Kwaliteitsbeeld 2025

Ambulante Hulpverlening
MIDDEN NEDERLAND

Naam	Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland
Adres	Gelreweg 3
Postcode	3843 AN
Plaats	Harderwijk
Telefoonnummer	085-0492717
Nummer Kamer van Koophandel	53118375
Website	www.ambulantehulpverlening.nl

Voorwoord

Met trots presenteren wij u het kwaliteitsbeeld 2025 van onze organisatie. Dit kwaliteitsbeeld geeft inzicht in de manier waarop wij dagelijks werken aan goede, passende en toekomstbestendige ondersteuning voor mensen met een licht verstandelijke beperking, psychische kwetsbaarheid en bijkomende complexe problematiek.

2025 was een jaar waarin ontwikkeling, samenwerking en professionalisering centraal stonden. Tegelijkertijd zagen wij ook de uitdagingen waar de zorgsector mee te maken heeft: toenemende complexiteit van zorgvragen, arbeidsmarktkrapte en de noodzaak om zorg anders en slimmer te organiseren. Juist in deze dynamische context blijven wij investeren in kwaliteit, innovatie en verbinding.

De basis van onze ondersteuning blijft onverminderd herstelgericht werken vanuit de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Deze methodiek sluit aan bij onze overtuiging dat ieder mens regie moet kunnen houden over zijn of haar eigen leven. Niet de beperking of diagnose staat centraal, maar de mogelijkheden, wensen en doelen van de cliënt. In 2025 hebben wij verdere stappen gezet om deze visie nog steviger te verankeren binnen onze organisatiecultuur, werkwijzen en samenwerking met ketenpartners.

Wij kijken met waardering naar de inzet van onze medewerkers. Dagelijks zetten zij zich met deskundigheid, betrokkenheid en doorzettingsvermogen in voor onze cliënten. Ook in situaties waarin de druk hoog is of de problematiek complex, blijven zij zoeken naar passende oplossingen en begeleiding bieden waar dat nodig is. De ontwikkeling van onze eigen academie, de introductie van het nieuwe LMS en de brede inzet op scholing en intervisie dragen eraan bij dat medewerkers zich kunnen blijven ontwikkelen en toegerust zijn voor de veranderende zorgpraktijk.

Daarnaast zijn wij trots op de regionale samenwerkingen die verder zijn versterkt. De ontwikkeling van de Avond- en Nachtdiensten, het Pilotteam Jeugd 16-27, de samenwerking binnen regionale netwerken en onze bijdrage aan innovatieve projecten laten zien dat goede zorg niet alleen binnen organisaties ontstaat, maar juist in verbinding met anderen. Samenwerking is noodzakelijk om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden.

Dit kwaliteitsbeeld laat niet alleen zien waar wij trots op zijn, maar ook waar verbeterpunten liggen. Wij vinden het belangrijk om kritisch naar onszelf te blijven kijken. De uitkomsten van audits, cliënttevredenheidsonderzoeken, incidentanalyses en externe visitaties helpen ons om te leren en verder te ontwikkelen. Kwaliteit is voor ons geen momentopname, maar een continu proces van reflecteren, verbeteren en borgen.

Wij danken onze cliënten, medewerkers, samenwerkingspartners, cliëntenraden, ondernemingsraad en Raad van Toezicht voor hun vertrouwen, betrokkenheid en bijdrage aan de verdere ontwikkeling van onze organisatie. Samen blijven wij bouwen aan toegankelijke, herstelgerichte en menswaardige zorg.

We wensen u veel leesplezier.

De directie,

Jenny van Engelen

Erik van Malenstein

Inhoudsopgave

1 Inleiding **5**
2 Onze organisatie: waar staan wij voor en wat doen wij **6**
2.1 Visie 6
2.2 Missie 6
2.3 Personeel 6
2.4 Doelgroepen 7
2.5 Opbouw cliënten bestand 7
2.6 IRB-Methodiek 8
3 Bouwsteen 1: Het zorgproces rond de individuele persoon **9**
3.1 Ervaringsverhalen 9
3.2 Incident meldingen 10
3.3 Klachten 12
3.4 Onvrijwillige zorg/Wzd 12
3.5 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 12
3.6 Kindcheck 13
3.7 Herstelgerichte zorg - audit 13
3.8 Pilotteam Jeugd 16-27 13
4 Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van mensen met een beperking **14**
4.1 Projecten 14
4.2 Cliënttevredenheidsonderzoek 16
4.3 Stop cliënten 16
5 Bouwsteen 3: Professionele ontwikkeling **18**
5.1 Expertisecentrum 18
5.2 Deskundigheidsbevorderingen 18
5.3 Interne borging kwaliteit 19
5.4 Samenwerking Veluwe Portaal 19
5.5 Strategisch Meerjarenplan 19
6 Bouwsteen 4: Inzicht in kwaliteit **20**
6.1 HKZ - externe audit 20
6.2 Interne audit 21
6.3 GGD toezichtbezoek 21
6.4 Externe visitatie 22
6.5 Wat willen we verder ontwikkelen 23

1 Inleiding

Als zorgorganisatie in de gehandicaptenzorg werken wij met het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskompas bevat vier bouwstenen. In de eerste drie bouwstenen wordt de kwaliteit bekeken vanuit drie verschillende perspectieven, namelijk (1) het zorgproces rond de individuele cliënt (2) onderzoek naar cliëntervaringen en (3) zelfreflectie in teams. De informatie uit de eerste drie bouwstenen wordt gebundeld in de vierde bouwsteen door middel van het kwaliteitsbeeld of een voortgangsbericht.

Het kwaliteitsbeeld of voortgangsbericht wordt gebruikt bij intern overleg met het managementteam (MT), de Cliëntenraad, de ondernemingsraad en de Raad van Toezicht. Daarnaast wordt het kwaliteitsbeeld extern gebruikt om verantwoording af te leggen en is het de basis voor het overleg met de IGJ en het zorgkantoor. Daarnaast kijken externe deskundigen van het HKZ mee met de organisatie wat de kwaliteit van zorg betreft.

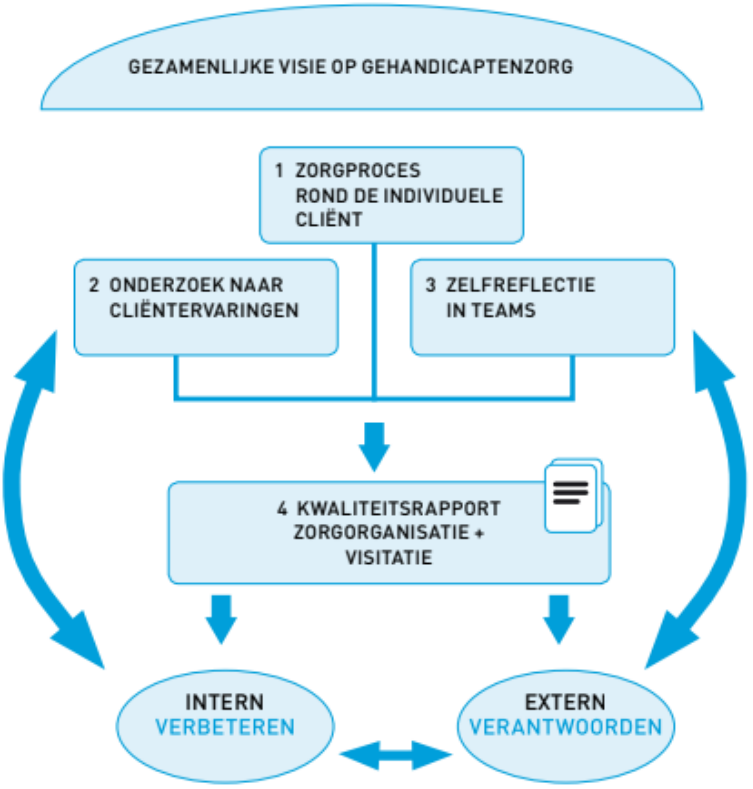
De eerste bouwsteen heeft betrekking op het zorgproces rondom de individuele cliënt. In samenspraak met de cliënt wordt een persoonlijk plan opgesteld. Het persoonlijk plan wordt periodiek geëvalueerd.

De tweede bouwsteen heeft betrekking op het perspectief van meerdere cliënten over hun ervaringen. Dit doen wij door middel van cliënttevredenheidsonderzoeken. De cliënttevredenheidsonderzoeken vinden minstens één keer per drie jaar plaats.

De derde bouwsteen heeft betrekking op de professionele ontwikkeling. Hierbij wordt gebruikgemaakt van werkoverleggen, deskundigheidsbevordering en intervisie, maar ook het medewerkerstevredenheidsonderzoek en andere ontwikkelingen op het gebied van professionele ontwikkeling.

De vierde bouwsteen omvat de eerste drie bouwstenen, maar richt zich voor ons ook op de algemene kwaliteit. Dit tezamen beschrijft het kwaliteitsbeeld.

Wij willen met dit kwaliteitsbeeld inzichtelijk maken wat onze kwaliteit van zorg is, en welke ontwikkelingen wij het afgelopen jaar hebben doorgemaakt. Daarnaast willen wij helderheid geven aan cliënten wat zij van ons mogen verwachten binnen de hulpverlening en helpt het medewerkers om de zorg voortdurend te verbeteren. De nadruk ligt hierbij op leren en verbeteren, om zo steeds betere zorg te kunnen leveren.



2 Onze organisatie: waar staan wij voor en wat doen wij

2.1 Visie

Wij staan voor een gelijkwaardige wereld waarin jij mag zijn wie je bent en de ondersteuning krijgt die je nodig hebt.

Samen. Durven. Doen.

2.2 Missie

Samen

Wij zijn er voor mensen. Wij staan voor gelijkwaardigheid. Je kunt op ons vertrouwen en we zijn transparant over onze aanpak. Wat iemand zelf wil of aangeeft, staat voorop in de begeleiding. Wij luisteren goed en zijn toegewijd. Samen stellen we doelen. Samen proberen we die te bereiken.

Ketenpartners in de regio Noord-Veluwe en Flevoland zijn onmisbaar. Wij geloven in de kracht van verbinding. Samen zoeken we naar verbetering en verdieping. Daarom staan we open voor ideeën en alternatieven.

Wij zijn trots op onze medewerkers en hebben oog voor hun talenten. Die benoemen we en zetten we in. We doen ons werk met zelfvertrouwen, maar zijn zelfkritisch en eerlijk over wat er beter kan.

Durven

Wij tonen lef en zijn oplossingsgericht. Waar nodig, nemen wij risico's en regie. Wij denken in mogelijkheden en vallen op door ons doorzettingsvermogen. Wij geven mensen de juiste ondersteuning. Geen situatie is hetzelfde, daarom durven wij ook buiten de kaders te denken.

Wij staan bekend als doortastende professionals. Wij zetten die stap extra. De lat ligt hoog. Daarom krijgen nieuwe collega's volop begeleiding om te groeien in het werk. Wij zetten onze kennis en ervaring in op het gebied van lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek. Het is ons doel om die zo veel mogelijk te delen.

Doen

Wij houden van korte lijntjes. Binnen onze platte organisatie is iedereen aanspreekbaar. Geen poespas. Met elkaar werken we aan hetzelfde doel. Wij zijn doeners. Creatief, flexibel en positief. Ja, er ligt veel op ons bordje, maar wij werken ook hard. Dat houden we vol, omdat er genoeg ruimte is voor plezier.

Wij zijn oprecht trots op onze organisatie. We zijn graag het beste jongetje van de klas. Dat willen we zo houden, maar is niet vanzelfsprekend. De zorg staat nooit stil. Wij blijven dus alert en verbeteren continu de kwaliteit van onze dienstverlening. Samen houden wij de zorg toegankelijk en betaalbaar. Alles in het belang van de mensen die wij mogen ondersteunen.

2.3 Personeel

Op peildatum 1 januari 2025 had AHMN 91 medewerkers in dienst, opgedeeld in: 63 medewerkers primair proces, 3 teamleiders en 25 medewerkers backoffice.
Op peildatum 31 december 2025 waren er 93 medewerkers in dienst: 66 medewerkers primair proces, 3 teamleiders en 24 medewerkers backoffice.

ZZP'ers zijn niet meegenomen in dit overzicht.

Het personeelsverloop laat een dalende trend zien. In 2025 daalde het verloop naar 25%, waarvan twee medewerkers zijn uitgestroomd vanwege pensionering.

Wij zien in 2025 wel een toename van medewerkers die binnen hetzelfde kalenderjaar in dienst traden en ook weer uit dienst gingen. Dit betrof vooral medewerkers in kantoorfuncties. Dit aandachtspunt nemen wij mee in de plannen voor 2026, met focus op een goede selectie en onboarding.

Het gemiddelde verzuimpercentage in 2024 bedroeg 11,28%. In de eerste helft van 2025 was sprake van een daling in het verzuimpercentage met een gemiddeld percentage van 8,94%. Hoewel dit een verbetering is, werd dit nog steeds als hoog ervaren.

Vanaf de zomer van 2025 is de verzuimbegeleiding aangescherpt. Dit heeft geleid tot een duidelijk zichtbare daling in de tweede helft van het jaar. Over deze periode komt het gemiddelde verzuim uit op circa 7%. Het jaar 2025 wordt afgerond met een gemiddeld verzuimpercentage van 8%. Deze daling is het resultaat van:

- vernieuwing van het gezondheidsbeleid en de bijbehorende procedure;
- het aanvragen van ziekteverlof in plaats van het melden van ziekte;
- preventieve inzet van de bedrijfsarts en interventies;
- leidinggevenden zijn nauw in contact met de medewerkers uit het team, hierdoor zijn verzuimrisico's snel in beeld en kunnen we steeds beter preventief handelen;
- het meer beschikbaar hebben van aangepaste werkzaamheden bij re-integratie.

We ervaren krapte op de arbeidsmarkt, hier zien we risico op overbelasting ontstaan door personeelstekorten. We zien echter kansen in het verbeteren van de inzet van preventieve interventies door nauwere samenwerking met onze verzuimverzekeraar en arbodienst.

'Samen geven we weer richting aan je leven'

2.4 Doelgroepen

Binnen Ambulante Hulpverlening Midden Nederland zijn er twee specifieke doelgroepen:

- mensen met psychische kwetsbaarheid
- mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Vaak is dubbel- of triple diagnostiek aanwezig, waarbij LVB voorliggend is in combinatie met psychische kwetsbaarheid, en daarbij bijvoorbeeld verslavingsproblematiek.

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland biedt verschillende mogelijkheden tot ondersteuning:

- Ambulant in de eigen thuissituatie
- Woonbegeleiding in een zelfstandige studio of appartement
- Begeleid wonen met 24-uurs zorg
- Begeleiding in de avond en nacht door de Flevolandse Avond- en Nachtdienst voor de inwoners van Almere, de Flevolandse Avond- en Nachtdienst Midden-Noord voor de inwoners van Lelystad en omliggende plaatsen en de Veluwse Avond- en Nachtdienst voor de inwoners van de RNV.

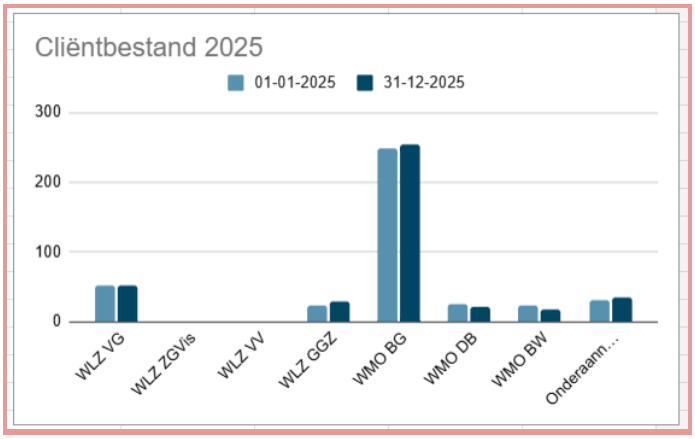
Beschikkingen worden afgegeven vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): begeleiding individueel, begeleiding groep en Beschermd wonen, en vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) in de vorm van Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT) of Persoonsgebonden budget (PGB).

Sinds de introductie van de Wlz-GGZ-indicaties in 2022 is het aantal cliënten dat we vanuit deze grondslag begeleiden gestegen, al blijft het aantal cliënten met een Wlz-VG-indicatie vooralsnog groter.
Er wordt regelmatig met begeleiders besproken of de indicaties van de cliënten die zij ondersteunen, nog passend zijn bij de ondersteuningsvragen. Begeleiders kennen hun cliënten dermate goed, dat ze weten wanneer zij aan de voorwaarden voldoen om Wlz-zorg te krijgen. Die voorwaarden zijn: duidelijkheid dat blijvende (= levenslange) zorg en dag- en nachtzorg en/of toezicht nodig is en er een risico op ernstig nadeel is als de cliënt geen zorg/toezicht heeft. Begeleiders kunnen zelf met toestemming van de cliënt (en indien aanwezig zijn wettelijk vertegenwoordiger) een Wlz-aanvraag doen. Indien nodig kunnen zij daarbij ondersteund worden door de afdeling Kennis & Expertise.

In 2025 werden 39 cliënten met een Wlz-VG-indicatie en 21 cliënten met een Wlz-GGZ-indicatie ondersteund.

2.5 Opbouw cliënten bestand

Op 1 januari 2025 hadden wij 406 cliënten in het bestand. Op 31 december 2025 was dit aantal 409 cliënten. Deze cliënten bieden wij Wmo begeleiding thuis, Wmo begeleiding groep, Wmo Beschermd Wonen, Wlz of zorg in onderaanneming en Avond- en Nachtdienst. Naast onze eigen cliënten, begeleiden wij in onze Avond- en Nachtdienst ook circa 425 cliënten van externe partijen.



2.6 IRB-Methodiek

Binnen Ambulante Hulpverlening Midden Nederland werken wij aan de hand van de ‘Individuele Rehabilitatie Benadering’ (IRB). In 2021 zijn we gestart met het opleiden van onze begeleiders in de IRB-methodiek. Aanleiding hiervoor was de uitkomst van het onderzoek waaruit bleek dat de methodiek Community Support onvoldoende aansluit bij onze brede en diverse doelgroep.

De IRB-methodiek richt zich op mensen met langdurige beperkingen. Het doel van de methodiek is om hen te ondersteunen bij hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. De IRB gaat uit van wat de cliënt zelf wil en kan.

Alle medewerkers zijn inmiddels geschoold in het gebruik van de IRB. Daarbij hebben we er bewust voor gekozen om ook collega’s zonder direct cliëntcontact te trainen. We vinden het belangrijk dat we op dezelfde manier met elkaar omgaan: met cliënten, met directe collega’s en met externe partners. We geloven sterk in de kracht van herstelgerichte zorg. Nieuwe medewerkers volgen na indiensttreding een tweedaagse basistraining, en voor begeleiders is een opfristraining georganiseerd.

In 2025 is de IRB-benadering nadrukkelijk onder de aandacht gebracht, onder andere tijdens een themabijeenkomst met de Raad van Toezicht. Wij zien IRB als een organisatiebrede grondhouding. In 2026 krijgt deze werkwijze verdere borging in de jaarplannen, functioneringsgesprekken en onze organisatiecultuur.

3 Bouwsteen 1: Het zorgproces rond de individuele persoon

'Binnen AHMN willen we de cliënttevredenheid en tevredenheid over kwaliteit van leven verbeteren. Wij geloven in de kracht van het werken volgens herstelgerichte zorg en positieve gezondheid. Hierbij staan de wensen en behoeften van onze cliënten centraal en kijken wij niet naar hun beperking.'

3.1 Ervaringsverhalen

Cliëntenraad Veluwe aan het woord:

In 2025 heeft de Cliëntenraad zich actief ingezet om de doelen te realiseren die in 2024 zijn opgesteld voor 2025. De raad richt zich op het versterken van de medezeggenschap van cliënten en het beter laten horen van hun stem binnen de organisatie.
De opkomst bij de activiteiten groeit geleidelijk, en steeds meer cliënten nemen hieraan deel. De Cliëntenraad streeft ernaar dat deelname in de toekomst verder zal toenemen.

De Cliëntenraad heeft zich ingezet om het contact met cliënten te verbeteren en signalen vanuit de achterban beter op te halen.

Werkzaamheden en activiteiten

Het afgelopen jaar stond in het teken van het verder structureren en opbouwen van de Cliëntenraad. Belangrijke werkzaamheden waren onder andere:

- Het opstellen van een reglement en een werkplan.
- Het inrichten van de communicatie met cliënten en de organisatie.
- Het inventariseren van knelpunten en aandachtspunten vanuit cliënten.
- Het versterken van de samenwerking met de organisatie.
- Het organiseren van thema-avonden en activiteiten voor cliënten.

Resultaten en ontwikkelingen

In 2025 heeft de Cliëntenraad verschillende stappen gezet om de medezeggenschap van cliënten verder te versterken:

- Vergaderingen: maandelijks op de eerste dinsdag van de maand om actuele onderwerpen te bespreken en activiteiten voor te bereiden.
- Activiteiten: maandelijks op de laatste vrijdag van de maand voor cliënten, met een geleidelijk toenemende opkomst.
- Communicatie: verbeterd door flyers en via begeleiders, met aandacht voor verdere optimalisatie.
- Structuur en samenwerking: Team Flevoland wordt ondersteund door Team Veluwe om de werkzaamheden goed te laten verlopen en verder op te bouwen.

Deze ontwikkelingen dragen bij aan een sterkere betrokkenheid van cliënten en een betere vertegenwoordiging van hun belangen binnen de organisatie.

Afgelopen jaar hebben de OR en Cliëntenraad geen gezamenlijke overleggen gehad over wat we bijvoorbeeld zien gebeuren in de externe omgeving. Dit is nu twee keer ingepland voor 2026

Cliëntenraad Flevoland aan het woord:

In 2025 is in Flevoland een Cliëntenraad gestart die bijgestaan wordt door de Cliëntenraad van Team Veluwe om de werkzaamheden goed te laten verlopen en de Cliëntenraad verder op te bouwen en er invulling aan te geven.

Ondernemingsraad aan het woord:

De OR is op de volgende data bij elkaar gekomen voor vergaderingen.

02-01-2025	16-01-2025	06-02-2025	20-02-2025
06-03-2025	20-03-2025	03-04-2025	15-05-2025
27-05-2025	05-06-2025	03-07-2025	17-07-2025

07-08-2025	04-09-2025	02-10-2025	02-10-2025
28-10-2025	06-10-2025	20-11-2025	04-12-2025

Overleg Vergadering (OV) met directie

De OR is op de volgende data bij elkaar gekomen met de directie voor vergaderingen.

28-01-2025	25-02-2025	24-06-2025	30-09-2025
28-10-2025	16-12-2025		

Werkplan 2025

De OR heeft het afgelopen jaar algehele verkiezingen gehouden. Dat betekent dat de gehele OR is afgetreden en er voor alle plekken kandidaten zijn geworven. Alle oude OR-leden hebben zich kiesbaar gesteld. Er hebben zich zeven kandidaten beschikbaar gesteld en er waren zeven plekken te vullen. Hierdoor hebben er geen verkiezingen plaatsgevonden en zijn alle kandidaten OR-lid geworden. Vanwege het vertrek van een werknemer, is één lid afgetreden. De verkiezingen om deze plek in te vullen zijn op 16 april 2026.

De OR was het eerste halfjaar actief bezig om het convenant van het reglement te verfijnen, zodat de nieuwe OR in juni een actueel document heeft waarin de werkwijze en verantwoordelijkheden staan beschreven. Daarnaast is de OR betrokken geweest bij onder andere het opzetten van een mobiliteitsplan, gezondheidsbeleid en verzuimbeleid, het schrijven van het OOR (Overeenkomst OndernemingsRaad) en hebben ze de Werkgroep Rookvrije zorg 2030 opgestart.
De communicatie naar de werknemers om de zichtbaarheid van de OR te vergroten was in 2025 een belangrijk speerpunt. Het doel was om meer zichtbaar te zijn en dat werknemers de OR gemakkelijker kunnen benaderen. Hier zijn enkele initiatieven uit voortgekomen. Op de portal van Ambulante Hulpverlening Midden Nederland is een meldingsformulier geplaatst. Medewerkers kunnen dit formulier gebruiken als ze een vraag of melding hebben voor de OR. Hierdoor is het mogelijk om anoniem een melding te maken. Daarnaast heeft de OR een vast moment in de agenda gekregen van de teamoverleggen van ambulante medewerkers om de ontwikkelingen te bespreken. In de toekomst zal dit ook voor de overleggen van het ondersteunend personeel geregeld worden.

Na de verkiezing hebben de OR-leden een training gevolgd waarin de functie van de OR en de rechten en plichten centraal stonden. Naast de relevante wet- en regelgeving is er, samen met de directie, aandacht besteed aan het behouden en versterken van de onderlinge samenwerking.

3.2 Incident meldingen

Inzicht verkrijgen, leren van elkaar, de zorg veiliger maken en de kwaliteit van zorg verbeteren zijn essentiële gevolgen van het melden van incidenten. Door incidenten te melden weten medewerkers, teams en de organisatie wat er niet goed gaat in de zorg. De incidentencommissie draagt bij aan een adequate borging van deze meldingen, het analyseren hiervan en ondersteunt het lerende effect, zodat dergelijke incidenten in de toekomst voorkomen kunnen worden.

In 2025 zijn 64 incidentmeldingen gedaan. Dit is een flinke daling ten opzichte van 2024 (108). Dit kan onder andere te verklaren zijn door een veranderde populatie op de Molenweg, waardoor er minder incidenten zijn op deze locatie. Daarnaast is de Middelste Wei bewuster gaan kijken naar hoe zij omgaan met het verstrekken van medicatie. Hiervoor moet een cliënt zelf verantwoordelijk zijn en medicatie in eigen beheer hebben. Hierdoor is ook een afname in incidentmeldingen te zien. Toegevoegd aan de meldingslijst in de kwartaalrapportage is de Avond- en Nachtdienst, aangezien zij een melding geregistreerd hebben. Dat er vanuit de Avond- en Nachtdienst maar één incident is gemeld in 2025, is een aandachtspunt. Gezien de werknemers van de Avond- en Nachtdienst regelmatig te maken krijgen met een crisissituatie of (poging tot) suïcide, wordt dit niet (meer) gemeld als incident.

Er is een intern onderzoek gedaan na het melden van een calamiteit op de Manuscriptstraat Almere bij de GGD Flevoland. De beoordeling van de afhandeling van dit rapport was positief. Het onderzoek is goed afgesloten en de onderzoekskwaliteit intern is verbeterd ten opzichte van eerdere onderzoeken.

Inzet op aanbevelingen

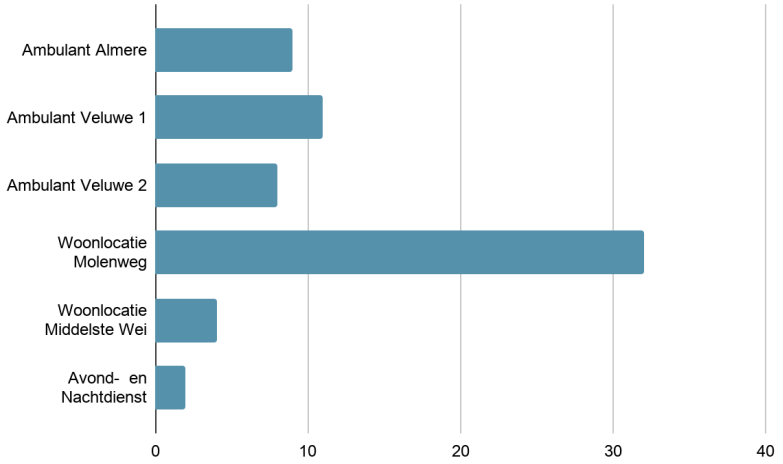
In 2025 is een aandachtsfunctionaris medicatie aangesteld. De aandachtsfunctionaris sluit aan bij de kwartaaloverleggen van de incidentencommissie en gaat het beleid herschrijven. Er is in 2025 meer aandacht voor de incidentmeldingen in de teamoverleggen. Hierdoor ziet de incidentencommissie dat de aard van het incident beter wordt ingevuld en er vanuit de ambulante teams meer incidenten worden gemeld.

Er kan gebruik worden gemaakt van het BOT-team van een zorgorganisatie waar Ambulante Hulpverlening Midden Nederland mee samenwerkt. Hierin is de samenwerking met de zorggroep Noordwest Veluwe gestart. Het BOT-team (Bedrijfs Opvang Team) is dit jaar twee keer ingezet (1x bij een medewerker en 1x bij het incident op de Manuscript in Almere voor een groepsgesprek).

Typen incident meldingen	**Aantal**
Grensoverschrijdend gedrag	22
Verbale agressie	11
Fysieke agressie	1
Medicatiefout door cliënt	11
Overlast	3
Medicatiefout door medewerker	4
Zelfbeschadiging	4
Materiële agressie	0
(Bijna) ongeval	2
Overlijden cliënt	2
poging suïcide	6
Totaal:	**66***

**Het aantal gescoorde type meldingen ligt hoger dan de daadwerkelijke incidentmeldingen, omdat men meerdere antwoorden aan kan vinken in het formulier.*

De meeste meldingen werden gemeld door Woonlocatie Molenweg (32), gevolgd door ambulant Veluwe 1 (11), Almere (9), ambulant Veluwe 2 (8), Wonen Middelste Wei (4) en tot slot Avond- en Nachtdienst (2).



3.3 Klachten

Binnen Ambulante Hulpverlening Midden Nederland waren er niet veel klachten, maar toch horen we in de praktijk andere verhalen van mensen die hun ontevredenheid uiten. Ook deze ontevredenheden willen wij terugzien in onze klachtmeldingen. Wij benaderen een klacht niet als negatief, maar als een mogelijkheid tot het verbeteren van de hulpverlening.

In 2025 is er één klacht ingediend door een medewerker. Er zijn zeven klachten ingediend door cliënten, wat een daling is ten opzichte van 2024 (10 klachten). De klachten ingediend door cliënten of naasten/verwanten gaan voornamelijk over het handelen van een medewerker (5). Eén klacht, die ook bij Quasir is ingediend, gaat over geen vervanging krijgen bij een langdurig zieke begeleider. Twee andere klachten gingen over de Avond- en Nachtdienst, deze klachten zijn opgepakt door de coördinator van de Avond- en Nachtdienst.

Eén cliënt heeft een klacht over het nieuwe ECD; hij kan niet meer reageren op de rapportages van de begeleiders, wat in het vorige systeem wel kon. Deze klacht is aangehoord en bij NEDAP aangegeven.

3.4 Onvrijwillige zorg/Wzd

De Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening. Wij hebben naar aanleiding van de invoering van de Wzd beleid omtrent de onvrijwillige zorg opgesteld.

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland verleent geen onvrijwillige zorg, een uitzondering hierop is als een cliënt in levensgevaar verkeert. Hoe de organisatie precies omgaat met onvrijwillige zorg, staat omschreven in het Beleid onvrijwillige zorg. Begeleiders kunnen meer kennis en informatie over onvrijwillige zorg krijgen door online de leerlijn Wet zorg en dwang van de VGN-academie te volgen die via Studytube beschikbaar is.

In 2025 is er geen sprake geweest van het verlenen van onvrijwillige zorg.

3.5 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals met het signaleren en handelen bij (vermoedens van) huiselijk geweld of kindermishandeling. Hieronder vallen ook psychisch of seksueel geweld en verwaarlozing. De vijf stappen in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpen professionals vanaf het moment van signaleren tot aan het besluit over het wel of niet doen van een melding bij Veilig Thuis. In de wet is vastgelegd dat elke organisatie en iedere beroepskracht die met kinderen, ouders en ouderen werkt, verplicht is om met de meldcode te werken. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland heeft een aandachtsfunctionaris huiselijk geweld en kindermishandeling.

De aandachtsfunctionaris (AF) heeft een adviserende rol richting de beleidsontwikkeling en een coördinerende rol bij de uitvoering van de stappen van de meldcode, als er vermoedens zijn van kindermishandeling/huiselijk geweld. Tevens is het de taak van de AF om jaarlijks verantwoording af te leggen aan de directie. De AF volgt bijscholing die wordt verzorgd door de Landelijke vereniging voor aandachtsfunctionarissen huiselijk geweld en kindermishandeling (LVAK).

Het stappenplan van de meldcode is in 2025 zeven keer ingezet, waarvan het vijf keer leidde tot een melding bij Veilig Thuis. Daarnaast werken begeleiders soms in cliëntsituaties, waarbij door een andere betrokken partij een melding bij Veilig Thuis is gedaan, maar dat wordt niet geregistreerd.

Begeleiders zijn een belangrijke schakel in het signaleren van en handelen bij zorgelijke signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hoe groter de bewustwording over signaleren en handelen in onveilige thuissituaties, hoe eerder de juiste hulp ingeschakeld kan worden.
Om hen te leren hoe ze verder kunnen kijken, door kunnen vragen en samen het onzichtbare zichtbaar kunnen maken, heeft de AF in 2025 vier keer met in totaal 15 deelnemers het Achter de voordeur bordspel gespeeld. Dat spel biedt handvatten en informatie over huiselijk geweld en daagt de spelers uit om aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden te leren huiselijk geweld te signaleren en bespreekbaar te maken. Ook voor 2026 zijn weer spelmomenten ingepland.

Daarnaast heeft de AF gepleit voor het aanschaffen van een e-learning meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Met de nieuwe online-leeromgeving Studytube, waarin ook het aanbod van de VGN-academie is opgenomen, is nu voor iedereen een leertraject beschikbaar en is de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling onderdeel van de (verplichte) leerlijnen voor de diverse functies in de organisatie.

3.6 Kindcheck

Naast de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling moeten organisaties ook de kindcheck regelen. Bij een kindcheck controleren professionals, die werken met volwassenen, of er kinderen in een gezin zijn. Of de kinderen veilig zijn en of er hulp nodig is. Organisaties moeten de kindcheck implementeren en het gebruik ervan onder werknemers bevorderen. De kindcheck wordt bijvoorbeeld ingezet als een ouder een psychische stoornis heeft of verslaafd is. In onze organisatie maakt de kindcheck deel uit van de vragenlijst waarop het ondersteuningsplan gebaseerd is. Daarmee komt het ook in iedere planevaluatie terug en kunnen wijzigingen in de situatie van de cliënt worden verwerkt. Het is daarmee onderdeel van het individuele cliëntdossier.

3.7 Herstelgerichte zorg - audit

Sinds de organisatie gebruikmaakt van de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) worden ook audits naar herstelgerichte zorg gedaan. Twee medewerkers zijn getraind als auditor en mogen de Recovery Oriented Practices Index-Revisie (ROPI-R) afnemen. De ROPI-R is een instrument om vast te stellen in hoeverre een team herstelondersteunende zorg verleent. De uitkomsten kunnen handvatten bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van herstelondersteunende zorg. De ROPI-R bestaat uit interviews met medewerkers, een cliëntenpanel en inzage van documenten/cliëntdossiers.
Ieder jaar worden twee teams geaudit. Daarmee ontstaat een cyclus van 2,5 tot 3 jaar waarin de ROPI-R bij een team afgenomen wordt. In 2025 is de ROPI-R bij de teams van Almere en de Middelste Wei afgenomen.

3.8 Pilotteam Jeugd 16-27

Begin mei 2022 is het Pilotteam 16-27 van start gegaan met een eerste casus. Uitgangspunten van de inzet van het pilotteam 16-27 zijn:

- Als er sprake is van crisisgevoeligheid in de casus (en er dus 24-uurs bereikbaarheid nodig is).
- Als de problematiek op meerdere gebieden speelt.
- Als de hulpverlening een hoge intensiteit heeft (waardoor een reguliere jeugd- of Wmo-financiering dit niet kan dekken) en het in plaats van reguliere ambulante zorg is.

Er zijn in de afgelopen jaren wisselingen en vacatures geweest, maar sinds het voorjaar van 2025 is er stabiliteit ontstaan. Het team bestaat uit vijf begeleiders vanuit drie verschillende organisaties met elk hun eigen expertise. Profila Zorggroep, Ambulante Hulpverlening Midden Nederland en ’s Heeren Loo hebben samen hun krachten gebundeld. In februari 2024 heeft de orthopedagoog de plek van de GGZ-specialist ingenomen als inhoudelijk betrokken gedragskundige. De teamleider is betrokken vanuit Profila Zorggroep en de waarnemend teamleider vanuit Ambulante Hulpverlening Midden Nederland. Beide ondersteunen de begeleiders vanuit hun rol.

In 2025 werden 17 jongeren (unieke personen) ondersteund. In het begin van het jaar waren het er zeven en op 31 december 2025 11 jongeren. Het kortste traject duurde drie maanden, het langste 25 maanden.

4 Bouwsteen 2: Onderzoek naar de ervaringen van mensen met een beperking

'AHMN biedt ambulante begeleiding aan mensen met een lichte tot complexe hulpvraag. We hebben kennis, ervaring en innovatiekracht op het gebied van ambulantisering in de zorg. Momenteel doen we dit in de regio Noord-Veluwe en Flevoland. We willen dat ons marktaandeel in de zorg aansluit bij de behoeften vanuit onze omgeving. Dit gaan we doen door deze markt te onderzoeken, kijken waar de kansen liggen en hierop te anticiperen. Hierin willen wij meewerken en bijdragen aan innovatie binnen de zorg. Door zorg te dragen voor een toekomstbestendig productaanbod behouden en vergroten we onze cirkel van invloed binnen de zorg, vergroten we onze naamsbekendheid en zijn wij een serieuze speler binnen de zorg.'

4.1 Projecten

Elektronisch cliëntdossier

Het nieuwe ECD is op 1 juni 2025 succesvol in gebruik genomen binnen ONS. De implementatie is zorgvuldig uitgevoerd, kende breed draagvlak en werd vooral positief ontvangen door medewerkers in het primaire proces. Zij ervaren het systeem als logisch ingericht, met een duidelijke interface die cliëntinformatie snel toegankelijk maakt en rapporteren efficiënter laat verlopen. Het automatisch bijhouden van contacturen ondersteunt bovendien het plannen en bewaken van inzet. Dit alles draagt bij aan efficiënter werken en meer tijd voor zorg.

Tegelijkertijd zijn er knelpunten zichtbaar in het dagelijks gebruik. Roosteren buiten ONS vindt nog steeds plaats, omdat roosters van andere teams niet inzichtelijk zijn, waardoor de beschikbaarheid van medewerkers lastig te overzien is. Daarnaast functioneren de mobiele apps onvoldoende, ontbreekt de koppeling tussen de ONS-agenda en Google Agenda, en zien cliënten afspraken niet terug in hun ECD. Ook het plannen van afspraken is omslachtig, omdat slechts één dag tegelijk zichtbaar is in plaats van een weekoverzicht.

Het project is geëvalueerd en geborgd in de reguliere bedrijfsvoering.

Flevolandse Avond- en Nachtdienst

In 2025 is de FAN doorontwikkeld en gegroeid. Het team was vanaf het begin goed voorbereid en gemotiveerd, klaar om de doelstellingen van de FAN waar te maken. Het team fungeert als vertegenwoordiging van het samenwerkingsverband, waarbij elke aangesloten zorgorganisatie een afgevaardigde heeft. Gedurende 2024 is dit team ongewijzigd gebleven, wat de stabiliteit en continuïteit van de operatie bevorderde.
Het aantal deelnemers aan de FAN groeide gestaag. Binnen de eerste zes maanden werd het aantal deelnemers verdubbeld, van ruim dertig naar zestig. Deze groei toont de toenemende belangstelling en het vertrouwen in het netwerk. Daarnaast werden acht 24-uurs locaties ondersteund door het team, in de vorm van collegiale consultatie. Deze consultaties zijn essentieel voor het delen van expertise, het oplossen van vraagstukken en het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen deze locaties.

Flevolandse Avond- en Nachtdienst Midden-Noord

Op 1 februari 2025 is in samenwerking met Kwintes, Leger des Heils, Iriszorg en de PI-groep een team gestart in Flevoland Midden-Noord, met hetzelfde concept zoals deze in Flevoland Almere gestart is. De regio Flevoland wil met de Flevolandse Avond- en Nachtdienst (FAN) een vangnet bieden aan mensen die kortdurend, incidenteel en onplanbare behoefte hebben aan ondersteuning in de avonden en nachten in de gemeenten Urk, Dronten, de Noordoostpolder en Lelystad voor de volgende doelgroepen:

- Wmo BW tussenvorm (Beschut Wonen en Gewoon Thuis)
- Wmo zelfstandig wonend
- Wlz (vpt/mpt) GGZ, LVG, VG en V&V
- Intramurale locaties: zo nodig bijspringen bij bestaande avond- en nachtdiensten
- OGGZ doelgroep (ingroeimodel in 2025)

Veluwse Avond- en Nachtdienst

Binnen de Veluwse Avond- en Nachtdienst (VAN) is de samenwerking met DigiContact stopgezet. Het doel van deze samenwerking was een deel van de vraag digitaal te beantwoorden, waardoor de dienst meer cliënten met een gelijkblijvende fysieke dienst kan bedienen. In de praktijk bleek dat de aansluiting op de vraag onvoldoende

gewaarborgd was. Tijdelijke oplossingen zijn intern georganiseerd. De verdere verkenning van digitale zorgoplossingen, zoals de samenwerking met andere triagisten (HAP, crisisdienst en de GGZ), maakt deel uit van de speerpunten in zowel het meerjarenplan als de afdelingsplannen.

Om de regiofunctie van de VAN te versterken is met de partners in de maatschappelijke zorg (MZ) het initiatief genomen om de VAN te organiseren vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het gesprek hierover is samen met centrumgemeente Harderwijk gevoerd. De Samenwerkings- en Gegevensuitwisselingsovereenkomst is inmiddels door alle betrokken ketenpartners ondertekend, waarmee een belangrijke mijlpaal in het gezamenlijke traject is bereikt. Met deze formele bekrachtiging is de samenwerking officieel vastgelegd en kan er vanaf 1 januari 2026 structureel en volgens duidelijke afspraken worden samengewerkt. Dit vormt de basis voor een duurzame en transparante samenwerking waarin iedere partner zijn rol en verantwoordelijkheid helder heeft.

Pilot OGGZ

De Flevolandse Avond- en Nachtdienst (FAN) is een aanvullende oproep- en bereikbaarheidsdienst (19.00–08.00 uur) gericht op stabilisatie en de-escalatie bij ontregeling en onbegrepen gedrag. De dienst startte in 2024 vanuit Wmo/Wlz en is in 2025–2026 uitgebreid met een OGGZ-Pilot in Almere, in samenwerking met GGZ Centraal en de politie. De pilot laat zien dat de FAN duidelijk voorziet in een behoefte. De dienst wordt ingezet bij complexe situaties waarin bestaande voorzieningen niet toereikend zijn en biedt tijdelijke nabijheid, professionele inschatting en rust, waarna overdracht volgt naar reguliere zorg. Ketenpartners waarderen de inzet hoog (gemiddeld 4,4), de toegevoegde waarde voor inwoners 4,5 en de samenwerking 4,3.

Belangrijkste inzichten:

- De doelgroep bevindt zich tussen bestaande kaders: er is zorgwekkend gedrag, maar geen directe opname-indicatie. De FAN vult dit gat met handelingsperspectief en expertise.
- De samenwerking met politie en GGZ functioneert goed en versterkt de samenhang in de keten.
- De FAN wordt vooral ingezet wanneer situaties al onder druk staan; een vergelijkbare voorziening in een eerdere fase ontbreekt.
- Opvolging is niet altijd beschikbaar, onder andere door gebrek aan tijdelijke opvang. De behoefte aan een voorziening als de FAN blijkt breder dan de huidige regio.
- De inzet vraagt veel flexibiliteit en belastbaarheid van medewerkers; duurzame inrichting is noodzakelijk.

De pilot toont aan dat de FAN een waardevolle aanvulling is binnen de keten en biedt een stevige basis voor verdere besluitvorming.

Aandachtspunten voor vervolg

De pilot onderstreept dat de verdere positionering van de FAN en mogelijke uitbreiding naar Flevoland Midden-Noord kansrijk is. Het ontbreken van tijdelijke opvang vormt een belangrijk knelpunt en vraagt om onderzoek naar aansluiting bij bestaande voorzieningen. Daarnaast is aandacht nodig voor duurzame inzetbaarheid van medewerkers, met veilige roosters, nazorg en gerichte scholing. De groeiende provinciale en landelijke behoefte aan een voorziening zoals de FAN bevestigen de relevantie van passende OGGZ-interventies buiten de reguliere structuren.

‘De Avond- en Nachtdienst is er voor situaties in de avond, nacht en vroege ochtend en helpt de cliënt verder op momenten dat het even niet goed gaat. Zo zorgt de dienst voor rust en helpt voorkomen dat de situatie erger wordt.’

Ambulantisering

Wij zetten nadrukkelijk in op de ambulantisering van ons zorgaanbod. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland positioneert zich primair als extramurale zorgaanbieder en richt zich op het versterken van de eigen regie van cliënten. De locaties met 24-uurszorg worden stapsgewijs omgevormd, waarmee we zijn begonnen in een samenwerkingsconstructie met Iriszorg en Profila Zorggroep op de Molenweg in Hierden. Daarnaast werken wij aan het bundelen van expertise in (regionale) teams, waaronder het outreachende team, Regioteam Jeugd en teams gericht op complexe problematiek.

Regionale participatie

We zien een duidelijke transitie binnen de zorg en nemen hierin actief deel aan regionale ontwikkelingen, zoals de GEM, G-AAN en initiatieven gericht op het versterken van informele zorg. Wij vervullen hierin een nadrukkelijke rol als samenwerkingspartner binnen de regio.

GEM

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland neemt deel aan GEM, een anagram voor *Ecosysteem Mentale Gezondheid*. De kern van GEM is het realiseren van een verandering binnen de vastgelopen Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Het initiatief richt zich erop om ondersteuning bij psychische kwetsbaarheid meer binnen het sociaal domein te organiseren. Hierdoor verschuift de focus van zorg binnen de GGZ naar welzijnsgerichte oplossingen, wat het meedoen van inwoners met psychische kwetsbaarheid bevordert.
De essentie van GEM is het creëren van een mentaal ecosysteem waarbij de nadruk ligt op het demedicaliseren van de zorgvraag, waardoor de druk op de GGZ afneemt. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland denkt actief mee in deze ontwikkeling en er vinden momenteel verkennende gesprekken plaats.
Daarnaast maken cliënten gebruik van voorzieningen zoals het Groepenhuis, dat bijdraagt aan zelfstandigheid, eigenwaarde en participatie. Medewerkers worden ondersteund door middel van scholing, waaronder online cursussen over verkennende gesprekken en herstelgerichte activiteiten, zodat zij cliënten optimaal kunnen begeleiden. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland sluit aan bij de diverse activiteiten die vanuit GEM worden georganiseerd, waar ook onze cliënten direct profijt van hebben.

G-AAN

In de regio's Drenthe en Zwolle hebben gehandicaptenzorg-aanbieders de handen ineengeslagen. Samen vormen ze G-AAN: een beweging waarin digitalisering, innovatie en samenwerking centraal staan, om de zorg toegankelijk en toekomstbestendig te maken. De G-AAN is in het leven geroepen, omdat de zorg voor een grote uitdaging staat. Personeelstekorten, een groeiende zorgvraag en toenemende complexiteit vragen om slimme, innovatieve oplossingen.
Het is belangrijk dat kwetsbare doelgroepen de zorg (blijven) krijgen die ze nodig hebben. Daarom wordt er samengewerkt en kennis gedeeld. Bestuurders van verschillende organisaties hebben bijvoorbeeld de rol van bestuurlijk trekker op zich genomen. Vanuit deze rol jagen ze processen aan en houden ze de beweging op gang. Professionals uit allerlei organisaties zetten hun vakspecifieke kennis en ervaring in.

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland heeft bijgedragen aan gesubsidieerde projecten zoals '*Veilig in de Nacht'.* Vanuit dit project zijn diverse deelresultaten bereikt, waaronder een Samenwerkingsovereenkomst met verschillende ketenpartners voor de uitvoering van de Avond- en Nachtdienst, een praatplaat over Brandveiligheid in de zorg en een informatievideo over de Flevolandse Avond- en Nachtdienst.

Daarnaast werken we mee aan het project '*Hybride ambulant werken'.* Dit project bevindt zich nog in de beoordelingsfase en moet nog worden goedgekeurd.

Het zijn niet alleen de zorgaanbieders die meedoen. Ook gemeenten, verzekeraars en kennispartners vinden elkaar in de Regiohub: de plek waar ideeën en ervaringen uit de praktijk samenkomen.

4.2 Cliënttevredenheidsonderzoek

In september en oktober 2025 heeft Ambulante Hulpverlening Midden Nederland in samenwerking met LSR een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd in Ambulant regio Almere, Ambulant regio Veluwe 1&2, Wonen Middelste Wei en Wonen Molenweg. Het onderzoek is gebaseerd op de LSR-methode 'Cliënten over Kwaliteit' (CoK). Voor Regio Veluwe 1&2 is aanvullend een spiegelgesprek gevoerd ter verdieping van de CoK resultaten.

De cliënten zijn over het algemeen positief over de ambulante begeleiding (cijfers: Ambulant: 8,9 en 8,8, Wonen: 8,3 en 7,3). Uit de analyse van de aandachtspunten blijkt dat de gewenste verbeteringen in alle doelgroepen grotendeels overeenkomen. De belangrijkste thema's liggen op het gebied van kwaliteit van bestaan, zoals woonsituatie en woonruimte, daginvulling en algemeen welbevinden. Daarnaast zijn er enkele individuele wensen rondom begeleiding.

Op basis van de resultaten wordt een advies gegeven. Op enkele punten willen we de Cliëntenraad betrekken bij het opstellen van het advies. Nu leeft bij de Cliëntenraad het gevoel dat vooral de begeleiders beslissen, terwijl we de cliënt juist meer regie willen geven. Aandachtspunten vanuit cliënten betreffen continuïteit in begeleiding en duidelijkheid over aanspreekpunten bij afwezigheid van begeleiders. Deze signalen nemen wij mee in onze verbeteracties.

Om de cliënttevredenheid te vergroten, werken de ambulant begeleiders sinds 2025 volgens de IRB-methodiek. Dit om meer aandacht te geven aan het persoonlijk welbevinden, de ontwikkeling en de wensen van de cliënt.

4.3 Stop cliënten

In 2025 is de instroom van nieuwe cliënten gestagneerd. Tegelijkertijd hebben wij bewuste keuzes gemaakt in de uitstroom van cliënten, onder andere om doorstroom binnen de regio te stimuleren, waaronder bij de locatie Molenweg.

Vanuit ons proces ‘stop zorg’ is de bedoeling dat elke cliënt die de wens heeft om te stoppen met onze zorgverlening, een gesprek heeft met een Persoonlijk begeleider. Het doel is om te inventariseren wat de reden is en om te kijken of er toch nog mogelijke hulpvragen liggen. Op deze manier krijgen wij meer zicht op de beleving van onze cliënten en wat wij hiervan kunnen leren als het gaat om de kwaliteit van zorg.

In 2025 zijn er totaal 148 cliënten gestopt met de zorgverlening. De voornaamste redenen om te stoppen met de zorg zijn onder andere het behalen van alle doelen of de keuze voor een andere zorgaanbieder door de cliënt, omdat deze passender is. Hiertegenover staat dat 160 nieuwe cliënten zijn ingestroomd.

‘Samen ondersteunen we mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), psychische kwetsbaarheid of verslavingsproblematiek. Op locatie bij de cliënten of vanuit ons kantoor. Samen gáán we ervoor, zodat zij een volwaardige plek krijgen in de samenleving.’

5 Bouwsteen 3: Professionele ontwikkeling

5.1 Expertisecentrum
Een belangrijk speerpunt van de organisatie is het investeren in persoonlijke en professionele ontwikkeling. Het opzetten van een eigen academie biedt kansen de medewerkers te versterken door middel van gerichte training en professionele ontwikkeling.

Het belangrijkste doel van onze academie is het bevorderen van levenslang leren en het bieden van relevante en actuele opleidingsmogelijkheden voor onze medewerkers. We erkennen dat een goed opgeleid en gemotiveerd team de kwaliteit van zorg kan verbeteren en positieve resultaten kan opleveren voor onze cliënten.

Het opzetten van een eigen academie is een investering in de toekomst van onze organisatie en de zorg die we bieden aan onze cliënten. Het stelt ons in staat om als organisatie te groeien, kennis te delen en continu te streven naar verbetering van kwaliteit in de gezondheidszorg.

Het expertisecentrum heeft vorm gekregen in een Learning Management System (LMS). Op 1 oktober 2025 zijn we live gegaan met Studytube, via Noordhoff. Met de komst van een opleidingsfunctionaris binnen de afdeling HR en de inzet die vanuit deze functie is geleverd, is in korte tijd het LMS gerealiseerd. Dit was noodzakelijk om de scholing rondom de implementatie van Nedap ONS goed te kunnen organiseren.

De introductie van het LMS heeft de leercultuur binnen de organisatie versterkt. Medewerkers krijgen hiermee de mogelijkheid om continu te leren en zich verder te ontwikkelen. Vanaf 1 oktober 2025 hebben we zorginhoudelijke content toegevoegd aan de Studytube-bibliotheek. Deze content nemen we af via VGN Academy. In de bibliotheek vinden medewerkers een breed aanbod aan online trainingen en assessments die zij zelfstandig kunnen volgen om hun ontwikkeling vorm te geven. Vanaf 1 januari 2026 breiden we het aanbod uit met trainingen van GoodHabitz, gericht op de professionele groei en persoonlijke ontwikkeling van medewerkers.
Het LMS wordt ingezet voor de onboarding van nieuwe medewerkers, het inschrijven voor fysieke trainingen en het aanbieden van verplichte trainingen. Daarnaast worden in het LMS de kwalificaties van medewerkers bijgewerkt, zodat deze altijd actueel blijven.

'Medewerkers hebben een toenemende behoefte aan persoonlijke ontwikkeling. Dit is l van de grootste redenen van uitstroom binnen de branche. We vinden het belangrijk dat wij hier als werkgever aan bijdragen en ruimte bieden. We zien daarnaast ook de groeiende behoefte aan voldoende medewerkers binnen de zorg. Wij geloven in onze reeds opgedane specialistische kennis en ervaring en willen deze delen met onze medewerkers en binnen de regio.

5.2 Deskundigheidsbevorderingen
Er zijn op meerdere manieren deskundigheidsbevorderingen georganiseerd voor onze medewerkers, voor zowel de ambulant begeleiders als de ondersteunende diensten, namelijk door middel van:

- Trainingen (fysiek)
- Opleidingen
- Intervisie
- Teamreflecties

Trainingen
In 2025 zijn er acht fysieke trainingen aangeboden . Elke medewerker kan zich inschrijven om deel te nemen aan een fysieke training via de portal. Vanaf oktober 2025 is de inschrijving via de portal opgeheven en kunnen de medewerkers zich inschrijven voor fysieke trainingen in het LMS.
De onderstaande onderwerpen zijn aangeboden:

- Fysieke training: IRB opfriscursus
- Fysieke training: Eetstoornissen
- Fysieke training: Dwangstoornissen
- Fysieke training: Nu Niet Zwanger
- Fysieke training: FACT
- Fysieke training: Drugs/middelengebruik
- Fysieke training: De-escalerend werken
- Fysieke training: Euthanasie

Opleidingen
Woonbegeleiders, de Avond- en Nachtdienst medewerkers en enkele kantoormedewerkers krijgen een BHV training. De medewerkers van de Molenweg, Middelste Wei en Avond- en Nachtdienst medewerkers krijgen ook een medicatietraining. Verder wordt er met de medewerker gekeken wat passende trainingen of scholingen zijn passend bij de werkzaamheden en ontwikkelingen van de medewerker.

We gaan investeren in de persoonlijke ontwikkeling van onze medewerkers. Dit betekent dat er aandacht is voor de persoonlijke ontwikkelwensen, ook als deze niet direct te maken hebben met vakinhoudelijke kennis. Maar dit gaat ook om het bieden van ontwikkelperspectief en doorgroeimogelijkheden. Hierbij zien wij een belangrijke rol in samenwerking met ketenpartners.

Intervisie
Ook voor intervisie kunnen de begeleiders zich aanmelden. Tot eind september verliep het aanmelden via de portal, vanaf oktober via het LMS. Elke maand wordt voor elk ambulant team (Veluwe 1, Veluwe 2 en Almere) een intervisiemoment aangeboden. Bij de woonlocaties sluit een adviseur Kennis & Expertise aan bij de locatie vergadering om de cliënten door te spreken. De intervisiebijeenkomsten zijn optioneel en niet verplicht.

Teamreflecties
Er zijn geen structurele teamreflecties ingepland. Wel is er per team tijdens de werkoverleggen ruimte voor teamreflectie, waarvoor de teamleider verantwoordelijk is. Zo wordt onder andere de VIM besproken, alsmede ervaringen van medewerkers die in de vorm van een casus besproken worden in brainstormsessies. Ook is er ruimte voor ad hoc overleggen als er behoefte is om als team punten op te werpen en te bespreken.

5.3 Interne borging kwaliteit
Kwaliteitsmanagementsysteem
Wij beschikken over een stevig beleidskader gebaseerd op de HKZ, dat in de loop der jaren is opgesteld. Het actualiseren van ons kwaliteitsmanagementsysteem vraagt aandacht, daarom zijn alle hoofd- en deelprocessen binnen de organisatie geïnventariseerd in 2025, en wordt per proces de VERI-methode gebruikt. Dit ondersteunt de PDCA-cyclus. In 2026 gaan deze hoofd- en deelprocessen verwerkt worden in een nieuw KMS systeem. In dit proces willen we de samenwerking met opleiders en scholen stimuleren.

Personeelshandboek (PHB)
De afdeling HR heeft het personeelshandboek (PHB) geactualiseerd. De OR is bij dit traject betrokken geweest. Het PHB wordt ook beschikbaar voor medewerkers buiten het Ambulante Hulpverlening Midden Nederland account, zodat zij bijvoorbeeld kunnen opzoeken wat te doen bij ziekte tijdens vakantie. We zijn steeds meer in staat om vraag versus aanbod beter op elkaar af te stemmen. Ook zijn de teamleiders beter in staat om professioneel handelen te volgen en/of bij te sturen. Dit komt ten goede aan de persoonlijke en professionele ontwikkeling van medewerkers.

5.4 Samenwerking Veluwe Portaal
De organisatie anticipeert actief op de arbeidskrapte binnen de zorg en zet verschillende strategieën in om medewerkers te behouden. Een belangrijke aanpak is de samenwerking in de regio met Veluwe Portaal, waar 12 actieve zorgorganisaties bij betrokken zijn. Dit heeft in 2024 geresulteerd in een samenwerking waarbij Ambulante Hulpverlening Midden Nederland gebruik mag maken van het BOT-team van een collega organisatie.

5.5 Strategisch Meerjarenplan
Het strategisch meerjarenplan 2025–2027 is begin 2025 zorgvuldig tot stand gekomen. De verschillende afdelingen hebben ieder een eigen jaarplan gemaakt en deze SMART uitgewerkt. De directie beoordeelt deze plannen op haalbaarheid en samenhang, en monitoren de voortgang op het strategisch meerjarenplan door middel van evaluatiemomenten, waaronder vier ‘voeten op de bank dagen’ per jaar en toetsing met de RvT en OR. Aan de hand van deze evaluatiemomenten wordt gemonitord of de doelstellingen uit het strategische meerjarenplan gehaald worden. Het strategisch meerjarenplan is gedeeld binnen de organisatie via werkoverleggen en medewerkersbijeenkomsten.

6 Bouwsteen 4: Inzicht in kwaliteit

6.1 HKZ - externe audit

In maart 2025 heeft de periodieke audit voor het HKZ-certificaat plaatsgevonden, waarin wij zijn geaudit op ons kwaliteitsmanagementsysteem. De audit beoordeelt of het managementsysteem voldoet aan de norm en effectief genoeg is om doelstellingen, wet- en regelgeving en contractuele eisen te realiseren. De audit hebben wij uit laten voeren door DNV. Uit deze audit kwamen 3 nonconformities Categorie 2 (Minor) en 3 observaties. De audit is positief afgerond, waardoor de geldigheid van ons certificaat zeker is gesteld.

Het auditverslag bevat veel positieve opvallendheden, onder andere:

- **Regionale samenwerking:** Ambulante Hulpverlening Midden Nederland breidt de gezamenlijke Avond- en Nachtdienst uit naar Almere en werkt aan verdere uitrol in de regio.
- **Herijking functies:** Het schrappen van de functie begeleider D en herverdeling van taken zorgt voor meer duidelijkheid en rust in het primaire proces.
- **Procesverbetering:** Processen en risico's zijn opnieuw beschreven en gekoppeld aan verantwoordelijken; het nieuwe ECD moet leiden tot efficiënter werken en borging van de IRB-methodiek.
- **Herstelondersteunend werken:** Aandacht voor 'geluk' en inzet van de ROPI-R om herstelgericht werken te meten.
- **Veilig werken:** In Almere is veel aandacht voor veiligheidsafspraken, risicosignalering en onderlinge afstemming bij risicovolle situaties.
- **Versterking HR:** HR krijgt een centralere rol; beleid richt zich op ontwikkelruimte en duurzame inzetbaarheid.
- **Veiligheid gebouwen:** Locaties bereiden cliënten voor op ontruimingsoefeningen vanwege beperkte vluchtroutes.
- **Cliëntenraad betrokken:** Goed contact met bestuurder; actieve deelname aan werkgroepen, onder andere rond nieuw ECD en digitale toegang. Ook ontwikkelt de Cliëntenraad materialen en bezoekt locaties om zichtbaarheid te vergroten.
- **Samenwerking gemeente:** Bij het Manuscript is intensieve samenwerking met de gemeente bij plaatsing en uitstroom.

De drie categorie 2 bevinding zijn:

- Vanuit het meerjarenbeleid is vormgegeven aan het jaarplan afdeling zorg (juni 2023-mei 2024). Hiervan is een tussentijdse evaluatie uitgevoerd. Er is geen eindevaluatie om te bepalen of de doelen behaald zijn en er is geen vervolg gegeven aan het plan met een nieuw plan.
- Door Ambulante Hulpverlening Midden Nederland zijn alle gegevens verzameld die als input gebruikt moeten worden voor de directiebeoordeling.
- Op het moment van de audit is de directiebeoordeling niet uitgevoerd.
- In de notulen van de locatie Gele Weiland zijn cliënten herleidbaar op basis van hun volledige voornaam en tevens bevat het cliëntgebonden informatie. Omdat dit vorig jaar een observatie was, wordt het nu een cat. 2 bevinding.

De observaties zijn:

- Er is door Ambulante Hulpverlening Midden Nederland, in lijn met de planning, een interne audit uitgevoerd. Er heeft geen zichtbare opvolging van de acties plaatsgevonden.
- Uit de gesprekken met de begeleiding van het Gele Weiland en de Middelste Wei blijkt dat er onbekendheid is met het melden van incidenten en de opvolging. Hierdoor wordt er, of niet in alle gevallen gemeld (Gele Weiland), of er wordt niet zichtbaar (Middelste Wei) op teruggekomen.
- Tijdens de rondgang bij de Middelste Wei blijkt dat er medicatie in beheer is gegeven uit 2022 door één cliënt. In het dossier van de cliënt is niet terug te lezen met welk doel deze medicatie in de medicijnkast bewaard wordt

De volgende periodieke audit vindt plaats in april 2026.

6.2 Interne audit

In januari 2025 zijn interne audits uitgevoerd met als doel de borging van personeelsdossiers en enkele onderdelen van het primaire proces te beoordelen. Met acht medewerkers uit verschillende functies zijn gesprekken gevoerd. De audits geven een breed beeld van de huidige stand van zaken binnen beide thema's.

Borging personeelsdossiers

Binnen HR vindt structureel dossiercontrole plaats: elk kwartaal wordt de volledigheid van personeelsdossiers beoordeeld en jaarlijks worden dossiers opgeschoond. De basisprocessen rondom in- en uitdiensttreding zijn bekend en worden uitgevoerd. Tegelijkertijd blijkt dat de omgang met privacygevoelige informatie en de toepassing van interne regels niet altijd in lijn zijn met wet- en regelgeving of het eigen beleid.
Uit de steekproeven blijkt dat teamleiders openstaande acties voor medewerkers kunnen inzien, maar dat veel acties te laat zijn. Daarnaast is er onduidelijkheid over de rechten van teamleiders: intern is afgesproken dat zij geen documenten mogen toevoegen, maar technisch blijkt dit wel mogelijk en wordt dit ook gedaan. Ook kunnen documenten voor medewerkers worden afgeschermd, wat in strijd is met het wettelijk inzagerecht. Verder werd een onvolledig dossier aangetroffen (ontbrekende sollicitatiebrief), terwijl intern beleid voorschrijft dat deze aanwezig moet zijn. Bij uitdiensttreding worden documenten automatisch verwijderd via Nmbrs, maar door de korte gebruiksduur van dit systeem is nog niet vast te stellen of dit proces betrouwbaar werkt. Bovendien wijkt de automatische bewaartermijn af van het interne beleid, waarin staat dat bepaalde stukken al na één jaar verwijderd moeten worden.

Primair proces

Binnen het primaire proces zijn enkele onderdelen goed geborgd. De portal wordt regelmatig gebruikt en medewerkers weten informatie te vinden. Het medicatiebeleid is breed bekend en medewerkers kunnen het document meestal snel terugvinden.
Tegelijkertijd zijn er meerdere punten waar borging ontbreekt. In het inwerkdocument van de interne begeleiding worden belangrijke documenten, zoals de meldcode en het crisisprotocol niet genoemd. Op de woonlocatie Molenweg is de inwerkmap recent bijgewerkt, maar het ontbreken van revisiedata maakt het risico op verouderde informatie groot. De rol van de aandachtsfunctionaris medicatie is niet ingevuld en wordt door medewerkers gemist. Het crisisprotocol blijkt nauwelijks bekend en wordt in de praktijk niet gevolgd. Crisisplannen worden niet of niet volledig opgenomen in cliëntdossiers. Ook intervisie en scholing zijn sinds 2025 facultatief; medewerkers geven aan zich regelmatig in te schrijven, maar op de Molenweg vindt geen intervisie plaats. Daarnaast is de rol van aandachtsfunctionarissen in het algemeen onvoldoende bekend. De mogelijkheid tot collegiale en medische consultatie via DigiContact is bij medewerkers onbekend.

Afwijkingen

Er zijn twee afwijkingen vastgesteld binnen het thema personeelsdossiers: teamleiders hebben toegang tot dossiers van medewerkers buiten hun eigen team, en documenten kunnen worden afgeschermd voor medewerkers, wat strijdig is met het inzagerecht. Binnen het primaire proces wordt niet altijd een VIM opgesteld, wanneer dit volgens de regeling wel moet, en medewerkers kunnen de bijbehorende protocollen niet benoemen.

Overige bevindingen

Op de Molenweg ervaren begeleiders dat onderlinge afstemming en eenduidige werkwijze soms ontbreken, wat invloed heeft op kwaliteit en werkplezier. In meerdere gesprekken is aangegeven dat medewerkers de interne communicatie willen verbeteren, met name de korte lijnen, transparantie en onderlinge verbinding tussen organisatielagen. Ook is behoefte aan communicatietraining voor sleutelfiguren en medewerkers.

Conclusie

De audit heeft een volledig beeld opgeleverd van de borging van personeelsdossiers en onderdelen van het primaire proces. Binnen de personeelsdossiers is de omgang met privacygevoelige informatie niet altijd in overeenstemming met wet- en regelgeving of intern beleid. Binnen het primaire proces zijn intervisie, het gebruik van de meldcode en het crisisprotocol onvoldoende geborgd, en is het proces medicatieveiligheid (BEM-VG) niet volledig helder of effectief ingericht. Het medicatiebeleid zelf is wel bekend onder medewerkers.

De vervolgstap ligt bij de proceseigenaren, die op basis van deze bevindingen een plan van aanpak opstellen om de geconstateerde risico's en tekortkomingen te verbeteren.

6.3 GGD toezichtbezoek

In 2025 heeft de toezichthouder GGD Noord-Oost Gelderland, in opdracht van Meerinzicht, onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van het Wmo-product *Begeleiding Individueel* bij gecontracteerde aanbieders. Dit onderzoek richtte zich op de wijze waarop aanbieders de kwaliteit van zorg hebben georganiseerd en geborgd.
De beoordeling vond plaats op de thema's *Cliënt, Veiligheid* en *Professionalisering*.

Uit het onderzoek blijkt dat we grotendeels voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Voor vrijwel alle getoetste onderdelen is de beoordeling ‘Er wordt volledig voldaan aan de gestelde kwaliteitseis’ toegekend. Dit bevestigt dat de ondersteuning aansluit bij de behoeften en ontwikkelmogelijkheden van cliënten, dat er planmatig wordt gewerkt en dat evaluaties structureel plaatsvinden. Daarnaast is vastgesteld dat beroepskrachten gekwalificeerd zijn, beschikken over een geldige VOG en dat scholing en kwaliteitsbeleid goed zijn georganiseerd.

Op één onderdeel is een afwijking geconstateerd. Voor het thema Veiligheidsrisico’s cliënt is de beoordeling ‘Er wordt deels niet voldaan aan de kwaliteitseis’ gegeven. Hoewel bij de start van de ondersteuning in elk plan een risico-inventarisatie wordt opgenomen, vindt de periodieke uitvraag en actualisatie van deze risico’s nog onvoldoende structureel plaats. De toezichthouder adviseert om risico’s regelmatig te bespreken, bijvoorbeeld tijdens evaluaties, en om samen met de cliënt maatregelen te formuleren, vast te leggen en te monitoren.
De overige onderdelen binnen het thema Veiligheid zijn positief beoordeeld. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland werkt met vastgesteld veiligheidsbeleid, meldt incidenten en calamiteiten conform de richtlijnen en laat zien te leren van gebeurtenissen in de praktijk.

Met deze bevindingen bevestigt het toezicht dat de aanbieder kwalitatief goede ondersteuning biedt en beschikt over een stevige basis op het gebied van *Professionaliteit, Cliëntgerichtheid* en *Veiligheid*. De aanbevelingen rondom het periodiek actualiseren van veiligheidsrisico’s worden meegenomen in de verdere kwaliteitsontwikkeling.

6.4 Externe visitatie
Met interne en externe stakeholders vindt reflectie plaats op het kwaliteitsbeeld. Dit jaar heeft er op 20 mei 2026 een externe visitatie plaatsgevonden door het bespreken van zeven stellingen die zijn opgesteld op basis van de inhoud en de vier bouwstenen van het kwaliteitsbeeld.

Hierbij zaten aan tafel twee deelnemers van externe organisaties, een Adviseur kwaliteit van Careander en een Kwaliteitsmedewerkster van Landstede, en vanuit Ambulante Hulpverlening Midden Nederland een lid van de Ondernemingsraad (tevens begeleider), een lid van de Cliëntenraad, een Adviseur Kennis & Expertise, de Directie en een medewerker van Beleid & Ontwikkeling. De Raad van Toezicht was niet in de gelegenheid aan te sluiten en zal na afronding het kwaliteitsbeeld ontvangen.

Voor het bespreken en verdiepen van het verslag is bewust gekozen voor twee externe partijen die elk een aanvullend perspectief bieden op kwaliteit binnen de ambulante hulpverlening. Door zowel een onderwijsinstelling als een gelijksoortige organisatie te betrekken, ontstaat een bredere en rijkere dialoog over kwaliteitsbewaking, professionele ontwikkeling en samenwerking in de keten.

De externe visitatie bevestigt dat de organisatie een solide basis heeft voor kwaliteit en dat het kwaliteitsbeeld zorgvuldig, transparant en realistisch is opgesteld. Het geeft een duidelijke weergave van de veelzijdigheid van Ambulante Hulpverlening Midden Nederland. Externe partners waarderen de kritische zelfreflectie.

1. De IRB-methodiek is toepasbaar bij het grootste deel van ons cliëntenbestand.
De IRB-methodiek sluit goed aan bij de organisatie en wordt breed toepasbaar geacht. De grondhouding past bij het oplossingsgerichte karakter van Ambulante Hulpverlening Midden Nederland. Er is echter ruimte voor verdere ontwikkeling over de toepasbaarheid van IRB. Belangrijke observatie: doelen komen soms te veel vanuit begeleiders, waardoor de regie niet altijd bij de cliënt ligt. Dit kan komen doordat er vanuit de gemeente Wmo-doelen gesteld worden, waaraan gewerkt moet worden. Het nieuwe cliëntdossier helpt het onderscheid zichtbaar te maken tussen intern of extern bepaalde doelen.

2. Een Cliëntenraad is essentieel om een sterkere betrokkenheid van cliënten te krijgen of vragen cliënten om een andere vorm van samenwerking?
De Cliëntenraad voelt zich betrokken, maar wil meer samenwerking en vooral betere toegang tot de achterban. AVG-beperkingen maken hen afhankelijk van begeleiders; wellicht ligt hier een rol voor Cliëntadministratie. Het project ‘Eenzaamheid’ heeft waardevolle initiatieven opgeleverd, zoals de maandelijkse vrijdagavondbijeenkomst die goed wordt bezocht.
Aandachtspunten: behoefte aan vaste begeleiders, betere toegang tot het ECD en het opnemen van (meer) ervaringsverhalen van zowel cliënten als medewerkers in het kwaliteitsbeeld.

3. Passende zorg kan alleen duurzaam geborgd worden wanneer aanbieders regionaal samenwerken.
Samenwerking wordt gezien als kansrijk voor kennisdeling, doorverwijzing en het benutten van expertise. Ambulante Hulpverlening Midden Nederland werkt al actief samen via de FAN, Regioteam Jeugd, Molenweg en Pilotteam 16-27. Tegelijk hechten cliënten sterk aan continuïteit van begeleiding, waardoor overdracht een risico vormt. Er is behoefte aan samenwerking met organisaties die ervaringsdeskundigen inzetten.

4. Korte, frequente reflectiemomenten dragen sterker bij aan leren en kwaliteit dan maandelijkse teamvergaderingen.
Korte, frequente reflectiemomenten zijn niet structureel ingebed. Teamoverleggen zijn vooral informatief. Intervisie wordt als essentieel gezien, maar de deelname is laag. Kennis & Expertise ontwikkelt nieuwe intervisiebijeenkomsten en vanaf 2027 wordt intervisie deelname verplicht (minimaal 3x per jaar).

5. Is onze huidige manier van kwaliteitsbewaking voldoende of vraagt kwaliteit om een andere manier van samenwerken?
Kwaliteitsbewaking is op zich goed ingericht via een cyclus van vaste instrumenten, zoals HKZ, interne audits en externe steekproeven. De opvolging van auditresultaten kan beter. Het huidige CTO-instrument voldoet niet; er wordt gezocht naar een nieuwe partij, dit wordt ook onderschreven door de VGN. Het MTO wordt gemist in het kwaliteitsbeeld, maar de vraag is of het hierin thuishoort. Belangrijke tips: caseload per begeleider vaststellen en verder investeren in ‘Anders werken’ (hybride ondersteuning, groepsbegeleiding, rol van AI).

6. Incidentmeldingen leiden alleen tot kwaliteitsverbetering wanneer teams ze structureel bespreken en opvolgen.
Incidentopvolging is niet overal consequent, hoewel de structurele incidentenanalyse goed is ingericht. VIM-protocollen worden gevolgd en begeleiders krijgen goede opvang via het BOT-team. Kennis & Expertise monitort VIM-meldingen en bekijkt of ze hier opvolging aan moeten geven. De VIM-meldingen worden ook meegenomen in de teamoverleggen.

7. Kwaliteit toetsen is één ding, maar hoe zorgen we dat verbeteringen ook echt worden geborgd in de praktijk?
Voor duurzame borging zijn nodig:
- Eigenaarschap en duidelijke verantwoordelijkheden.
- Een helder verbeterplan met duidelijk doel, begin en einde.
- Betrokkenheid van medewerkers voor meer draagvlak.
- Focus op beperkt aantal verbeterpunten.
- Acties koppelen aan functies, niet aan personen.
- En: behaalde resultaten bewust vieren.

Tip: het inrichten van een verbeterregister.

Overige aandachtspunten
De ervaringen met het ECD in ONS zijn minder positief dan beschreven: apps op de telefoon functioneren slecht, koppeling met Google Agenda ontbreekt en cliënten zien afspraken niet terug. Dit vraagt om nuancering van de tekst in het kwaliteitsbeeld en vervolgacties.

6.5 Wat willen we verder ontwikkelen
Het continu verbeteren en borgen van de kwaliteit van dienstverlening is belangrijk voor de ontwikkeling van de organisatie. Veranderingen en innovaties in de zorg zijn talrijk en vragen om het maken van gerichte keuzes, waarbij rekening moet worden gehouden met de draagkracht van de organisatie. Voor ons kwaliteitsbeleid en bijbehorende PDCA-cyclus betekent dit dat wij ons specifiek richten op onze hoofdprocessen.

De belangrijkste aandachtspunten voor 2026 zijn:
- verdere versterking van leiderschap en samenwerking;
- borging van IRB als grondhouding;
- verbetering van interne audits en sturingsinformatie;
- vergroting van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod;
- voortgang op ambulantisering en strategische speerpunten.