzondere zorg en observatie/diagnostiek. Deze zijn onder te verdelen naar intramuraal, semimuraal, en extramuraal/poliklinisch verleende zorg- en dienstverlening.

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: vastgelegd in de beschrijving (AWBZ en WMO-functies, zie bijlage 22), het ZZP-productenboek (concept) en in de diverse zorglevering-overeenkomsten,

Verantwoordelijke:  
Directie

Toelichting: Zie ook de website: [www.debeyart.nl](http://www.debeyart.nl)

Toelichting:

Een beschrijving van de producten en diensten is aanwezig, echter dit is gebaseerd op de oude AWBZ beschrijvingen. Dit document is in juni 2009 geëvalueerd. In het concept productenboek intramuraal zijn wel de juiste beschrijvingen aanwezig.

### 5.3 Innovatie van het aanbod

**De organisatie dient zorg te dragen voor innovatie en beheerste ontwikkeling van het aanbod producten en diensten. In dit verband wordt in ieder geval:**

- **vastgelegd wie welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben ten aanzien van de innovatie en ontwikkeling van het aanbod;**
- **structureel ruimte geboden aan de medewerkers om een bijdrage te leveren aan deze innovatie van het aanbod en dit ook te stimuleren.**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:

Verantwoordelijke:  
Zorgmanager en directie

Toelichting: is een taak van m.n. directie en de diensthoofden, is niet expliciet nader omschreven.

Toelichting:

Het auditteam heeft geen structurele vorm van innovatieve ontwikkelingen binnen De Beyart aangetroffen.

## Veld 6 Product- en dienstbeschrijvingen

Door de organisatie is door middel van de onderwerpen in veld 5 bepaald welke producten en diensten zij wil leveren. Dit is echter in algemene termen gesteld. In veld 6 "Product- en dienstbeschrijvingen" wordt ieder van deze producten of diensten nader uitgewerkt. Dat wil zeggen dat een concrete beschrijving wordt gemaakt van wat het product of de dienst inhoudt en welke inspanningen hiervoor zullen worden gepleegd. Bijvoorbeeld de uitwerking van het product "revalidatie somatiek": wat moet de cliënt ontvangen, wie worden daarbij ingeschakeld, welke middelen en materialen zijn daarvoor in te zetten en in welke omvang etc. Deze beschrijving dient als vertrekpunt voor het toespitsen van het zorgaanbod op de individuele cliënt, zoals dat in het zorgplan gebeurt.

### Onderwerpen

#### 6.1 Product- en dienstbeschrijvingen

**De organisatie dient de beschikking te hebben over concrete beschrijvingen van de producten en diensten die zij kan leveren aan cliënten. Hierin dient in ieder geval te zijn opgenomen:**

- een algemene beschrijving van het product of de dienst;
- de doelgroep(en) waarvoor dit product of deze dienst is bestemd;
- de inhoud van het product of de dienst in algemene termen;
- de grenzen aan de mogelijkheden bij dit product;
- de gronden waarop eventuele differentiatie wordt gebaseerd;
- de van toepassing zijnde voorwaarden voor de levering van dit product of de dienst;
- de middelen die benodigd zijn voor de levering van dit product of deze dienst, naar kwantiteit en kwaliteit (zowel voorzieningen als menskracht);
- de wijze waarop de evaluatie van het product of de dienst vorm krijgt, zowel ten aanzien van het product/de dienst in algemene zin als ten aanzien van de levering hiervan aan de individuele cliënt;
- de kostprijs van het product of de dienst danwel de wijze waarop deze kostprijs wordt bepaald voor de individuele cliënt.

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: het Productenboek ligt ter inzage.  
 Verantwoordelijke:  
 Directie en zorgmanager  
 Toelichting: Komt ook tot uiting in de diverse zorgleveringovereenkomsten en collectieve contracten met de religieuze overheden.

Toelichting:  
 Het productenboek geeft een volledige weergave van deze normparagraaf.

## 6.2 Noodzakelijke beschikbaarheid van vakgebieden

Om verpleeghuisproducten en –diensten te kunnen leveren, dient de organisatie te beschikken over kennis, ervaring en deskundigheid op de volgende vakgebieden:

- verpleegkundige en verzorgende beroepen;
- medische en paramedische beroepen;
- sociaal psychologische beroepen;
- beroepen die vorm geven aan levensbeschouwing;
- beroepen die vorm geven aan de hoteldiensten en verblijfsfunctie;
- management;
- financiële deskundigheid.

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Samenwerkingsovereenkomst Vivre, zie bijlage 23.

Verantwoordelijke:  
Directie en zorgmanager

Toelichting: De omvang van De Beyart is te gering om deze kwalificaties zelf in dienst te hebben, daarom worden ze ingehuurd via de Vivre- groep

Toelichting:

De benodigde deskundigheid is altijd voorhanden, desnoods van buitenaf.

## 6.3 Regeling aanwezigheid/oproepbaarheid disciplines

De organisatie dient schriftelijk te hebben vastgelegd van welke professies permanente aanwezigheid danwel oproepbaarheid/bereikbaarheid vereist is. Minimale eis is 24-uurs beschikbaarheid van de verpleegkundige discipline en 24-uurs beschikbaarheid van de (para)medische disciplines.

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Werkafspraken bereikbaarheid Vivre zie bijlage 24. Zie ook bijlage 23.	Toelichting: Diverse overeenkomsten met derden liggen vast, waardoor dit geregeld is.
Verantwoordelijke: Zorgmanager	
Toelichting: Verpleegkundige, medische bereikbaarheid, psychologe via contract (bijlage 23). Resterende functies in eigen beheer en dienst. Daarnaast is er nog de "eigen" bereikbaarheidsdienst.	

#### 6.4 Regeling inzet vrijwilligers

**Er dient een inzichtelijk en op schrift gesteld beleid te zijn ten aanzien van de inzet van vrijwilligers in de organisatie.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Samenwerkingsovereenkomst met de Unie voor Vrijwilligers, zie bijlage 25	Toelichting: Een beleid ontbreekt ten aanzien van het inzetten van vrijwilligers, wel is een contract aanwezig met de UVV. Bij verschillende activiteiten worden vrijwilligers ingezet.
Verantwoordelijke: Zorgmanager	
Toelichting: contract is aan herziening toe, er zijn hiernaast nog enige "eigen" vrijwilligers (niet via de UVV).	

#### 6.5 Basiskwaliteit zorg- en dienstverlening

**De organisatie dient te hebben vastgelegd welk minimale kwaliteitsniveau in de zorg- en dienstverlening zij garandeert te leveren aan de cliënten. Dit wordt ook wel de 'basiszorg' genoemd. De organisatie kan duidelijk maken op welke wijze hierover is afgestemd met de cliëntenraad.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: Zorglevering-overeenkomsten bijlage 26, en de Beyart-brochure (zie B20). Protocol waken, zie bijlage 27. Huisartsenovereenkomst bijlage 28</p>	<p>Toelichting: Het document omtrent de te leveren basiszorg is niet aangetroffen. De door de organisatie aangedragen documenten bieden geen dekking voor dit onderdeel.</p>
<p>Verantwoordelijke: Directie, zorgmanager</p>	
<p>Toelichting: Bespreking van de zorg en dienstverlening gaat o.a. via communicatie met de cliëntenraad en diensthoofden.</p>	

## 6.6 Vormgeving woon/verblijfsomgeving

**Er dient te zijn vastgelegd op welke wijze vorm wordt gegeven aan de woon/verblijfsomgeving in de organisatie (huisvesting en voorzieningen). Hierover dient te worden afgestemd met de cliënten.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: Via Beyart-brochure (zie bijlage 20) en via diverse oplevering-formulieren bijlage 29. Verder via huisregels, zie bijlage 30.</p>	<p>Toelichting: De woon- en verblijfsomgeving is afgestemd op de huidige doelgroep. Uit gesprekken is gebleken dat de behoefte aan een duidelijke bewegwijzering groot is, dit in verband de oriëntatie van bewoners. Deze wens komt niet overeen met de genomen beleidsbeslissing.</p>
<p>Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD</p>	
<p>Toelichting: De "voorzieningen" zijn regelmatig onderwerp van gesprek in de cliëntenraad.</p>	

## 6.7 Invulling zorgklimaat

**Er dient te zijn vastgelegd op welke wijze invulling wordt gegeven aan het zorgklimaat in de organisatie. Dit betreft in ieder geval de omgang tussen hulpverleners en cliënten (bejegening), de bedoelingen ten aanzien van omgang tussen cliënten onderling, het activiteitsaanbod, privacy en zingeving van het dagelijks leven. Hierover dient te worden afgestemd met de cliënten.**

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: Structuur                  Activiteiten Commissie zie                  bijlage 31.                  Gedragsregels medewerkers,                  zie bijlage 32.                  Reglement Huisdieren, zie                  bijlage 33.                  Convenant, zie bijlage 34.                  Wet Bescherming Persoons-                  gegevens, zie bijlage 35.                  Ethische commissie (zie                  bijlage 17)</p>	<p>Toelichting:                  Op diverse manieren wordt voldoende                  aandacht geschonken aan de invulling                  van het zorgklimaat. Het auditteam wil                  enkel opmerken dat er een                  tegenstrijdigheid is in het reglement                  huisdieren en de huisregels hierover.                  Als bijzonder positief punt wil het                  auditteam de invulling van de Société                  vermelden.</p>
<p>Verantwoordelijke:                  Diensthoofden /directie</p>	
<p>Toelichting: Het gesloten                  convenant is enerzijds basis                  voor het invulling van de                  specifieke sfeer, anderzijds                  moet het richtinggevend                  werken naar de toekomst.</p>	

## Veld 7 Multidisciplinair werken

Een belangrijk element van verpleeghuiszorg is het multidisciplinaire en geïntegreerde karakter hiervan. Bij 'multidisciplinair' wordt in eerste instantie vaak alleen gedacht aan de disciplines die de directe zorgverlening bieden. Dit is echter een te smalle benadering; in feite is er sprake van een veel breder multidisciplinair verband in deze organisaties. De cliënt ervaart namelijk de uitkomst van het totale samenspel tussen alle disciplines. Als het goed is, heeft de organisatie dit zodanig ingericht dat er 'aansluitend' werk wordt geleverd door alle disciplines.

In veld 7 "Multidisciplinair werken" worden onderwerpen benoemd die te maken hebben met het geheel van het multidisciplinair werken in een organisatie. Hierbij is in eerste instantie vooral de focus op de directe zorgverlening zichtbaar. Dit veld heeft echter betrekking op de gehele breedte van de organisatie en derhalve op alle disciplines die (meer of minder direct zichtbaar) een bijdrage leveren aan het eindresultaat dat de cliënt ervaart.

## Onderwerpen

### 7.1 Systeem zorgplannen

De basis voor de zorg- en dienstverlening aan de cliënt is de uitwerking van een zorgplan. De organisatie dient een multidisciplinair zorgplansysteem te kennen. Een zorgplan omvat tenminste:

- een brede cliëntgeoriënteerde hulpvraaganalyse;
- een probleemstelling, uitgaande van de vraagstelling van de individuele cliënt;
- het behandel-, zorg-, en verblijfsdoel;
- helder omschreven doelstellingen van de zorg en de behandeling;
- de wijze waarop men de doelstellingen van de zorg en behandeling;
- de wijze waarop men de doelstellingen wil bereiken;
- welke disciplines hierbij op welke wijze worden betrokken;
- de wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en de behandeling eventueel bijstelt;
- de wijze waarop de cliënt direct wordt betrokken bij het opstellen van het individuele zorgplan, waarbij in principe geen zorg- of dienstverlening wordt geboden zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de verantwoordelijkheidstoedeling;
- de afspraken die worden gemaakt.

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Zorgdossier, zie bijlage 36.

Protocol MDO Som/PG zie bijlage 37.

Protocol contactverzorgende, zie bijlage 38.

Verantwoordelijke:  
Zorgmanager

Toelichting: Volgens vaste data vinden de MDO's plaats. Daarbij is de client direct of indirect betrokken.

Toelichting:

De cyclus van evalueren van zorgplannen wordt niet structureel gevolgd.

De zorgdoelen zijn sterk gericht op somatische problemen. Welzijn krijgt hierin nagenoeg geen aandacht (zorgvisie).

De bewoners zijn niet aanwezig bij de bewonersbespreking. De familie wordt wel betrokken bij het MDO.

Het protocol over het zorgdossier is in maart 2009 geactualiseerd, maar desondanks worden nog oude terminologieën gehanteerd zoals sofinummer, WVG enz.

Positief is dat de intra- en extramurale dossiers gelijk zijn evenals de werkwijze omtrent het dossier.

## 7.2 Regie en coördinatie aanbod

**De organisatie dient de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening tenminste te waarborgen door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en de praktische coördinatie van de uitvoering anderzijds, van ieder individueel zorg- en dienstverleningsproces. Hierbij dient in ieder geval:**

- **de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg(regie) eenduidig te worden neergelegd bij een verpleeghuisarts;**
- **de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en organisatie van het zorg- of dienstverleningsproces eenduidig te worden neergelegd bij één functionaris.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Zie de gesloten samenwerkingsovereenkomst met Vivre, bijlage 23.

Verantwoordelijke:  
Zorgmanager en Vivre

Toelichting: Zie ook 6.2  
De verzorgingshuisbewoners hebben hun eigen huisarts, de verpleeghuisbewoners maken gebruik van de verpleeghuisartsen.

Toelichting:

## 7.3 Werkwijzen en multidisciplinaire samenwerking

**De organisatie dient te hebben vastgelegd met welke werkwijzen en procedures vorm en inhoud wordt gegeven aan de multidisciplinaire samenwerking, zodanig dat er sprake is van een functioneel samenwerkend geheel. Dit betreft zowel de verzorgings- en behandel disciplines als de faciliterende/ondersteunende disciplines. Afspraken dienen te zijn vastgelegd over in ieder geval:**

- **betrokkenheid bij de zorg- en dienstverlening van de diverse disciplines;**
- **communicatie tussen disciplines;**
- **besluitvorming en verantwoordelijkheden;**
- **de rol van de cliënt binnen dit geheel.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Zie ook MDO, bijlage 37.	Toelichting: In het protocol zorgdossiers zijn deze elementen afgedekt. Zie opmerking 7.1 over het niet aanwezig zijn van de bewoners bij de besprekingen.
Verantwoordelijke: Zorgmanager, Diensthoofden, teamleiders.	
Toelichting: Zie ook de organisatie/Communicatiestructuur, bijlage 49.	

## Veld 8 Procedures en werkwijzen

In veld 8 "Procedures en werkwijzen" worden procedures, werkvoorschriften, regelingen en protocollen benoemd waarin de belangrijkste onderdelen van de zorg- en dienstverlening worden vastgelegd. Dit betreft in ieder geval overgangsmomenten van opname, overplaatsing, ontslag en overlijden van cliënten. Daarnaast worden ook andere onderdelen van de zorg- en dienstverlening benoemd, zoals het medicijnendistributiesysteem en de vaktechnische protocollen. Het vastleggen van kritische onderdelen van de werkuitvoering in de zorg- en dienstverlening is van belang om hierop kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten te kunnen richten. In de vastleggingen worden ook de normen beschreven die de organisatie stelt aan het dagelijks handelen van de medewerkers.

### Onderwerpen

#### 8.1 Vaktechnische protocollen

**De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen, onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel verzorging en behandeling als de faciliterende activiteiten. In deze protocollen worden (professionele) standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Een overzicht van alle actuele protocollen, zie bijlage 39.	Toelichting: Protocollen zijn opgenomen in het KRS systeem en voor iedereen toegankelijk.
Verantwoordelijke: Zorgmanager en Teamleiders	
Toelichting:	

## 8.2 Opnameprocedure

Er dient een opnameprocedure te zijn vastgelegd. Minimaal is hierin uitgewerkt:

- de informatieverstrekking aan cliënt/familie/relaties;
- de criteria die worden gehanteerd voor opname;
- de toedeling van taken en verantwoordelijkheden bij de opnameprocedure;
- de maximale verblijfsduur tot het moment dat een zorg- en behandelplan is opgesteld (maximaal 6 tot 9 weken);
- de gegevens die worden geregistreerd;
- de wijze waarop de toestemming van de cliënt c.q vertegenwoordiger dient te worden verkregen;
- de aanwijzing van een contactpersoon door de cliënt;
- de termijn waarbinnen de organisatie na de opname aan de cliënt/familie/relaties mededeelt, wie de eerste aanspreekbare medewerker is in de organisatie voor de zorgverlening.

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie protocol opname: bijlage 40, en het intakeformulier, bijlage 41.

Verantwoordelijke: Zorgmanager, teamleiders, opnamefunctionaris.

Toelichting: Veel informatie verloopt via mondelinge contacten met cliënten of hun vertegenwoordigers.

Toelichting:

In het voortraject wordt alleen mondelinge informatie verstrekt. De officiële informatie wordt pas verstrekt bij het verkrijgen van de sleutel. Door het vooraf verstrekken van de informatie kan een nieuwe bewoner een bewustere keuze maken voor De Beyart.

## 8.3 Procedure middelen maatregelen

Er dient een procedure te zijn vastgelegd ten aanzien van het toepassen van middelen en maatregelen cliënten. Hierin dient tenminste te staan vermeld:

- de wijze waarop tot besluitvorming wordt gekomen en hoe hierbij de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt betrokken;
- de wijze van registratie van de toepassing van middelen en maatregelen;
- de wijze waarop de toepassing en de frequentie van de toepassing van middelen en maatregelen wordt geëvalueerd.

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: Beleidsnota BOPZ Vivre, zie bijlage 42.</p> <p>Verantwoordelijke: Zorgmanager, teamleiders</p> <p>Toelichting: De Beyart voert een non-fixatiebeleid. Omwille van het overzicht kunnen ter plekke alle overige protocollen worden ingezien.</p>	<p>Toelichting: Voor het verzorgingshuis gelden de beschermende maatregelen, deze zijn opgenomen in de BOPZ notitie van Vivre. Bij de uitvoering hiervan wordt de procedure middelen en maatregelen gehanteerd. Het auditteam heeft geconstateerd dat de evaluatie van beschermende maatregelen niet structureel plaatsvindt. Daarnaast ontbreekt in de dossiers regelmatig de handtekening van de arts en/of de wettelijke vertegenwoordiger.</p>
--	--

#### 8.4 Procedure ontslag en overplaatsing

**De organisatie dient te beschikken over een procedure betreffende overplaatsing, ontslag en verlof van cliënten. In deze procedures dient in ieder geval te zijn geregeld:**

- **op welke wijze en met/door wie tot besluitvorming over overplaatsing, ontslag en verlof wordt gekomen en op welke wijze de cliënt of diens vertegenwoordiger hierbij wordt betrokken;**
- **welke criteria worden gehanteerd bij deze besluitvorming;**
- **wie de werkzaamheden uitvoert, welke dit zijn en hoe hierbij de verantwoordelijkheden zijn toegedeeld;**
- **op welke wijze de organisatie verantwoordelijkheid neemt voor nazorg na ontslag.**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

<p>Documenten: geen</p> <p>Verantwoordelijke: Zorgmanager, teamleiders.</p> <p>Toelichting: Weinig over vast te leggen, in principe blijven de cliënten hier tot het niet meer kan of een andere oplossing nodig is in het belang van de cliënt.</p>	<p>Toelichting: Een procedure is niet aangetroffen, wel kunnen mondeling de criteria toegelicht worden. Het beleid is om zo lang mogelijk zorg te blijven leveren, zodat een bewoner hier de rest van zijn leven kan blijven.</p>
--	---

### 8.5 Procedure handelwijze overlijden

De organisatie dient een procedure te hebben vastgelegd ten aanzien van de handelwijze bij overlijden van een cliënt. Hierin wordt tenminste vastgelegd:

- op welke wijze informatieverstrekking plaatsvindt aan relevante derden;
- welke handelingen achtereenvolgens door welke disciplines uitgevoerd dienen te worden;
- op welke wijze rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de cliënt en diens nabestaanden;
- hoe het verloop en de beleving van het overlijdensproces wordt geëvalueerd op de afdeling;
- op welke wijze wordt voorzien in necrologiebesprekingen;
- op welke wijze de organisatie verantwoordelijkheid neemt ten aanzien van nazorg aan nabestaanden van de cliënt.

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Zie Protocol handelwijze overlijden, bijlage 43 en het protocol uitvaarten, bijlage 44.

Verantwoordelijke:  
Geestelijke zorg, zorgmanager

Toelichting:  
Zie ook bijlage 16 (wilsverklaring). Evaluatie in teamverband, nazorg nabestaanden wel voor de hier wonende religieuzen, voor de overigen t/m begrafenis.

Toelichting:

Zeer compleet document en herkenbaar in de praktijk.

### 8.6 Medicijnen voorschrijven en verstrekken

De organisatie dient te hebben vastgelegd op welke wijze het voorschrijven en verstrekken van medicijnen aan cliënten plaatsvindt. Hierin dient in ieder geval te zijn uitgewerkt:

- wie welke verantwoordelijkheden heeft in dit verband;
- hoe het voorschrijven, bestellen, distribueren en uitleveren van medicijnen is geregeld;
- welke bewakings- en controlesystemen zijn ingebouwd in deze processen;
- hoe het formularium tot stand komt, actueel wordt gehouden, wordt besproken en wordt geëvalueerd.

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Contract Centrum Apotheek, zie bijlage 45. Protocol Farmaceutische zorg, zie bijlage 46.	Toelichting: Het protocol stemt niet overeen met de praktijk, doordat voor een nieuw systeem gekozen is. De nieuwe werkwijzen kan op deze manier niet eenduidig naar de (nieuwe) medewerkers gecommuniceerd worden.
Verantwoordelijke: Directie , zorgmanager	
Toelichting: Aan een herziening van het distributiesysteem wordt middels een proef gewerkt.	

## 8.7 Inkoop en voorraadbeheer

**De organisatie dient te hebben voorzien in goed functionerende systemen van inkoop en voorraadbeheer van de middelen en materialen die in de organisatie worden gebruikt. Bij het afleveren van deze middelen en materialen vindt ingangscntrole plaats. Bij het aanschaffen van middelen en materialen wordt met diverse aspecten rekening gehouden, waaronder in ieder geval de praktische bruikbaarheid, de prijs/kwaliteitverhouding, efficiënt beheer en gebruik, veiligheid, Arbo en milieu.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie protocol inkoop en voorraadbeheer, bijlage 47.	Toelichting: Het selecteren van leveranciers gebeurt niet volgens vaste criteria (leveringsvoorwaarden, prijs/kwaliteit). De ingangscntrole vindt vaak door dezelfde persoon plaats als de besteller.
Verantwoordelijke: Hoofd EAD, Hoofd FD/TD, hoofd keuken, veiligheidsmedewerkers	
Toelichting:	

## 8.8 Onderhoud huisvesting en installaties

**De organisatie dient te beschikken over plannen en procedures voor het onderhoud en beheer van de huisvesting en de daarbij horende installaties. Bij dit onderwerp wordt bedoeld op de 'vaste' zaken binnen de organisatie. De organisatie draagt zorg voor een goede afstemming tussen de technische eisen en de gebruikseisen vanuit de zorg- en dienstverlening.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:	Toelichting: Een begroting is aanwezig, maar is geen planning als zodanig.
Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD	
Toelichting: Onderhouds- begroting 2006-2015 is ter inzage beschikbaar. Wat we niet zelf mogen/kunnen doen wordt uitbesteed (vb. liften)	

## 8.9 Onderhoud middelen en materialen

**De organisatie dient te beschikken over een plan en procedures voor het onderhoud en beheer van de 'roerende' middelen en materialen. Dit betreft zaken als de inventaris, bedden, rolstoelen en apparatuur van diverse aard.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie het Onderhoudscontract Medireva Bijlage 48	Toelichting: De onderliggende contracten zijn ingezien.
Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD, zorgmanager	
Toelichting: jaarlijkse controle door een extern bedrijf.	

## 8.10 Veiligheid

**De organisatie dient aandacht te besteden aan de veiligheid in en om de instelling. Hieronder wordt verstaan het uitvoeren van richtlijnen ten aanzien van de preventie van vallen, brand, inbraak en dergelijke. De instelling beschikt onder meer over een actueel calamiteitenplan, dat regelmatig wordt geoefend. Verder gaat het om het nemen maatregelen die het gevoel van veiligheid van cliënten en medewerkers bevorderen, zoals bijvoorbeeld toegangscontrole, buitenverlichting en parkeerbeleid.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: Gezien de hoeveelheid niet bijgevoegd, zijn ter inzage.</p> <p>Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD, Hoofd keuken, veiligheidsmedewerkers</p> <p>Toelichting: over dit onderwerp bestaan 34 protocollen uiteenlopend van ontruimingsplan, brandinstructies, taken bewaker, legionella beheersplan, sleutelbeheer, gebruik trapladders.</p>	<p>Toelichting: De algemene maatregelen voor veiligheid zijn voldoende doorgevoerd (cameratoezicht, toegang complex). Het calamiteitenplan bij de receptie is niet de actuele versie en richt zich alleen op het onderdeel brand. Het oefenen van het calamiteitenplan beperkt zich tot de BHV training. Andere medewerkers worden hier niet bij betrokken. Jaarlijks wordt een preventieronde gemaakt door de veiligheidsfunctionaris. De laatste is geweest in oktober 2008. Een groot aantal punten van de ronde van 2006 staan ook op de lijst van 2008 en zijn bij de ronde tijdens de audit ook aangetroffen.</p>
---	---

### 8.11 Schoonmaak

**De organisatie dient te hebben voorzien in schoonmaak. Hierbij is sprake van een duidelijke afstemming tussen de verschillende disciplines.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

<p>Documenten: De Beyart beschikt over diverse protocollen m.b.t. schoonmaak en hygiëne.</p> <p>Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD, teamleider</p> <p>Toelichting:</p>	<p>Toelichting: De medewerkers worden getraind en betrokken bij aanschaf van middelen. Ook de rolatie van werkzaamheden wordt gewaardeerd. De veiligheidsbladen zijn aanwezig.</p>
--	--

### 8.12 Maaltijdvoorziening

**De organisatie dient te hebben voorzien in procedures en werkwijzen ten aanzien van de maaltijdvoorziening. Hierbij dient in ieder geval te worden voldaan aan de eisen die in het kader van de HACCP worden gesteld.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Alle HACCP richtlijnen zijn ter inzage beschikbaar.
Verantwoordelijke: Hoofd keuken.
Toelichting:

Toelichting: Systeem HACCP functioneert goed. Externe deskundigheid wordt ingehuurd.
--

### 8.13 Wasverzorging

**De organisatie heeft voorzien in procedures en werkwijzen ten aanzien van de verzorging van 'de was'. Hieronder wordt zowel het linnengoed van de organisatie als de kleding van de cliënten verstaan.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Protocol wasserij, zie bijlage 49.
Verantwoordelijke: Hoofd FD/TD, teamleider
Toelichting: De was wordt gedaan in onze eigen wasserij. Deze kan tijdens de audit worden bezocht, om het proces te aanschouwen.

Toelichting: Protocollen liggen vast. Roulatie van werk wordt goed toegepast.
---

### 8.14 Administratie

**De organisatie heeft voorzien in procedures en werkwijzen ten aanzien van de diverse administraties die worden gevoerd. Dit betreft onder andere de cliëntenadministratie, de financiële administratie en de personeelsadministratie.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: 20 documenten, ter inzage
Verantwoordelijke: Hoofd EAD

Toelichting: Een groot deel van de protocollen ligt vast buiten KRS. Dit is voor alle medewerkers toegankelijk.
--

Toelichting: Er zijn een aantal regelingen op het gebied van de diverse administraties, deze zijn gescheiden qua organisatie. Het voert te ver om alle protocollen mee te sturen. Info ter plekke geven.

--

### 8.15 Informatiestromen

**De organisatie draagt er zorg voor dat zij de informatiestromen binnen de organisatie, zowel in geautomatiseerde als niet-geautomatiseerde vormen, beheert en beheerst. Hierbij dienen de informatiestromen afgestemd te zijn op de werkelijke behoeften binnen de organisatie.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:
Verantwoordelijke: Hoofd EAD
Toelichting: Zie punt 8.14 voor verder informatie.

Toelichting: Binnen de organisatie zijn verschillende informatiestromen actief. Zoals De Beyartberichten, de kabelkrant, internet, e-mail. Volgens het auditteam is dit afgestemd op de behoefte binnen de organisatie.
--

## Veld 9 Organisatie en beheer

In veld 9 "Organisatie en beheer" wordt benoemd hoe de organisatie wordt ingericht, zowel ten aanzien van structuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden als ten aanzien van 'beherende' activiteiten in de organisatie. Met andere woorden: het moet duidelijk zijn hoe het organigram eruit ziet, maar daarbinnen moeten ook taak/ functiebeschrijvingen helder zijn. Verder moet er aandacht zijn voor bijvoorbeeld het bespreken van het functioneren van medewerkers en moet er gericht worden omgegaan met de formatietoedelingen over afdelingen binnen de organisatie.

## Onderwerpen

### 9.1 Organisatiestructuur

**De organisatie dient te zijn vastgelegd. Hierbij is in ieder geval van toepassing:**

- de organisatiestructuur dient te zijn afgestemd op de zorg- en dienstverlening die de organisatie biedt en te zijn gerelateerd aan de uitgangspunten die daaraan ten grondslag liggen (onder meer de mens- en zorgvisie);
- in de beschrijving van de organisatiestructuur dienen de onderlinge verhoudingen tussen de diverse afdelingen, tussen disciplines, tussen leidinggevenden en tussen medewerkers te zijn uitgewerkt.

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie organisatie-communicatiestructuur bijlage 50 en de mens/zorgvisie bijlage 14

Verantwoordelijke:  
Directie en diensthoofden

Toelichting: De Beyart is een platte organisatie met korte lijnen tussen de diverse diensten en de directie.

Toelichting:

In het organisatieschema komen niet alle afdelingen goed tot zijn recht. Tevens ontbreken de onderlinge verhoudingen tussen afdelingen, disciplines en medewerkers.

### 9.2 Functiebeschrijvingen

**Van alle functies dient er een actuele functiebeschrijving vast te liggen, waarin ten minste de hoofdtaken met de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastliggen. Aan alle medewerkers en vrijwilligers dient een duidelijke functie te zijn toegewezen. Functiebeschrijvingen moeten aansluiten bij de vastgelegde organisatiestructuur (onderwerp 9.1).**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:  
Niet bijgevoegd

Verantwoordelijke: Hoofd EAD en zorgmanager

Toelichting:  
Alle functies zijn conform FWG systeem beschreven. De taken van de vrijwilligers zijn omschreven in de projecten.

Toelichting:

Uit diverse gesprekken is gebleken dat de huidige functieomschrijvingen niet allemaal meer actueel zijn door de wijzigingen in de organisatie. Omschrijvingen van een aantal nieuwe functies ontbreken.

### 9.3 Functioneringsgesprekken

**De organisatie dient een systeem van periodieke functioneringsgesprekken te kennen. Tijdens deze gesprekken wordt aan leidinggevenden en hun medewerkers de mogelijkheid geboden de samenwerking en elkaars functioneren te bespreken en hier eventueel afspraken over te maken (tweerichtingsverkeer).**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: vastgelegd in:  
Gesprekspunten  
functioneringsgesprek, zie  
bijlage 51.

Verantwoordelijke:  
Diensthooften en teamleiders.

Toelichting:  
In de praktijk is er veel  
aandacht voor het individueel  
en groepsgewijze functioneren  
van de medewerkers. De  
frequentie van een jaarlijks  
functioneringsgesprek wordt  
niet bij iedereen gehaald.

Toelichting:  
Gesprekken vinden plaats op alle  
afdelingen eens per jaar. Binnen de  
facilitaire dienst vindt dit eens per twee  
jaar plaats.

### 9.4 Beoordelingsgesprekken

**De organisatie dient een systeem van periodieke beoordelingsgesprekken te kennen. Tijdens deze gesprekken spreekt de leidinggevende van een medewerker een oordeel uit over het functioneren van deze medewerker (eenrichtingsverkeer). Aan dit oordeel kunnen eventueel consequenties worden verbonden ten aanzien van salariering, opleiding, verdere loopbaan en dergelijke.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie personeels-  
beoordeling jaarcontract,  
bijlage 52.

Verantwoordelijke:  
Diensthooften.

Toelichting: Wordt  
voornamelijk toegepast voor  
het verkrijgen van een vaste  
aanstelling.

Toelichting:  
Medewerkers met een tijdelijk contract  
krijgen voor afloop van het contract een  
gesprek. De overige medewerkers krijgen  
geen beoordelingsgesprek.

## 9.5 Stijl van leidinggeven

**Er dient te zijn vastgelegd welke stijl(en) van leidinggeven wordt/worden nagestreefd binnen de organisatie en hoe ervoor gezorgd wordt dat dit ook daadwerkelijk het geval is. Aandachtspunt hierbij is in ieder geval de relatie tussen stijlen van leidinggeven en motivatie van medewerkers.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie document stijlen van leidinggeven bijlage 53.
Verantwoordelijke: Directie en diensthoofden.
Toelichting: Als het nodig is worden zaken formeel vastgelegd.

Toelichting: De stijl van leidinggevendenden ligt vast en het auditteam heeft in de praktijk niet gezien dat dit niet toegepast wordt. Wel verdienen de opmerkingen uit de medewerkersmonitor m.b.t. de communicatie van leidinggevende aandacht.
--

## 9.6 Formatiebeheer

**Er dient binnen de organisatie een systeem te functioneren ten behoeve van de toedeling van de beschikbare personeelsformatie aan de diverse werkeenheden (afdelingen, diensten, etc). Dit systeem kent in ieder geval de volgende elementen:**

- **lange termijn: toedeling van personele capaciteiten naar werkeenheden op basis van de normaal te verwachten hoeveelheid te verrichten werk binnen deze werkeenheden. De werklast wordt mede bepaald door de zorgzwaarte van de cliënten;**
- **korte termijn: de dagelijkse afstemming van werklast en werkcapaciteit, waarbij dit met name betrekking heeft op veranderingen in de zorgzwaarte van cliënten en op eventuele ziektevervangning.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie ook het jaardokument 2008 pagina's 26 t/m 28.
Verantwoordelijke: Hoofd EAD / DH
Toelichting: Formatieplannen worden omgebouwd naar ZZP's uitgaande van bepaalde basis-kwaliteit en bezetting (minimaal niveau 3)

Toelichting: Het systeem van ZZP's als basis voor de formatiebeheer is in ontwikkeling. De huidige formatie is historisch gegroeid.
--

## 9.7 Cliëntenraad

**Er dient een cliëntenraad te functioneren binnen de organisatie, op basis van een reglement. Tevens dient de organisatie een commissie van vertrouwenslieden ingesteld te hebben, in overleg met de cliëntenraad.**

*Onderwerp cliëntenperspectief*

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: vastgelegd in de 3 documenten (instellingsbesluit, reglement, overeenkomst) zie bijlage 54.
Verantwoordelijke: Directie.
Toelichting: Het instellingsbesluit is recent, i.v.m. zich wijzigende doelgroepen, i.o.m. de cliëntenraad gewijzigd. Er is een open en constructief overleg met de cliëntenraad welke gevraagd en ongevraagd advies geeft.

Toelichting: Er zijn nieuwe verkiezingen gepland voor de CR in januari. De werving is sterk gericht om de leken toe te laten treden. Volgens het reglement werkt de cliëntenraad met een werkplan, maar in de praktijk wordt dit niet gebruikt.
--

## Veld 10 Communicatie

Communicatie is binnen een organisatie van doorslaggevend belang. Alleen door goed lopende formele en informele communicatie kan een organisatie functioneren. Bij verpleeghuiszorg is communicatie bovendien een essentieel onderdeel van de zorg- en dienstverlening. Vandaar dat hieraan in de MIK-V piramide een eigen veld is toegekend. Communicatie kent vele gezichten. Bijvoorbeeld de formele communicatiestructuur via werkoverleggen en dergelijke, maar ook de informatiebulletins, het huisblad en prikborden. Daarnaast is er ook sprake van informele communicatiekanalen; sommige zaken gaan sneller via de 'tamtam' dan via de notulen. Aandacht voor communicatie is onontbeerlijk. Dat betekent dat onder meer het realiseren van een goede communicatiestructuur nodig is, maar zeker ook aandacht voor de vaardigheden tot communiceren van de medewerkers. Vaardigheden om bijvoorbeeld goed te functioneren in een vergadering of werkoverleg en vaardigheden om goed te kunnen schrijven in stukjes, brieven, zorgdossiers en dergelijke. Een ander belangrijk punt bij communicatie is het steeds weer nagaan door de leiding van de organisatie of de communicatie werkelijk wel zo verloopt als wordt beoogd. Alleen door dit daadwerkelijk te controleren en te evalueren, kan blijvend zeker worden gesteld dat dit naar wens verloopt. Bij het uitwerken van de communicatiestructuur is het van belang dat de organisatie duidelijk de functionaliteit van deze structuur in het oog houdt.

## Onderwerpen

### 10.1 Communicatiestructuur

**De organisatie dient haar communicatiestructuur te beschrijven en zeker te stellen dat communicatie volgens deze structuur verloopt. Er dient aandacht te worden besteed aan zowel de formele als de informele communicatielijnen.**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie organisatie en communicatiestructuur bijlage 50.

Verantwoordelijke:  
Directie en diensthoofden

Toelichting: De communicatiestructuur is open, er is balans in de belangen van organisatie en medewerkers.

Toelichting:

De huidige communicatiestructuur is zeer beperkt opgezet. De informele communicatie ligt niet vast. Zie norm 9.5 communicatie.

### 10.2 Communicatievaardigheden

**De organisatie dient geplande acties te voeren om geregeld de vaardigheden van medewerkers en vrijwilligers ten aanzien van het communiceren met cliënten, vertegenwoordigers van de cliënten, collega-medewerkers en anderen te beoordelen en op het gewenste peil te brengen en te houden. Hierbij dient door de organisatie ook de ervaring van de cliënten te worden betrokken.**

Zorgorganisatie

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam

- Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie gesprekspunten functioneringsgesprekken, bijlage 51.

Verantwoordelijke:  
Diensthoofden

Toelichting: Vaardigheden zijn onderdeel van de functioneringsgesprekken.

Toelichting:

De beoordeling vindt plaats tijdens de functioneringsgesprekken. De acties staan gepland in het scholingsplan 2009-2011. Dit is voor de zorg geregeld, maar voor de overige medewerkers is dit niet geregeld, terwijl zij ook met cliënten communiceren.

## Veld 11 Deskundigheid medewerkers

Medewerkers moeten deskundig zijn op hun werkgebied. Een open deur, maar wel een basis voor het leveren van kwaliteit aan de cliënt. De vraag naar 'de deskundigheid' van de medewerkers zoals die in veld 11 wordt gesteld, heeft te maken met:

- weten welke deskundigheid medewerkers zouden moeten hebben, afgeleid van de producten en diensten die de organisatie aan cliënten wil leveren;
- weten welke deskundigheden de medewerkers nu hebben;
- op basis van het voorgaande komen tot een gericht plan voor opleiding en deskundigheidsbevordering.

Hierbij mag natuurlijk niet worden vergeten dat ook bij de instroom van nieuwe medewerkers het selecteren op deskundigheid een duidelijk aandachtspunt is. Bij deskundigheid wordt hier gedacht aan een brede omschrijving van dit begrip. Met andere woorden: het gaat niet alleen om de directe technische vaardigheden van de medewerker, maar ook om omgang en bejegening, vergadertechnieken, functioneren in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en dergelijke.

### Onderwerpen

#### 11.1 Noodzakelijke vaardigheden en deskundigheden

**De organisatie dient vast te leggen welke vaardigheden en deskundigheden noodzakelijk zijn bij de medewerkers en vrijwilligers om het pakket aan zorg- en dienstverlening dat de organisatie wil leveren, daadwerkelijk te kunnen leveren. Hierbij worden professionele standaarden van de diverse beroepsgroepen betrokken.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:  
 Verantwoordelijke:  
 Diensthoofden  
 Toelichting: Het FWG-systeem wordt niet alleen gebruikt voor de wijziging en indeling van de functies. De taak-functie omschrijvingen komen er uit voort.

Toelichting:  
 Voor de zorgmedewerkers zijn de vaardigheden en deskundigheden vastgelegd. Voor de overige afdelingen niet. De ZZP systematiek geeft handvatten om hier vorm aan te geven.

#### 11.2 Overzicht vaardigheden en deskundigheden

**Van iedere medewerker dient te worden vastgelegd wat zijn of haar deskundigheden en vaardigheden zijn. Dit is nodig ten behoeve van afstemming van de noodzakelijke en aanwezige deskundigheden, maar eveneens voor de motivatie van de medewerkers, bijvoorbeeld bij het loopbaanbeleid.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten:
Verantwoordelijke: Hoofd EAD en diensthoofden.
Toelichting: In het personeelsdossier worden kopieën van cursussen, behaalde diploma's bewaard. de diensthoofden geven in hun jaarplannen aan welke cursussen nodig zijn.

Toelichting: Een overzicht (5-11-2009) is opgemaakt.
---

### 11.3 Opleiding/deskundigheidsbevordering

**Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers stelt de organisatie een meerjarenopleidingsplan vast. Vervolgens worden jaarlijks opleidingsplannen vastgesteld. In deze plannen wordt tenminste aandacht besteed aan:**

- bewustmaking van de medewerkers met betrekking tot de kwaliteitsbeleving van cliënten;
- ontwikkeling van de gewenste attitude van medewerkers en vrijwilligers ten aanzien van in ieder geval de cliënten;
- het op peil houden van vakkennis en -deskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, die door de beroepsgroepen georganiseerd worden;
- kwaliteitsmanagement voor leidinggevend en uitvoerend;
- het leren van samenwerken en van diverse communicatiemethoden;
- het leren omschrijven en analyseren van problemen;
- het leren doorvoeren van verbeteringen;
- de opleidingsbehoefte bij de vrijwilligers van de organisatie.

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: Zie scholingsplan 2009-2011, bijlage 55. Cursus religieuze achtergronden, zie bijlage 56. Ter inzage informatieklapper nieuwe medewerkers.
Verantwoordelijke: Hoofd EAD en diensthoofden

Toelichting: Het meerjarenopleidingsplan is opgezet voor 2009-2011. De vertaling naar jaarplannen ontbreekt. Daarnaast heeft het auditteam niet alle genoemde items uit de norm aangetroffen in dit plan.
--

Toelichting:  
Iedere nieuwe medewerker krijgt bij in dienst treding een informatieklapper met daarin alle benodigde informatie. Bij de vrijwilligers kan dat nog meer aandacht krijgen.

--

#### 11.4 Selectie personeel

**Bij het aannemen van medewerkers dient de organisatie zorgvuldig te selecteren op vooraf benoemde vaardigheden, deskundigheden en attitude van de kandidaten.**

- Zorgorganisatie
- Goed
  - Matig
  - Onvoldoende

- Auditteam
- Goed
  - Matig
  - Onvoldoende

Documenten: Zie het protocol werving en selectie, bijlage 57
Verantwoordelijke: Hoofd EAD, diensthoofden en teamleiders.
Toelichting: Er zijn verder diverse formulieren / stappen die worden gehanteerd in een sollicitatieprocedure.

Toelichting:  
De stappen in het proces en de uitgangspunten zijn duidelijk beschreven. In het protocol werving en selectie worden functionarissen genoemd, die niet bij De Beyart werkzaam zijn.

#### 11.5 Deskundigheid externe medewerkers

**De organisatie dient gericht beleid te voeren ten aanzien van de eisen die worden gesteld aan de deskundigheid van externen die geen dienstverband met de organisatie hebben en die wel worden ingeschakeld binnen de organisatie.**

- Zorgorganisatie
- Goed
  - Matig
  - Onvoldoende

- Auditteam
- Goed
  - Matig
  - Onvoldoende

Documenten:
Verantwoordelijke: Hoofd EAD en directie
Toelichting: N.V.T.: er worden slechts in principe alleen in zeer uitzonderlijke situaties uitzendkrachten ingehuurd, (het wordt zoveel mogelijk intern opgevangen) omdat het de kwaliteit van zorg onder druk zet.

Toelichting:  
Hiervan is niets aangetroffen terwijl er wel externen zijn, zoals uitzendkrachten en de medewerkers van Vivre, zoals de verpleeghuisarts.

## Veld 12 Motivatie medewerkers

Een gemotiveerde medewerker doet zijn best om het werk goed te doen; van een niet gemotiveerde medewerker moet men dit maar afwachten. De motivatie van de medewerkers is voor de cliënten duidelijk merkbaar en heeft direct gevolgen voor het 'kwaliteitsgevoel' dat de cliënt heeft bij de organisatie. Alleen al daarom is het nodig om als organisatie aandacht te geven aan de motivatie van de medewerkers.

Motivatie is niet eenduidig te sturen. Motivatie kun je niet regelen of afspreken. Het is ook geen kwestie van 'even wat meer betalen' of 'even een schouderklopje'. Het is echter wel mogelijk om op een bewuste manier om te gaan met de motivatie van de medewerkers. Motivatie is te zien als een resultante van heel veel dingen die binnen de organisatie gebeuren. Het is niet mogelijk vaste recepten te geven, maar het is zeker niet onmogelijk er aan te werken. Motivatie heeft in ieder geval te maken met 'aandacht hebben voor' en met 'zorgvuldig omgaan met' medewerkers.

In dit veld wordt ingegaan op de algemene aandacht voor de motivatie van de medewerkers en de concrete activiteiten die in dit kader worden georganiseerd.

### Onderwerpen

#### 12.1 Bevorderen motivatie medewerkers

**De directie en het management dienen de motivatie van medewerkers en vrijwilligers te bevorderen en op peil te houden. Hierbij wordt aangetekend dat de motivatie van de medewerkers voor een aanzienlijk deel de resultante is van een groot aantal activiteiten zoals in het MIK-V benoemd. Ten aanzien van de motivatie van de medewerkers is de organisatie in ieder geval actief door:**

- **bij aanname van medewerkers te selecteren op sociale en communicatieve vaardigheden en op de verwachting dat de kandidaat kan functioneren binnen de bestaande zorgverlenings- en werkklimaat van de organisatie;**
- **te bewerkstelligen dat de taken en de te bereiken doelen worden begrepen;**
- **te bewerkstelligen dat alle medewerkers worden betrokken bij de organisatie en uitwerking van kwaliteitsplannen met betrekking tot hun eigen werk;**
- **het aanmoedigen van medewerkers om bijdragen te leveren die de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening danwel van de organisatie verhogen (door middel van passende erkenning en/of beloning).**

Zorgorganisatie

Goed

Matig

Onvoldoende

Auditteam

Goed

Matig

Onvoldoende

Documenten: Zie, werving en selectie, bijlage 57. Zie ook communicatiestructuur, bijlage 48.

Verantwoordelijke:  
Diensthoofden

Toelichting:

Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van kennis en vaardigheden van de medewerkers bij de ontwikkeling en uitvoering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening.

Toelichting: Er is een, door de OR geaccordeerde, visie op verzuim en een verzuimbeleid. Teamoverleg vindt plaats in alle teams en op alle niveaus. Niet alles is formeel vast te leggen, medewerkers kunnen vooraf "proeven" of ze zich thuis gaan voelen in deze specifieke organisatie.

--

## 12.2 Activiteiten ten behoeve van medewerkers

**De organisatie dient in het kader van het bevorderen van de motivatie, activiteiten te organiseren ten behoeve van de medewerkers en de vrijwilligers en ruimte te maken voor medewerkers of vrijwilligers om activiteiten te organiseren.**

Zorgorganisatie  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Auditteam  
 Goed  
 Matig  
 Onvoldoende

Documenten: geen
Verantwoordelijke: Directie en diensthoofden
Toelichting: Bij gebrek aan een personeelsvereniging (te geringe omvang) wordt door de organisatie jaarlijks het volgende ondernomen voor alle medewerkers/vrijwilligers: - jaarfeest - eindejaarsbijeenkomst met informeel samenzijn en geschenk - mogelijkheden per team om te werken aan teambuilding - informatieavonden/tussendoortjes - faciliteiten bij jubilea etc.

Toelichting: Voor de medewerkers worden gedurende het jaar diverse activiteiten georganiseerd.
---