

# Rapportage kwaliteit & veiligheid

CLIENTENZORG ADELANTE 2023



## Rapportage Kwaliteit & veiligheid cliëntenzorg Adelante 2023

Adelante is een zorggroep met Volwassenenrevalidatie, Arbeid, Kinderrevalidatie, Speciaal onderwijs, Verpleegkundige zorg & Verblijf 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) de NEN 8009-2018 (veiligheid) en de NEN 7510-2017 (informatiebeveiliging)

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 is het 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 2023 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 2023 gerealiseerd zijn.

In 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), de verplichte indicatoren van Inspectie Onderwijs, het kwaliteitskader van Wijkverpleging en de vier bouwstenen van het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 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 .....	7
<b>2. Veiligheid cliëntenzorg</b> .....	<b>8</b>
A Calamiteiten .....	8
B Incidenten .....	8
C Informatiebeveiliging en privacy.....	8
<b>3 Resultaat toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen</b> .....	<b>9</b>
<b>4 Kwaliteit- en Veiligheidsmanagementsysteem</b> .....	<b>10</b>
A Beheer van documentatie .....	10
B Voortgang directie beoordeling .....	10
C Voortgang commissies kwaliteit en veiligheid.....	10
D. Voortgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse .....	11
<b>5. Resultaat van verplichte registraties</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Bijlagen</b> .....	<b>14</b>
Bijlage 1 Clientervaring Adelante .....	14
Bijlage 2 Observaties Externe audits DNV .....	18
Bijlage 3 Zelfreflectie in teams.....	21

2023						
Onderwerp	Samenvatting	Kwartaal 1	Kwartaal 2	Kwartaal 3	Kwartaal 4	
Kwaliteit cliëntenzorg	<b>Klachten</b>					
	Aantal klachten Adelante bij klachtenfunctionaris	9	11	13	10	
	Aantal klachten Adelante bij klachtencommissie	0	0	0	0	
	Aantal klachten afgerond < 6 wk (norm)	7	9	11	7	
	Aantal klachten afgerond > 6 wk	0	0	0	0	
	<b>Rapportcijfer: Continumeting Ervaringsonderzoek Revalidatie Nederland</b>					
	<b>DRV Totaal</b>	8,1	8,7	7,8	8,4	
	<b>Rapportcijfer: Jaarmeting Pem vragenlijst Fenac</b>					
	Rapportcijfer DAC	8,7	8,8	8,7	8,8	
	<b>Rapportcijfer: Jaarmeting ervaringsonderzoek</b>					
	DKJ: Kinderrevalidatie RN jaarmeting	7,8	8,8	8,0	8,3	
	DKJ: Verblijf en klinische zorg (november 2023)				8,7	
DKJ: PREM Intensieve Kindzorg (november 2023)				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	0	0	0	0	
	<b>Incidenten Adelante totaal</b>					
	Aantal ingediende incidenten	118	161	161	148	
	Aantal afgehandelde incidentmeldingen	91	139	129	133	
	Percentage afgehandelde incident meldingen	77%	86%	80%	90%	
	<b>Incidenten per divisie</b>					
	Percentage afgehandelde incident meldingen DRV	86%	86%	86%	96%	
	Percentage afgehandelde incident meldingen DAC	100%	100%	100%	100%	
	Percentage afgehandelde incident meldingen DKJ	46%	85%	69%	78%	
	<b>Informatie beveiliging</b>					
	Aantal incidenten datalekken gemeld binnen Adelante	19	16	11	11	
Aantal incidenten datalekken gemeld bij AP	2	2	4	4		
<i>Administratie van afhandelen VIM verdient continu aandacht en wordt ook als aandachtspunt door de RvB met de divisies besproken.</i>						

Toetsing kwaliteitseisen	<b>(On)verwacht bezoek inspectie</b>				
	Inspectie gezondheidszorg:			ja	
	Inspectie onderwijs:	Ja		ja	
	Inspectie Gemeenten: kdv de Contigo/Bereboot	Ja			
	<b>Afwijkingen interne en externe metingen en hun opvolging (PDCA)</b>				
	Interne audit: Aantal afwijkingen kritische processen:	3	0	0	3
	Interne audit: Aantal afwijkingen kritische processen waarvan de opvolging stagneert	0	0	0	0
Externe audit DNV 2023: ISO 9001 Aantal observaties	0	9	9	5	
Externe audit DNV 2023: Nen 7510 Observaties				15	
<i>Interne audits zijn conform planning uitgevoerd. Binnen de divisies worden de verbeterpunten op gepakt.</i>					
Kwaliteit en veiligheidsmanagement-systeem	<b>Documentbeheer Adelante totaal</b>				
	Aantal documenten in systeem	2340	2480	2347	2377
	Aantal documenten controle datum verstrekten	313	335	278	314
	Percentage verstrekten documenten	13%	13%	11%	13%
	<b>Directiebeoordeling</b>				
	Directiebeoordeling is uitgevoerd conform jaarplanning: Ja/Nee		Ja		
	Aantal vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen maart 2023		5		
	<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	1	0	0	1
<b>Risicomanagement</b>					
Aantal uitgevoerde risicoanalyses 2023 per kwartaal	2		3	2	
<i>Documentbeheer is opgenomen in een project. Hier is Adelante breed aandacht voor.</i>					
Resultaat van registraties	<b>Aanleveren prestatie indicatoren RN behaald (B) of niet behaald (NB)</b>				
	Aanleveren van de verplichte indicatoren RN kwartaal 1	B			
	Aanleveren van de verplichte indicatoren Fenac	B	B	B	B
	Aanleveren van de verplichte indicatoren VGN kwartaal 1	B			
	<b>Prestatie indicatoren onderwijs</b>				
	SO uitstroom op basis van OPP*			85%	
	VSO uitstroom op basis van OPP*			75%	
	Maasgouw uitstroom op basis van OPP*			100%	
	Bestending SO 2019- 2020 Norm 75%			100%	
	Bestending VSO 2019-2020 Norm 75%			39%	
	Bestending Maasgouwschool Norm 75%			90%	
Veiligheidsmonitor kwartaal 2			B		
<i>Prestatie indicatoren onderwijs: De analyses zijn voltooid verbetermaatregelen zijn opgesteld in een plan van aanpak</i>					

Uitleg:

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

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

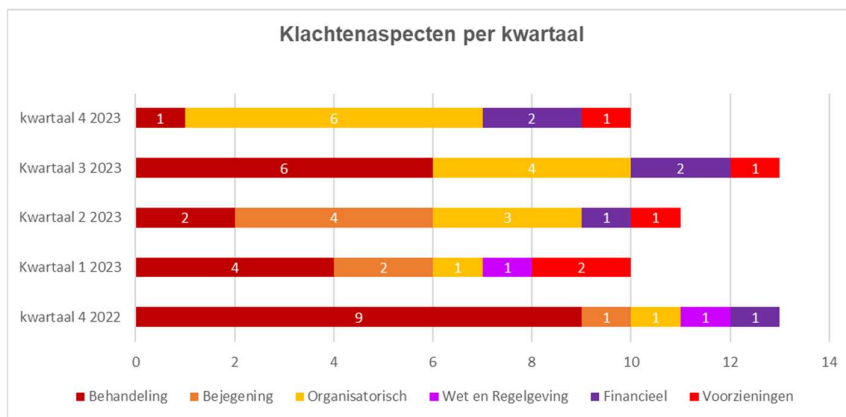
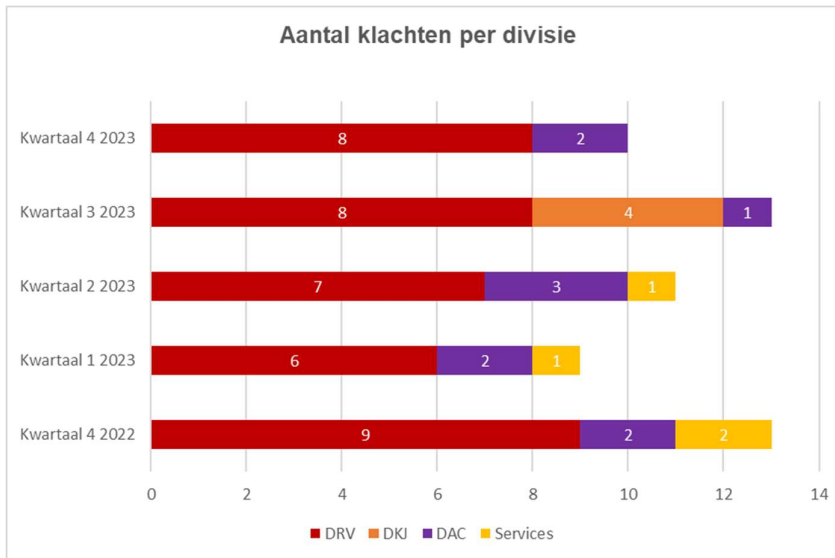
### Conclusie klachten

#### Trend klachten 2023:

Vorig jaar is de trend van klachten 2018-2022 gerapporteerd. Uit deze trend kwam vooral naar voren dat het aantal klachten per jaar tussen de 51-56 is. Met totaal 43 klachten gemeld bij de klachtenfunctionaris in 2023, is dit aantal verminderd.

Wat betreft de klachtenaspecten is vorig jaar beschreven dat “bejegening” bij 23% van de klachten voorkomt in de periode van 2018-2022. Het leek erop dat vanaf het tweede kwartaal 2022 sprake was een daling van het aantal klachten “bejegening”. Deze trend van daling van klachten “bejegening” heeft zich in 2023 voortgezet. Bij 16% van de klachten is er sprake van het klachtenaspect “bejegening.” De overige klachtenaspecten zijn ongeveer gelijk gebleven met de trendanalyse van vorig jaar.

### 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 8,7.

Het instrument mijn Mening wordt 1 maal in de twee jaar afgenomen. Dit zal in 2024 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 2024 worden de bevindingen van deze analyse en de mogelijke verbetermaatregelen gerapporteerd.

#### *Continu ervaringsonderzoek Revalidatie PEM*

Volwassenen revalidatie:

De respons van de PEM revalidatie blijft stabiel afgelopen 3 drie kwartalen. Het rapportcijfer is boven de Adelante norm van 8,0.

Kinderrevalidatie:

Bij Kinderrevalidatie is er sprake van een lage respons. Daarom dat de huidige rapportage gebaseerd is op een optelling van resultaten van alle locaties en alle kwartalen 2023. Er zijn in kwartaal 1 t/m 3 521 vragenlijsten verstuurd. Er zijn 63 vragenlijsten ingevuld. Dit is een percentage van 12%. Het rapportcijfer totaal kwartaal 1 t/m 3 is een 8,3.

#### *Cliëntervaring DAC PEM*

Uit de resultaten van de PEM blijkt dat DAC met een rapportcijfer van 8,8 ruim boven de vastgestelde norm van cijfer 8,0 zit.

### Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid

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

## 2. Veiligheid cliëntenzorg

### A Calamiteiten

#### Conclusie calamiteiten

Er is in 2023 *geen* sprake geweest van een calamiteit die gemeld is bij inspectie. .

### B Incidenten

#### Conclusie incidenten

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

In 2023 heeft VIM coördinator samen met leidinggevenden gewerkt aan het bevorderen van het melden van VIM op de werkvloer. Het formulier VIM wordt aangepast met het registreren van bijna incidenten.

#### Inhoudelijke toelichting

*Aantal incidenten per divisie*

Kwartaal	DKJ	DRV	DAC	Eindtotaal
1	26	78	1	105
2	54	100	1	155
3	58	94	3	155
4	46	97	1	144
<b>Totaal 2022</b>	<b>184</b>	<b>369</b>	<b>6</b>	<b>559</b>

### C Informatiebeveiliging en privacy

#### Conclusie informatiebeveiliging en privacy

In december 2023 heeft de initiële audit plaatsgevonden voor de NEN7510. Deze audit is uitgevoerd door twee auditoren van de firma DNV. Dit heeft uiteindelijk geleid tot certificering van Adelante voor de NEN7510. Via de FG en CISO van Adelante is het auditrapport van de certificeringsaudit op te vragen. Certificering voor de NEN7510 is een grote stap in de goede richting. Duidelijk is dat de organisatie aan het begin staat van het traject om tot een optimaal volwassenheidsniveau te komen voor wat betreft informatiebeveiliging. De organisatie moet in de loop der jaren een groei kunnen aantonen in de PDCA-cycli en de borging van het ISMS.

#### 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 2023	Totaal aantal (VIM)meldingen Informatiebeveiliging/Privacy	Datalekken gemeld bij Autoriteit Persoonsgegevens
Kwartaal 1	19	2
Kwartaal 2	16	2
Kwartaal 3	11	4
Kwartaal 4	11	4
<b>Totaal</b>	<b>57</b>	<b>12</b>



### 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 2023 heeft Inspectie onderwijs de Maasgouw bezocht. De Maasgouw is getoetst op de herstel maatregelen. Deze maatregelen zijn goed opgepakt. Hiermee is de beoordeling een voldoende. De rapportage is nog niet beschikbaar.

##### *Externe audit ISO 9001 2015, NEN 8009 2018 en NEN 7510*

De (her) certificeringsaudits zijn goed verlopen. Adelante heeft de certificatie weer behaald. Er zijn verbeterpunten geformuleerd. Alle bevindingen worden opgepakt zie bijlage 2

##### *Interne audit:*

In kwartaal 4 2023 hebben 2 interne audits plaatsgevonden DKJ. Bij 1 audit is geconstateerd dat de audits niet op de hoogte zijn van mailen via Zivver met ouders van kinderen. Deze afwijking betreft het kritisch proces "Informatiebeveiliging en privacy." Binnen DKJ zullen er corrigerende maatregelen genomen worden. De overige geconstateerde verbeterpunten betreffen geen kritisch proces en worden binnen de divisie opgepakt. De derde audit heeft plaatsgevonden bij DAC, er zijn geen afwijkingen geconstateerd.

In kwartaal 3 2023 hebben geen interne audits plaatsgevonden

Er heeft in kwartaal 2 2023 1 interne audit bij DAC plaatsgevonden. De audit heeft geleid tot verbeterpunten, die middels Zenya opgevolgd worden. Er zijn geen afwijkingen geconstateerd ten aanzien van de kritische processen.

Er hebben in kwartaal 1 2023 3 interne audits bij DRV plaatsgevonden en 1 interne audit bij DKJ. De audits hebben geleid tot verbeterpunten, die middels Zenya opgevolgd worden.

##### *Veiligheidsronde*

Kwartaal 4: In november heeft een veiligheidsronde plaatsgevonden bij DKJ Encanto. Diverse aspecten zijn onderzocht: hygiëne en infectiepreventie, medicatie, medische apparatuur; looppaden/vluchtroutes vrij van obstakels; omgeving vrij van obstakels (haken, stootpunten en enz.; materialen enz.); privacy; voeding keuken (koelkast); ARBO/BHV ( vluchtwegen, brandblussers, ontruimingsplan. De meeste zaken zijn goed op orde

Kwartaal 3: Er heeft een veiligheidsronde plaatsgevonden bij divisie Services. Diverse aspecten van veiligheid zijn getoetst. Hygiëne, omgeving, apparatuur privacy en Arbo/BHV. De algemene indruk was goed. De ruimtes die bezocht werden zijn vrij van gevaarlijke obstakels, computer schermen zijn vergrendeld, apparatuur is over het algemeen goed geregistreerd en gekeurd. Ruimtes die niet in gebruik waren zijn afgesloten.

Wat betreft het onderwerp informatiebeveiliging en privacy, dient er meer aandacht te zijn voor het "clean desk" principe, op diverse plekken is informatie over medewerkers aanwezig, deze informatie is toegankelijk voor onbevoegden.

#### Inhoudelijke toelichting toetsing kwaliteitseisen

##### *Externe audit Nen 7510*

Adelante heeft in kwartaal 4 het NEN 7510 certificaat behaald voor Informatiebeveiliging.

## 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

Documentbeheer is een continu aandachtspunt voor de organisatie. Divisie DRV heeft net een nieuwe documentbeheerder opgeleid. De achterstand in het document beheer zal komend kwartaal worden opgepakt.

#### Inhoudelijke toelichting beheer documentatie

Gepubliceerde documenten	kwartaal 4 2022		kwartaal 1 2023		kwartaal 2 2023		kwartaal 3 2023		kwartaal 4 2023			
	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	59	5	8%	53	5	9%	56	8	14%	55	8	14%
Basis Medische Zorg alg.	66	15	22%	65	11	16%	55	2	3%	64	1	1%
Medicatieveiligheid	18	1	5%	19	0	0%	19	0	0%	19	0	0%
Infectiepreventie	31	1	3%	33	1	0%	37	0	0%	35	0	0%
- DAC	327	36	11%	316	32	10%	314	58	18%	308	44	14%
- DKJ	155	68	43%	157	60	38%	245	64	26%	144	51	35%
- DRV Hoensbroek	249	35	14%	197	154	78%	195	154	78%	133	109	81%
- DRV Viesuri	38	3	7%	35	0	0%	25	0	0%	35	0	0%
- BC	13	9	69%	2	0	0%	6	0	0%	4	1	25%
- Communicatie	13	9	69%	13	4	30%	12	1	8%	12	2	8%
- HR	130	23	17%	154	28	18%	214	23	10%	236	24	10%
- K&BO	14	0	0%	26	5	20%	26	5	20%	26	4	15%
- KC	52	14	26%	49	12	24%	55	20	36%	56	30	53%
- FB	1215	3	0%	1221	1	0%	1221	0	0%	1220	4	0%
<b>totalen</b>	<b>2380</b>	<b>222</b>	<b>9%</b>	<b>2340</b>	<b>313</b>	<b>13%</b>	<b>2480</b>	<b>335</b>	<b>13%</b>	<b>2347</b>	<b>278</b>	<b>11%</b>

### B Voortgang directie beoordeling

#### Conclusie voortgang directiebeoordeling

De directiebeoordeling 2023 is uitgevoerd op 28 maart 2023 en vormt input voor de kaderbrief 2024. De doelstellingen zijn opgenomen in de kaderbrief 2024 en worden uitgewerkt in de jaarplannen van de divisies en het concern jaarplan.

#### Inhoudelijke toelichting directiebeoordeling

Er zijn een aantal uitdagingen voor de organisatie benoemd:

- Strategisch omgaan met externe ontwikkelingen. (van “buiten naar binnen”: hoe gaan we om met keuzes van externe partijen);
- Innovatie (digitale) ontwikkelingen volgen en toepassen (Artificial Intelligence);
- Toenemende uitdagingen in de bedrijfsvoering (hoge inflatie, CAO, afnemend leerlingenaantal ect.);
- Basis op orde: Juiste registratie en sturen op betrouwbare data;
- Heldere procesbeschrijving, als basis voor verbetertrajecten (AFAS, Roosterplaatvorm ect.).

### C Voortgang commissies kwaliteit en veiligheid

#### Conclusies voortgang commissies

De commissievergaderingen hebben geleid tot nieuwe aandachtspunten:

##### *Geneesmiddelen*

Herijking van het geneesmiddelen proces is noodzakelijk i.v.m. implementatie van een nieuw R—EPD *Basis Medische Zorg*

Medische calamiteit: Afspraken maken -betreffende het beschikbaar zijn van de lift voor hulpdiensten.

##### *Infectiepreventie*

Afvalbeleid: Het afvalbeleid vastgesteld en geïmplementeerd door Services heeft tot problemen geleid in het primaire proces. Artsen, verpleegkundigen en behandelaren konden op de werkplek (behandelkamers, patiëntenkamers enz.-) geen afval meer kwijt. Bovendien hebben de huidige afvalbakken voor restafval geen deksel. Dit leidt tot stankoverlast en hygiëne problemen.

In de infectie commissie is geconstateerd dat het beleid niet voldoet aan de eisen van de hygiëne en

infectiepreventie. Dit is door de infectie commissie besproken met Services. Er zijn diverse herstelmaatregelen getroffen. Bovendien is de manager civiel technische dienst van Services nu lid van de Infectiecommissie in verband met de raakvlakken betreffende hygiëne en infectiepreventie. Veranderingen in beleid rondom hygiëne (medische materialen, patiëntenkamers, behandelruimtes enz) worden vanaf nu aan de voorkant besproken in de infectie commissie.

#### *Commissie middelen materialen*

De Implementatie van MDR: Er zijn nog vragen bij vakgroep ergotherapie van DRV Hoensbroek, de implementatie is nog niet afgerond. Er is gevraagd om de vragen te verzamelen. Daarna zullen deze worden opgepakt zodat de implementatie kan worden afgerond.

#### *Veilig Incident Melden*

Inhoudelijke verbetering van het VIM formulier ten behoeve van betere inhoudelijke trendanalyses .

### **Inhoudelijke toelichting voortgang commissies**

Commissie	Onderwerpen	Stand van zaken kwartaal 4 2023	Vervolg actie kwartaal 1 2024
Geneesmiddelen	Griepvaccinatie cliënten	Het proces is ingeregeld in Medimo. Het is nog niet helemaal vlekkeloos verlopen Dit wordt geëvalueerd.	De commissie volgt.
	Het geneesmiddelen proces	Het geneesmiddelen proces dient weer een kritisch te worden doorlopen. Ook met het oog op een nieuw EPD	De commissie volgt.
	Noodprocedure R-EPD/Medimo mailbox	De noodlaptops zullen vervangen worden door een cloud gebaseerde oplossing begin 2024	De commissie volgt.
Basis medische Zorg	Calamiteiten protocol	Bij een calamiteit is gebleken dat de lift niet gereed staat voor hulp diensten. Dit wordt opgepakt met CTD	De commissie volgt.
	Oproepsysteem Ascom	De risicoanalyse is gereed. Deze wordt besproken met de directie van DRV en RVB	De commissie bewaakt de voortgang
Infectie commissie	Hipcoaches	Borgen van de continuïteit.	De commissie bewaakt de voortgang
	Adelante afvalbeleid	De coördinator infectiepreventie adviseert directeur services. Bovendien wordt een medewerker services lid van de infectiecommissie i.v.m. de raakvlakken (hygiëne en infectiepreventie)	De commissie volgt.
	Griep/COVID vaccinatie	De Griepvaccinatie voor medewerkers is geëvalueerd. Er wordt onderzocht of dit in de toekomst door de Arbodienst kan worden overgenomen.	De commissie adviseert.
Middelen, materialen en omgeving	Wetgeving MDR	MDR beleid is gecommuniceerd. De divisies gaan ermee aan de slag. Door middel van interne audit wordt getoetst in hoeverre het beleid is geïmplementeerd.	De commissie bewaakt de voortgang
VIM	Aandacht voor VIM behandelvloer	Continu aandachtspunt voor de Vim Coördinator.	De commissie bewaakt de voortgang

### **D. Voorgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse**

#### **Conclusie:**

#### **Conclusie prospectieve risicoanalyse 2023:**

##### *Adelante niveau*

- Evaluatie strategische risico's kaderbrief 2023: kwartaal 1 2024 worden gerapporteerd.
- Prospectieve risico analyse n.a.v. Kaderbrief 2024: dit is in kwartaal 3 2023 uitgevoerd. De maatregelen in opgenomen in het jaarplan 2024
- 4x per jaar Risicoanalyse n.a.v kritische processen cliëntenzorg.

##### *Divisie niveau*

- DRV: Evaluatie zorgpad maart 2023
- DAC: Evaluatie zorgpad taal + zorgpad Tinnitus september 2023

- DKJ: Evaluatie zorgpad revalidatie april 2023

*Project niveau*

- DKJ +DRV Ascom (verpleegoproepsysteem) september 2023
- DKJ: Unit onderwijs juli en oktober 2023
- Arbeid: proces planning december 2023
- DRV-DAC-DKJ: MDR april 2023

**Inhoudelijke toelichting:**

*Adelante niveau:*

De belangrijkste risico's die uit de kaderbrief 2024 naar voren komen zijn:

- Het verliezen van eigen focus of verzanden in doelen van externe partijen
- Innovatie staat haaks op financiering
- Medewerkers weten onvoldoende wat Adelante van hen verwacht
- Financieel risico nieuwe R-EPD
- Afname leerlingen aantal en klinische instroom (DKJ)
- Daling klinische instroom (DRV)
- Financiering E-Health in huidige bedrijfsprocessen (DRV)
- Innovatie onvoldoende geborgd in begroting (DAC)
- CAO verhoging bij gelijkblijvende begroting (Kenniscentrum)
- Onvoldoende connectie tussen ontwikkeling en zorg
- Behouden van kwalitatief hoogwaardig personeel

De maatregelen naar aanleiding van deze risico's zijn inzichtelijk in de jaarplannen van 2024 en worden ieder kwartaal besproken met de raad van bestuur.

*Divisie niveau.*

De evaluaties van de risicoanalyses zorgpaden verlopen conform planning.

*Projectniveau*

evaluaties van de risicoanalyses naar aanleiding van projecten zijn gepland.

## 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 is het 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*

VGN heeft een kwaliteitskader vastgesteld, waaraan alle organisaties die langdurige zorg (WLZ) leveren moeten voldoen. Voor Adelante betreft dit de cliënten van de Raesdonck (wonen), Logeren en de Dagopvang. Dit kader bevat 4 Bouwstenen. Bouwsteen 1 betreft het individueel ondersteuningsplan, Bouwsteen 2 betreft kwaliteitsverbetering en cliëntervaring. Bouwsteen 3 betreft zelfreflectie binnen de teams. Bouwsteen 4 betreft een externe audit en verantwoording middels een rapportage, die gepubliceerd is op de website van Adelante. Hieronder is de stand van zaken van de Bouwstenen besproken.

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. Dit is gereed en de dossiers zijn op orde.

Bouwsteen 2: In oktober/november 2023 is het jaarlijkse cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 1 cliëntervaring van deze rapportage.

Bouwsteen 3: De zelfreflectie binnen de teams is in kwartaal 4 2023 uitgevoerd. En is opgenomen in bijlage 3 van deze rapportage.

Bouwsteen 4: De rapportage Kwaliteit en Veiligheid 2023 wordt gepubliceerd op de website van Adelante in kwartaal 2 2024. En de externe audit in juni 2023 heeft niet geleid tot afwijkingen.

#### *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 2023 zijn de analyses van de resultaten/verbetermaatregelen gerapporteerd van:

- De veiligheidsmonitor 2023
- Uitstroomgegevens 2022
- Plaats bestendinging 2022

#### *Prestatie indicatoren revalidatie*

Jaarlijk voldoet Adelante aan de verplichte aanlevering van de prestatie indicatoren "Inzicht in revalidatie". De resultaten openbaar gemaakt op de website "Revalidatiecheck" van de NVZ. (Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen)

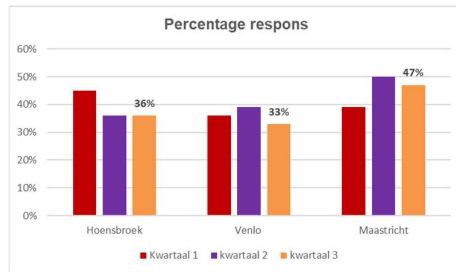
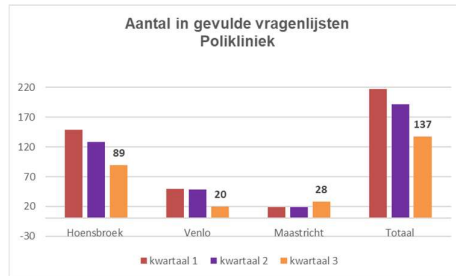
## 6. Bijlagen

### Bijlage 1 Clientervaring Adelante

#### A. Volwassenrevalidatie – kinderrevalidatie PEM

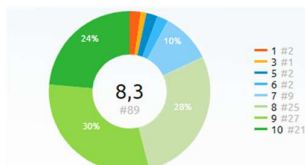
#### Polikliniek Volwassenenrevalidatie

#### Respons

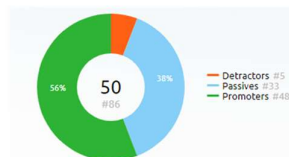


#### Rapportcijfer en NPS

##### Rapportcijfer Hoensbroek



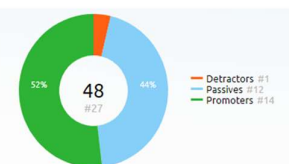
##### NPS



##### Rapportcijfer Venlo



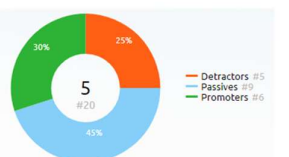
##### NPS



##### Rapportcijfer Maastricht



##### NPS



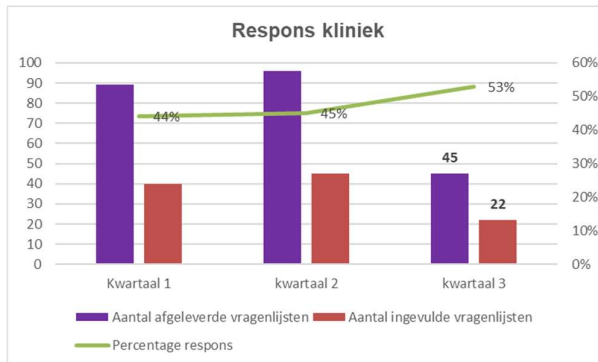
#### Bijlagen

##### 1. Clientervaring

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

## Kliniek volwassenenrevalidatie

### Respons

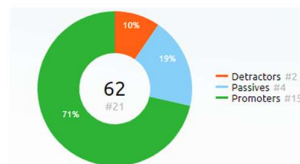


### Rapportcijfer en NPS

#### Rapportcijfer DRV kliniek

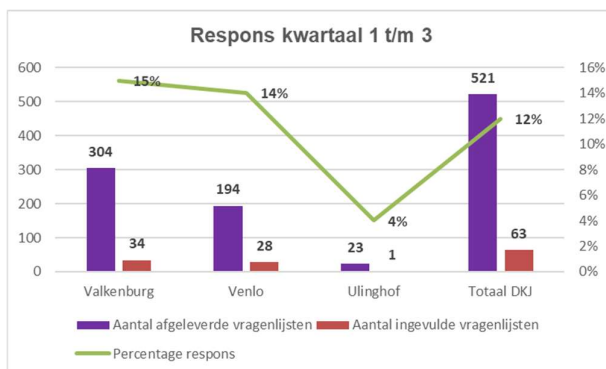


#### NPS



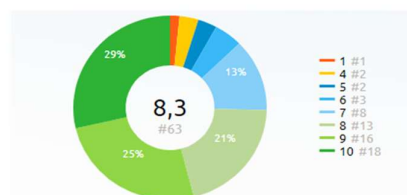
## Polikliniek kinderrevalidatie

### Respons

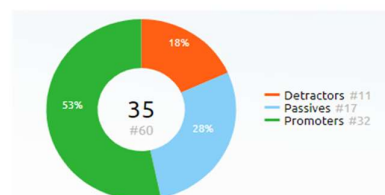


### Rapportcijfer en NPS

#### Rapportcijfer totaal DKJ kwartaal 1 t/m 3



#### NPS



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

### Totaal 2023

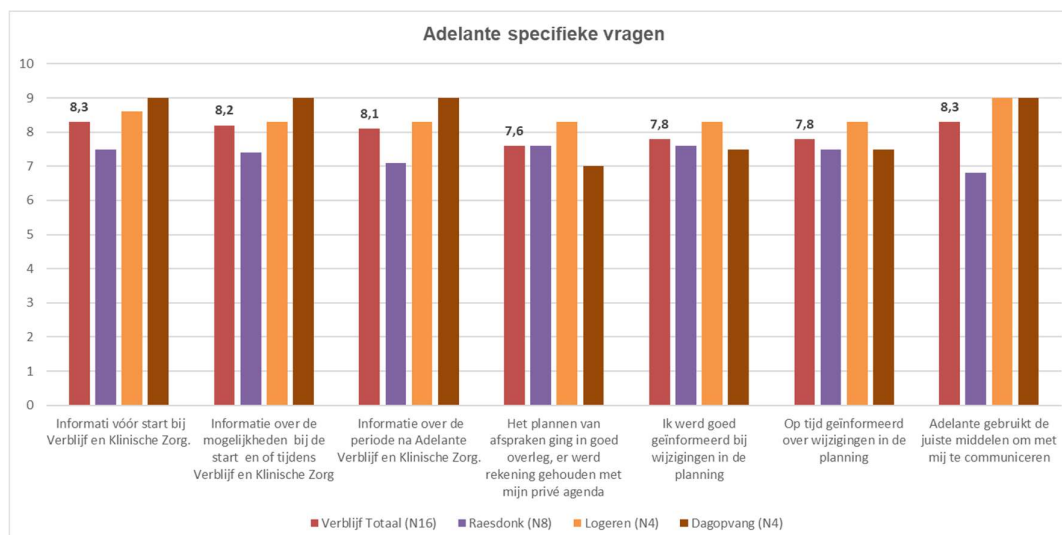
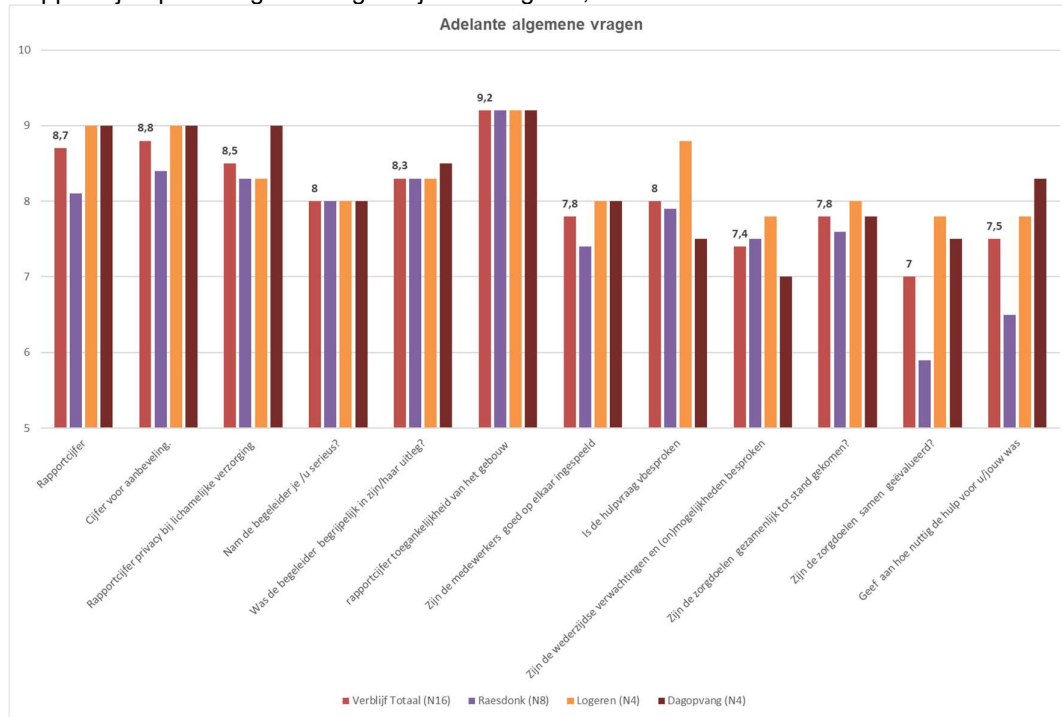
Aantal uitgenodigd:	67
Respons :	16
Percentage respons:	22%
Percentage aanbeveling:	100%
Cijfer aanbeveling:	8,8
Rapportcijfer:	8,7

### Verblijf en Klinische zorg per locatie

Raesdonck:	respons: 8
Dagopvang:	respons 4
Logeren:	respons: 4

### Rapportcijfers Verblijf en klinische zorg totaal en per locatie.

Rapportcijfer per vraag. De vragen zijn samengevat, in verband met leesbaarheid van de tabel.



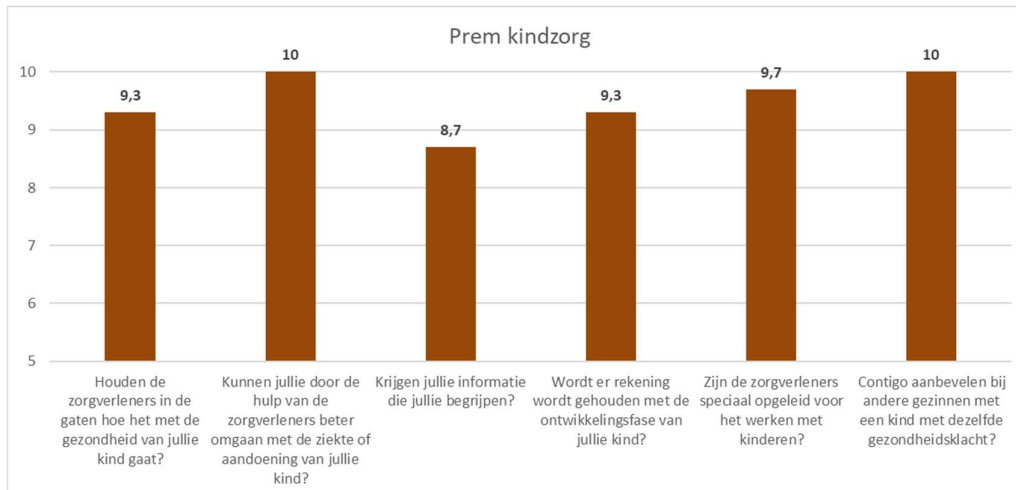
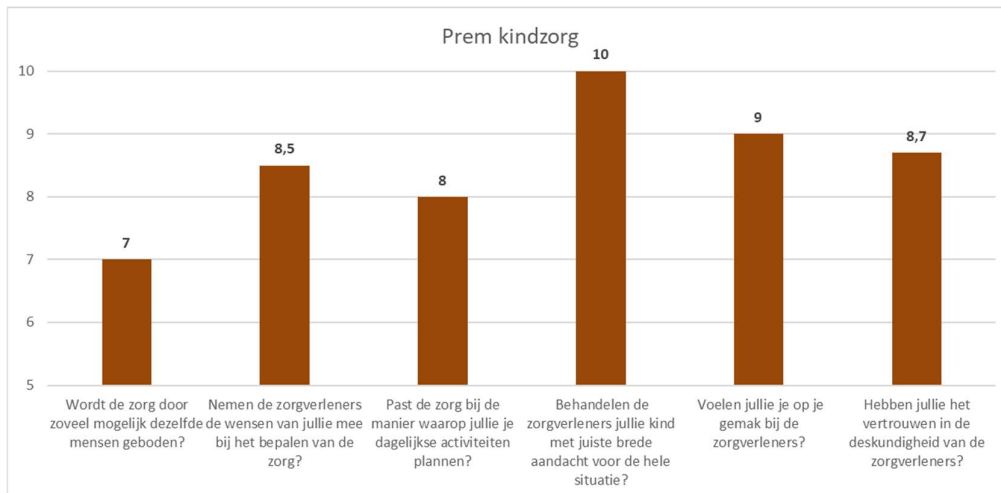


### C. Intensieve Kindzorg (PREM Wijkverpleging)

#### PREM Kindzorg 2023

Uitgenodigd: 13  
 Respons: 3  
 Percentage respons: 23%

#### Rapportcijfer per vraag



[Terug naar: Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid](#)

## Bijlage 2 Observaties Externe audit DNV

### Bijlagen

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

ISO 9001-2015 en NEN 8009-2018

Categorie 2 afwijking	Eigenaar	Stand van zaken Kwartaal 4 2023
<p>Bij verpleegkundig kinderdagverblijf is periodieke evaluatie zorg niet aantoonbaar geborgd. Afspraak wanneer de het verslag van het oudergesprek in R-EPD moet hangen is niet vastgelegd in bijv. werkwijze oudergesprek. Medewerker geeft aan dat het soms lastig is om tijd vrij te maken om registraties uit te werken omdat ze zich dan uit de groep terug moet trekken.</p> <p>Voorgenomen maatregel: werkwijze (wie doet wat wanneer) rapportage wordt opgenomen in het nieuwe pedagogische beleid van Contigo kinderdagverblijf. Deadline december 2022</p>	Clustermanager TPG/ Contigo kinderdag verblijf	Oorzaken analyse heeft plaatsgevonden en verbetermaatregel is geformuleerd. Dit is in een plan van aanpak verzonden naar DNV. Volgend jaar zal getoetst worden of de verbetermaatregel is opgepakt.
<b>Observaties</b>		
Binnen de afdeling 1 DRV is er een bladderscan aanwezig die herijkt had moeten worden.( datum sticker jaar 2022).	Manager(CTD)	<b>Gereed:</b> De bladderscan is meteen na de melding nagekeken. Deze bleek wel gecontroleerd te zijn. De controlesticker is waarschijnlijk niet vervangen, dit is echter meteen na constatering gebeurd.
Er is geen duidelijk/volledig overzicht aanwezig m.b.t. de ijking van weegschalen met de geldigheidsduur van 10 jaar . Op het overzicht staan een paar data waarvan de termijn al overschreden is.	Manager (CTD)	De weegschalen (cfr. mails van Joelle van Leeuwen) stonden al in 2023 op de begroting om te vervangen, d.w.z. in 2022 begroot voor aanschaf in 2023.
Binnen de cliënt dossiers( waarbij inzage is geweest) van DRV waarbij cliënten overgaan naar poliklinische behandeling, zijn in enkele dossiers nog symbolen zichtbaar m.b.t. vallen, vervoer die op dat moment niet meer van toepassing/relevant zijn. Ook de risico-inventarisatie binnen het opnamegesprek is erg summier beschreven.	Medisch clusterhoofd NAH/CVA	
Reorganisatie naar doelgroepgericht onderwijs bij Encanto is in voorbereiding vanaf schooljaar 2024-2025, echter prospectieve risico inventarisatie is nog niet gepland.	Clustermanager onderwijs	<b>Gereed:</b> Risicoanalyse is afgerond
Clustermanagement onderwijs is veel tijd kwijt aan het verzamelen van management informatie uit verschillende HR systemen (You-force & Groenendijk) voorbeeld voor verzuim, dit geeft veel administratieve druk en vergroot risico dat informatie gemist wordt of te laat signaleerd.	Directie en clustermanagement DKJ	<b>Gereed:</b> Afas is geïmplementeerd
Procesweergave van Vroegrevalidatie via zorgprogrammering opzet in Excel geeft weinig inzicht in de taken/verantwoordelijkheden/bevoegdheden bij overdracht momenten in zorg; waar dit kritische momenten in informatieoverdracht zijn. Het probleem wordt erkend bij Adelante (directiebeoordeling), er zijn echter nog geen prioriteiten gesteld in welke processen hierin eerst opgepakt gaan worden.	Clustermanagement DKJ	Eigenaar is aangewezen.
Bij rondgang door gebouw blijken de koelkasten in de centrale keuken Encanto/Onderwijs zijn niet allemaal schoon; deze worden intensief gebruikt. Verklaring auditee dat meer koelkasten bij periodieke controles niet schoon zijn.	Clustermanagement Onderwijs	Er wordt een eigenaar aangewezen die de schoonmaak van de koelkast gaat bewaken. Er wordt een lijst opgesteld: schoonmaak maandelijks. Gebruikers van de keuken worden nog aangespoord, de koelkast schoon te houden.
Op de website van de organisatie wordt nog verwezen naar een oud DNV-GL logo.	Medewerkers communicatie	<b>Gereed:</b> Nieuwe logo's zijn opgevraagd bij DNV en worden op de Website van Adelante vervangen.

Nen 7510-2017

Categorie 2 afwijking	Eigenaar	Stand van zaken Kwartaal 4 2023
Als een risico op het gebied van informatiebeveiliging wordt behandeld, dan dient duidelijk te zijn wie de eigenaar is van het risico en de te nemen maatregelen. Daarnaast dient te herleiden zijn welke stappen en besluiten zijn genomen om tot de betreffende verbetermaatregel te komen, de wijze van implementatie en evaluatie inclusief de deadline. Om dit op uniforme wijze op te pakken, zal gebruik worden gemaakt van een uniforme werkwijze omtrent informatiebeveiligingsrisico's.	Eigenaar: RvB Uitvoerder: FG en CISO	De inventarisatie heeft plaatsgevonden hoe dit wordt opgepakt met andere risico's binnen Adelante om tot een uniform Adelante-breed format te komen.
Het meten en monitoren van de voortgang omtrent het behalen van de jaardoelen betreffende informatiebeveiliging dient beter specifiek gedocumenteerd te worden.	Eigenaar RvB en divisiedirectie Uitvoerder: FG en CISO voor IBMF/ divisiedirectie en clustermanagement voor team overleggen i.s.m. aandachtsfunctionaris per divisie	Bespreekpunt met RvB en divisiedirectie tijdens IBMF.
Voor het ontwikkelen van software en systemen behoren regels te worden vastgesteld en op ontwikkelactiviteiten binnen de organisatie te worden toegepast.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: I&A	Bespreekpunt met divisie Services tijdens IBMF.
Overeenkomsten met leveranciers behoren eisen te bevatten die betrekking hebben op de informatiebeveiligingsrisico's in verband met de toeleveringsketen van de diensten en producten op het gebied van informatie- en communicatietechnologie	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: FG, CISO en Inkoop	Bespreekpunt met divisie Services tijdens IBMF. De eerste afspraak is gemaakt tussen FG, CISO en Inkoop om dit proces gezamenlijk vorm te geven.
Organisaties die persoonlijke gezondheidsinformatie verwerken, behoren de geïnformeerde toestemming van cliënten te behoren voor wat betreft dossierinzage door een auditor t.b.v. een controle.	Eigenaar: divisiedirectie Uitvoerder: format wordt opgesteld door FG en kwaliteitsfunctionaris	Dit punt is al opgepakt door FG i.s.m. kwaliteitsfunctionaris.
MFA dient geïmplementeerd te worden bij de applicatie Quebble.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: I&A	Dit punt is al opgepakt door I&A.
Het toewijzen en gebruik van speciale toegangsrechten tot bepaalde rollen (zoals stagiaires) behoren te worden beperkt en beheerst.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: I&A	Dit punt is al opgepakt door I&A.
Vernietiging van gegevens uit personeelsdossiers dient volgens beleid en wet- en regelgeving plaats te vinden.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: Karin Delil	Bespreekpunt met divisie Services tijdens IBMF.
<b>Observaties</b>		
Bij de informatiebeveiligingsrisico's dient duidelijk vermeld te zijn wie de risico-eigenaar is. Hier dient consequent gekozen te worden voor een bepaalde rol, zodat het eigenaarschap ook door de juiste persoon gedragen kan worden.	Eigenaar: RvB Uitvoerder: FG en CISO	Bespreekpunt met RvB en divisiedirectie tijdens IBMF.
Er dient een duidelijke rolbeschrijving te zijn voor de rol van interne auditor. Hierin dient vermeld te worden op welke vlakken (normen) de auditor is opgeleid. Om de rol van interne auditor te kunnen vervullen dienen medewerkers van Adelante opgeleid te worden op zowel het gebied van kwaliteitsaudit als ook informatiebeveiliging en privacy.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: Karin Delil i.s.m. Jacky Wolfs en Nancy Thoen	Gezamenlijk wordt in kaart gebracht aan welke eisen een interne auditor moet voldoen om de betreffende normpunten intern te kunnen toetsen. Op basis daarvan zal de rolbeschrijving en de opleiding worden aangepast en worden de interne auditors opgeleid/bijgeschoold.
De lijst van belanghebbende dienen volledig in de directiebeoordeling van het ISMS te staan beschreven.	Eigenaar: RvB Uitvoerder: FG en CISO	Bespreekpunt met RvB tijdens IBMF.
Er is geen camera- of toegangsbewaking op de ingang van ICT waar de deur bij nadering gewoon automatisch opengaat en in principe iedereen gewoon naar binnen kan lopen.	Eigenaar: Roel Akkermans Uitvoerder: Miriam Voncken	Bespreekpunt met divisie Services tijdens IBMF.
Oude structuren blijven op fileservers wellicht onnodig lang bestaan met daarin informatie die verouderd is of zelfs vanuit IB&P perspectief niet meer zichtbaar en benaderbaar zou moeten zijn.	Eigenaar: RvB Uitvoerder: IB-verantwoordelijke binnen de divisie	Bespreekpunt met RvB en divisiedirectie tijdens IBMF.
Bij de complexiteit van 3 participerende organisaties is bij de complexiteit van de drie verschillende organisaties, met elk hun eigen tooling en regels, gezien dat het risico bestaat dat het om de	Eigenaar: RvB	Bespreekpunt met RvB en divisiedirectie DKJ tijdens IBMF.

<p>tooling en regels heen werken in de hand gewerkt wordt om toch samen te kunnen werken en de noodzakelijke zorg te kunnen verlenen. Het is daarom raadzaam een analyse te maken over de zorg die een cliënt op welk moment, van wie, waarom krijgt en welke informatie daarbij nodig is voor wie, waarom en waar deze opgeslagen moet worden. Dit om enerzijds de zorg efficiënter te kunnen leveren maar anderzijds ook veiliger voor de cliënt op het gebied van informatiebeveiliging en privacy.</p>	<p>Uitvoerder: management samenwerkingsverband i.s.m. FG</p>	
<p>CISO en Privacy officer dienen aantoonbaar betrokken te zijn bij project voordat dit gestart kan worden. Dit om het risico te vermijden dat er projecten starten waarbij er een Informatiebeveiliging- of Privacy element mist.</p>	<p>Eigenaar: RvB Uitvoerder: projectenbureau i.s.m. FG en CISO - incl. overkoepelend organisatie</p>	<p>De eerste afspraak heeft plaatsgevonden tussen projectenbureau, FG en CISO.</p>

### Bijlage 3 Zelfreflectie in teams

#### Bijlagen

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

Evaluatie 2023	Raesdonck wonen & Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 1; proces rond de individuele cliënt				
<b>A. Wat gaat goed</b>	1. De planning van de cliënten gaat goed, waarbij rekening wordt gehouden met de groepsdynamiek . (verticale groep)	1. werken aan de persoonlijke doelen. Professionalisering richting de deelnemers.	1. Verspreid over het schooljaar en over de schoolcarrière vormt de schoolstandaard een duidelijke leidraad om de leerlingen in kaart te brengen en hun ontwikkeling te volgen. Op de vaste evaluatiemomenten worden de onderwijs- en ondersteuningsbehoeften geactualiseerd en doelen voor de komende periode duidelijk bepaald.	1. sinds schooljaar 23/24 is de zorgbemiddelaar elke woensdag op school. De samenwerking is hierdoor nog beter geworden. Men weet elkaar snel en goed te vinden.
	2. Afstemming en contact met ouders/ verzorgers verloopt goed.	2. De verticale groep is gesplitst. Er zijn nu twee meer horizontale groepen.	2. De schoolpedagogen vormen een belangrijke spin in het web als het leerlingenzorg betreft. Zij houden de ontwikkeling van de individuele leerling goed in beeld en bekijken de leerling volgens een Integratief Kindbeeld.	2. Tijdens de gesprekken worden duidelijke afspraken gemaakt over de inzet van zorg.
	3. Leuke passend activiteiten worden gepland (meestal op het terrein/ afdeling).		3. Middels het CvB worden individuele vraagstukken vanuit een leerlingcasuïstiek met het CvB team besproken. In dit CvB zitten: clustermanager onderwijs, schoolpedagoog, procesbegeleider zorg, revalidatiearts, maatschappelijk werker en GZ-psycholoog.	3. In samenwerking met maatschappelijk werk van het revalidatieteam en schoolmaatschappelijk werk Maasgouw worden leerlingen die uitstromen vanuit Maasgouw tijdig en gedegen begeleid naar een uitstroomvoorziening.
			4. In samenwerking met maatschappelijk werk van het revalidatieteam worden leerlingen die uitstromen vanuit Encanto tijdig en gedegen begeleid naar een uitstroomvoorziening. Of dit nu arbeid of dagbesteding betreft, we brengen tijdig (vaak 1 of 2 jaar voor uitstroom) de juiste mensen in positie om een goede vervolgplek te realiseren.	4. PDCA cyclus MBT zorg implementeren
				5. Afspraken worden vertaald naar dagelijkse praktijk. Afspraken worden vastgelegd in het OPP

<b>B. Wat kan beter</b>	1. Doelen per client maken en daaraan gekoppeld de evaluatie plannen. (methodisch werken)	1. programmering van activiteiten, planning maken.	1. Volgens een herziene overlegcyclus wordt duidelijk op welke ijkmomenten het Integratief Kindbeeld van de leerling wordt (her)ontworpen en hoe de ondersteuningsbehoeften daarop worden aangepast. De nieuwe overlegcyclus heeft als doel een grotere kwaliteit maar een lagere kwantiteit van overleg. Er worden meer betrokken professionals rondom de leerling genodigd en aan de hand van een strak gespreksformat wordt het overleg geleid door een voorzitter. De overlegcyclus van onderwijs wordt afgestemd met de overlegcyclus van het revalidatieteam.	1. meer duidelijkheid over inzet persoonlijke begeleider (PB)
	2. Methodisch werken implementeren met een passende methode voor de afdeling.	2. duidelijkheid creëren rondom splitsing van de twee groepen. Dit blijft een dynamisch proces	2. Iedere leerling dient een uitgewerkt Integratief Kindbeeld te krijgen in zijn/haar OPP (ontwikkelingsperspectiefplan). Deze wordt geschreven door de schoolpedagoog.	2. meer grip op de hoeveelheid PB-ers vanuit verschillende organisaties
			3. Bij een verandering in de zorgwaarde van een leerling (bijvoorbeeld na een operatie) wordt dit duidelijk in het CvB besproken en krijgt de zorgbemiddeling te horen in welke maten de zorgwaarde van de leerling toeneemt, zodat de zorgmatrix ook aangepast kan worden.	
<b>C. Verbetervoorstel I</b>	1. Onderzoeken of methodiek LACCS passend kan zijn voor de afdeling.	1. Onderzoeken/omschrijven van de splitsing van de groepen.	1. Alle leerlingen dienen minimaal 1x per jaar binnen het CvB besproken te worden. Nu ligt de focus nog te vaak op alleen de urgente vragen. Er dient per schooljaar een verdeling gemaakt te worden waardoor iedere leerling verspreid over het jaar besproken wordt en de OPP-doelen met het gehele CvB gedeeld kunnen worden.	1. Beleidsdocument inzet Pbers herzien cq aanvullen. Koppelen aan visie van Adelante. (protocollen, beleidsdocumenten, waarden/normen, veiligheid, missie)
			2. D.m.v. de knooppuntenstructuur kan er in een vroeg stadium en preventief hulp worden ingezet en de juiste ondersteuningsbehoeftes worden geboden. Momenteel is deze overlegstructuur alleen nog voor kinderen met een Doelgroeparrangement Jeugd vanuit de Zuid-Limburgse gemeentes. Komend jaar wordt onderzocht of we deze structuur ook in kunnen zetten voor de WLZ kinderen. Er dient dan uitgezocht te worden of bijbehorend werkproces binnen de contracten een plaats kunnen krijgen.	2. OPP door ontwikkelen zodat zorgafspraken hier duidelijk in terugkomen. (PDCA)
			3. Er dienen duidelijke folders te komen die ouders bij aanmelding van hun kind krijgen, waaruit op een beknopte manier blijkt hoe de zorg op school is ingericht en welke vervolgstappen daarbij horen.	

Evaluatie 2023	Raesdonck wonen & Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 2; kwaliteit relatie tussen cliënt en medewerker				
<b>A. Wat gaat goed</b>	1. De kinderen zijn graag op de afdeling aanwezig, voelen zich prettig en krijgen adequate zorg geboden.	1. Kinderen komen graag naar de Dagopvang. Zij voelen zich hier prettig. Er wordt adequate zorg geboden.	1. Twee keer per jaar wordt de SCOL afgenomen. Dit betreft een meetinstrument om de sociale competentie, het welbevinden en de veiligheid van de leerling in kaart te brengen. Hierdoor heeft de leerkracht heel duidelijk inzichtelijk hoe de sociale ontwikkeling, het welbevinden en de veiligheid verloopt en waar zij eventueel extra bij moeten begeleiden.	1. Er wordt adequate zorg geboden op het moment dat het kind het nodig heeft (adaptieve zorg) door leerkracht en onderwijsondersteuner
	2. Afdeling is veiliger geworden door passende bedvoorzieningen, tilvoorzieningen en aangepast spelmateriaal		2. Binnen het onderwijs vormt het GDO (groepsdynamisch onderwijs) de pedagogische basis. Hierbinnen staat onder andere centraal dat de klas wekelijks een Sociokring aangeboden krijgt. Veiligheid in de groep en onderlinge relatie, conform afgesproken normen en waarden staan centraal.	2. Onderwijsondersteuners in de Leer-volgklassen hebben de Hanencursus gevolgd.
	3. Er is een aandachtsfunctionaris Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld aangesteld en personeel weet deze te vinden bij signalen of onderbuikgevoelen. Zorgsignalen worden preventiever herkent en met de juiste professionals en ouders besproken.		3. Er is meer continuïteit binnen het vaste onderwijsteam voor de leerlingen. Vanaf start schooljaar 2023-2024 is Encanto haar onderwijs anders gaan organiseren. Er wordt nu met units gewerkt. Wanneer er vervanging nodig is, vanwege ziekte of afwezigheid van een leerkracht of onderwijsondersteuner, wordt vervanging (waar mogelijk) binnen het unit-team opgelost.	3. Het OT is uitgebreid met een gedragswetenschapper
			4. Er is een aandachtsfunctionaris Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld aangesteld en personeel weet deze te vinden bij signalen of onderbuikgevoelen. Zorgsignalen worden preventiever herkent en met de juiste professionals en ouders besproken.	4. er is inzet geweest vanuit Michel Giesen in een leerling specifieke teamvraag.
			5. Er is een ouderportaal (Parro) waardoor ouders en klassenteams laagdrempelig met elkaar kunnen communiceren, elkaar updates kunnen geven en de leerling ook ziek en beter gemeld kan worden.	5. er is ingezet geweest vanuit NIBA in een leerling specifieke teamvraag.

<b>B. Wat kan beter</b>	1. Verdieping in het individuele kind met zijn specifieke hulpvraag.	1. Verdieping in het individuele kind met zijn specifieke hulpvraag.	1. Binnen alle units is duidelijk wie de Conflictbegeleider is. De Conflictbegeleider is aangesteld als onafhankelijk persoon (werkzaam binnen de organisatie) die wordt betrokken bij een leerling als deze vanuit het GDO-boekje 3x binnen 2 weken een aantekening van onwenselijk of onprettig gedrag krijgt.	1. Leerkracht en klassenassistenten maken bewust contact (verbinding maken) via de contactprincipes van het LACCS-programma
				2. Klassenteams zijn minder handelingsverlegen bij gedragsproblematiek
<b>C. Verbetervoorstel</b>	1. Met methodische werken een kapstok creëren, hiermee de kwaliteit vergroten.	1. Scholing - studiedag professionele uitleg.	1. Alle studiedagen in schooljaar 2024-2025 worden vooraf binnen het MT Encanto samen met de schoolpedagogen ingedeeld en van inhoudelijke thema's voorzien. Binnen de kapstok van ontwikkelen en leren, komt ook het onderwerp Scholing Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld terug.	1. start LACCS training in schooljaar 24/25
				2. start trainingen (NIBA) omgaan met complex gedrag in 23/24 en vervolg in 24/25
				3. NIBA wordt naast de trainingen ook ingezet voor casustiek ondersteuning op teamniveau.

Evaluatie 2023	Raesdonck wonen & Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 3; Borging en veiligheid				
<b>A. Wat gaat goed</b>	1. Afdeling is veel beter ingericht op de doelgroep kinderen, met daarbij de juiste materialen.	1. Door het creëren van horizontale groepen, splitsen en opvang in verschillende ruimtes aan te bieden, is er meer veiligheid voor het kind, waardoor het veiliger en beter tot ontwikkeling kan komen.	1. Vanuit het verandertraject OAO (onderwijs anders organiseren) is er in het organogram het e.e.a. veranderd. Zo is er momenteel een bovenschoolse schooldirecteur aangesteld die zowel Encanto als de Maasgouw aanstuurt. Daarnaast zijn er binnen Encanto 2 clustermanagers (SO en VSO), zijn er 2 intern begeleiders (SO en VSO) en is er een Zorgexpert Onderwijs aangesteld. Gezamenlijk vormen zij het MT van Encanto en zetten zij de lijnen voor de organisatie breed uit.	1. kwaliteit van adaptieve zorg is goed. Wordt goed gekeken naar wat het kind op welk moment nodig heeft.
		2. Up to date betreft noodplannen en medicatie.	2. De essentiële protocollen zijn goed geborgd binnen het kwaliteitsportaal (Zenya).	2. overleg met ouders over de zorgafspraken en de opvolging hiervan



				3. PDCA cyclus mbt zorg is geïmplementeerd in de OPP gesprekken.
				4. Er wordt gebruik gemaakt van de VIM en MIM meldingen
<b>B. Wat kan beter</b>	1. De speeltuin moet worden vernieuwd na de watersnood, speeltoestellen zijn afgekeurd	1. Vooruit plannen van activiteiten.	1. De verantwoording van interne beslissingen omtrent onderwijsinhoudelijke processen dienen beter beschreven en geborgd te worden in Zenya (kwaliteitsportaal) zodat ze voor iedereen inzichtelijk zijn.	1. borging en PDCA van zorgafspraken in de dagelijkse praktijk.
	2. Medicatieproces		2. Per 2024 starten de schoolpedagogen, de intern begeleiders en het ondersteuningsteam met de voorbereidingen voor het inrichten van het nieuwe leerlingvolgsysteem Parnassys. Alle onderwijsprocessen rondom een leerling dienen hierin terug te komen. Er dienen vooraf gedegen keuzes gemaakt te worden hoe het systeem helpt om de ontwikkeling van iedere leerling en op groepsniveau duidelijk terugkomen.	
<b>C. Verbetervoorstel</b>	1. Medio april wordt er een nieuwe speeltuin gerealiseerd.	1. Taakverdeling maken, thema's bedenken.	1. Alle onderwijsprocessen dienen conform de PDCA-cyclus structureel besproken te worden in het MT Encanto/onderwijs. Door duidelijke eigenaren aan de verschillende thema's te verbinden, en een tijdspad eraan toe te voegen, kan er zorg gedragen worden voor betere monitoring van de doelen en kunnen deze tijdig bijgesteld worden zodat er op de resultaten gestuurd kan worden.	1. Beleid zorg op school wordt opnieuw bekeken, vastgelegd en er worden afspraken gemaakt.
	2. Medicatie proces nogmaals bekijken voor verbeteringen door te voeren.		2. Om de kwaliteit van zorg en onderwijs beter te borgen, dienen de contracten, financieringsvormen en personele inzet tegen het licht gehouden worden.	

Evaluatie 2023	Raesdonck wonen & Logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 4; Toerusting van de medewerker				
<b>A. Wat gaat goed</b>	1. Medewerkers werken met plezier en passie op de afdeling	1. Medewerkers werken met plezier en passie op de afdeling	1. De medewerkers werken met veel passie en enthousiasme.	1. medewerkers hebben een passende vooropleiding
	2. Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.	2. Medewerkers volgen de verplichte cursussen binnen LMS.	2. De klassenteams hebben inzichtelijk welke leerlingen onder welke financieringsvorm vallen en weten daardoor ook beter welke verplichtingen daaraan vast hangen (vanwege uiteenlopende verantwoordingsnormen vanuit de verschillende wetgeving).	2. elke groep heeft ondersteuning vanuit de gedragswetenschapper
		3. Medewerkers hebben ondanks grote personele wisselingen, het jaar beëindigd met een stabiel team, wat zorg op maat biedt.	3. Er worden momenteel 4 onderwijsondersteuners opgeleid tot Pedagogisch Educatief Professional (Ad PEP).	3. alle collega's worden opgeleid in omgaan met complex gedrag (NIBA).
<b>B. Wat kan beter</b>	1. Scholing tiltechnieken, uitbreiding LMS	1. Meer specifieke opleidingen volgen meer gericht op gedrag	1. Klassenteams worden intensiever gecoacht door de zorgbemiddeling in het invullen van de Zorgmatrix zodat de zorg op school van de betreffende leerling beter in kaart gebracht wordt.	1. LMS is verder uitgebreid met de verplichte en de wenselijke opleidingen.
	2. Diepgang tav EMB kinderen creëren		2. Alle onderwijsondersteuners en buddy's hebben een actuele scholing/cursus gekregen die hen helpt in de dagdagelijkse verzorging/begeleiding van de leerlingen.	2. Er zijn duidelijke afspraken over de inzet van de Pber binnen de klas.
			3. Er is een duidelijk inwerkplan voor nieuwe medewerkers en het maatjesplan is herzien.	
			4. Alle medewerkers zijn voldoende geschoold binnen alle ziektebeelden.	
<b>C. Verbetervoorstel</b>	1. Bepaalde scholingen laten plaatsvinden, hierin behoefte van het team goed inventariseren en prioriteren van de scholingen. LMS uitbreiden voor niet verpleegkundige	1. Inventariseren scholingsbehoefte bij medewerkers en het maken van een scholingsplan	1. Er wordt onderzocht of we een classificatie/weging aan de OPP-doelen kunnen hangen, conform de classificatie vanuit het landelijk Doelgroepenmodel. Op deze manier wordt het gemakkelijker om de Zorg op School te duiden.	1. er is beleid rondom samenwerking met Pbers. Hierin is ook duidelijk wanneer er een interne Pber wordt ingezet en wanneer er gekozen wordt voor een externe Pber.

