

De Meander	Kwaliteitshandboek 5. Zelfevaluatie 5.6 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen	KHB 5.6 CPM.doc	1/4
------------	--	----------------------------------	------------

Beoordeeld:	Stuurgroep Kwaliteit	Geldig vanaf: 26/06/2013
Procedurehouder:	Algemeen directeur	
Goedgekeurd:	Luc Lemkens	Paraaf:

1. Toepassingsgebied

Alle elementen van de hulp- en dienstverlening, de processen en het kwaliteitssysteem.

2. Termen en definities

Corrigerende maatregel: is een maatregel, die genomen wordt om de oorzaken van een afwijking of een andere situatie te elimineren om herhaling te voorkomen.

Preventieve maatregel: is een maatregel, die wordt genomen om de oorzaken van een mogelijke afwijking of een andere ongewenste situatie te elimineren om het optreden daarvan te voorkomen.

Afdelingsbeleidsplan: is een verzameling van SMART geformuleerde doelstellingen, die binnen een bepaalde periode in de afdeling moeten gerealiseerd worden op een systematische en planmatige wijze.

3. Verwante documenten en hulpmiddelen

- [Afdelingsbeleidsplannen](#)
- [Auditmap](#)
- [MeanderNET](#)
- [Het handboek veiligheid en welzijn](#)
- [Instructies ongevallen en bijna-ongevallen](#)
- [Registratie ontevredenheden via Meandernet](#)
- [Organigram](#)
- [Strategisch beleidsplan](#)
- [Vergaderoverzicht De Meander](#)

4. Werkwijze

4.1 Het werken met verbeterprojecten via de afdelingsbeleidsplannen

Afdelingsbeleidsplannen zijn verbeterprojecten met betrekking tot een leefgroep of dienst en lopen over een werkjaar.

4.1.1. Keuze van de doelstelling

Op basis van het strategisch beleidsplan of op basis van een eigen sterkte-zwakte-analyse, formuleren de hierna vermelde groepen 1 of meer SMART geformuleerde doelstelling(en) met een actieplan.

De Meander	Kwaliteitshandboek 5. Zelfevaluatie 5.6 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen	KHB 5.6 CPM.doc	2/4
------------	--	----------------------------------	------------

4.1.2. Formulering van de doelstellingen

De doelstellingen worden omschreven in één of enkele zinnen. De doelstellingen moeten op het moment van de bespreking en goedkeuring door de leidinggevende nog niet vergezeld zijn van een actieplan.

Alle doelstellingen worden goedgekeurd op een team/leefgroepvergadering door het team en de direct leidinggevende(n) én kenbaar gemaakt op de beleidsvergadering.

De doelstellingen worden goedgekeurd als ze passen binnen de opdrachtsverklaring, bijdragen tot de realisatie van het strategisch beleidsplan, indien de middelen en financiën beschikbaar zijn en indien ze SMART zijn:

- **specifiek:** concreet en duidelijk
- **meetbaar:** hoe gaan we ze evalueren
- **tijd:** de factor tijd dient beschreven te worden in elke doelstelling
De maximale looptijd is tot einde van het werkjaar (december).
Indien de doelstelling verder loopt wordt ze opnieuw geformuleerd.
- **aanvaardbaar en realistisch:** dit moet men in de bespreking uitklaren en moet niet verwoord worden in de doelstelling

Wie maakt een ABP:

- de directie
- de leefgroepen
- de ateliers van het bezigheidscentrum
- de sociale dienst
- de kinesitherapeuten
- de logopediste
- de verpleging
- de orthopedagogische dienst
- de administratie

4.1.3. Actieplan en registratie

De actieplannen dienen ook uitgewerkt te zijn in de loop van het eerste trimester.

De verslaggeving in verband met de afdelingsbeleidsplannen, de formulering en situering van de doelstelling, het actieplan en de opvolging ervan gebeuren in de eigen werkdocumenten.

Alle doelstellingen, actieplannen en de evaluatie worden gebundeld in één document dat terug te vinden is in de map 'beleidsplan '.

De orthopedagogen en de coördinatoren zullen op basis van de inhoud van de doelstellingen afspreken wie en hoe de actieplannen van de leefgroepen worden opgevolgd.

4.1.4. Evaluatie van de afdelingsbeleidsplannen

De evaluatie van de doelstellingen gebeurt in de maand november door het team onder leiding van de direct leidinggevende(n).

Bij de keuze van de doelstelling en de evaluatie van de doelstellingen in de leefgroepen zijn de betrokken coördinator en orthopedagoge aanwezig.

De Meander	Kwaliteitshandboek 5. Zelfevaluatie 5.6 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen	KHB 5.6 CPM.doc	3/4
------------	--	----------------------------------	------------

Het verslag ervan wordt opgeslagen in de map beleidsplan.

Tijdens de evaluatie worden het resultaat en het proces geëvalueerd.

Het werken met afdelingsbeleidsplannen wordt geëvalueerd binnen de procedure 5.5 Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie. Het verzameldocument wordt als bijlage toegevoegd aan het verslag.

4.2. Het detecteren van de noodzaak tot het nemen van preventieve en corrigerende maatregelen en het implementeren ervan.

4.2.1. Het detecteren van de noodzaak tot het nemen van preventieve en corrigerende maatregelen

Preventieve en corrigerende maatregelen zijn het gevolg van:

- Signalen van medewerkers of gebruikers.
- Klachten van gebruikers: via het klachtenformulier kan iedere medewerker die een klacht heeft ontvangen nota maken van de corrigerende en preventieve maatregelen.
- Ontevredenheden van gebruikers: bij halfjaarlijkse lezing van de ontevredenheden van gebruikers in MeanderNET, beslissen directie, sociale dienst en kwaliteitscoördinator welke ontevredenheden leiden tot een corrigerende en/of preventieve maatregel.
- De resultaten van het tevredenheidsonderzoek van de gebruikers (zie procedure 5.2 Het toetsen van de tevredenheid van de gebruikers).
- Wetgeving of regelgeving betreffende het algemeen welzijn, het milieu beleid en de voedselhygiëne.
- Interne of externe audits of inspecties.

4.2.2. Verzamelen, evalueren en implementeren van de genomen preventieve en corrigerende maatregelen

Preventieve en/of corrigerende maatregelen worden door de kwaliteitscoördinator of een lid van de beleidsvergadering genoteerd in MeanderNet. Men omschrijft het probleem en de voorgestelde maatregel. Daarbij noteert men ook het domein, de periode waarbinnen de maatregel tussentijds en definitief geëvalueerd wordt, binnen welk overlegorgaan de maatregel geëvalueerd wordt en wie verantwoordelijk is voor de opvolging.

De database wordt per domein besproken op:

- de stuurgroep kwaliteit
 - de beleidsvergadering
- afhankelijk vanuit welke invalshoek de maatregel genomen is.

De kwaliteitscoördinator is verantwoordelijk voor het verzamelen van alle corrigerende en preventieve maatregelen en maakt jaarlijks een overzicht hiervan in functie van de procedure 5.5 'Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie'.

In functie van de procedure 5.5 'Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie' worden jaarlijks alle genomen corrigerende en preventieve maatregelen overlopen en geëvalueerd.

De Meander	Kwaliteitshandboek 5. Zelfevaluatie 5.6 Het implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen	KHB 5.6 CPM.doc	4/4
-------------------	--	----------------------------	------------

5. Registraties

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
Map klachten gebruikers	Algemeen directeur	Jaarlijks	Onbeperkt
Resultaten tevredenheidsonderzoek	Kwaliteitscoördinator	Per dossier	10 jaar
Afdelingsbeleidsplannen	Algemeen directeur	Per Jaar	10 jaar
Gebruikersraad	Sociale dienst	Op datum	10 jaar
Stuurgroep kwaliteit	Kwaliteitscoördinator	Op datum	10 jaar
Auditrapport	Kwaliteitscoördinator	Op datum	5 jaar
Afwijkingsrapport	Kwaliteitscoördinator	Op datum	5 jaar
Verslag beleidsvergadering	Algemeen directeur	Op datum	Onbeperkt
Hoofdbegeleidersvergadering	Directeur zorg	Op datum	10 jaar
Verslag comité PBW	Interne preventieadviseur	Op datum	10 jaar