

Rapportage kwaliteit & veiligheid

CLIENTENZORG ADELANTE 2025



Rapportage Kwaliteit & veiligheid cliëntenzorg Adelante 2025

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 Kwaliteitskaders van de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) en de Wijkverpleging. De ervaringen van de cliënten Wijkverpleging zijn dit jaar meegenomen in het Adelante ervaringsonderzoek.

Deze rapportage maakt deel uit van de eisen van de Kwaliteitskaders.

Voor u ligt de totale kwaliteitsrapportage 2025 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 2025 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.

Graag verwijzen wij u naar [het Jaarbeeld](#) op de website van Adelante, waarin onze hoogtepunten, successen en vooruitzichten zijn gepresenteerd.

Klik op de link voor informatie over ons kindcentrum [Adelante Groep | Kind & Jeugd](#)

Raad van Bestuur Adelante

Inhoudsopgave

1. Kwaliteit cliëntenzorg	6
A klachten.....	6
B Cliënttevredenheid	7
2. Veiligheid cliëntenzorg	8
A Calamiteiten	8
B Incidenten	8
C Informatiebeveiliging en privacy	8
3 Resultaat toetsing kwaliteit- en veiligheidseisen	9
4 Kwaliteit- en Veiligheidsmanagementsysteem	10
A Beheer van documentatie	10
B Voortgang directie beoordeling	10
C Voortgang commissies kwaliteit en veiligheid	10
D. Voorgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse	10
5. Resultaat van verplichte registraties	11
6. Bijlagen	12
Bijlage 1 Clientervaring Adelante	12
Bijlage 2 Observaties Externe audits DNV	13
Bijlage 3 Zelfreflectie in teams.....	14

2025 Oplegger							
Onderwerp	Samenvatting	Kwartaal 1	Kwartaal 2	Kwartaal 3	Kwartaal 4		
Kwaliteit cliëntenzorg	Klachten						
	Aantal klachten Adelante bij klachtenfunctionaris	3	15	16	12		
	Aantal klachten Adelante bij klachtencommissie	0	0	0	0		
	Rapportcijfer: Continumeting Ervaringsonderzoek Revalidatie Nederland						
	Divisie Revalidatie Volwassenen	8,4					
	Rapportcijfer: Jaarmeting Pem vragenlijst Fenac						
	Rapportcijfer Divisie Audiologie en Communicatie	8,7	8,9	8,7	8,8		
	Rapportcijfer: Jaarmeting ervaringsonderzoek Divisie Kind en Jeugd (DKJ)						
	DKJ: Verblijf en klinische zorg (november 2025)				8,7		
<i>Clïëntervaring: 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	Calamiteiten Adelante totaal						
	Aantal calamiteiten gemeld aan inspectie	0	0	0	0		
	Incidenten Adelante totaal						
	Aantal ingediende incidenten	126	142	128	101		
	Incidenten per divisie						
	Percentage afgehandelde incident meldingen DRV	96%	94%	94%	91%		
	Percentage afgehandelde incident meldingen DKJ	84%	57%	87%	33%		
	Percentage afgehandelde incident meldingen DAC	100%	100%	100%	100%		
Informatie beveiliging							
Aantal incidenten datalekken gemeld binnen Adelante	7	19	13	13			
Aantal incidenten datalekken gemeld bij AP	2	3	4	2			

Toetsing kwaliteitseisen	(On)verwacht bezoek inspectie				
	Inspectie gezondheidszorg:				
	Inspectie onderwijs:				
	Inspectie Gemeenten: kdV de Contigo/ Bereboot		Ja		
	Afwijkingen interne en externe metingen en hun opvolging (PDCA)				
	Interne audit: aantal voltooide interne audits	5		1	4
Externe audit DNV 2025: ISO 9001 Aantal observaties		11		5	
Externe audit DNV 2025: Nen 7510 Observaties		6		3	
Kwaliteit en veiligheidsmanagement-systeem	Documentbeheer Adelante totaal				
	Aantal documenten in systeem	2505	2516	2574	2580
	Percentage verstreken documenten	18%	16%	17%	16%
	Directiebeoordeling				
	Directiebeoordeling is uitgevoerd conform jaarplanning: Ja/Nee		Ja		
	Aantal vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen april		12		
	Stand van zaken commissies rondom de kritische processen cliëntenzorg				
	Planning commissies conform jaarplanning J/N	Ja	Ja	Ja	Ja
	Risicobeheersing kritische processen: aantal aandachtspunten				
	Risicomanagement				
Aantal uitgevoerde risicoanalyses 2025 per kwartaal		3		4	
Resultaat van registraties	Aanleveren prestatie indicatoren RN behaald (B) of niet behaald (NB)				
	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			
	Prestatie indicatoren onderwijs				
	SO uitstroom op basis van OPP*			100%	
	VSO uitstroom op basis van OPP*			100%	
	Maasgouw uitstroom op basis van OPP*			100%	
	Bestending SO 2019- 2020 Norm 75%			70,3%	
	Bestending VSO 2019-2020 Norm 75%			80,85%	
Bestending Maasgouwschool Norm 75%			100%		

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 2025:

Aantal klachten behandeld door de Klachtenfunctionaris

Sinds 2023 was er sprake van een dalende trend in **het aantal** klachten (43 klachten) ten opzichte van eerdere jaren (gemiddeld 56 klachten). Deze trend heeft zich in 2024 voortgezet (40 klachten). De dalende trend is niet voortgezet in 2025 (46 klachten).

Dit kan te maken hebben met de implementatie van HiX waarbij er sprake was een toename van klachten met betrekking tot de planning (Organisatorisch) met name in Q2 en Q3 2025.

Klachtenaspecten

Het percentage klachten met het klachtenaspect **organisatorisch** is in 2025 met 48% net als voorgaande jaren het hoogst ten opzichte van de overige klachtenaspecten. (2023: 35% en in 2024: 45%)

De dalende trend van het percentage klachten **bejegening** (9%) heeft zich in 2025 ook voortgezet. (2023: 16 % en in 2024: 12%). De nieuwe werkwijze bij de verpleegafdelingen (patiëntgericht verplegen) heeft geleid tot de vermindering van de klachten bejegening bij verpleging.

De percentages van de overige klachtenaspecten, Behandeling, Financieel, Wet- en regelgeving en Voorzieningen zijn elk jaar ongeveer gelijk..

Afhandeling

De meeste klachten worden opgelost met een gesprek. Het serieus nemen van de cliënt en uitleg geven helpen om de klacht laagdrempelig op te lossen.

26% van de klachten is afgehandeld door een bemiddelingsgesprek waarbij de Klachtenfunctionaris is aangesloten. (2023: 30% en in 2024: 30%)

De overige gesprekken zijn, zelfstandig door de Clustermanager of een Revalidatiearts afgehandeld.

Een klein aantal klachten wordt schriftelijk afgehandeld. Dit betreft meestal klachten van Financiële aard waarbij een schriftelijke uitleg over een rekening kan volstaan.

Doorlooptijd

De wettelijk bepaalde doorlooptijd is 6 weken. De doorlooptijd is bij de meeste klachten < 6 weken.

Daar waar de doorlooptijd > 6 weken is dit met toestemming van de cliënt. Redenen om van de doorlooptijd af te wijken zijn bijvoorbeeld (school) vakanties, ziekte, of onderzoek dat langer duurt.

De cliënt kiest dan voor kwaliteit in plaats van snelheid van de afhandeling van de klacht.

Conclusie/advies

Klachten worden op een effectieve laagdrempelig afgehandeld. De Klachtenfunctionaris houdt korte lijnen met de cliënten én met de medewerkers/ afdelingen. Beide partijen worden ondersteund en geadviseerd door de Klachtenfunctionaris om de klachten zo goed mogelijk af te handelen.

Het is advies is om deze werkwijze voort te zetten.

B Cliënttevredenheid

Conclusie cliënttevredenheid

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 indien er geschikte cliënten zijn. In 2025 zijn er geen cliënten die het instrument "Mijn Mening" kunnen invullen.

Voor de wijkverpleging/ verblijf (Raesonck/logeren, Contigo en Dagopvang) is de Adelante vragenlijst voor cliëntervaring afgenomen hiermee voldoet Adelante aan haar verplichtingen ten aanzien van de kwaliteitskaders VGN en Wijkverpleging.

Analyse Jaarmeting Verpleegkundige zorg en verblijf

Afgenomen instrument is het "Adelante ervaringsonderzoek" gebaseerd op de PEM vragenlijst. De cijfers zijn inzichtelijk voor Raesdonck, Contigo Kinderzorghuis, Dagopvang en Contigo Kinderdagverblijf. Er wordt per vraag een cijfer van 1-10 gehanteerd. Het merendeel van de vragen wordt beoordeeld met een cijfer > 8,5. Alleen bij Dagopvang zijn cijfers < 8 geconstateerd. Het betreft de volgende vragen:

- Zijn de wederzijdse verwachtingen en (on)mogelijkheden besproken? (7,8)
- Zijn de zorgdoelen gezamenlijk tot stand gekomen? (7,8)
- Zijn de zorgdoelen samen geëvalueerd? (7,8)

De oorzaak van de lagere waardering ligt waarschijnlijk bij het feit dat het product "Dagopvang" geen echte therapeutische setting is. Doelstellingen liggen meer op het gebied van opvang en vrijetijdsbesteding.

Conclusie: Gezien de hoge cliëntbeoordelingen is verdiepend onderzoek niet nodig.

Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid

De resultaten cliënttevredenheid zijn opgenomen in bijlage 1

2. Veiligheid cliëntenzorg

A Calamiteiten

Conclusie calamiteiten

Er is in 2025 *geen* sprake geweest van een calamiteit die gemeld is bij inspectie.

B Incidenten

Conclusie incidenten

Het totaal aantal incidenten in 2025 is 498 dit is gelijk aan het aantal meldingen in 2024. Bij 90% van de incidentmeldingen heeft de manager het incident direct afgehandeld. Dat wil zeggen dat er geen extra onderzoek heeft plaatsgevonden. De maatregelen die ter plekke zijn genomen waren voldoende of de bestaande preventieve/corrigerende maatregelen hebben voldoende effect gehad. De cliënten hebben niet of nauwelijks gemerkt dat er sprake was van een incident.

Divisie Kind en Jeugd

- Vallen 20% geen letsels, gerelateerd aan spel/dagelijkse bezigheden;
- Grensoverschrijdendgedrag: 50% dit zijn incidenten die vaak voorkomen bij de populatie van de Maasgouwschool.
- EHBO/Calamiteiten: 10% Bij deze incidenten wordt grondig onderzoek gedaan in de vorm van een prisma analyse. Er is geen reden geweest om een melding te maken bij IGJ. Bij alle incidenten is zorgvuldig gehandeld.

Door de veranderende populatie van de kinderen van de Maasgouw, nemen de gedragsmatige incidenten toe. (bijten, krabben, slaan). Binnen de Maasgouw is aandacht voor de training en opleiding van medewerkers ten aanzien van deze gedragsproblematiek.

Divisie Volwassenen

- Medicatie incidenten komen het meest voor. Het betreft meestal incidenten die betrekking hebben tot Medicatie in eigen beheer. Tijdens het revalidatieproces is één van de doelstellingen dat de cliënt leert om te gaan met medicatie om zo zelfstandig mogelijk te kunnen zijn. Tijdens dit leertraject wordt de medicatie wel eens vergeten. Adelante heeft corrigerende maatregelen in de vorm van controles, waardoor deze incidenten niet tot grote risico's leiden.
- Valincidenten komen op de tweede plaats. Adelante is een revalidatieinstelling, waar gedurende de therapeutische behandeling (fysiotherapie) de grenzen van de cliënten worden opgezocht. Dit heeft valincidenten tot gevolg. Er worden voldoende maatregelen ingezet om er voor te zorgen dat de cliënt dan geen letsel oploopt.

C Informatiebeveiliging en privacy

Conclusie informatiebeveiliging en privacy

Datalekken worden opgepakt met het management en team om te onderzoeken welke verbetermaatregelen het risico op herhaling kunnen verkleinen

Inhoudelijke toelichting informatiebeveiliging en privacy 2025

Tijdvak 2025	Totaal aantal (VIM)meldingen Informatiebeveiliging/Privacy	Datalekken gemeld bij Autoriteit Persoonsgegevens
Kwartaal 1	7	2
Kwartaal 2	19	3
Kwartaal 3	13	4
Kwartaal 4	13	2
Totaal	52	11

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

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 2025 heeft er geen inspectiebezoek plaatsgevonden.

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

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

Interne audit:

Interne audits zijn conform jaarplanning uitgevoerd. Binnen de divisies worden verbeterpunten opgepakt. Op deze manier wordt er continu aan verbetering gewerkt. Verbeterpunten worden geregistreerd en opgevolgd in Zenya.

Veiligheidsronde

Jaarlijks worden er twee veiligheidsrondes uitgevoerd. Deze rondes leiden tot verbeterpunten. Het blijft belangrijk om medewerkers bewust te maken van veilig werken. De veiligheidsrondes zijn een uitstekend middel om de bewustwording van medewerkers te prikkelen.

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.

Er wordt gestuurd op het herzien of het controleren van documenten zodat de protocollen up to date blijven. Voor Medisch inhoudelijke protocollen worden de algemene richtlijnen gevolgd naast de Vilans protocollen.

B Voortgang directie beoordeling

Conclusie voortgang directiebeoordeling

De kansen en Issues ten aanzien van externe en interne ontwikkelingen zijn besproken.

Externe speerpunten zijn: marktwerking m.b.t. data; Landelijke ontwikkelingen chronische pijn;

Samenwerking met externe partners; Fusie met Rijndam wordt onderzocht; en beleid AI.

Interne speerpunten zijn: Capaciteitsmanagement; Ziekteverzuim; E-health; Evidence based practice; Uitrol innovaties binnen Adelante; vergroten wendbaarheid en Data efficiënt inzichtelijk maken en actie gericht worden.

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 EPD (HiX)

Basis Medische Zorg

Het protocol medische calamiteiten DRV is aangepast en weer up to date. Het protocol medische calamiteit DKJ wordt in april aangepast met een nieuwe werkwijze telefonie. Er gaat gewerkt worden met dektelefoons.

Infectiepreventie

Uit infectiepreventie audit in het bedden is gebleken dat de handhygiëne van verpleegkundigen nog niet altijd goed verloopt, vooral bij het wisselen van handschoenen. Medewerkers krijgen extra scholing ten aanzien van handhygiëne

D. Voorgang maatregelen naar aanleiding van risicoanalyse

Conclusie:

Conclusie prospectieve risicoanalyse 2025:

Adelante niveau

- Evaluatie strategische risico's kaderbrief 2025: kwartaal 1 2026
- Prospectieve risico analyse n.a.v. Kaderbrief 2026: dit is in kwartaal 3 2025 uitgevoerd. De maatregelen in opgenomen in het jaarplan 2026
- 4x per jaar Risicoanalyse n.a.v kritische processen cliëntenzorg.

Divisie niveau

- DRV: Evaluatie zorgpad maart 2025
- DAC: Evaluatie zorgpad taal + zorgpad Tinnitus september 2025
- DKJ: Evaluatie zorgpad revalidatie april 2025

Project niveau

- DKJ: Unit onderwijs juli en oktober 2024
- DRV-DAC-DKJ: HIX oktober 2024

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

In het kader van het Kwaliteit KOMPAS 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 2024 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 1 2025 uitgevoerd. En is opgenomen in bijlage 3 van deze rapportage.

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

Kwaliteitskader wijkverpleging

Vanaf 1 juli 2024 is het kwaliteitskader van de wijkverpleging vervangen door het Generiek Kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan.

Het Kompas kent 5 bouwstenen:

1. Het kennen van wensen en behoeften (d.m.v. Open gesprek)
2. Het bouwen van Netwerken (Ouders/Verzorgers, burens/ contacten met andere professionals)
3. Het werk organiseren (Informatie voorziening, Technologische hulpmiddelen, hybride zorg)
4. Leren en ontwikkelen (Scholing en training medewerkers)
5. Inzicht in kwaliteit. Deze rapportage maakt deel uit van het Kwaliteitsbeeld Adelante.

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

Bijlagen

1. Clientervaring

- A. Verblijf en Klinische Zorg
2. Observaties Externe audit
3. Zelfreflectie binnen de teams

A. Verblijf en Klinische Zorg: Kwaliteitskader VGN Bouwsteen 2 Adelante Ervaringsonderzoek 2025 Raesdonck/logeren, dagopvang, Contigo (wijkverpleging)

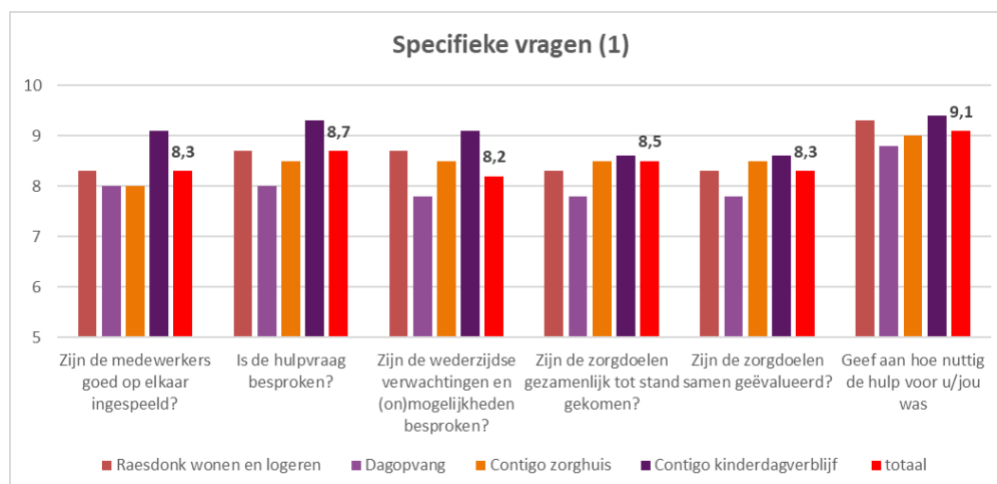
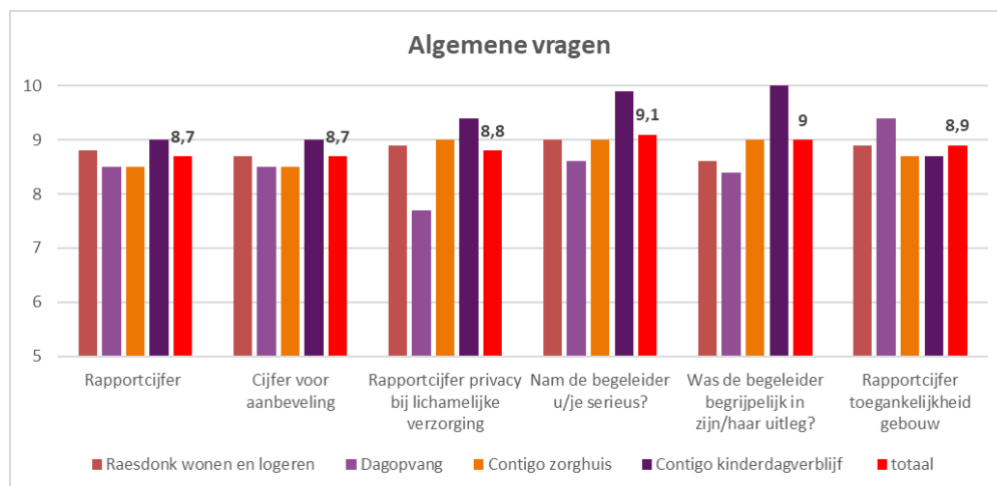
Clëntervaring Verblijf en Klinische zorg 2025

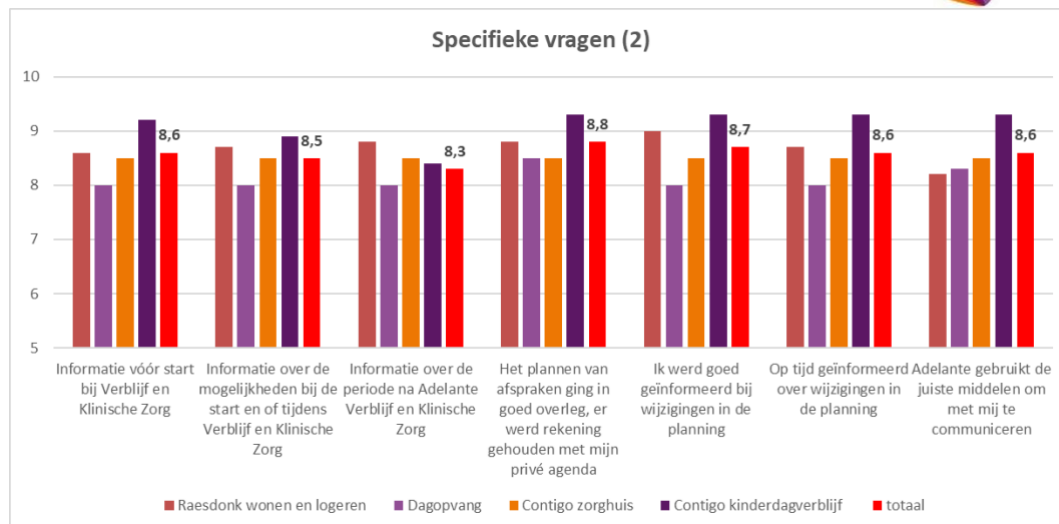
Verblijf en Klinische zorg totaal

Aantal uitgenodigd:	98
Respons :	22
Percentage respons:	22%
Percentage aanbeveling:	100%
Cijfer aanbeveling:	8,7
Rapportcijfer:	8,7

Rapportcijfers Verblijf en klinische zorg totaal en per locatie.

Rapportcijfer per vraag. De vragen zijn onder de grafiek korter geformuleerd, in verband met leesbaarheid.





Terug naar: Inhoudelijke toelichting cliënttevredenheid

Bijlage 2 Observaties Externe audit DNV

Bijlagen	
1	Clientervaring
A	Revalidatie
B	Verblijf en Klinische 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 2025
Observaties		
Observatie: Het zwembad bij Ulingshof wordt gebruikt door therapeuten van Adelante; monitoring op waterkwaliteit en protocollen m.b.t. het veilig gebruik van het zwembad konden tijdens de audit niet aantoonbaar gemaakt worden.	Cluster-manager	Zenya 19954 Het zwembad valt onder de verantwoordelijkheid van School (stichting Buitengewoon). School heeft samen met stichting zwembaden Tegelen. Afspraken over de watercontroles (deze worden dagelijks uitgevoerd), dit wordt door school bijgehouden, ook onderhoud en controle van de hulpmiddelen etc. Daarnaast is er Kindcentrum breed een eerste hulp bij ongevallen protocol. Er zijn twee geschoolde reddend zwemleiders. Dus er zijn zeker protocollen die in beheer van school zijn (betreft waterkwaliteit en onderhoud hulpmiddelen etc). Daarnaast zijn we geschoold voor veiligheid rondom EHBO en reddend zwemmen. Afgehandeld
Bij steekproef zorgdossiers (HIX) de Raesdonk lijkt het noodplan in twee gevallen onvolledig ingescand; voor de auditee was een vervolgstap was niet geheel duidelijk: 'waar melden/opvolgen'.	Cluster-manager	Hetgeen de auditor heen op zoek was bestond niet. Er wordt een noodplan toegevoegd aan HIX en er zit een acuut overzicht in de klapper bij het noodplan. Dit overzicht komt uit HIX, dus wordt niet apart weer toegevoegd (gescand) in HIX. Afgehandeld
De start van HIX heeft zowel in de kliniek als in de polikliniek tot problemen geleid in de schema's van de cliënten - werd goed opgelost door medewerkers. Gesproken client heeft er ongeveer 1 maand hinder van gehad. BI tool is nog niet functioneel en er kan geen managementinformatie verzameld worden. De vraag is nog even of er n.a.v. hetgeen niet liep als gewenst, voldoende corrigerende maatregelen zijn genomen richting patiënten en of de doeltreffendheid daarvan geanalyseerd is. Op individueel niveau zijn zaken goed opgepakt. De evaluatie volgt nog.		De problemen met de planning hadden te maken met de startfase in Hix. De klachten over de planning zijn in kwartaal 4 aanzienlijk afgenomen. De genomen verbetermaatregelen hebben voldoende effect gehad. Afgehandeld
Het medicatieoverzicht in HIX is voor de verpleegkundige minder overzichtelijk		Trendanalyse VIM Zenya laat geen toename van medicatiefouten met als oorzaak 'slecht medicatieoverzicht HIX'.

dan in Medimo (voorheen). Aangegeven wordt dat het lijkt dat er meer fouten worden gemaakt - dat zal nader onderzocht moeten worden.	Agenda commissie geneesmiddelen 26-11-25 Zenya : 19907: Verbeteractie gereed Afgehandeld
--	--

Bijlage 3 Zelfreflectie in teams 2025

Zelfreflectie binnen de teams Bouwsteen 3				
Bouwsteen 3	Raesdonck wonen en logeren	Dagopvang	Zorg op school Encanto	Zorg op school Maasgouw
Thema 1; proces rond de individuele cliënt				
A. Wat gaat goed				
	1. <i>Kinderen voelen zich fijn op de afdeling, veilig klimaat waarin ze zich kunnen ontwikkelen. Brede expertise bij personeel waardoor er voor ieder ontwikkelingsgebied een andere pedagogische aanpak is. Wat maakt dat er aanbod is voor de kinderen die op dagbasis komen en logeren. Zorg op maat.</i>	Steeds meer kinderen komen op de dagopvang er heeft dus een flinke uitbreiding plaatsgevonden	Werkprocessen woden in kaart gebracht om zo ook binnen onderwijs hierin duidelijkheid te bieden betreft taken en verantwoordelijkheden dagverpleging	1. Twee keer per jaar wordt bij alle leerlingen een Goed-leven-gesprek gevoerd met alle betrokkenen rondom de leerling de leerling. Tijdens deze gesprekken wordt niet alleen gekeken naar de schoolse ontwikkeling, maar ook naar het welbevinden van de leerling, de ondersteuningsbehoeften en de zorg op school. Alles wordt nauwkeurig in kaart gebracht. Eventuele veranderingen in de zorgbehoeften of ondersteuning worden tijdig gesignaleerd, doorgegeven en verwerkt. Hierdoor blijft de zorg afgestemd op de actuele situatie van de leerling en wordt continuïteit en kwaliteit van ondersteuning gewaarborgd.
	2. <i>De ruimtes worden thematisch ingericht. Op de afdeling worden bijbehorende activiteiten bij de thema's gedaan, waardoor de kinderen geprikkeld en gestimuleerd worden.</i>	Er is recent met een jongere groep gesart welke ook langzaam uitbreid en positief wordt ervaren.		2. Tweewekelijks worden in de Commissie van Begeleiding (clustermanager, intern begeleider, orthopedagoog, revalidatiearts, maatschappelijk werker) individuele vraagstukken van leerlingen besproken.
	3. <i>LACCS scholing: Er wordt momenteel actief gekeken naar de ontwikkelingsfasen van de kinderen, waardoor er meer adequate en passende begeleiding geboden kan worden. Hier wordt ook op gerapporteerd en tijdens de teamvergaderingen wordt middels de LACCS methodiek geëvalueerd.</i>			3. In samenwerking met maatschappelijk werk van het revalidatieteam en/of vanuit schoolmaatschappelijk werk worden leerlingen die uitstromen tijdig en gedegen begeleid naar een uitstroomvoorziening. Het uitstroomprotocol start in het jaar dat de leerling 16 wordt.
	4. <i>Om de ontwikkeling van het kind te optimaliseren is een goede samenwerking met bijvoorbeeld andere therapeuten en leerkrachten van belang. Er wordt gestreefd korte lijntjes te onderhouden en behouden.</i>			
	5. <i>Alle kinderen hebben een mentor wat er voor zorgt dat de dagprogramma's actueel zijn en de communicatie met ouders goed verloopt. Dit ook om de persoonlijke zorgvraag van het kind te optimaliseren.</i>			
				6. Iedere leerling dient een uitgewerkt Integratief Kindbeeld te krijgen in zijn/haar OPP (ontwikkelingsperspectiefplan). Deze wordt geschreven door de schoolpedagoog.
B. Wat kan beter				
	1. <i>Inzage in HIX voor medewerkers optimaliseren. Nu ontbreekt er belangrijke en essentiële informatie, die nodig is om de begeleiding van de kinderen te optimaliseren.</i>	samenwerking onderwijs betreft gebruik ruimtes en afstemming overdracht moment waar nodig	communicatie dagverpleging en onderwijs/ zorg op school. Dit heeft prioriteit om veilige zorg te blijven waarborgen	1. De samenwerking tussen revalidatie en onderwijs kan beter. Gesprekencyclus van revalidatie en onderwijs zou beter op elkaar aan moeten sluiten.
	2. <i>Via LACCS structuur intake en evaluatie gesprekken vorm geven.</i>			
	3. <i>Door de complexe zorgvraag van de kinderen/ ouders en de zorglast van het personeel, is het soms lastig de mentroschappen te actualiseren/ optimaliseren.</i>			
C. Verbetervoorstel				
	1. <i>LACCS verder implementeren: Er wordt gewerkt aan een evaluatieformulier om de zorgvraag van de kinderen/ ouders te bespreken en evalueren tijdens een oudergesprek.</i>			1. Heidag met alle clusters binnen de Divisie Kind & Jeugd om elkaar op de hoogte te brengen van ontwikkelingen en samen een toekomstperspectief vast te stellen.
	2. <i>LACCS wordt ingezet tijdens de teamvergaderingen om de ontwikkeling van het kind te bespreken. Door deze kennisdeling wordt de begeleiding van het kind duidelijker en gestructureerder.</i>			
	3. <i>Bredere toegang wat betreft kind-informatie binnen HIX, om de zorg te optimaliseren.</i>			

Thema 2; kwaliteit relatie tussen cliënt en medewerker				
A. Wat gaat goed	1. <i>Kinderen komen graag naar de afdeling, voelen zich prettig. Er wordt adequate zorg geboden naar de behoefte van het kind.</i>	Kinderen komen graag naar de dagopvang, dit is vaak de enige dagbesteding buiten school die de kinderen hebben	er is een goede geborgde relatie tussen de kinderen en dagverpleging	1. Er is een transitie naar een andere manier van werken. De organisatie wordt ingedeeld volgens de principes van teamgecentreerde arbeidsorganisatie. Hierdoor zijn er letterlijk "meer handen in de klas".
	2. <i>Door middel van actuele scholingen/ cursussen (LACCS, Geef me de 5, BIM etc.) blijven medewerkers zich ontwikkelen wat bijdraagt aan een goede begeleiding.</i>			2. Het ouderportaal (Parro) wordt gebruikt om dagelijks te communiceren/af te stemmen met ouders.
	3. <i>Door de kleine omvang van het team, is de zorg persoonlijker en vertrouwd voor het kind.</i>			3. Er zijn scholingen rondom het omgaan met complex gedrag.
B. Wat kan beter	1. <i>Door de zorg op maat die geleverd wordt, zijn eenduidige regels voor ouders op de afdeling moeilijk te ontwikkelen. Dit zorgt regelmatig voor miscommunicatie en onduidelijkheid. Zowel voor ouders als voor personeel.</i>	Er is meer problematiek in gedrag. Hierdoor zijn er een aantal incidenten geweest welke de veiligheid van mdw en andere kinderen in gevaar heeft gebracht. Er is inmiddels een op maat passende training gestart om medewerkers hierin te ondersteunen	Doordat de communicatie sinds HDX suboptimaal is worden er geregeld belangrijke informatie gemist wat soms niet ten goede komt in relatie vpk/ouder/kind	Gestart met het opstellen van beleid rondom "complex gedrag". Dit in samenwerking met externe professionals.
	2. <i>De kleine omvang van het team en de grote aanvraag voor dagopvang/ logeren maakt dat er veel mentor kinderen verdeelt worden. Hierdoor kan er niet altijd voldaan worden aan de kwaliteit die wij als afdeling willen leveren. Dit betreft zowel de persoonlijke zorg voor het kind evenals de zorg die op de achtergrond geboden wordt. Denk aan verslaglegging etc.</i>			
C. Verbetervoorstel	1. <i>Duidelijkere afspraken met ouders.</i>	passende scholing	eenduidig communicatie systeem waarin onderwijs en verpleging kan communiceren en belangrijke info gebord blijft	Visie rondom omgaan met complex gedrag borgen in beleidsplannen.
Thema 3; Borging en veiligheid				
A. Wat gaat goed	1. <i>Mooie kindgerichte spullen/ materialen op de afdeling. Breed aanbod aan materiaal, gericht op ieder ontwikkelingsgebied/ niveau. Een rustige en opgeruimde afdeling.</i>	veel passend spel en speelmateriaal zowel binnen als de dagopvang.	Aandachtspunten blijven gemeld worden zodat we dit in afwachting van juiste communicatie zo goed mogelijk proberen te bewaken	Er worden meldingen gemaakt van incidenten binnen het kwaliteitsportaal (Zenya).
B. Wat kan beter	1. <i>Evaluatiegesprekken/ verslagen met ouders.</i>	gezamenlijk gebruik van ruimtes/ materialen met onderwijs na school en in vakantie periode	communicatie systeem zorg op school en dagverpleging, ze zijn hierin samen verantwoordelijk voor de zorg van de kinderen	De ondersteuningsbehoeften van de leerlingen worden beschreven in ParnasSys (het leerlingvolgsysteem). Dit zou nog beter gekoppeld moeten worden aan de zorg-op-school.
	2. <i>De verantwoordelijkheid van de medicatielijsten zouden bij ouders horen te liggen. In de praktijk zorgt de afdeling voor de juiste en actuele lijsten in de systemen. Dit maakt het heel foutgevoelig, kost veel tijd én maakt dat de eindverantwoordelijkheid alsnog bij personeel ligt.</i>			
C. Verbetervoorstel	1. <i>Inzetten LACCS evaluatieformulier.</i>	management beslist over gebruik/ afspraken ruimtes en niet medewerkers zelf	gezamenlijk passend communicatie systeem, of nog beter zorg op school toegang tot HDX	Nieuw plan voor Zorg op school uitwerken, waarbij het Landelijke doelgroepenmodel van onderwijs en de ondersteuningsbehoeften als basis worden gebruikt en leidend zijn.
	2. <i>Nieuw systeem/ afspraken wat betreft de medicatielijsten, zodat de volledige verantwoordelijkheid bij ouders/ verzorgers ligt.</i>			
Thema 4; Toerusting van de medewerker				
A. Wat gaat goed	1. <i>Nieuwe dienstkleding.</i>	sterk verantwoordelijk team	team met veel ervaring en kennis	1. De jaargesprekken worden jaarlijks gevoerd. Er is een duidelijk beeld wat medewerkers op het gebied van professionalisering zouden willen.
	2. <i>Goede communicatie/ samenwerking met team.</i>			2. De klassenteams hebben de Zorg op School goed in beeld.
	3. <i>Mogelijkheden tot bijscholing.</i>			3. Er worden momenteel leerkrachtondersteuners opgeleid.
B. Wat kan beter	1. <i>Tilflit voor boven speeltuimte (plafondlift). Moet aangeschaft worden.</i>	uitbreiding groepen en wellicht team	borgen werkwijzen, taken en kennis zodat deze geborgd blijven en ook gecommuniceerd kunnen worden	1. Alle nieuwe personeelsleden zijn voldoende op de hoogte van de systemen die binnen Adelante worden gebruikt.
	2. <i>Gezien de zorgwaarde en lichamelijke belasting van personeel, dienen er voor alle rolstoelgebonden kinderen tidoeken op maat tekomen.</i>	optimaliseren SKJ (interviews)		
	3. <i>Betere toegang tot de HDX dossiers om meer informatie te verkrijgen.</i>			
	4. <i>Optimaliseren SKJ registraties.</i>			
C. Verbetervoorstel	1. <i>SKJ, opnieuw inrichten en ruimte hiervoor geven om vervolgens te borgen.</i>	kenbaarheid dagopvang en samenwerking beschikbare passende ruimtes onderwijs	vastleggen werkprocessen is inmiddels in gang gezet	1. Onboarding van de organisatie wordt meer gericht op onderwijs en zorg.
	2. <i>Meer tilflits/ tidoeken. Een ergocoach betrokken binnen de afdeling.</i>	Bestuif maken binnen adelante over SKJ		2. Nieuw plan voor Zorg op school uitwerken, waarbij het Landelijke doelgroepenmodel van onderwijs en de ondersteuningsbehoeften als basis worden gebruikt en leidend zijn.

