

# Rapportage kwaliteit & veiligheid

CLIENTENZORG ADELANTE 2022



## Rapportage Kwaliteit & veiligheid cliëntenzorg Adelante 2022

Adelante is een zorggroep met Volwassenenrevalidatie & arbeidsre-integratie, Kinderrevalidatie, Speciaal onderwijs & Wonen en Audiologie & Communicatie als kernactiviteiten.

De thema's kwaliteit en veiligheid staan hoog op de agenda bij Adelante. De cliënt moet kunnen rekenen op goede zorg, in een veilige omgeving waarin hij zich gekend en welkom voelt. Omdat wij dit belangrijk vinden, blijven wij onze kwaliteit en veiligheid van behandeling en zorg voortdurend toetsen en meten. Ieder kwartaal wordt er een rapportage opgesteld waarin de stand van zaken Kwaliteit & Veiligheid van Adelante wordt gerapporteerd.

Adelante heeft gekozen voor een integrale benadering van Kwaliteit & Veiligheid, hierdoor wordt overal in de organisatie op dezelfde wijze vormgegeven aan de "plan, do, check en act" ten behoeve van verbetering. Jaarlijks wordt de Kwaliteit & Veiligheid van Adelante getoetst door een externe certificerende instantie volgens de normen ISO 9001-2015 (kwaliteit) en de NTA 8009-2014 (veiligheid). Jaarlijks voldoet Adelante aan de vier bouwstenen van het Kwaliteitskader van de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland). Deze rapportage maakt deel uit van de eisen van de Kwaliteitskaders.

Vanaf 2023 wordt het huidige Kwaliteitskader vervangen door de Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 waarbij er meer aandacht zal zijn voor de inbreng van de cliënten met hun ervaringskennis. Er ligt een belangrijke opdracht voor de professionals van Adelante om de aan de eigen kwaliteit te werken.

Voor u ligt de totale kwaliteitsrapportage 2022 van Adelante.

Hoofdstuk 1 is een weergave van de ervaringen van cliënten in de vorm van cliëntervaringsonderzoek en eventuele klachten vanuit de cliëntenzorg. Op basis van de bevindingen van cliënten, is Adelante in staat de geleverde zorg continu te verbeteren.

Calamiteiten, incidenten en informatiebeveiliging worden continu gemonitord en gemeten. In hoofdstuk 2 worden de aantallen, de aard en de verbetermaatregelen naar aanleiding van meldingen besproken.

De organisatie wordt intern maar ook door meerdere externe partijen met (vastgestelde) regelmaat kritisch bekeken middels een audit, inspectiebezoek of visitatie. Onderwerp van deze audits en visitaties is steeds de kwaliteit en veiligheid van cliëntenzorg. Er wordt getoetst of voldaan wordt aan gestelde externe en/of interne eisen en of verbeteracties uit eerdere metingen gerealiseerd zijn. Hoofdstuk 3 geeft weer welke toetsingen in 2022 gerealiseerd zijn.

In de hoofdstuk 4 zijn de resultaten van de kwaliteitsorganisatie beschreven. De kwaliteitsorganisatie met onder andere documentbeheer en de directiebeoordeling, deze als 'borging' voor het werkend kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

Om de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg binnen Adelante goed te beheersen zijn er vijf specialistisch commissies vastgesteld, gebaseerd op de meest kritische processen voor de cliëntenzorg. Deze commissies zijn: commissie basis medische zorg (BMZ); geneesmiddelen commissie; commissie infectiepreventie; commissie middelen, materialen, omgeving; VIM commissie.

Door het meten van de verplichte prestatie-indicatoren van Revalidatie Nederland (RN), Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC), het kwaliteitskader van Wijkverpleging en de vier bouwstenen van het kwaliteitskader van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) kan de kwaliteit van zorg in maat en getal uitgedrukt worden. Hoofdstuk 5 geeft inzicht op welke wijze Adelante aan deze eisen voldoet en wat de uitkomsten van deze metingen zijn.

Raad van Bestuur Adelante

## Inhoudsopgave

<b>1. Kwaliteit cliëntenzorg.....</b>	<b>6</b>
A klachten.....	6
B Cliënttevredenheid .....	8
<b>2. Veiligheid cliëntenzorg .....</b>	<b>9</b>
A Calamiteiten .....	9
B Incidenten .....	9
C Informatiebeveiliging en privacy.....	9
<b>3 Resultaat toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen .....</b>	<b>10</b>
<b>4 Kwaliteit- en Veiligheidsmanagementsysteem .....</b>	<b>11</b>
A Beheer van documentatie .....	11
B Voortgang directie beoordeling .....	12
C Voortgang commissies kwaliteit en veiligheid.....	12
D. Voortgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse.....	13
<b>5. Resultaat van verplichte registraties .....</b>	<b>15</b>
<b>6. Bijlagen .....</b>	<b>16</b>
Bijlage 1 Clientervaring Adelante .....	16
Bijlage 2 Observaties Externe audit DNV .....	19
Bijlage 3 Zelfreflectie in teams.....	20

2022							
Onderwerp	Samenvatting	Kwartaal 1	Kwartaal 2	Kwartaal 3	Kwartaal 4		
Kwaliteit cliëntenzorg	<b>Klachten</b>						
	Aantal klachten Adelante bij klachtenfunctionaris	15	10	16	13		
	Aantal klachten Adelante bij klachtencommissie	0	0	0	1		
	Aantal klachten afgerond < 6 wk (norm)	11	7	15	8		
	Aantal klachten afgerond > 6 wk	0	0	0	0		
	<b>Rapportcijfer: Continumeting Ervingsonderzoek Revalidatie Nederland</b>						
	<b>DRV Totaal</b>		8,1	8,7	7,8	8,4	
	<b>Rapportcijfer: Jaarmeting Pem vragenlijst Fenac</b>						
	Rapportcijfer DAC				8,6	8,7	
	<b>Rapportcijfer: Jaarmeting ervaringsonderzoek</b>						
	DKJ: Kinderrevalidatie RN jaarmeting		7,9				
	DKJ: Verblijf en klinische zorg (november 2022)					8,4	
	DKJ: Onderwijs (november 2023)						
	DKJ: PREM Intensieve Kindzorg (november 2022)					B	
<i>Cliëntervaring: Adelante hanteert de norm cliëntervaring van: 8,0 Bij alle onderdelen aan deze eis, De verplichte vragenlijst van de Prem Wijkverpleging omvat geen rapportcijfer.</i>							
Veiligheid cliëntenzorg	<b>Calamiteiten Adelante totaal</b>						
	Aantal calamiteiten gemeld aan inspectie	1	0	0	0		
	<b>Incidenten Adelante totaal</b>						
	Aantal ingediende incidenten	186	133	128	104		
	Aantal afgehandelde incidentmeldingen	140	96	87	75		
	Percentage afgehandelde incident meldingen	75%	73%	68%	72%		
	<b>Incidenten per divisie</b>						
	Percentage afgehandelde incident meldingen DRV	82%	83%	76%	69%		
	Percentage afgehandelde incident meldingen DAC	100%	100%	100%	100%		
	Percentage afgehandelde incident meldingen DKJ	50%	46%	43%	85%		
	<b>Informatie beveiliging</b>						
Aantal incidenten datalekken gemeld binnen Adelante	8	6	11	12			
Aantal incidenten datalekken gemeld bij AP	3	2	5	4			
<i>Administratie van afhandelen VIM verdient continu aandacht en wordt ook als aandachtspunt door de RvB met de divisies besproken.</i>							

<b>Toetsing kwaliteitseisen</b>	<b>(On)verwacht bezoek inspectie</b>				
	Inspectie gezondheidszorg:				
	Inspectie onderwijs:		Ja	ja	
	Inspectie Gemeenten: kdV de Contigo/ <b>Bereboot</b>	Ja			
	<b>Afwijkingen interne en externe metingen en hun opvolging (PDCA)</b>				
<b>Interne audit:</b> Aantal afwijkingen kritische processen:	3	0	0	3	
<b>Interne audit:</b> Aantal afwijkingen kritische processen waarvan de opvolging stagneert	0	0	0	0	
<b>Externe audit DNV 2022:</b> Aantal openstaande observaties		5	4	3	
<i>Interne audits zijn conform planning uitgevoerd. Binnen de divisies worden de verbeterpunten op gepakt.</i>					
<b>Kwaliteit en veiligheidsmanagement-systeem</b>	<b>Documentbeheer Adelante totaal</b>				
	Aantal documenten in systeem	2403	2391	2360	2380
	Aantal documenten controle datum verstreken	337	281	260	222
	Percentage verstreken documenten	14%	11%	11%	9%
	<b>Directiebeoordeling</b>				
	Directiebeoordeling is uitgevoerd conform jaarplanning: Ja/Nee		Ja		
	Aantal vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen maart 2022		2		
	<b>Stand van zaken commissies rondom de kritische processen cliëntenzorg</b>				
	Planning commissies conform jaarplanning J/N	Ja	Ja	Ja	Ja
	Risicobeheersing kritische processen: aantal aandachtspunten	2	1	1	1
<b>Risicomanagement</b>					
Aantal uitgevoerde risicoanalyses 2022 per kwartaal	2	1	1	0	
<i>Documentbeheer is opgenomen in een project. Hier is Adelante breed aandacht voor. Een aanzienlijk deel van de documenten waarbij de controle datum is overschreden betreft documenten van HR (functiebeschrijvingen). Dit is onder de aandacht binnen de divisie Advies Beleid en Control. (ABC)</i>					
<b>Resultaat van registraties</b>	<b>Aanleveren prestatie indicatoren RN behaald (B) of niet behaald (NB)</b>				
	Aanleveren van de verplichte indicatoren RN kwartaal 1	B			B
	Aanleveren van de verplichte indicatoren Fenac	B	B	B	B
	Aanleveren van de verplichte indicatoren VGN kwartaal 1	B			B
	<b>Prestatie indicatoren onderwijs</b>				
	SO uitstroom op basis van OPP*			90%	
	VSO uitstroom op basis van OPP*			79%	
	Maasgouw uitstroom op basis van OPP*			100%	
	Bestending SO 2019- 2020 Norm 75%			85%	
	Bestending VSO 2019-2020 Norm 75%			40%	
	Bestending Maasgouwschool Norm 75%			100%	
Veiligheidsmonitor kwartaal 2			B		
<i>Prestatie indicatoren onderwijs: De analyses zijn voltooid verbetermaatregelen zijn opgesteld in een plan van aanpak</i>					

Uitleg:

	<b>Gelijk of beter dan periode ervoor of geen extra actie vereist</b>
	<b>Achteruitgang tov periode ervoor en /of aandacht vereist</b>
	<b>Achteruitgang tov van periode ervoor en/ of directe acties vereist</b>
	<b>Niet van toepassing op dat moment en/ of geen nieuwe gegevens</b>
<b>B</b>	<b>Behaald, uitgevoerd of aangeleverd conform deadline</b>

DRV = Divisie Revalidatie Volwassenen  
 DKJ= Divisie Kind & Jeugd  
 DAC= Divisie Audiologie & Communicatie

## 1. Kwaliteit cliëntenzorg

### A klachten

1. **Kwaliteit cliëntenzorg**
2. Veiligheid cliëntenzorg
3. Resultaat toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen
4. Kwaliteit- en Veiligheidsmanagementsysteem
5. Resultaat van verplichte registratie
6. Bijlagen

#### Conclusie klachten

Trend klachten 2018-2022:

##### Aantal klachten

De trend van klachten afgelopen 5 jaar is stabiel wat betreft het aantal klachten. Dit aantal schommelt jaarlijks tussen 51-56 klachten. (2022: 54 klachten; 2021: 51 klachten; 2020: 54 klachten; 2019: 51 klachten; 2018: 56 klachten)

##### Verdeling klachten over de divisies

Ook de verdeling van de klachten over de divisies laat gelijke trend zien over de afgelopen 5 jaar. Het aandeel klachten DRV berekend over 5 jaar is 67%, voor DKJ is dit aandeel 14%, voor DAC is dit 12% en voor services is dit 7%.

##### Klachtenaspecten

Wat betreft de klachtenaspecten is een gelijke trend waarneembaar zoals hier boven genoemd.

Het aandeel klachtenaspect *organisatorisch* berekend over de afgelopen 5 jaar omvat 32% van alle klachten. Deze klachten gaan vooral over de communicatie rondom de planning van afspraken (verzetten, afmelden, veranderen, te weinig ingepland, niet ingepland).

Gevolgd door het aspect *bejegening* waarvan het aantal 23% van de klachten is. (bejegening op de verpleegafdelingen, gevolgd door bejegening tijdens telefonische contacten met Adelante). Er lijkt sinds kwartaal 2 2022 een daling in het aantal klachten bejegening te ontstaan. Dit zal in 2023 bevestigd kunnen worden.

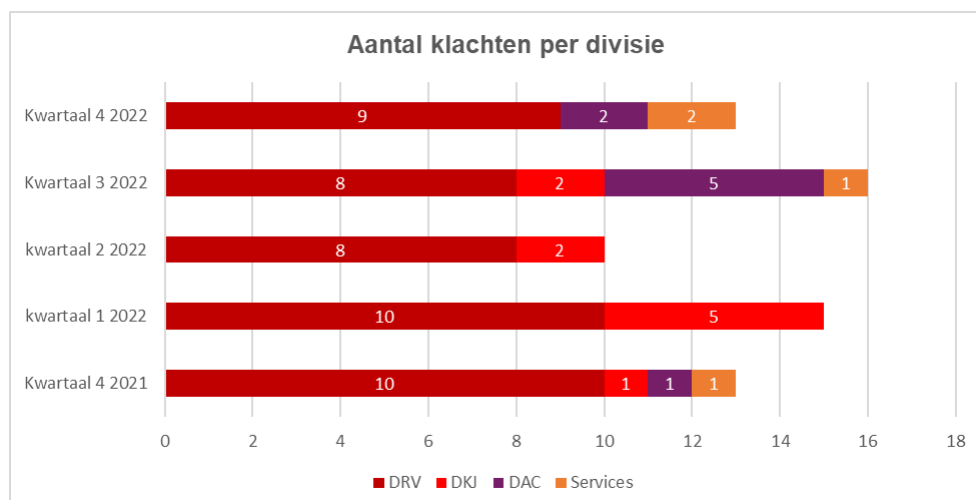
Het aspect *Behandeling* heeft een aandeel van 21% van alle klachten (Niet eens zijn met de diagnose, teleurgesteld in een afwijzing voor behandeling, doelstellingen zijn niet bereikt, niet eens met de inhoud van een brief aan huisarts).

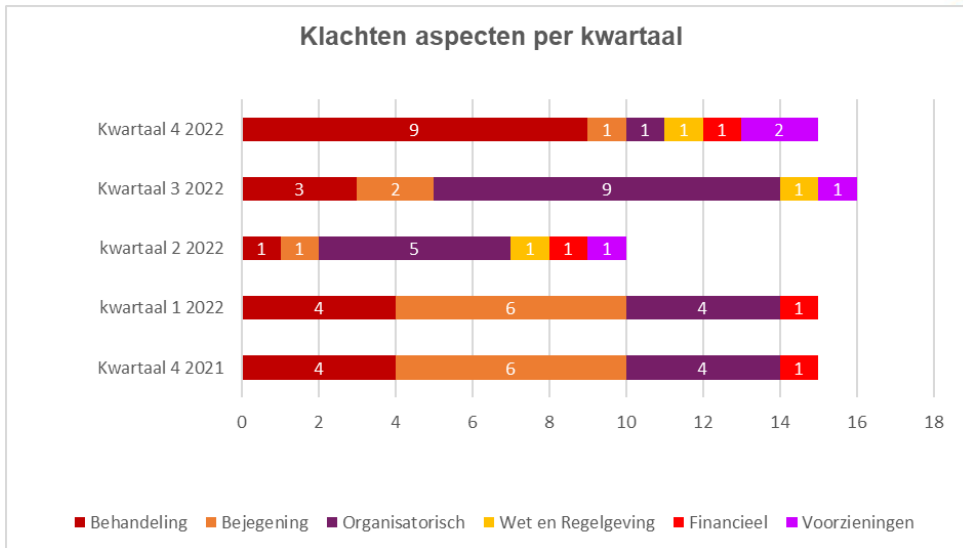
13% van de klachten omvatten het aspect *Voorzieningen*. Deze gaan met name over problemen rondom het zwembad (gladde vloeren; watertemperatuur; omgevingstemperatuur) en over de rookruimte. (geuroverlast, geen rookplek hebben)

Het aspect *Financieel* betreft 6% van alle klachten. Dit gaat in alle gevallen over het aanspreken van het eigen risico van de cliënt, voornamelijk bij de divisie Audiologie en Communicatie.

5% van de klachten hebben te maken met *Wet- en regelgeving*. In de meeste gevallen betreft dit een datalek.

#### Inhoudelijke toelichting klachten cliëntenzorg





N.B: Eén klacht kan meerdere klachtenaspecten omvatten.

## B Cliënttevredenheid

### Conclusie cliënttevredenheid

De resultaten cliënttevreden 2022 worden binnen de divisies geanalyseerd. Daar waar nodig worden verbetermaatregelen geformuleerd. Opvolging vindt plaats middels deze rapportage.

#### *Resultaten cliëntervaring Wonen kwaliteitskader VGN Bouwsteen 2 en wijkverpleging*

Bij verblijf en klinische zorg is het rapportcijfer een 8,4.

Het instrument mijn Mening wordt 1 maal in de twee jaar afgenomen. Dit zal in 2023 plaatsvinden.

Voor de wijkverpleging (intensieve kindzorg) dient Adelante de PREM af te nemen. Adelante voldoet hiermee aan haar externe verplichtingen. Bij de PREM wordt geen rapportcijfer gevraagd.

De analyse van de resultaten van de PREM en de jaarmeting Verblijf en Klinische Zorg vindt plaats binnen de divisie. In kwartaal 1 2023 worden de bevindingen van deze analyse en de mogelijke verbetermaatregelen gerapporteerd.

#### *Continu ervaringsonderzoek RN DRV*

Het rapportcijfer cliëntervaring bij Locatie Hoensbroek neemt voor de tweede keer af. Het is goed te volgen of er hier sprake is van een trend.

Het rapportcijfer bij locatie Venlo is met een 8,4 boven de Adelante norm.

De resultaten betreffende de vraag over “zorg op afstand” blijven ook in dit kwartaal ongeveer gelijk.

Het percentage cliënten dat aangeeft dat er *geen* sprake is geweest van zorg op afstand is 69%. De verwachting was dat dit percentage in de loop van 2022 zou afnemen. Hiervan is geen sprake.

#### *Cliëntervaring DAC*

Sinds januari 2022 maakt DAC gebruik van de PEM die door de branchevereniging FENAC landelijk wordt ingezet. De cliëntervaring wordt continu gemeten. De respons is met 34% een goed resultaat. Het rapportcijfer 8,7 ligt boven de vastgestelde Adelante norm.

### Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid

De resultaten cliënttevredenheid zijn opgenomen in [bijlage 1](#)



## 2. Veiligheid cliëntenzorg

### A Calamiteiten

#### Conclusie calamiteiten

Er is in 2022 was sprake geweest van één calamiteit die gemeld is bij inspectie. Het verbeterplan is akkoord bevonden door de inspectie.

### B Incidenten

#### Conclusie incidenten

Het blijft belangrijk dat er binnen de divisies gestuurd wordt op het tijdig administratief afhandelen van incidenten.

In 2022 heeft VIM coördinator samen met leidinggevenden gewerkt aan het bevorderen van het melden van VIM op de werkvloer.

#### Inhoudelijke toelichting

*Aantal incidenten per divisie*

Kwartaal	DKJ	DRV	DAC	Arbeid	Services	Eindtotaal
1	32	140	1		13	186
2	41	84	2		6	133
3	28	96	2		2	128
4	27	67	1	1	8	104
<b>Totaal 2022</b>	128	387	6	1	29	551

### C Informatiebeveiliging en privacy

#### Conclusie informatiebeveiliging en privacy

De implementatie van het ISMS in het kwaliteitsportaal wordt voortgezet. De risicoanalyse worden door de Functionaris Gegevensbescherming in samenwerking met de CISO uitgevoerd en waar nodig met inhoudelijke aanvullingen van de divisiedirecties. De bij de risico's geïmplementeerde beheersmaatregelen en borging daarvan worden meegenomen in het IBMF. Het IBMF (Informatiebeveiligingsmanagementforum) wordt vormgegeven doordat de Functionaris Gegevensbescherming zal aansluiten bij de bila's van I&A met de directies van de verschillende divisies. Tijdens deze overleggen worden diverse items omtrent privacy en informatiebeveiliging besproken worden en hoe deze worden geborgd in de divisies en teams.

#### Inhoudelijke toelichting informatiebeveiliging en privacy 2022

De Functionaris Gegevensbescherming voert de rol van projectleider bij de uitvoering van de projectopdracht betreffende de certificering van de NEN7510. Daarnaast heeft de Functionaris Gegevensbescherming bij Adelante ook de volgende taken: controle op de naleving van de AVG binnen de organisatie; adviseren bij ad hoc vragen vanuit de organisatie; aansluiten bij diverse projecten om mee te denken als deskundige; het stimuleren van de bewustwording van medewerkers; het afhandelen van datalekken en het borgen van verbetermaatregelen en aanpassingen in beleid.

Tijdvak 2022	Totaal aantal (VIM)meldingen Informatiebeveiliging/Privacy	Datalekken gemeld bij Autoriteit Persoonsgegevens
Kwartaal 1	8	3
Kwartaal 2	6	2
Kwartaal 3	11	5
Kwartaal 4	12	4

### 3 Resultaat toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen

1. Kwaliteit cliëntenzorg
2. Veiligheid cliëntenzorg
3. **Resultaat toetsing kwaliteitseisen**
4. Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem
5. Resultaat verplichte registraties
6. Bijlagen

#### Conclusie toetsing kwaliteitseisen

##### *Inspectie onderwijs*

In november 2022 heeft de inspectie DKJ onderwijs Encanto bezocht. Bij de voorlopige terugkoppeling is aangegeven dat alle onderzochte onderwerpen als voldoende worden beoordeeld. Er zijn een aantal ontwikkelpunten geconstateerd. De definitieve rapportage van dit bezoek wordt verwacht in kwartaal 1 2023.

##### *Externe audit ISO 9001 2015 en VMS audit 2019 DNV*

Alle bevindingen zijn opgepakt en worden opgepakt zie bijlage 2

##### *Interne audit:*

In deze rapportage worden aandachtspunten betreffende de kritische processen weergegeven:  
DAC: Gehoor Noord Blerick: BHV brand: het is niet duidelijk hoe een rolstoel op de bovenverdieping van de locatie tijdens ontruiming (brand) naar beneden wordt gebracht. Er wordt onderzocht wat hierover is afgesproken.

DKJ: Dagopvang: Bij een interne verwijzing richting Dagopvang is de overdracht niet geborgd. Het aanmeldformulier is niet aanwezig terwijl het kind als is gestart. Hierdoor kan belangrijke (medische) informatie worden gemist.

DKJ: VSO Encanto: Ouders geven regelmatig aan dat ze de Zivvermail niet geopend krijgen. De leerkracht stuurt dan de informatie, op verzoek van de ouders zonder Zivvermail. Onderzoek of dit proces verbeterd kan worden.

De stand van zaken opvolging van de verbeterpunten rondom kritische processen wordt in deze rapportage opgevolgd.

##### *Veiligheidsronde*

Er heeft in november een onaangekondigde veiligheidsronde bij DAC in Blerick plaatsgevonden. Er is getoetst op Hygiëne/infectiepreventie; omgeving; veiligheid apparatuur; privacy en Arbo/BHV. De belangrijkste aandachtspunten voor veiligheid zijn:

- Verwarmingsknop in ruimte van Vroeg Behandelingsgroep: deze kan bediend worden door de kinderen, waardoor de radiator heel heet kan zijn.
- Twee Lampjes van de vluchtroute zijn kapot
- Open kasten/ruimtes met patiënten informatie.

De verbeterpunten worden opgepakt binnen de divisie.

#### Inhoudelijke toelichting toetsing kwaliteitseisen

##### *Externe audit ISO 9001 2015 en VMS audit 2019 DNV*

Kwartaal 2 heeft de externe audit van DNV plaatsgevonden. Er zijn geen afwijkingen geconstateerd. Er zijn wel observaties geformuleerd. Hiervoor zijn er verbetermaatregelen opgesteld. Bijlage 2 geeft het overzicht weer van de observaties.

## 4 Kwaliteit- en Veiligheidsmanagementsysteem

### A Beheer van documentatie

1. Kwaliteit cliëntenzorg
2. Veiligheid cliëntenzorg
3. Resultaat toetsing kwaliteitseisen
4. **Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem**
5. Resultaat verplichte registraties
6. Bijlagen

### Conclusie beheer van documentatie

Er zijn stappen gemaakt in het documentbeheer van HR.

De documenten Basis Medische Zorg zijn onder aandacht bij de commissie. Het updaten van een aantal documenten vergt meer tijd, omdat de inhoud organisatie breed vastgesteld moet worden. Medewerkers van de divisies DKJ en DRV zijn betrokken bij het schrijfproces.

De documenten BC betreffen de documenten rondom projectmanagement, die gecontroleerd dienen te worden. De documenten Communicatie, zijn sterk verouderd en dienen gecontroleerd te worden. Dit is onder de aandacht gebracht van het management.

### Inhoudelijke toelichting beheer documentatie

Gepubliceerde documenten	kwartaal 4 2021			kwartaal 1 2022			kwartaal 2 2022			kwartaal 3 2022			kwartaal 4 2022		
	Aantal documenten gepubliceerd in het systeem	Aantal verlopen of te controleren documenten	percentage verlopen document	Aantal documenten gepubliceerd in het systeem	Aantal verlopen of te controleren documenten	percentage verlopen document	Aantal documenten gepubliceerd in het systeem	Aantal verlopen of te controleren documenten	percentage verlopen document	Aantal documenten gepubliceerd in het systeem	Aantal verlopen of te controleren documenten	percentage verlopen document	Aantal documenten gepubliceerd in het systeem	Aantal verlopen of te controleren documenten	percentage verlopen document
Adelante brede documenten	57	12	21%	59	8	13%	60	8	13%	60	11	18%	59	5	8%
Basis Medische Zorg alg.	73	8	10%	80	6	8%	80	6	5%	66	19	28%	66	15	22%
Medicatieveiligheid	18	0	0%	18	0	0%	18	0	0%	18	1	5%	18	1	5%
Infectiepreventie	29	0	0%	31	0	0%	31	0	0%	31	1	3%	31	1	3%
- DAC	299	37	12%	299	40	13%	300	38	13%	311	55	17%	327	36	11%
- DKJ	109	41	37%	107	57	53%	94	39	41%	100	50	50%	155	68	43%
- DRV Hoensbroek	246	14	5%	248	25	10%	249	24	10%	249	30	12%	249	35	14%
-DRV Viecuri	45	34	75%	45	30	66%	45	30	90%	30	15	50%	38	3	7%
- BC	13	3	23%	13	2	15%	13	2	15%	13	7	53%	13	9	69%
- Communicatie	11	10	90%	11	10	90%	11	9	90%	11	9	90%	13	9	69%
- HR	357	254	71%	212	121	57%	198	89	44%	186	46	24%	130	23	17%
- K&BO	15	2	13%	14	1	7%	18	1	5%	14	0	0%	14	0	0%
- KC	57	6	10%	60	13	21%	63	16	25%	56	13	23%	52	14	26%
- FB	1199	24	1%	1206	24	1%	1211	19	1%	1215	3	0%	1215	3	0%
<b>totalen</b>	<b>2528</b>	<b>445</b>	<b>17%</b>	<b>2403</b>	<b>337</b>	<b>14%</b>	<b>2391</b>	<b>281</b>	<b>11%</b>	<b>2360</b>	<b>260</b>	<b>11%</b>	<b>2380</b>	<b>222</b>	<b>9%</b>

## B Voortgang directie beoordeling

### Conclusie voortgang directiebeoordeling

De directiebeoordeling 2022 is uitgevoerd 19 april 2022 en is input voor de kaderbrief 2023. De doelstellingen in de kaderbrief worden uitgewerkt in de jaarplannen van de divisies en het concern jaarplan.

### Inhoudelijke toelichting directiebeoordeling

Adelante speelt in op interne en externe ontwikkelingen. Interne ontwikkelingen zijn direct gerelateerd aan ontwikkelingen in de buitenwereld, de sterke inflatie en de stijging van de energiekosten zijn er afgelopen periode bijgekomen.

Het is een uitdaging om in te spelen op de markt en te weten waar je op moet sturen.

Intern zal het strategisch HR beleidsplan worden uitgewerkt.

## C Voortgang commissies kwaliteit en veiligheid

### Conclusies voortgang commissies

De commissievergaderingen hebben geleid tot nieuwe aandachtspunten:

#### *Geneesmiddelen*

Module voorraadbeheer in Medimo: er wordt een offerte aangevraagd. Daarna volgt een advies. E-learning Medimo is gekoppeld aan LMS: de commissieleden testen de E-learning.

#### *Basis Medische Zorg*

Er komt een overzicht wat wel en niet hoort bij het takenpakket van het EHBO team. Nu blijkt dat de tijdsinvestering bij een EHBO oproep heel groot is voor de aanwezige verpleegkundige.

#### *Infectiepreventie*

Borgen continuïteit van de HIP coaches is een aandachtspunt. Kan een HIP coaches na een half jaar de taak erbij neer leggen. Hoe wordt de opvolging gefaciliteerd. Bespreken met management DRV

#### *Commissie middelen materialen*

Implementatie van het vastgestelde beleid MDR

### Inhoudelijke toelichting voortgang commissies

Commissie	Onderwerpen	Stand van zaken kwartaal 4 2022	Vervolg actie kwartaal 1 2023
Geneesmiddelen	Training medimo bij nieuwe medewerkers wordt gemist.	Training is geïmplementeerd in LMS, momenteel is pilotfase.	Commissie volgt Pilot fase.
	LSP raadplegen	Het LSP kan nu bij alle cliënten geraadpleegd worden..	Geen vervolgactie nodig
Basis medische Zorg	Protocol Basis Medische Zorg niet up to date	Laatste zaken rondom EHBO worden aangepast.	De commissie volgt
	Meldcode	Registratie van aantal meldingen zal in Zenya worden gebouwd, en zal vast onderdeel worden in de rapportage kwaliteit en veiligheid	De commissie volgt
	Addendum Kinderen CTBM	Het Addendum is ondertekend.	Geen vervolg actie nodig
	Vrijheid beperkende maatregelen	Adelante werkt conform de WGBO en valt hiermee niet onder de Wet Zorg en Dwang	Geen vervolg actie nodig.
Infectie commissie	Hipcoaches	Borgen van de continuïteit	De commissie volgt
Middelen, materialen en omgeving	Wetgeving MDR	Beleid MDR goedgekeurd door RVB	Implementatie.
Incidenten	Medicatie wel/niet meekrijgen vanuit het ziekenhuis	Dit is besproken in het TICM het regionaal incidenten overleg. Er worden gezamenlijk acties ondernomen	De commissie volgt
	Verwijzing wel/niet uit ziekenhuis verstuurd	Dit is besproken in het TICM het regionaal incidenten overleg. Er worden gezamenlijk acties ondernomen	De commissie volgt
	Aandacht voor VIM behandelvloer	Continu aandachtspunt voor de Vim Coordinator	De commissie volgt

## D. Voorgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse

### Conclusie:

#### Adelante niveau

In augustus-september heeft een prospectieve risicoanalyse plaatsvonden door de leden van het CMO ten aanzien van de kaderbrief 2023.

De hoofdvraagstelling is: Waardoor zouden de doelstellingen van de kaderbrief 2023 niet kunnen worden behaald. Er zijn 34 risico's benoemd. Zie onderstaande heatmap. Op basis van de risico inschatting zijn er maatregelen geformuleerd om deze risico's te verkleinen. De status van de beheersmaatregelen is in onderstaande tabel terug te zien.

Deze maatregelen zijn terug te vinden in de jaarplannen 2023 van divisies. Ieder kwartaal worden de jaarplannen door de divisie directies besproken met de raad van bestuur.

Tijdens die gesprekken wordt beoordeeld of de maatregelen het gewenste effect hebben en de doelstellingen uit de kaderbrief niet in gevaar komen.

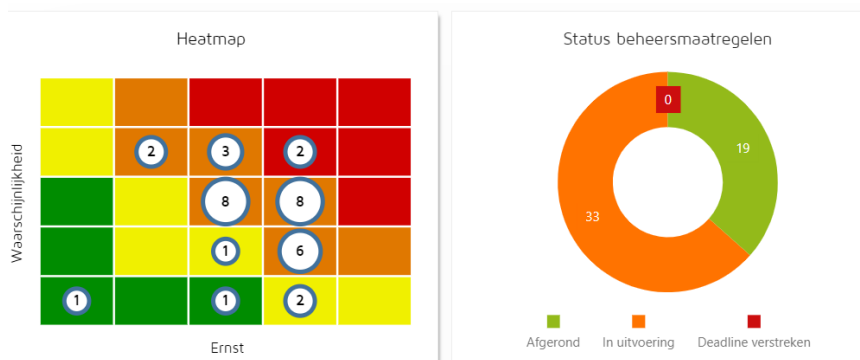
#### Divisie niveau

Op divisie niveau zijn de prospectieve risico's met betrekking tot de zorgpaden in kaart gebracht. Binnen de divisies vindt de evaluatie van de status van de beheersmaatregelen plaats.

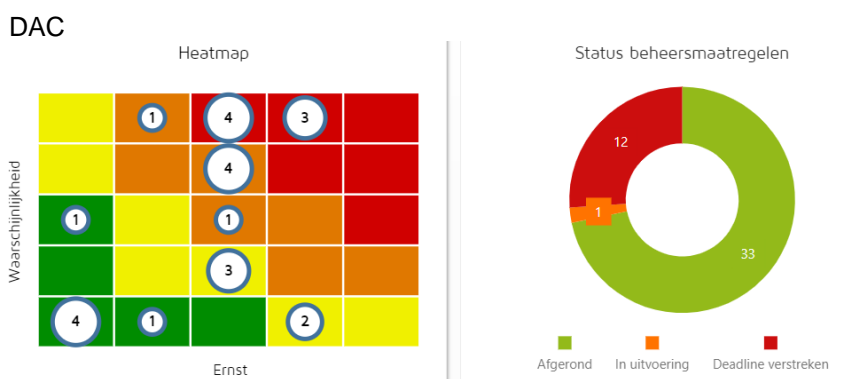
Bij DRV zal de evaluatie in kwartaal 1 2023 worden gepland.

### Inhoudelijke toelichting:

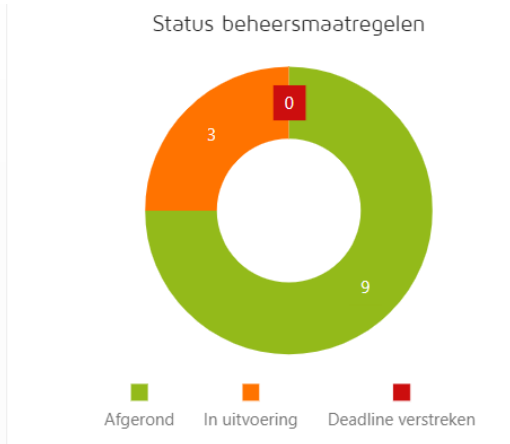
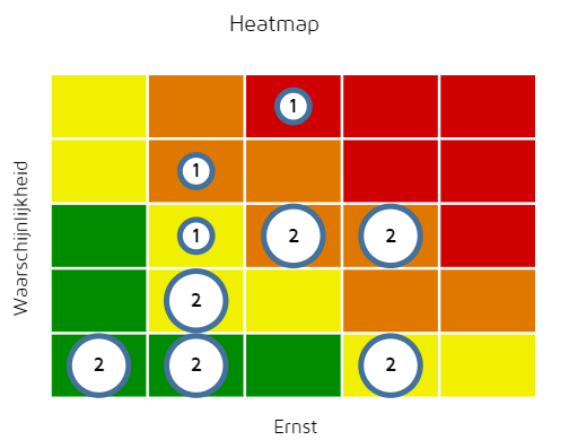
#### Adelante niveau:



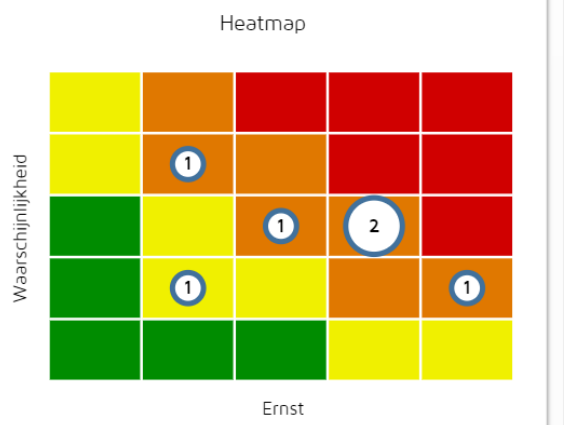
#### Divisie niveau:



DKJ



DRV



*Projectniveau*

Er heeft een risicoanalyse plaatsgevonden voorafgaand aan de vaccinatie van klinische patiënten.  
 Er heeft een risicoanalyse Reflex plaatsgevonden.  
 Er heeft een analyse van de oproepsystemen plaatsgevonden.

## 5. Resultaat van verplichte registraties

1. Kwaliteit cliëntenzorg
2. Veiligheid cliëntenzorg
3. Resultaat toetsing kwaliteitseisen
4. Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem
5. **Resultaat verplichte registraties**
6. Bijlagen

### Conclusie resultaat registraties

Vanaf 2023 wordt het huidige Kwaliteitskader vervangen door de Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 waarbij er meer aandacht zal zijn voor de inbreng van de cliënten met hun ervaringskennis. Er ligt een belangrijke opdracht voor de professionals van Adelante om de aan de eigen kwaliteit te werken. Binnen Adelante is de opleiding en training van professionals structureel ingeregeld. Via het leermanagement systeem (LMS) is dit geborgd.

### Inhoudelijke toelichting resultaat registraties

#### *Kwaliteitskader VGN*

Bouwsteen 1:

Zorgplannen rondom de individuele cliënt zijn op orde. Samen met de cliënt/ouders wordt het zorgplan opgesteld en geëvalueerd. Risico's worden besproken en er worden maatregelen geformuleerd om deze risico's te voorkomen. Twee maal per jaar worden de dossiers d.m.v. een steekproef getoetst op inhoud en volledigheid.

Bouwsteen 2:

Het instrument 'Mijn Mening' is in kwartaal 4 2021 afgenomen. Het algemene tevredenheidsonderzoek is oktober 2022 afgenomen. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 1 van deze rapportage. In [bijlage 1](#) worden de volledige resultaten weergegeven

Bouwsteen 3:

De zelfreflectie binnen de teams vindt in kwartaal 4 2022 plaats. De bevindingen zijn opgenomen in [bijlage 3](#)

Bouwsteen 4:

De rapportage kwaliteit en veiligheid 2022 wordt gepubliceerd op de website van Adelante in het eerste kwartaal van 2022. De externe audit door DNV heeft in juni 2022 plaatsgevonden en heeft niet geleid tot specifieke verbetermaatregelen. In juni 2022 is een nieuwe audit gepland.

#### *Kwaliteitskader wijkverpleging*

Vanaf 2022 is in het kader van de transparantie verplichting, de PREM (Patiënt Reported Experience Measure) worden afgenomen. Dit instrument is een van de verplichte elementen vastgesteld in het kwaliteitskader wijkverpleging. De resultaten van PREM voor Intensieve Kindzorg zijn opgenomen in hoofdstuk 1 van deze rapportage.

#### *Prestatie indicatoren onderwijs*

De resultaten van de prestatie indicatoren zijn bekend en gerapporteerd. In kwartaal 3 2022 zijn de analyses van de resultaten/verbetermaatregelen gerapporteerd van:

- De veiligheidsmonitor 2022
- Uitstroomgegevens 2022
- Plaats bestendinging 2022
- Cliëntervaring 2022

## 6. Bijlagen

### Bijlage 1 Clientervaring Adelante

#### A. DRV totaal

De resultaten van de cliëntervaring **lopen een kwartaal achter** ten opzicht van de kwartaal rapportage Kwaliteit en Veiligheid. In deze rapportage zijn de gegevens van kwartaal 3 2022 beschikbaar. Sinds kwartaal 1 2022 is een nieuwe vraag toegevoegd over "zorg op afstand" bij de Algemene vragen. Deze vraag is een aparte tabel hieronder toegevoegd.

#### DRV Totaal:

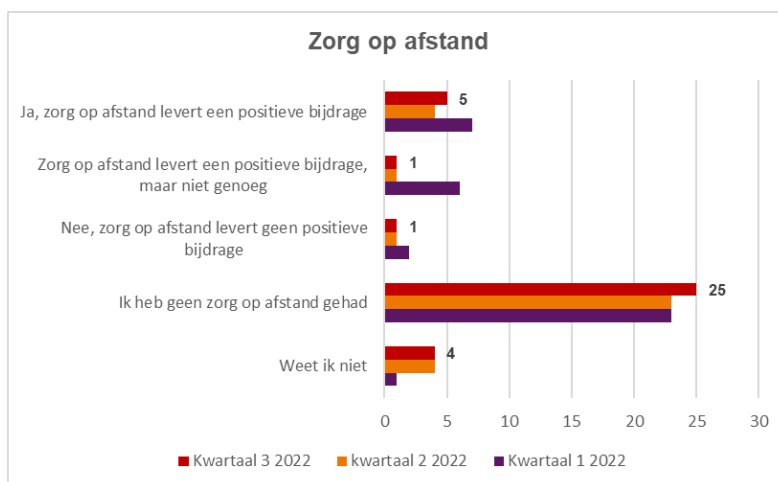
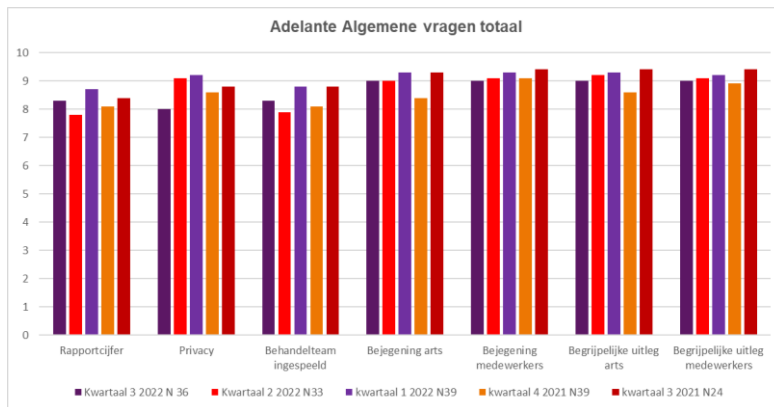
##### Kwartaal 3 2022

Respons: N 36  
 Percentage cliënten dat Adelante aanbeveelt: 88%  
 Percentage behandelplan besproken met de arts: 88%

#### Bijlagen

##### 1. Clientervaring

- A. DRV
  - B. Verblijf en Klinische Zorg
  - C. Intensieve Kind Zorg
- 2. Observaties Externe audit
- 3. Zelfreflectie binnen de teams



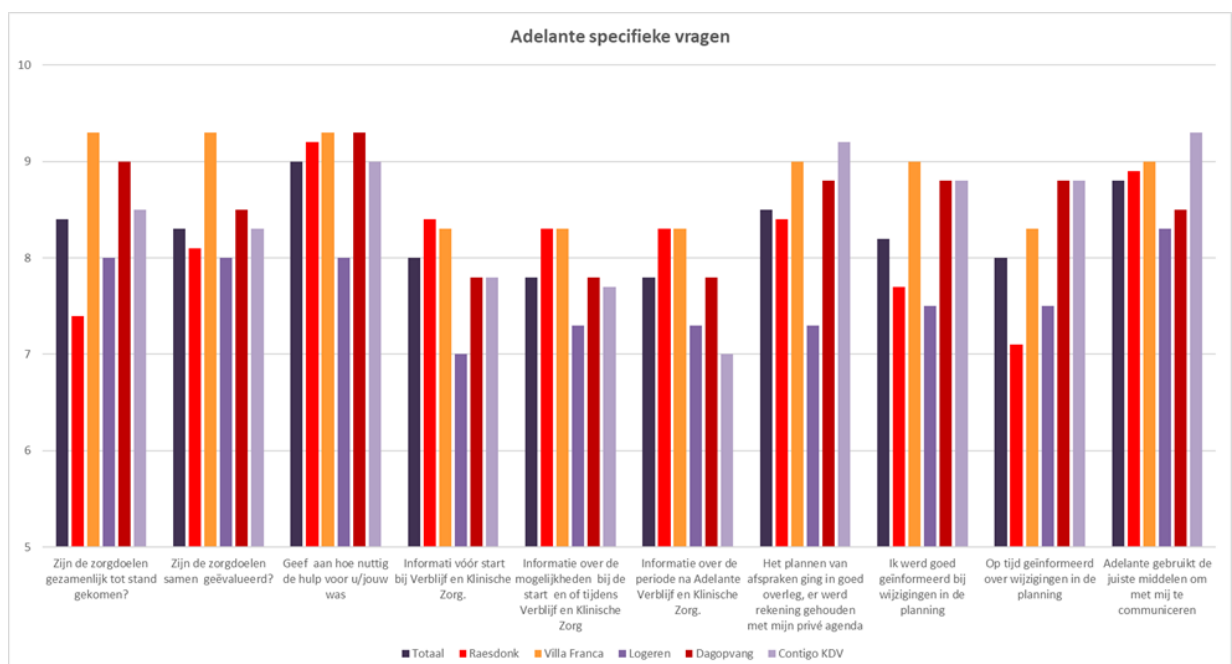
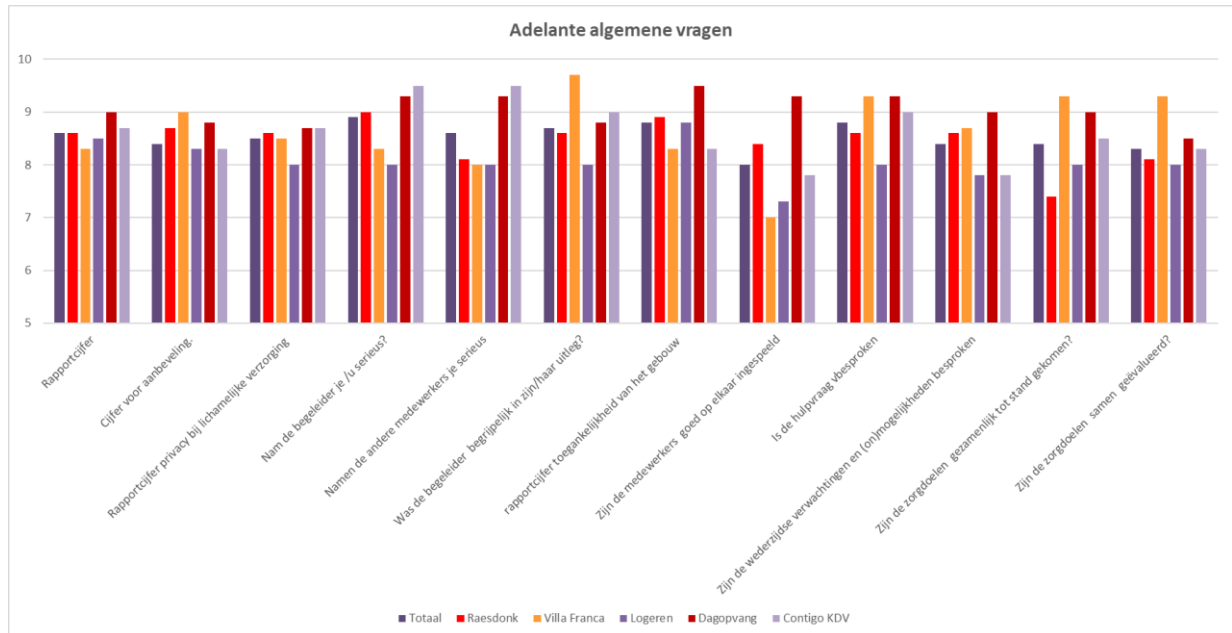


## B. Verblijf en Klinische Zorg: Kwaliteitskader VGN Bouwsteen 2

### Ervaringsvragen Adelante

Aantal uitgenodigd:	85
Respons :	25
Percentage respons:	29%
Percentage aanbeveling:	96%
Cijfer aanbeveling:	8,4
Rapportcijfer:	8,6

2022

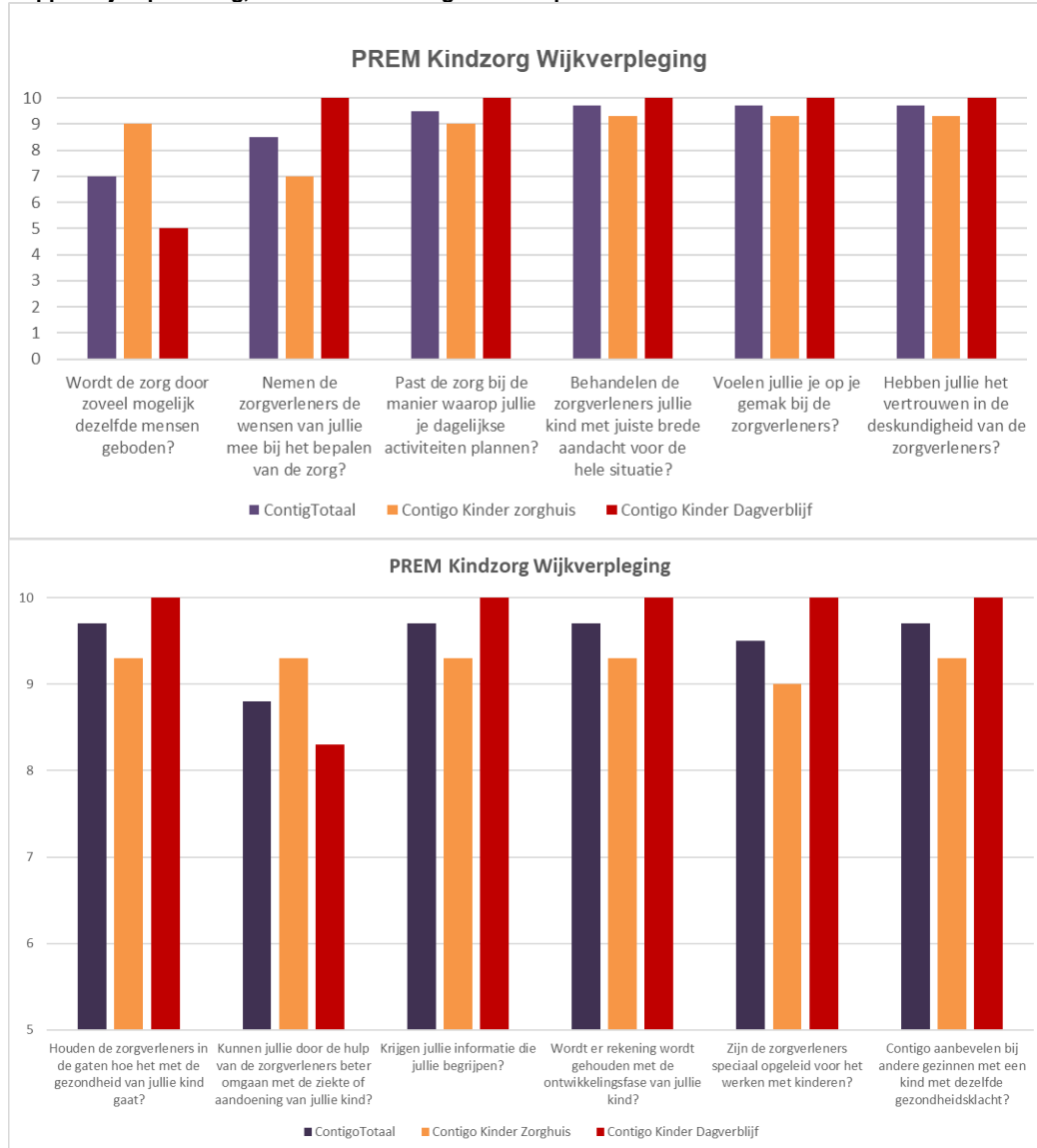


### C. Intensieve Kindzorg (PREM Wijkverpleging)

#### Intensieve Kindzorg totaal

Uitgenodigd: 12  
 Respons: 6  
 Percentage respons: 50%

#### Rapportcijfer per vraag, Intensieve kindzorg totaal en per Locatie



[Terug naar: Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid](#)

## Bijlage 2 Observaties Externe audit DNV

### Bijlagen

- 1 Clientervaring
  - A DRV
  - B Verblijf en Klinische Zorg
  - C Intensieve Kind Zorg
- 2 Observaties Externe audit
- 3 Zelfreflectie binnen de teams

Observaties	Eigenaar	Stand van zaken Kwartaal 4
Naar aanleiding van kwaliteitsmetingen (veiligheidsmonitor / inzicht in kwaliteit) van Q3 2021 zijn nog verbeterplannen gemaakt (vastgesteld bij K&J clustermanagers DKJ onderwijs)	DKJ: Clustermanage ment onderwijs	De analyses /verbeteracties van de Veiligheidsmonitor zijn gemaakt. (gereed)
Dossiervoering uitgevoerd door een stagiaire voldoet niet aan de werkafspraken gemaakt door het team (DRV-Dwarslaesie)	DRV: Behandelteam Dwarslaesie	De stagiaire zit in een leerproces. In dit leerproces worden er ook fouten gemaakt, dit hoort bij het proces. Op maat wordt de stagiaire hierin getraind. De werkafspraken zijn getoetst en zijn voldoende duidelijk. (Gereed)
Zowel tijdens gesprekken over calamiteiten, vim's en met een revalidatiearts wordt aangehaald dat bij een klinische overname de medische brief ontbreekt	DRV: Medisch manager	Dit punt is meegenomen naar het TICM dit betreft externe processen en hiervoor worden afspraken gemaakt in breder verband. (gereed)
ATO: tijdens een rondgang staat van meerdere ruimtes de deur open, wat veroorzaakt wordt door de opslag van zuurstofflessen in deze ruimtes, waarbij goede ventilatie noodzakelijk is. Geconstateerd wordt dat 1 ruimte formeel verboden is voor onbevoegden (ruimte verpleegartikelen); zuurstof in een enkel geval niet goed verzekerd stond middels een ketting	DRV: Verpleegafdelin gen. Verpleegkundig afdelingshoofd	De ruimtes zijn afgesloten en alleen met pasje toegankelijk. (Gereed)
Het LMS is in april vernieuwd. Tijdens de audit bleek dat een afdelingshoofd zelf rapportages moet kunnen uitdraaien van medewerkers die in de gevarenzone staan m.b.t. scholing. Voorheen werden deze rapportages aangeleverd door HRM. Nu moet een afdelingshoofd hier zelf tijd voor inplannen, uitzoeken hoe de rapportage uitgedraaid moet worden (geen dagelijkse vaardigheid) en pas daarna kunnen er acties worden ondernomen richting medewerkers. Het maken van rapportages is wel onderdeel van de basistraining voor leidinggevenden / Er wordt hard gewerkt om een overzicht te verkrijgen over de (her)registratie status en scholingen up to date te krijgen. Het is echter nog niet gereed.	Kenniscentrum: Coördinator Adelante academie	Het Verpleegkundig afdelingshoofd heeft in LMS toegang tot rapportages. (Gereed)

## Bijlage 3 Zelfreflectie in teams

### Bijlagen

- 1 Clientervaring
  - A DRV
  - B Verblijf en Klinische Zorg
  - C Intensieve Kind Zorg
  - D Onderwijs
- 2 Observaties Externe audit
- 3 Zelfreflectie binnen de teams

Evaluatie 2022	Raesdonck wonen	Raesdonck Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
<b>Thema 1; proces rond de individuele cliënt</b>					
<b>A. Wat gaat goed</b>	1. Iedereen een goede passende slaapkamer met de juiste voorzieningen voor veiligheid. (juiste bed, camera)	1. Er wordt zorg op maat geboden voor de kinderen die een hulpvraag hebben voor logeren. Samen wordt gekeken naar juiste moment/ tijd en invulling van logeren. (groepssamenstelling)	1. De intake is verbeterd. Vooraf worden over en weer de verwachtingen goed doorgesproken en er wordt goed gekeken naar een passende plek.	1. D.m.v. de knooppuntenstructuur kan er in een vroeg stadium en preventief hulp worden ingezet en de juiste ondersteuningsbehoeftes worden geboden.	1. Klassen weten de zorgbemiddelaar goed te vinden bij veranderingen op gebied van zorg op school
				2. De Zorg op School doelen worden concreter geformuleerd in de OPP's en afgestemd met de thuissituatie en andere betrokken zorgpartijen.	2. Het overzicht van Zorg op school staat goed geregistreerd
<b>B. Wat kan beter</b>	1. Meer activiteiten organiseren voor een waardevolle dag invulling	1. Goede balans in vakantie periode om ook dan de groepssamenstelling goed te houden.	1. er ontstaat meer vraag voor opvang voor het jonge kind. Momenteel is er maar één verticale groep tijdens schoolweken. Wens is om dit te splitsen in 2 horizontale groepen	1. Informatieoverdracht richting ouders betreffende Zorg op School.	1. Vertaling van de afspraken naar dagelijkse praktijk
	2. Mentoren staan te weinig samen ingepland om goed overleg te kunnen voeren.	2. Bijhouden van de dossiers in het EPD. Objectieve rapportage		2. Intensievere samenwerking tussen onderwijs en revalidatie betreffende het EKEP principe (1kind 1 plan).	2) Meer duidelijkheid over inzet van PB
	3. Teamsamenstelling (teveel oproepkrachten i.p.v. vaste medewerkers)	3. Bijwonen van overleggen zoals bijvoorbeeld MDO's.		3. Eenduidige visie op overlegstructuur op alle leerlingen, onafhankelijk van financieringsstroom (WLZ, PGB, ZWV, Jeugdwet).	3) Aantal PB, die ingezet kunnen worden
	4. teveel (wonen en logeren)taken/mentorscappen ten opzichte FTE's	4 incheck en uitcheck van een kind, vaak worden zaken vergeten		4. Herijken van de tool Zorgmatrix, om hetzelfde doel (in kaart brengen van zorg op school) inzichtelijk te blijven behouden	
<b>C. Verbetervoorstel</b>	1. Wonen en logeren is gezamenlijk op 1 afdeling hierdoor moeilijk om extern een uitje te maken. Splitsen van de groepen voor activiteiten te ondernemen.	1. Kinderen overdag waarbij dit mogelijk is naar evt een opvang gaan in vakantie periodes ipv de afdeling gebruiken.	1. Onderzoeken of het haalbaar is om aanbod te creëren voor het jonge kind (onderbouw/middenbouw) en het ouder kind (bovenbouw en VSO)	1. Samen met Aanmeldteam proces bij binnenkomst van leerling herijken (ouderbetrokkenheid). Folders actualiseren en laten drukken.	1) OPP door ontwikkelen, zodat zorgafspraken hier duidelijk in terug komen.
	2. Plafondlift op meerdere kamers/gang realiseren	2. check lijst hanteren voor start logeren en dan ook bij einde outcheck		2. Binnen MT onderwijs en OIO gezamenlijke koers en bijbehorende overlegstructuur bespreken die passend is bij de vertaling van het Anders Organiseren vanaf schooljaar 23-24.	2) afspraken OPP vertalen naar dagelijkse praktijk
	3. goede teamsamenstelling, invulling vacature	3. scholing rapportage		3. Op de agenda van het MT agenderen en gezamenlijke koers bepalen.	3) PDCA cyclus mbt zorg op school implementeren
				4. OPP leidend laten zijn om de zorg op school te bespreken.	4) Herijking van visie inzet Persoonlijke Begeleiders

Evaluatie 2022	Raesdonck wonen	Raesdonck Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
<b>Thema 2; kwaliteit relatie tussen cliënt en medewerker</b>					
<b>A. Wat gaat goed</b>	1 Er wordt adequate zorg geboden.	1 Er wordt adequate zorg geboden.	1. Kinderen komen graag naar de Dagopvang. Zij voelen zich hier prettig. Er wordt adequate zorg geboden	1. De leerlingen komen met plezier naar school.	1) Er wordt adequate zorg geboden op het moment dat het kind het nodig heeft (adaptieve zorg) door leerkracht en klassenassistente
				2. Er wordt adequate zorg en onderwijs geboden.	2) Onderwijsondersteuners in de Leer-volgklassen krijgen de Hanencursus aangeboden, zodat zij worden ondersteund bij het maken van contact met de leerlingen.
<b>B. Wat kan beter</b>	1 Inzet van Nederlands ondersteund met gebaren of picto's wordt meer ingezet waar dit nodig is.			1. Leerkracht en klassenassistente maken bewust contact (verbinding maken) via de contactprincipes van het LACCS-programma binnen leerroute 2.	1. Leerkracht en klassenassistente maken bewust contact (verbinding maken) via de contactprincipes van het LACCS-programma
	2 Meer inzet van BIM activiteit, ingepast in het programma.			2. Bij iedere leerling het integratieve kindbeeld volledig in kaart brengen. Waarnaast ook de onderwijs- en ondersteuningsbehoefte duidelijk een plaats hebben in het OPP.	2. Klassenteams zijn minder handelingsverlegen bij gedragsproblematiek
	3 basiswaardes missen we en gewicht van een kind				
<b>C. Verbetervoorstel</b>	1 Scholing vanuit LOGO			1. Personeel binnen leerroute 2 (en wellicht ook 3) scholen binnen LACCS.	1. Alle ondersteuners volgen de Hanencursus.
	2 BIM blijven toepassen op de afdeling			2. Vernieuwen van het OPP-format waarbinnen het integratieve kindbeeld leidend is en de onderwijs- en ondersteuningsbehoeften duidelijk naar voren komen.	2. Het OT is uitgebreid met een (ortho)pedagoog.
	3 invoeren wekelijks wegen en basiswaardes per kind noteren				3. Michel Giessen (specialist complex gedrag) wordt vaker op casusniveau bij complexe problematiek ingevlogen.

Evaluatie 2022	Raesdonck wonen	Raesdonck Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
<b>Thema 3; Borging en veiligheid</b>					
<b>A. Wat gaat goed</b>	softplay veilige prettige speelomgeving/ontwikkeling	softplay veilige prettige speelomgeving/ontwikkeling	1. Er wordt goed gekeken naar de zorgvraag per dag en de combinatie van kinderen. Indien nodig wordt er meer personeel gepland om ieders veiligheid en welzijn te borgen. Zo is er een veilige omgeving, waarin het kind tot ontwikkeling kan komen.	1. De veiligheidsprotocollen staan goed weggezet binnen Zenya (kwaliteitsportaal).  2. Ongeacht de financieringsstroom, krijgt iedere leerling een breed geïntegreerd aanbod van zorg binnen Encanto.  3. Er is een aandachtsfunctionaris Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld aangesteld en personeel weet deze te vinden bij signalen of onderbuikgevoelen. Zorgsignalen worden preventiever herkend en met de juiste professionals en ouders besproken.	1) kwaliteit van adaptieve zorg is goed. Wordt goed gekeken naar wat het kind op welk moment nodig heeft.  2) overleg met ouders over de zorgafspraken en de opvolging hiervan  3) PDCA cyclus mbt zorg is geïmplementeerd in de OPP gesprekken.
<b>B. Wat kan beter</b>	De speeltuin moet worden vernieuwd na de watersnood	De speeltuin moet worden vernieuwd na de watersnood	1. Verticale groep opsplitsen in 2 horizontale groepen	1. M.b.t. het primaire proces; zorgbemiddelaars vinden bij de zorgzwaarte. 2. M.b.t. het secundaire proces; de thema's behorende bij 'Zorg op School' dienen op alle lagen beter geborgd te worden. 3. De PDCA cyclus dient beter weggezet te worden i.s.m. de zorgbemiddelaars en de clustermanagers. 4. Alle zaken rondom ICT vereenvoudigen in een overzichtelijk systeem, toegankelijk voor medewerkers en met een ouderportaal.	1) Borging van zorgafspraken in dagelijkse praktijk
<b>C. Verbetervoorstel</b>	Nieuw speeltuin ontwerpen.	Nieuw speeltuin ontwerpen.	1. Onderzoeken of het haalbaar is om aanbod te creëren voor het jonge kind (onderbouw/middenbouw) en het ouder kind (bovenbouw en VSO)	1. Effectiever administreren.  2. Binnen het Anders Organiseren vanaf komend schooljaar dient de gehele Zorg op School daar een plaats in te krijgen. 3. PDCA cyclus m.b.t. Zorg op School implementeren; middels het aanstellen van een functionaris (expert zorg). 4. Het huidige Actieplan ICT wordt uitgevoerd (o.l.v. ict-coördinator onderwijs).	1) OPP door ontwikkelen, zodat zorgafspraken hier duidelijk in terug komen.

Evaluatie 2022	Raesdonck wonen	Raesdonck Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 4; Toerusting van de medewerker					
<b>A. Wat gaat goed</b>	Medewerkers werken met plezier en passie op de afdeling	Medewerkers werken met plezier en passie op de afdeling	Medewerkers werken met plezier en passie op de afdeling	1. Medewerkers werken met veel passie en enthousiasme voor de leerlingen.	1) Medewerkers hebben een passende vooropleiding.
	Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.	Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.	Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.	2. Bij gebrek aan personele bezetting is het team in staat om extra inzet te tonen en de gaten met elkaar te vullen.	2) Informatieverstrekking en ondersteuning aan klassenteams
					3) Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.
<b>B. Wat kan beter</b>	LMS wordt uitgebreid met andere cursussen(tiltechnieken etc)	LMS wordt uitgebreid met andere cursussen(tiltechnieken etc)	Meer specifieke opleidingen volgen meer gericht op gedrag	1. De medewerkers zijn voldoende geschoold binnen alle ziektebeelden.	1) tijdspannen van aanvragen van een buddy tot daadwerkelijk kunnen inzetten van een buddy
	Waardering en juiste functiebeschrijving voor medewerkers	Waardering en juiste functiebeschrijving voor medewerkers		2. Medewerkers krijgen bij start binnen Adelante een maatje toegewezen die hen wegwijs maakt in dagdagelijkse zaken.	2) LMS wordt uitgebreid met andere cursussen(tiltechnieken etc)
				3. Medewerkers volgen de verplichte LMS trainingen.	
				4. Medewerkers dienen meer zicht te hebben over de hele cyclus van Zorg op School.	
<b>C. Verbetervoorstel</b>	LMS wordt uitgebreid.	LMS wordt uitgebreid.	Inventariseren welke scholingsbehoefte er is bij medewerkers en dit meenemen in het scholingsplan	1. LMS wordt uitgebreid en in samenwerking met de Adelante Academie en Zo Dichtbij worden er workshops en scholingen gegeven waar medewerkers zich voor op kunnen geven en waar de nieuwe medewerkers verplicht worden bij aan te sluiten.	1) LMS wordt uitgebreid.
	Begeleider en assistent begeleider wordt pedagogische medewerker nieuwe FWG traject doorlopen	Begeleider en assistent begeleider wordt pedagogische medewerker nieuwe FWG traject doorlopen		2. De maatjes-structuur wordt herijkt.	2) Term Buddy vervangen door persoonlijk begeleider om zo meer sollicitanten te werven.
				3. In samenwerking met de Adelante Academie zet het management hier een nieuwe lijn op uit.	
				4. Binnen het traject van Anders Organiseren krijgt de functionaris (expert zorg) de taak om binnen de school de cyclus van Zorg op School goed te implementeren en te borgen.	

