

Kwaliteitsjaarverslag

januari 2025 - december 2025

Ostara B.V. (827)

Heeft betrekking op de locatie(s):

De Kleine Hoeve (827)



Kwaliteitssysteem Zorgboerderijen

Inhoudsopgave

Kwaliteitsjaarverslag	4
Bedrijfsgegevens	4
1 Voorwoord	5
1.1 Voorwoord van de zorgboerderij	5
2 Algemeen	6
2.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij	6
<u>Ostara</u>	6
Kwaliteitshandboek	6
Functiehuis	6
Neventaken	7
Overlegstructuur	8
Tevredenheidsmeting	8
ECD en roosterprogramma	8
Dossiervoering en evaluatiecyclus	9
Dagplanning als dynamisch werkinstrument	9
Verzuim en personele inzet	10
Samenwerking met het bestuur: duidelijke afspraken en gezamenlijke verantwoordelijkheid	10
Vrijwilligers: betrokkenheid en waardevolle ondersteuning	10
<u>Wonen en werken</u>	10
Sport en beweging als vast onderdeel van het weekprogramma	10
Samen vieren: sociale activiteiten in 2025	11
Commissie 'Thuis en Tuin' en 'Commissie Zorg'	12
2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces	12
Inzet van het ondersteunend en professioneel netwerk	13
Gedragdeskundige	13
Externe kwaliteitsadviseur	13
Teamcoach en senior	14
Gesprekken met het bestuur	14
2.3 Algemene conclusies	14
3 Deelnemers en medewerkers	19
3.1 Deelnemers	19
Deelnemersontwikkeling en zorgaanbod	19

Aangeboden zorg	19
3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers	20
3.3 Personeel	20
3.4 Stagiairs	21
3.5 Vrijwilligers	22
3.6 Conclusies m.b.t. personeel, stagiairs en vrijwilligers	22
4 Scholing en ontwikkeling	23
4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten	23
4.2 Opleidingsdoelen komende jaren	24
4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling	25
5 Terugkoppeling van deelnemers	26
5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers	26
5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken	26
5.3 Inspraakmomenten	27
5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten	28
5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers	28
Beleving van wonen en werken op de boerderij	28
Beleving van begeleiding	29
Meebeslissen en inspraak	29
Algemene tevredenheid	29
5.6 Conclusies uit de deelnemertevredenheidsmeting	29
6 Meldingen en incidenten	30
6.1 Ongevallen en bijna ongevallen	30
6.2 Medicatie	30
Oorzaken	30
Directe acties en nazorg	31
Beoordeling van handelen	31
Wat we hebben geleerd	31
6.3 Agressie	32
6.4 Ongewenste intimiteiten	33
6.5 Strafbare handelingen	33
6.6 Klachten	33

6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten	34
7 Acties	35
7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst	35
8 Doelstellingen	36
8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar	36
8.2 Doelstellingen voor het komende jaar	37
Kwalitatief goede en passende zorg	37
Structurele borging van kwaliteit en processen	37
Werkplezier, werkgeluk en aantrekkelijk werkgeverschap	37
Doorontwikkeling van het zorg- en dagbestedingsaanbod	38
8.3 Plan van aanpak	38
Kwalitatief goede en passende zorg	38
Structurele borging van kwaliteit en processen	39
Werkplezier, werkgeluk en aantrekkelijk werkgeverschap	39
Doorontwikkeling van zorg- en dagbestedingsaanbod	39
Overzicht van bijlagen	41
Actielijst	41

Kwaliteitsjaarverslag

Bedrijfsgegevens

Ondernemingsgegevens

Ostara B.V.

Registratienummer: 827

Burgstedreef 2B, 4822 ZA Breda

Rechtsvorm Besloten vennootschap (bv) ingeschreven bij Kamer van Koophandel onder nummer 52773027

Website: <http://www.dekleinehoeve.nl>

Locatiegegevens

De volgende locaties van deze Zorgboerderij zijn opgenomen in de certificering:

De Kleine Hoeve

Registratienummer: 827

Burgstedreef 2B, 4822 ZA Breda

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: ZLTO

1 Voorwoord

1.1 Voorwoord van de zorgboerderij

Voor u ligt het jaarverslag 2025 van Ostara - De Kleine Hoeve. In dit verslag zijn de ontwikkelingen te lezen die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

2025 was een jaar van verdieping, structurering en het leggen van stevige fundamenten. Met het kwaliteitshandboek als leidraad hebben we veel van ons beleid en onze werkwijzen expliciet gemaakt. Daarmee is een belangrijke stap gezet, maar de echte uitdaging ligt in de praktijk: het handboek moet niet alleen gelezen worden, maar vooral geleefd en voorgeleefd worden.

We zien dat medewerkers steeds beter hun neventaken oppakken, wat bijdraagt aan eigenaarschap, teamontwikkeling en kwaliteitsbevordering. Tegelijkertijd vraagt dit op sommige vlakken nog om ondersteuning en begeleiding. Het besef dat niet alles meer automatisch bij de directie terechtkomt, maar dat we samen verantwoordelijk zijn voor het oplossen van vraagstukken, is een cultuurverandering die tijd en oefening vergt.

De populatie cliënten is dit jaar grotendeels stabiel gebleven. Dit gaf ruimte om de zorg verder af te stemmen op individuele behoeften. Persoonlijk begeleiders zijn actief in gesprek met de gedragsdeskundige en het netwerk om doelen scherper te formuleren en de ondersteuning beter te laten aansluiten bij de leefwereld van de cliënt.

Onze focus lag steeds meer op het verbeteren van de dagelijkse praktijk. Dat was niet altijd eenvoudig, zeker gezien het hoge verzuim waarmee we te maken hadden. We hebben veel van onze medewerkers gevraagd en zij hebben zich met grote inzet en betrokkenheid laten zien.

We kijken positief vooruit. Stap voor stap zien we dat het werk achter de schermen – het schrijven, afstemmen, structureren – zijn weg vindt naar het primaire proces. Dat is waar het uiteindelijk om draait: dat onze cliënten merken dat de zorg klopt, dat de samenwerking werkt, en dat iedereen ertoe doet.

2 Algemeen

2.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij

In dit overzicht volgt er een beschrijving van de activiteiten, veranderingen en ontwikkelingen die binnen Ostara, het wonen en het werken en de stadsboerderij hebben plaatsgevonden.

Ostara

Bij alles wat we doen, staat één overtuiging centraal, binnen Ostara 'jij doet ertoe'. Deze zienswijze vormt het fundament van ons dagelijks handelen en is voelbaar op alle niveaus van de organisatie. Of je nu cliënt bent, medewerker, vrijwilliger, stagiair of op een andere manier betrokken – iedereen doet ertoe en draagt op eigen, unieke wijze bij aan het leven en werken op de stadsboerderij.

We werken niet alleen voor mensen, maar vooral *met* mensen. Ieders stem telt, ieders talent doet ertoe en ieders aanwezigheid maakt verschil. We creëren ruimte voor initiatief, eigen regie en betrokkenheid – in grote én kleine dingen.

De stadsboerderij is daarbij meer dan een werkplek of zorglocatie: het is een gemeenschap waarin mensen elkaar ontmoeten, samenwerken en groeien. Een plek waar cliënten meedoen op hun eigen tempo, waar medewerkers professioneel en met hun hart werken, waar vrijwilligers zich met plezier inzetten en waar stagiairs leren in een omgeving die hen serieus neemt.

Onze visie krijgt verder vorm in drie centrale speerpunten:

Samen We doen het samen. Samen werken, samen leren, samen vieren. We geloven dat verbinding en samenwerking de basis vormen voor welzijn en ontwikkeling. Iedereen draagt bij vanuit eigen kracht en we bouwen aan een cultuur van vertrouwen, openheid en betrokkenheid.

Buiten De stadsboerderij is een plek waar buiten zijn vanzelfsprekend is. Buiten biedt ruimte, rust en ritme. Het contact met dieren, planten en seizoenen draagt bij aan zingeving, structuur en herstel. Buiten is niet alleen een fysieke omgeving, maar ook een manier van leven: open, natuurlijk en in beweging.

Gewoon We streven naar een omgeving waarin het gewone leven centraal staat. Geen zorginstelling, maar een plek waar mensen wonen, werken en meedoen zoals dat past bij hen. Gewoon betekent: herkenbaar, menselijk en dichtbij. We normaliseren waar het kan, ondersteunen waar het nodig is en maken ruimte voor eigenheid.

Deze visie vraagt om een open houding, continue afstemming en het lef om te blijven leren. Want als iedereen ertoe doet, dan luisteren we actief, stemmen we af op wat iemand nodig heeft en bouwen we samen aan een betekenisvolle omgeving.

Kwaliteitshandboek

Sinds 2025 is het kwaliteitshandboek operationeel binnen onze organisatie. Dit handboek is de centrale plek waar medewerkers het geldende beleid en de bijbehorende werkprocessen kunnen raadplegen. Het jaar 2025 stond in het teken van het opstellen en vastleggen van dit beleid, gevolgd door een fase waarin actief is gecoacht op de toepassing ervan in de praktijk.

Door het beleid en de processen expliciet te beschrijven en te verankeren, hebben we gezamenlijk een stevig fundament gecreëerd voor ons dagelijks handelen. Het biedt houvast, duidelijkheid en een gedeeld referentiekader voor iedereen binnen de organisatie.

Tegelijkertijd erkennen we dat kwaliteit en beleid geen statische begrippen zijn. Ze ontwikkelen zich mee met de praktijk, de inzichten en de behoeften van cliënten en medewerkers. Juist door ermee aan de slag te gaan, signaleren we knelpunten, onduidelijkheden of onderdelen die verfijning nodig hebben. Deze dynamiek is essentieel: het stelt ons in staat om continu te leren, bij te sturen en de kwaliteit van zorg en ondersteuning verder te versterken. Door een functiehuis neer te zetten met bijbehorende taken en verantwoordelijkheden, willen we duidelijkheid scheppen bij medewerkers bij wie ze met welke vraag terecht kunnen. Waar voorheen iedereen van alles was, zijn er nu heldere kaders waarbinnen iedere medewerker op zijn of haar manier tot zijn recht kan komen.

Functiehuis

In 2025 is een belangrijke stap gezet in de professionalisering van onze organisatie: de herstructurering van een functiehuis. Waar in 2024 nog sprake was van een platte structuur met beperkte functiedifferentiatie, is nu gekozen voor een meer gelaagde opzet waarin

rollen, verantwoordelijkheden en ontwikkelmogelijkheden helder zijn omschreven. Deze ontwikkeling sluit aan bij de uitgangspunten van de CAO Gehandicaptenzorg, waarin functiebeschrijvingen, inschaling en loopbaanontwikkeling een centrale plaats innemen.

Doelstelling van het functiehuis:

- Transparantie in rollen en verantwoordelijkheden
- Professionalisering van het team en borging van kwaliteit
- Loopbaanperspectief voor medewerkers
- Versterking van samenwerking en taakverdeling

Door functies helder te definiëren, ontstaat er meer duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is, wat de verwachtingen zijn en hoe medewerkers zich kunnen ontwikkelen binnen de organisatie.

Een duidelijke taakverdeling zorgt voor een betere balans tussen uitvoerende taken en de coördinatie ervan en biedt ruimte voor verdieping en leiderschap binnen het team. De senior begeleider fungeert als schakel tussen team en organisatie, terwijl de persoonlijk begeleider zich richt op de directe relatie met de cliënt. Naast senior begeleiders en persoonlijk begeleiders hebben we begeleiders en assistent begeleiders die in het primair proces werkzaam zijn.

Ondersteuning door gedragsdeskundige, teamcoach en beleidsmedewerker kwaliteit en organisatie

Om de implementatie van het functiehuis te ondersteunen en de kwaliteit van zorg en samenwerking te versterken, is er structurele inzet van een gedragsdeskundige, een teamcoach en de beleidsmedewerker kwaliteit en organisatie.

- De gedragsdeskundige is nauw betrokken bij de inhoudelijke begeleiding van cliënten en fungeert als sparringpartner voor begeleiders bij complexe ondersteuningsvragen. Daarnaast levert de gedragsdeskundige een bijdrage aan deskundigheidsbevordering en methodisch werken binnen het team.
- De teamcoach richt zich op coaching op de werkvloer, met aandacht voor samenwerking, communicatie en professionele ontwikkeling. Door middel van observaties, teamgesprekken en aandacht voor individuele vraagstukken, ondersteunt de coach het team in het versterken van eigenaarschap, reflectie en onderlinge afstemming.
- De beleidsmedewerker kwaliteit en organisatie is de rechterhand van de directie en speelt een sleutelrol in het vertalen van strategisch beleid naar de dagelijkse praktijk. Dit omvat het aansturen van senior begeleiders op het vastgestelde beleid en het bewaken van de uitvoering ervan binnen het team. De beleidsmedewerker draagt zorg voor de ontwikkeling, implementatie en borging van kwaliteitskaders, protocollen en werkprocessen en zorgt ervoor dat deze aansluiten bij wet- en regelgeving, interne doelstellingen en de behoeften van cliënten en medewerkers.

Deze aanvullende rollen dragen bij aan een cultuur van leren en verbeteren, waarin medewerkers zich gesteund voelen en ruimte ervaren om te groeien in hun functie.

Implementatie en borging

De invoering van het functiehuis is stapsgewijs verlopen, met aandacht voor:

- Dialoog met medewerkers over rolverdeling en verwachtingen
- Scholing en coaching gericht op nieuwe rolhoud
- neventaken waar ligt de kracht van de medewerker

Het functiehuis is geen statisch geheel, maar een dynamisch kader dat meebeweegt met de praktijk. Inspraak van medewerkers en reflectie op de werking in de praktijk zijn essentieel om het functiehuis levend en passend te houden.

Neventaken

De neventaken zijn beschreven in 2024 en inmiddels hebben alle medewerkers er nu een jaar mee kunnen werken. Er is navraag gedaan bij alle medewerkers over het verloop van de neventaken. Hier kwamen wisselende resultaten uit. Waar de een duidelijk weet wat te doen, is er bij anderen nog een zoektocht gaande hoe vorm te geven aan de neventaak. Door het hoge verzuim in 2025 is er niet altijd tijd en ruimte bij de medewerkers geweest om de neventaak verder vorm te geven. Het primaire proces gaat dan voor.

Daarnaast blijkt uit de terugkoppeling dat de mate van ondersteuning, begeleiding en afstemming rondom de neventaken verschilt per medewerker. Sommige medewerkers geven aan behoefte te hebben aan meer structuur, heldere kaders en concrete voorbeelden om hun neventaak effectief te kunnen uitvoeren.

Om de neventaken beter te borgen en te versterken, wordt voorgesteld om:

- De neventaken opnieuw onder de aandacht te brengen via teamoverleggen en individuele gesprekken.
- Per neventaak een korte taakomschrijving en doelstelling te formuleren, gekoppeld aan het jaarplan.
- De voortgang van neventaken periodiek te monitoren.

Op deze manier kunnen neventaken beter geïntegreerd worden in het werkproces en bijdragen aan teamontwikkeling, kwaliteit en eigenaarschap.

Overlegstructuur

In 2025 is de bestaande overlegstructuur voortgezet zoals deze in 2024 is vormgegeven. Deze structuur sluit aan bij de wettelijke verplichtingen rondom medezeggenschap en inspraak, zoals vastgelegd in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de uitgangspunten van de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wetten benadrukken het belang van actieve betrokkenheid van cliënten, hun vertegenwoordigers, medewerkers en vrijwilligers bij het beleid en de kwaliteit van zorg.

Een belangrijk onderdeel van deze structuur zijn de ouder/netwerkbijeenkomsten, waarin verwanten/betrokkenen worden geïnformeerd en betrokken bij beleidsontwikkelingen en de dagelijkse praktijk. Voor het team is er maandelijks een overleg ingepland waarin beleid, organisatorische zaken en cliëntgebonden onderwerpen worden besproken. Dit draagt bij aan een gedeelde verantwoordelijkheid en een eenduidige uitvoering van het beleid.

De inspraak van cliënten krijgt nadrukkelijk vorm binnen de organisatie. Maandelijks vinden er informele 'pannenkoekenoverleggen' plaats, waarin cliënten op laagdrempelige wijze hun ervaringen, wensen en ideeën kunnen delen met begeleiders en betrokkenen. Deze bijeenkomsten stimuleren open dialoog en bieden ruimte voor het bespreken van dagelijkse zaken die voor cliënten belangrijk zijn.

Daarnaast zijn er op de dagbesteding vier formele inspraakmomenten per jaar georganiseerd. Deze momenten zijn gericht op het gezamenlijk vormgeven en evalueren van de daginvulling, waarbij cliënten actief meedenken over activiteiten, structuur en verbeterpunten. De input uit deze bijeenkomsten wordt meegenomen in de planning en ontwikkeling van het aanbod, zodat het beter aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de cliënten.

Tijdens de pannenkoekenoverleggen en inspraakmomenten worden beleidsstukken en informatie gedeeld waar cliënten volgens de wet recht op hebben, zoals vastgelegd in onder andere de Wkkgz en de Wmcz 2018. Deze informatie wordt op cliëntniveau uitgewerkt en besproken, zodat het aansluit bij de persoonlijke situatie en begrijpelijk is voor de cliënt. Dit draagt bij aan transparantie, rechtszekerheid en het versterken van de eigen regie.

Door deze combinatie van formele en informele inspraakmomenten ontstaat een cultuur waarin cliënten zich gehoord en gezien voelen, en waarin hun stem daadwerkelijk bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Tevredenheidsmeting

Om de dialoog verder te versterken en de kwaliteit van zorg en samenwerking te monitoren, is in 2025 een start gemaakt met het structureel uitvragen van tevredenheid onder verschillende betrokken groepen: cliënten, verwanten/netwerk, medewerkers en vrijwilligers. Deze uitvraag sluit aan bij de verplichting tot het systematisch verzamelen van feedback zoals bedoeld in de Wkkgz, en vormt een waardevolle aanvulling op de bestaande overlegmomenten. De resultaten bieden inzicht in beleving, verbeterpunten en waardering en worden meegenomen in de verdere beleidsontwikkeling en kwaliteitsverbetering.

Door deze combinatie van overleg, inspraak en feedbackverzameling geven we concreet invulling aan het recht op participatie en kwaliteitsborging. Tegelijkertijd blijven we alert op signalen uit de praktijk, zodat we waar nodig kunnen bijsturen en de dialoog met alle betrokkenen verder kunnen verdiepen.

ECD en roosterprogramma

Het nieuwe Elektronisch Cliëntendossier (ECD) is inmiddels een jaar in gebruik en heeft zich bewezen als een waardevolle ondersteuning in het primaire proces. Medewerkers hebben zich het systeem eigen gemaakt en kunnen er goed mee uit de voeten. Het roosterprogramma binnen het ECD wordt actief gebruikt om dienstvoorkeuren in te zetten, wat bijdraagt aan meer flexibiliteit en

gemak voor de roosteraars.

Een belangrijke stap in de digitalisering is de uitbreiding van het vragenlijstensysteem. Veel bestaande formulieren zijn inmiddels omgezet naar digitale versies, waardoor informatie sneller en efficiënter beschikbaar is. Daarnaast zijn ontbrekende vragenlijsten toegevoegd, waaronder een toestemmingsformulier voor het gebruik van social media. Dit draagt bij aan betere dossiervorming, naleving van privacywetgeving (UAVG).

Er zijn belangrijke koppelingen gerealiseerd die bijdragen aan de kwaliteit en efficiëntie van zorg en bedrijfsvoering. Zo is het ECD gekoppeld aan de toedienlijsten van de apotheek, waardoor medicatiegegevens automatisch worden gesynchroniseerd en actueel blijven. Dit vermindert de kans op fouten, vergroot de medicatieveiligheid en maakt het werkproces voor medewerkers overzichtelijker.

Het verloningsproces is geïntegreerd in het ECD, waardoor gewerkte uren direct worden doorgezet naar de salarisadministratie. Dit zorgt voor een snellere en betrouwbaardere verwerking, minder handmatige correcties en meer transparantie voor medewerkers.

De inzet van het ECD sluit aan bij de bredere ambitie om werkprocessen te stroomlijnen, administratieve lasten te verlagen en de kwaliteit van zorg te versterken. In het komende jaar wordt verder ingezet op optimalisatie van het systeem.

Dossiervoering en evaluatiecyclus

In 2025 is een belangrijke stap gezet in de professionalisering van de dossiervoering: we zijn overgegaan naar een nieuwe cyclus waarbij cliëntdossiers tweemaal per jaar worden geëvalueerd. Deze wijziging draagt bij aan een betere borging van kwaliteit, actualiteit en cliëntgerichte zorg.

De Persoonlijk begeleiders hebben volgens een strakke planning gewerkt om alle dossiers op orde te krijgen en de nieuwe cyclus te implementeren. De evaluatiemomenten zijn afgestemd op de zorgplanning en worden structureel ingepland, zodat er ruimte is voor reflectie, bijstelling van doelen en afstemming met cliënten en verwanten.

Helaas heeft langdurig verzuim van één persoonlijk begeleider geleid tot enige vertraging in de uitvoering. Dankzij de inzet van een nieuwe persoonlijk begeleider vanuit het team zijn de taken grotendeels opgevangen. In nauwe samenwerking met de gedragsdeskundige is extra ondersteuning geboden bij het opstellen en actualiseren van de dossiers.

Daarnaast zijn alle formats voor vragenlijsten vernieuwd en uitgebreid. Dit betreft onder andere formulieren voor toestemmingen, en signaleringsplannen. Door deze standaardisatie en digitalisering zijn de dossiers steeds vollediger en up-to-date. Dit sluit aan bij de eisen vanuit de Wkkgz en WLZ, en draagt bij aan transparantie en continuïteit in de zorg voor onze cliënten.

De komende periode wordt ingezet op verdere borging van de cyclus en het versterken van de dossierkwaliteit. De gedragsdeskundige helpt het team om hun handelen af te stemmen op de, voor de client gemaakte, afspraken. De senior ziet toe op de voortgang.

Dagplanning als dynamisch werkinstrument

In het afgelopen jaar is de dagplanning voor alle diensten volledig uitgeschreven. Deze planning biedt een compleet overzicht van de taken die horen bij een specifieke dienst, inclusief zorgmomenten, huishoudelijke taken, overdrachten en cliëntgebonden werkzaamheden. Het document fungeert als praktisch houvast voor medewerkers en draagt bij aan structuur, voorspelbaarheid en taakgericht werken.

Hoewel de dagplanning een vaste basis biedt, is het nadrukkelijk geen statisch geheel. Er zijn inmiddels al enkele aanpassingen doorgevoerd op basis van praktijkervaringen en teamfeedback. De planning wordt beschouwd als een levend document dat meebeweegt met veranderende behoeften, inzichten en teamdynamiek. Periodieke evaluatie en bijstelling zorgen ervoor dat het instrument actueel en werkbaar blijft.

Een belangrijke verbetering is dat diensten niet langer persoonsgebonden zijn, maar generiek zijn ingericht. Dit betekent dat iedere medewerker, ongeacht functie of achtergrond, een dienst kan oppakken op basis van beschikbaarheid en competentie. Hierdoor ontstaat meer flexibiliteit in de roostering en worden taken beter verdeeld. Het gevolg is dat er minder zaken blijven liggen en dat de continuïteit van zorg en ondersteuning beter geborgd is.

De dagplanning draagt bij aan eigenaarschap, samenwerking en een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel binnen het team. In de komende periode wordt verder ingezet op het verfijnen van taakomschrijvingen, het integreren van feedback en het versterken van de aansluiting op cliëntdoelen en teamrollen.

Verzuim en personele inzet

In 2025 is er sprake geweest van een aanhoudend hoog verzuim binnen de organisatie, zowel op het gebied van kortdurend als langdurig verzuim. Dit heeft geleid tot een verhoogde werkdruk bij de overige teamleden, die met grote inzet en flexibiliteit hebben bijgedragen aan het waarborgen van de continuïteit van zorg. De balans tussen belastbaarheid en beschikbaarheid blijft hierdoor een aandachtspunt.

Het vinden van goed en geschoold personeel blijkt in deze context een groeiende uitdaging. De druk op de arbeidsmarkt is duidelijk merkbaar, met name in de gehandicaptenzorg. Ondanks het uitzetten van vacatures voor zowel senior begeleiders als persoonlijk begeleiders, verloopt de instroom moeizaam. De concurrentie tussen zorgorganisaties is groot en het aanbod van gekwalificeerde kandidaten beperkt.

Oproepkrachten blijven een waardevolle aanvulling op het vaste team, zeker in het opvangen van piekmomenten en onverwachte uitval. Tegelijkertijd blijkt uit ervaring dat oproepkrachten vaak slechts tijdelijk beschikbaar zijn. Velen kiezen na korte tijd toch voor een vaste aanstelling elders of nemen structurele uren aan, waardoor de flexibiliteit afneemt.

Samenwerking met het bestuur: duidelijke afspraken en gezamenlijke verantwoordelijkheid

In 2025 is de samenwerking met het bestuur verder versterkt en verdiept. Er is regelmatig overleg geweest over inhoudelijke en organisatorische thema's, waarbij transparantie, wederzijds vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid centraal stonden.

Een belangrijk onderwerp binnen deze samenwerking is de financiële afstemming. Er is gezamenlijk gekeken naar de verdeling van kosten en verantwoordelijkheden: wie betaalt wat, en op basis waarvan. Denk hierbij aan kosten voor gezamenlijke voorzieningen, onderhoud en activiteiten. Door deze gesprekken zijn de financiële afspraken verder verduidelijkt en vastgelegd, zodat er helderheid is voor alle betrokkenen en de continuïteit van zorg en wonen gewaarborgd blijft.

De samenwerkingsovereenkomst is opnieuw opgesteld en geactualiseerd. Deze overeenkomst vormt de basis voor de samenwerking tussen het ouderinitiatief en de zorgorganisatie en beschrijft onder andere de rollen, verantwoordelijkheden, communicatielijnen en afspraken rondom zorg, wonen en participatie. De samenwerking met het bestuur kenmerkt zich door betrokkenheid, openheid en het gezamenlijk zoeken naar werkbare oplossingen. In het komende jaar blijft deze dialoog van groot belang voor het goed functioneren van het initiatief en het realiseren van kwalitatieve, cliëntgerichte ondersteuning.

Vrijwilligers: betrokkenheid en waardevolle ondersteuning

De inzet van vrijwilligers is ook in 2025 van grote waarde gebleken voor zowel de dagbesteding als de woonvoorziening. Met hun betrokkenheid, praktische hulp en persoonlijke aandacht dragen zij dagelijks bij aan het welzijn van cliënten en de kwaliteit van onze dienstverlening.

Binnen de dagbesteding zijn vrijwilligers actief betrokken bij uiteenlopende werkzaamheden. Ze helpen bij het klussen en onderhoud, ondersteunen bij de opbouw en inrichting van de winkel, verzorgen samen met cliënten de dieren, zetten koffie en voeren herstelwerkzaamheden uit zoals kledingreparaties. Hun aanwezigheid zorgt voor extra handen, maar vooral ook voor rust, aandacht en continuïteit in het dagelijks ritme.

Ook binnen de woonvoorziening zijn vrijwilligers een waardevolle aanvulling. Ze koken samen met cliënten, begeleiden hen bij het zwemmen en bieden ondersteuning bij individuele activiteiten. Door hun vertrouwde aanwezigheid ontstaat er ruimte voor persoonlijke aandacht en ontspanning, buiten de reguliere zorgmomenten om.

Een bijzonder moment dit jaar was de trouwerij van een van onze vaste vrijwilligers. We waren uitgenodigd en mochten dit feestelijke moment samen vieren. Het onderstreept de wederzijdse verbondenheid en waardering die in de samenwerking met vrijwilligers voelbaar is.

In 2025 hebben we bovendien weer een aantal nieuwe vrijwilligers mogen verwelkomen. Zij brengen frisse energie, nieuwe ideeën en sluiten aan bij de bestaande teams en activiteiten. We blijven actief investeren in het betrekken, begeleiden en waarderen van vrijwilligers, omdat zij een onmisbare schakel vormen in het netwerk rondom onze cliënten.

Wonen en werken

Sport en beweging als vast onderdeel van het weekprogramma

De sportlessen op dinsdag zijn ook in 2025 een vast en gewaardeerd onderdeel gebleven van het weekprogramma. Cliënten nemen

tweewekelijks deel aan een gevarieerd lesaanbod dat is afgestemd op hun individuele niveau en mogelijkheden. De lessen worden verzorgd door studenten van de sportopleiding, onder begeleiding van ervaren docenten. Deze samenwerking biedt niet alleen kwalitatieve begeleiding, maar draagt ook bij aan een leerzame praktijkomgeving voor de studenten.

Het lesprogramma is opgebouwd rond beweging, plezier en persoonlijke ontwikkeling. Door de op maat gemaakte aanpak kunnen cliënten op hun eigen tempo werken aan conditie, motoriek en zelfvertrouwen. De lessen vinden plaats in een veilige en stimulerende setting, waarin ruimte is voor zowel individuele aandacht als groepsdynamiek.

Een waardevolle toevoeging is de deelname van enkele leden van een ander buurtinitiatief. Deze gemengde samenstelling zorgt voor spontane sociale contacten en versterkt de verbinding tussen verschillende cliënten. De sportlessen vormen daarmee niet alleen een bijdrage aan fysieke gezondheid, maar ook aan inclusie, ontmoeting en gemeenschapszin.

Naast de dinsdagsportlessen is ook het wekelijkse fietsen met Fietsmaatjes een vaste activiteit geworden. Iedere woensdag neemt een vaste vrijwilliger een cliënt mee voor een fietstocht op de duofiets. Deze momenten bieden niet alleen beweging en frisse buitenlucht, maar ook persoonlijke aandacht, gesprek en ontspanning. De fietstochten worden door cliënten als zeer waardevol ervaren en dragen bij aan hun welbevinden en sociale betrokkenheid.

Ook het wekelijkse zwemmen heeft in 2025 een nieuwe impuls gekregen. Via samenwerking met een ander initiatief in de regio is de zwemactiviteit actiever en gevarieerder geworden. Cliënten nemen deel aan een dynamisch zwemprogramma dat meer uitdaging biedt. De begeleiding is professioneel en afgestemd op zorgbehoefte, waardoor cliënten met plezier en vertrouwen deelnemen. Het zwemmen draagt bij aan fysieke fitheid, ontspanning en sociale interactie, en wordt door veel cliënten als een hoogtepunt van de week ervaren.

Samen vieren: sociale activiteiten in 2025

Ook in 2025 is er volop aandacht geweest voor ontmoeting, verbinding en gezamenlijke viermomenten. Er zijn vele activiteiten waar we aan deelgenomen hebben; hieronder worden enkele voorbeelden uitgelicht. Sociale activiteiten vormen een belangrijk onderdeel van het jaarprogramma en dragen bij aan inclusie, welbevinden en gemeenschapszin. Veel van deze activiteiten keren jaarlijks terug en worden met zorg voorbereid door de activiteitencommissie, die hier altijd veel aandacht en betrokkenheid aan besteedt.

Carnaval is op traditionele wijze gevierd. De prins en zijn gevolg brachten een bezoek aan de boerderij, waar zij samen met cliënten genoten van een feestelijk samenzijn. Met muziek, verkleedpartijen en vrolijke versiering werd het een kleurrijke middag vol Brabantse gezelligheid.

Een hoogtepunt was het jaarlijkse zomerfeest, waarbij cliënten actief betrokken waren bij de voorbereidingen. Samen werden er hapjes gemaakt en tafels feestelijk aangekleed. Tijdens de gezamenlijke lunch genoten cliënten en hun familie, medewerkers en vrijwilligers van elkaars gezelschap in een ontspannen en feestelijke sfeer. Het zomerfeest bood ruimte voor ontmoeting, trots en plezier en werd breed gewaardeerd.

De Sinterklaasviering mocht uiteraard niet ontbreken. Sint bracht een bezoek aan de dagbesteding en las traditiegetrouw voor hoe iedereen zijn best heeft gedaan het afgelopen jaar. Met humor en persoonlijke aandacht wist hij cliënten te raken en te verrassen. Op de woonlocaties werd Sinterklaas gevierd met cadeaus en zelfgemaakte gedichten, afgestemd op de interesses en beleevingswereld van de cliënten.

Ook de kerstlunch was een warm samenzijn. In een sfeervol aangeklede ruimte werd gezamenlijk geluncht met cliënten, medewerkers, vrijwilligers en betrokkenen uit het netwerk. Er was aandacht voor persoonlijke verhalen en kleine attenties, waarmee het jaar op een verbindende manier werd afgesloten.

Deze activiteiten versterken niet alleen de onderlinge relaties, maar dragen ook bij aan het gevoel van eigenwaarde, participatie en plezier. Ostara blijft zich inzetten om deze momenten te behouden en verder uit te bouwen, in samenwerking met cliënten, vrijwilligers en lokale initiatieven.

Een uitzondering op de jaarlijks terugkerende activiteiten was de deelname aan de Open Dag van de zorgboerderij, waar we dit jaar voor het eerst aan hebben meegedaan. Op 1 juni openden zorgboerderijen door heel Nederland hun deuren voor bezoekers. Tijdens deze dag konden bezoekers kennismaken met het dagelijkse leven op de zorgboerderij, deelnemen aan activiteiten zoals het aaien van dieren, het bezoeken van de moestuin en diverse activiteiten. Het bood een mooie gelegenheid om te laten zien hoe betekenisvol en waardevol de dagbesteding is voor onze cliënten.

De Open Dag sluit aan bij de landelijke beweging van de Federatie Landbouw en Zorg, die zich inzet voor belangenbehartiging, kwaliteitsborging en kennisdeling binnen de zorglandbouw. Door deelname aan deze dag dragen we bij aan de zichtbaarheid van het werk dat op de zorgboerderij wordt gedaan en sluiten we aan bij de bredere landelijke communicatie en professionalisering die de

Federatie stimuleert. De Federatie ondersteunt zorgboerderijen onder andere met een branche-eigen keurmerk, kwaliteitskaders, landelijke publiciteit, themabijeenkomsten en kennisuitwisseling. Deelname aan de Open Dag past daarmee binnen onze ambitie om de zorglandbouw verder te versterken en te verbinden met regionale en landelijke ontwikkelingen.

Commissie 'Thuis en Tuin' en 'Commissie Zorg'

In 2025 zijn vanuit het ouderinitiatief twee commissies actief geweest die een waardevolle bijdrage leveren aan de leefomgeving en de kwaliteit van zorg: de commissie Zorg en de commissie Thuis & Tuin. Beide commissies richten zich op specifieke thema's en pakken vraagstukken op binnen hun eigen aandachtsgebied, steeds in nauwe samenwerking met de zorgorganisatie en het team.

De commissie Thuis & Tuin houdt zich bezig met de inrichting en het onderhoud van de binnen- en buitenruimte van de woning. Vanuit deze commissie zijn diverse initiatieven gerealiseerd die bijdragen aan comfort, beleving en ontspanning voor de cliënten. Zo zijn er een nieuwe barbecue en een trampoline aangeschaft, waarmee de buitenruimte aantrekkelijker en actiever is ingericht. Daarnaast is er een tuinwerkdag georganiseerd, waarbij ouders en vrijwilligers samen hebben gewerkt aan het opruimen van de tuin. Deze dag versterkte niet alleen de uitstraling van de locatie, maar ook de onderlinge betrokkenheid.

De commissie Zorg richt zich op inhoudelijke zorgvraagstukken en de samenwerking met Ostara. In het afgelopen jaar is er actief overleg geweest tussen de commissieleden en Ostara. Gezamenlijk is gekeken naar thema's zoals zorginhoudelijke afstemming en communicatie. Door deze dialoog ontstaat er meer wederzijds begrip en worden wensen en signalen vanuit ouders op een constructieve manier ingebracht.

Beide commissies dragen bij aan een betrokken en transparante samenwerking tussen ouders en Ostara. Door deze inzet ontstaat er meer eigenaarschap, kwaliteit en verbinding rondom wonen en zorg.

2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces

ONTWIKKELINGEN

Zorgaanbod

Het zorgaanbod is in de basis gelijk gebleven: we bieden onze cliënten een vertrouwde omgeving met zinvolle dagbesteding. Wel hebben we dit jaar een belangrijke stap gezet richting meer maatwerk en cliëntgerichtheid. We stellen individuele doelen op voor iedere cliënt en koppelen daar passende activiteiten aan die bijdragen aan hun persoonlijke ontwikkeling. Om deze activiteiten goed te laten aansluiten, gaan we actief in gesprek met de cliënt. We kijken samen naar wat iemand goed kan, waar hun interesses liggen, en welke vaardigheden zij verder willen ontwikkelen. Deze dialoog vormt de basis voor een zorgaanbod dat niet alleen aansluit bij hun mogelijkheden, maar ook hun zelfvertrouwen en motivatie versterkt. Zo maken we de zorg persoonlijker, doelgerichter en betekenisvoller.

Situatie op de boerderij

Op de boerderij hebben we dit jaar een nieuwe deelnemer mogen verwelkomen binnen de dagbesteding. Deze uitbreiding zorgt niet alleen voor meer dynamiek in de groep, maar versterkt ook het sociale aspect van onze zorg. De integratie is soepel verlopen en de nieuwe deelnemer heeft inmiddels een fijne plek gevonden binnen ons team. We blijven ons inzetten voor een warme, inclusieve sfeer waarin iedereen zich gezien en gewaardeerd voelt.

Financiering van de zorg

Een belangrijke ontwikkeling dit jaar is onze voorbereiding op de invoering van het *Persoonsgebonden Budget (PGB) op maat*, die per 1 januari 2025 van kracht is binnen de Wlz. Deze nieuwe systematiek vervangt het vaste basisbedrag dat voorheen automatisch werd toegekend op basis van het zorgprofiel. In plaats daarvan bepaalt het zorgkantoor voortaan samen met de budgethouder welk bedrag daadwerkelijk nodig is, afgestemd op de individuele zorgvraag.

Voor ons als zorgaanbieder betekent dit dat we onze administratieve processen en zorginhoudelijke onderbouwing moeten aanscherpen. Het is essentieel dat we per cliënt helder kunnen aantonen welke zorg nodig is, hoe deze wordt ingevuld en hoe dit aansluit op hun persoonlijke doelen. Dit sluit goed aan bij onze bredere beweging richting meer individuele doelstellingen en maatwerk in het zorgaanbod.

We volgen de landelijke richtlijnen en informatie van het zorgkantoor nauwgezet en oriënteren ons op informatiebijeenkomsten. Tegelijkertijd bereiden we onze medewerkers en systemen voor op de nieuwe werkwijze, zodat we straks transparant en zorgvuldig kunnen meewerken aan de budgetbepaling. We zien het PGB op maat als een kans om de zorg nog beter af te stemmen op de cliënt, maar zijn ons ook bewust van de risico's zoals verminderde flexibiliteit en verhoogde administratieve lasten als het proces niet zorgvuldig verloopt.

Onze focus ligt daarom op:

- *Heldere zorgplannen en doelstellingen per cliënt*
- *Goede documentatie van geleverde zorg (o.a. rapporteren, MIC meldingen).*
- *Actieve communicatie met budgethouders en zorgkantoor.*

Door deze voorbereidingen willen we zorgen dat onze cliënten optimaal gebruik kunnen blijven maken van hun budget, zonder verlies van autonomie of kwaliteit van de zorg.

BEELD VAN HET KWALITEITSPROCES

In het afgelopen jaar is er intensief gewerkt aan het versterken en actualiseren van het kwaliteitsproces op de boerderij. Een belangrijke stap hierin is het volledig up-to-date hebben en houden van het kwaliteitshandboek. Dit handboek is van belang voor de input van de werkbeschrijving. Deze is herzien en afgestemd op de actuele werkwijze en verantwoordelijkheden binnen het wonen en werken. De werkbeschrijving is voorzien van de meest recente protocollen.

Er heeft dit jaar een interne audit plaatsgevonden, gericht op het toetsen van de dagelijkse praktijk aan de gestelde kwaliteitsnormen. Uit deze audit zijn diverse actiepunten voortgekomen, variërend van procesoptimalisatie tot documentatieverbetering. Deze actiepunten zijn opgenomen in de kwartaalrapportage en worden actief gemonitord. Ze zijn besproken met het team en waar nodig vertaald naar concrete verbeteracties op de werkvloer.

Met het oog op de externe audit die gepland staat voor januari 2026, is er extra aandacht voor het borgen van processen en het aantoonbaar maken van kwaliteit. Dit betekent dat we kritisch kijken naar onze werkwijze, registraties en cliëntgerichte doelen. We betrekken medewerkers actief bij het verbeteren en verduidelijken van procedures. Het doel is om niet alleen te voldoen aan de externe toetsing, maar vooral om de kwaliteit van zorg en begeleiding structureel te versterken.

Inzet van het ondersteunend en professioneel netwerk

Om de kwaliteit van zorg en begeleiding op de zorgboerderij duurzaam te waarborgen en verder te ontwikkelen, maken we actief gebruik van een breed ondersteunend en professioneel netwerk. Deze samenwerking versterkt niet alleen onze inhoudelijke expertise, maar draagt ook bij aan een gedeelde verantwoordelijkheid voor het in standhouden van het ouderinitiatief.

Gedragsdeskundige

De gedragsdeskundige speelt een centrale rol in het begeleiden van complexe casuïstiek, het ondersteunen van het team bij vraagstukken rondom gedrag en het meedenken over individuele begeleidingsplannen. Door regelmatige consultaties en observaties op locatie wordt de vertaalslag gemaakt van theorie naar praktijk, met oog voor de unieke behoeften van iedere cliënt.

Externe kwaliteitsadviseur

Op afroep zetten we een externe kwaliteitsadviseur in om mee te denken over beleidsontwikkeling en kwaliteitsborging. Deze adviseur ondersteunt bij het schrijven en actualiseren van beleid, het interpreteren van wet- en regelgeving en het voorbereiden op audits. De samenwerking biedt ons flexibiliteit en deskundigheid op momenten dat verdieping of externe toetsing gewenst is.

Teamcoach en senior

Het team wordt begeleid door de senior en een teamcoach die zich richt op samenwerking, communicatie en professionele ontwikkeling. Door middel van coaching op de werkvloer wordt gewerkt aan een open cultuur, waarin reflectie en eigenaarschap centraal staan. Dit draagt bij aan een stabiele en betrokken werkomgeving, waarin medewerkers zich gesteund voelen. De cliënten kunnen zich makkelijk bewegen in een stabiele en voorspelbare omgeving en weten waar ze aan toe zijn.

Gesprekken met het bestuur

Gedurende het jaar hebben er meerdere gesprekken plaatsgevonden met het bestuur van het ouderinitiatief. Deze gesprekken zijn gericht op het versterken van de samenwerking en het helder verdelen van verantwoordelijkheden rondom het in standhouden van het initiatief. Onderwerpen als strategische koers, financiële kaders, personele inzet en kwaliteitsbewaking zijn besproken. Er is gezamenlijk gewerkt aan het verduidelijken van rollen en het vastleggen van afspraken, zodat de continuïteit en kwaliteit van zorg ook op lange termijn geborgd blijven.

WET ZORG EN DWANG

Ondanks dat er geen WZD wordt toegepast, is dit onderwerp wel onder de aandacht. Er zullen zich situaties voor kunnen doen waarbij er tegen de grens van de WZD wordt aangeschurd. Om dit onderwerp onder de aandacht te houden, is de gedragsdeskundige gevraagd om dit onderwerp met de senior en de Persoonlijk Begeleiders op te pakken. Een gerichte scholing of informatievoorziening is daarbij wenselijk.

2.3 Algemene conclusies

De koers die enkele jaren geleden is ingezet, begint steeds meer een stevig fundament te vormen. Alles wat we doen staat helder beschreven en medewerkers worden hierop gecoacht, gewezen en waar nodig gecorrigeerd. Er ligt inmiddels een duidelijke basis waarop verder gebouwd kan worden.

In 2025 heeft de ingezette koers verdere vorm gekregen. Zoals bij elke ontwikkelfase ging dat niet zonder vallen en opstaan en met de nodige uitdagingen. Toch is het bouwen consequent doorgezet, wat heeft geleid tot merkbare en positieve resultaten.

Medewerkers pakken hun taken en verantwoordelijkheden steeds beter op en functioneren daarbij steeds autonomer. Het functiehuis, dat we de afgelopen jaren hebben ontwikkeld, blijft een dynamisch proces. De functie van senior begeleider blijkt moeilijk invulbaar, mede door de maatschappelijke tekorten op de arbeidsmarkt. Daarom hebben we aan het einde van het jaar onderzocht of deze rol niet beter in een andere functievorm gegoten kan worden, zoals meewerkend teamleider.

Doordat het fundament stevig staat, kunnen losse eindjes sneller en effectiever worden verbonden. Hierdoor blijven we, soms via een omweg, toch gericht op hetzelfde doel en kunnen we de kwaliteit van ons werk blijven borgen.

In het jaarplan voor 2025 hebben we de volgende speerpunten genoemd:

Kwaliteit van Zorg

Een gelukkig leven voor de bewoners staat centraal in alles wat we doen. Dit bereiken we door persoonsgerichte zorg, autonomie en betekenisvolle activiteiten.

Doelen:

1. Verbeteren van de dagelijkse zorg door bewoners te betrekken bij beslissingen die hun leven beïnvloeden.

Gedurende het hele jaar is structureel ingezet op inspraak, eigen regie en betrokkenheid van bewoners en deelnemers.

- **Pannenkoekenoverleggen** kregen een vernieuwd karakter: beleid, rechten en relevante wet- en regelgeving worden nu in begrijpelijke taal met cliënten besproken. Beleidsdocumenten zijn herschreven naar cliëntniveau en kunnen indien gewenst worden uitgereikt.
- **Inspraakmomenten op de dagbesteding** zijn ingevoerd en vinden vier keer per jaar plaats. Alle betrokkenen (bewoners, medewerkers, vrijwilligers, stagiaires) worden actief betrokken bij keuzes over activiteiten, inrichting en dagelijkse routines.
- **Dagelijkse leefomgeving:** bewoners zijn structureel bevraagd over hun wensen. Deze input is zichtbaar verwerkt in de dagelijkse zorg, dossiervoering en besluitvorming.
- **Aanpassingen in de fysieke omgeving**, zoals de herinrichting van de kantine, zijn samen met bewoners gekozen tijdens inspraakmomenten.
- **Zwemactiviteit** is in overleg met bewoners verplaatst naar Aquaspetters, een locatie die beter aansluit bij hun behoefte aan dynamiek en stimulatie.

Deze aanpak heeft geleid tot meer eigenaarschap, betere afstemming op individuele voorkeuren en een voelbaar grotere betrokkenheid van bewoners bij hun eigen leven.

2. Aanbieden van activiteiten die bijdragen aan persoonlijke groei, sociale interactie en een gevoel van eigenwaarde.

Het activiteitenaanbod is in 2025 verder ontwikkeld en beter afgestemd op de mogelijkheden en interesses van bewoners en deelnemers.

- **Herziening dagplanning dagbesteding:** activiteiten worden beter afgestemd op individuele voorkeuren en ontwikkelingsniveaus. Er is meer ruimte gecreëerd voor neventaken en onvoorziene situaties, wat zorgt voor flexibiliteit en rust.
- **Inventarisatie van interesses en talenten:** bij zowel bewoners als deelnemers is actief uitgevraagd waar hun talenten liggen en welke activiteiten zij graag doen. Deze informatie wordt gebruikt om het aanbod te personaliseren en het gevoel van eigenwaarde te versterken.
- **Aanwezigheid van een gedragsdeskundige:** de gedragskundige ondersteunt PB'ers en teams in het maken en naleven van begeleidingsafspraken, het interpreteren van signaleringsplannen en het aansluiten bij de ontwikkelingsleeftijd van cliënten. Dit zorgt voor betrouwbaarheid, veiligheid en een professionelere begeleiding.
- **Activiteitenaanbod verbreed:** op basis van inspraak en tevredenheidsmetingen zijn activiteiten aangepast en uitgebreid, zodat deze beter aansluiten bij persoonlijke behoeften en bijdragen aan groei en sociale interactie.

Deze inspanningen hebben geleid tot een betekenisvoller, gevarieerder en cliëntgerichter activiteitenaanbod.

3. Het welzijn van bewoners structureel meten en verbeteren.

Het meten van welzijn is in 2025 verder geprofessionaliseerd en ingebed in de zorgcyclus.

- **Cliënttevredenheidsmeting** is ontwikkeld en ingebouwd, zodat jaarlijks individueel vragen gesteld kunnen worden over diverse onderdelen van zorg en dienstverlening.
- De meting wordt **structureel afgenomen bij alle cliënten** en vormt een vast onderdeel van de dossiervoering.
- **Actiepunten uit de metingen** worden omgezet in doelstellingen of opgenomen in individuele zorgplannen.
- **Tevredenheidsmeting netwerk** is toegevoegd als jaarlijks instrument, omdat samenwerking met het netwerk essentieel is voor goede zorg.
- **Zorgkaarten** worden ontwikkeld in samenwerking met de commissie zorg (ouders). Deze kaarten moeten bijdragen aan een persoonlijker en consistentere zorgaanbod.
- De jaarlijkse cyclus van **zorgplanbesprekingen en tussenevaluaties** is aangevuld met structurele feedbackmomenten, waardoor continue verbetering mogelijk is.

Door deze stappen is welzijn niet alleen gemeten, maar ook aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Conclusie

In 2025 zijn belangrijke stappen gezet in het versterken van eigen regie, het verbeteren van het activiteitsaanbod en het structureel meten van welzijn. Door bewoners actief te betrekken, activiteiten persoonlijker te maken en feedback cyclisch te verwerken, is de kwaliteit van zorg verder geprofessionaliseerd en beter afgestemd op de behoeften van bewoners en deelnemers.

Kwaliteit van Arbeid

Doelen:

1. Verhogen van werkplezier en teamcohesie.

Het versterken van teamcohesie en werkplezier kreeg in 2025 op verschillende manieren vorm.

- **Open feedbackcultuur:** medewerkers spraken elkaar vaker aan en gaven elkaar constructieve feedback. Dit zorgde voor meer verbinding, transparantie en kwaliteitsbevordering in het dagelijks werk.
- **Teambijeenkomsten en intervisie:** er zijn vaste data ingepland voor teambijeenkomsten waarin thema's worden behandeld en ruimte is voor intervisie.
- **Teamcoach:** vanaf het derde kwartaal is een teamcoach actief op de werkvloer. Hij verzorgt teamtrainingen, biedt individuele coaching en geeft directe feedback in de praktijk. Dit heeft bijgedragen aan betere samenwerking, communicatie en onderlinge afstemming.
- **Medewerkerstevredenheidsonderzoek:** er is een uitvraag gedaan naar tevredenheid, werkbeleving en ontwikkelbehoeften. De resultaten worden meegenomen in het personeelsbeleid.
- **Beperkte voortgang in Q4:** door het hoge ziekteverzuim lag de focus in het vierde kwartaal vooral op het overeind houden van de dagelijkse zorg. Hierdoor was er minder ruimte om actief te investeren in werkplezier en teamcohesie. De doelstellingen worden daarom meegenomen naar 2026.

2. Verbeteren van werk-privébalans en verminderen van werkdruk door meer autonomie en zelfsturing

Er is structureel gewerkt aan het vergroten van autonomie en het versterken van zelfsturing binnen het team.

- **Kwaliteitshandboek als basis voor autonomie:** medewerkers kunnen alle benodigde informatie vinden in het kwaliteitshandboek. Taken en neventaken zijn verduidelijkt, waardoor medewerkers steeds meer zelfstandig kunnen handelen.
- **Heldere kaders en verwachtingen:** door duidelijke communicatie over rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen voelen medewerkers zich verantwoordelijker voor hun taken.
- **Beschikbare uren voor neventaken:** er zijn uren vrijgemaakt voor neventaken, zodat deze niet ten koste gaan van de zorg.
- **Autonome vervanging bij ziekte:** medewerkers regelen zoveel mogelijk zelf vervanging binnen het team. Dit vergroot eigenaarschap en vermindert de druk op de organisatie.
- **Evaluatie dagplanning:** de dagplanning is geëvalueerd en blijft periodiek onderwerp van gesprek. Medewerkers worden gestimuleerd knelpunten te melden en te onderbouwen, zodat de planning realistisch blijft.
- **Q4: focus op stabiliteit:** door olopend verzuim is in het vierde kwartaal vooral ingezet op het verdelen van noodzakelijke taken en het voorkomen van overbelasting. Autonomie werd gestimuleerd vanuit noodzaak, maar leidde wel tot meer eigenaarschap.

3. Investeren in de persoonlijke en professionele ontwikkeling van werknemers.

In 2025 is op verschillende manieren geïnvesteerd in de ontwikkeling van medewerkers, al stond dit in het vierde kwartaal onder druk.

- **Scholing en trainingen:**
 - Een teamscholing met het thema *weerbaarheid* werd als zeer zinvol ervaren en direct toepasbaar in de praktijk.
 - Medewerkers hebben zich aangemeld voor trainingen over rapporteren en doelen stellen, zoönosen en NEN.
 - Via de **FLZ Academie** is een breed aanbod aan trainingen beschikbaar.
- **Ondersteuning door gedragsdeskundige en senior:** PB'ers worden structureel ondersteund door een gedragsdeskundige en een senior medewerker. Dit biedt verdieping, reflectie en versterkt de professionele rol.
- **Ontwikkelbehoeften in kaart gebracht:** via het medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn ontwikkelbehoeften opgehaald die worden meegenomen in het beleid.
- **Q4: beperkte ruimte voor ontwikkeling:** door de hoge werkdruk en beperkte bezetting zijn noodzakelijke scholingen uitgesteld om verdere belasting te voorkomen. De organisatie blijft het belang van ontwikkeling erkennen en neemt deze doelstelling mee naar 2026.

Conclusie

Ondanks een uitdagend jaar met hoge werkdruk en ziekteverzuim zijn belangrijke stappen gezet in het versterken van autonomie, het verbeteren van samenwerking en het ondersteunen van professionele ontwikkeling. De basis voor zelfsturing is verstevigd, medewerkers worden beter ondersteund in hun rol en er is gewerkt aan een open en lerende cultuur.

Door de omstandigheden konden niet alle doelstellingen volledig worden gerealiseerd. Daarom worden deze meegenomen naar 2026, met als doel medewerkers weer perspectief, ontwikkelmogelijkheden en een gezonde werkbalans te bieden zodra de basis stabiel is

3 Deelnemers en medewerkers

3.1 Deelnemers

Deelnemersontwikkeling en zorgaanbod

In 2025 hebben we zorg geboden aan twee doelgroepen: bewoners binnen het ouderinitiatief en deelnemers aan de dagbesteding op de boerderij. De ontwikkeling in aantallen is als volgt:

Bewoners (Wonen + Begeleiding):

- Start van het jaar: 12 bewoners
- Instroom gedurende het jaar: 0 bewoners
- Uitstroom gedurende het jaar: 0 bewoners
- Eindstand: 12 bewoners

Dagbesteders (Begeleiding):

- Start van het jaar: 4 deelnemers
- Instroom gedurende het jaar: 1 deelnemer
- Uitstroom gedurende het jaar: 1 deelnemer
- Eindstand: 4 deelnemers

Totaal aantal deelnemers aan het einde van het jaar: 16

Er heeft dit jaar een uitstroom plaatsgevonden binnen dagbesteding. Deze deelnemer is verhuisd van zijn ouderlijk huis naar een nieuwe woonomgeving waar eveneens dagbesteding geboden wordt. Hierdoor is de keuze gemaakt om hem uit te laten stromen binnen dagbesteding op de Kleine Hoeve. Het feit dat enkel deze cliënt is uitgestroomd, wijst op een stabiele zorgomgeving waarin cliënten zich gezien en ondersteund voelen.

Voor de instroom van de nieuwe deelnemer hebben we enkele praktische zaken gedaan:

- De nieuwe deelnemer heeft meegelopen op verschillende activiteiten om te bekijken wat passende werkzaamheden zijn en waar eventuele voorkeuren liggen.
- Het begeleidingsplan is opgesteld om voor de nieuwe deelnemer snel tot passende doelen en activiteiten te komen
- Extra aandacht voor integratie en kennismaking binnen de bestaande groep

Aangeboden zorg

Wij bieden zowel **wonen** als **begeleiding** aan, afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt.

Zorgvormen:

- Wonen met 24-uurs begeleiding binnen het wooninitiatief
- Dagbesteding op de zorgboerderij
- Individuele begeleiding gericht op persoonlijke doelen
- Groepsbegeleiding tijdens gezamenlijke activiteiten

Zorgzwaarte: De zorgzwaarte varieert van VG3 tot VG8. We werken met cliënten die baat hebben bij structuur, nabijheid en ontwikkelingsgerichte ondersteuning.

Wetgeving: De zorg wordt verleend vanuit:

- **Wet langdurige zorg (Wlz)** – voor cliënten met een indicatie voor wonen en/of intensieve begeleiding
- **Persoonsgebonden budget (PGB)** – waarmee de cliënten (of de budgethouders) zelf hun zorg inkopen

3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers

In 2025 heeft de Kleine Hoeve een stabiele en kwalitatief sterke zorgomgeving geboden aan zowel bewoners binnen het ouderinitiatief als deelnemers aan de dagbesteding. De constante bezetting binnen het wonen (12 bewoners, zonder in- of uitstroom) laat zien dat cliënten zich veilig, gezien en langdurig ondersteund voelen. Binnen de dagbesteding was er beperkte dynamiek: één uitstroom en één instroom, waarmee het totaal aantal deelnemers gelijk bleef. De uitstroom vond plaats vanwege een verhuizing naar een nieuwe woonomgeving waar passende dagbesteding beschikbaar was. Dit bevestigt dat uitstroom niet het gevolg was van ontevredenheid of onvoldoende aansluiting, maar van een natuurlijke overgang in de levensfase van de cliënt.

De instroom van een nieuwe deelnemer is zorgvuldig en methodisch begeleid. Door middel van meeloopmomenten, een tijdig opgesteld begeleidingsplan en extra aandacht voor integratie binnen de groep, is een soepele en warme overgang gerealiseerd. Dit onderstreept de professionaliteit en het aanpassingsvermogen van het team.

Samenvattend laat 2025 een organisatie zien die stabiel, zorgvuldig en cliëntgericht werkt. De beperkte uitstroom, de succesvolle integratie van nieuwe deelnemers en het brede, goed afgestemde zorgaanbod tonen aan dat Ostara op de Kleine Hoeve een veilige, professionele en ontwikkelingsgerichte omgeving biedt waarin cliënten langdurig kunnen groeien en floreren.

3.3 Personeel

In 2025 heeft de organisatie een aantal belangrijke ontwikkelingen doorgemaakt binnen het personeelsbestand. Waar eerdere jaren werden gekenmerkt door stabiliteit, kwam deze basis in 2025 onder druk te staan door zowel organisatorische wijzigingen als een aanhoudend hoog verzuim.

In 2025 is de keuze gemaakt om verder te gaan met één ondernemer/directeur. De tweede ondernemer heeft zijn aandeel overgedragen en is in dienst gekomen van de organisatie in de functie van beleidsmedewerker kwaliteit en organisatie. Deze wijziging heeft geleid tot meer duidelijkheid in verantwoordelijkheden en een versterking van de interne focus op beleid, kwaliteit en structurele borging. De overgang is zorgvuldig begeleid, in samenwerking met het team, bestuur en netwerk en heeft bijgedragen aan een professionelere inrichting van de organisatie.

Het team heeft in 2025 te maken gehad met langdurige uitval van meerdere medewerkers, waardoor de eerder stabiele basis is gaan wankelen. Het verzuim was zowel kortdurend als langdurig en lag structureel hoger dan wenselijk. Dit heeft geleid tot een verhoogde werkdruk voor de aanwezige teamleden, die met grote inzet en flexibiliteit hebben bijgedragen aan het waarborgen van de continuïteit van zorg. De balans tussen belastbaarheid en beschikbaarheid blijft hierdoor een belangrijk aandachtspunt en zal ook meegenomen worden in de jaardoelstellingen van 2026.

Het vinden van goed en gekwalificeerd personeel bleek, mede door de krapte op de arbeidsmarkt in de gehandicaptenzorg, een groeiende uitdaging. Ondanks het uitzetten van vacatures voor senior begeleiders en persoonlijk begeleiders bleef de instroom beperkt. Oproepkrachten vormden een waardevolle aanvulling, maar hun inzetbaarheid bleek vaak tijdelijk door uitstroom naar vaste dienstverbanden elders.

Met alle medewerkers zijn functioneringsgesprekken gevoerd. Hierin is aandacht besteed aan werkdruk, samenwerking, professionele ontwikkeling en de kwaliteit van zorg. De signalen uit deze gesprekken hebben geleid tot gerichte acties, waaronder extra ondersteuning op de werkvloer en het versterken van methodisch werken.

Om het team te ondersteunen in een periode van hoge druk en personele wisselingen, is in 2025 intensiever gebruikgemaakt van zowel de gedragskundige als de teamcoach.

- De **gedragskundige** was nauw betrokken bij complexe ondersteuningsvragen, deskundigheidsbevordering en het versterken van methodisch werken.
- De **teamcoach** richtte zich op samenwerking, communicatie en professionele ontwikkeling. Door observaties, teamgesprekken en individuele ondersteuning heeft de coach bijgedragen aan het vergroten van eigenaarschap, reflectie en onderlinge afstemming.

Deze inzet heeft geholpen om de kwaliteit van zorg te borgen en het team te ondersteunen in een uitdagende periode.

In 2025 is gebruikgemaakt van ZZP'ers, maar niet binnen het primaire proces. De inzet betrof uitsluitend functies die direct gericht waren op het ondersteunen van het team. Deze professionals zijn ingezet om snel en adequaat in te spelen op de behoeften van het team, de kwaliteit van zorg te versterken en de organisatie te ondersteunen in een periode van hoge werkdruk en personele uitval.

Conclusie

2025 was een jaar waarin de organisatie stevig heeft geïnvesteerd in teamontwikkeling, kwaliteitsborging en ondersteuning, mede door organisatorische veranderingen en een hoge druk op het personeelsbestand. Ondanks langdurige uitval en uitdagingen op de arbeidsmarkt is de kwaliteit van zorg geborgd door de inzet van het team, de gedragskundige en de teamcoach. De organisatie blijft gericht op het versterken van stabiliteit, deskundigheid en duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

3.4 Stagiairs

In 2025 heeft de organisatie bewust gekozen voor een aangepaste inzet van stagiairs. Door de hoge werkdruk en de personele uitdagingen binnen het zorgteam was het niet verantwoord om zorg gerelateerde stagiairs te begeleiden. De begeleiding van stagiairs vraagt namelijk tijd, aandacht en beschikbaarheid van ervaren medewerkers en die capaciteit moest in 2025 volledig worden ingezet voor de continuïteit van zorg en ondersteuning aan cliënten.

In 2025 zijn er twee stagiairs geplaatst, beiden afkomstig van een dierenopleiding. Zij liepen voor de tweede keer stage op de zorgboerderij gedurende een afgesproken periode binnen het schooljaar. De stagiairs kwamen vanuit mbo-opleidingen gericht op dierverzorging. Hun taken bestonden uit:

- dagelijkse verzorging van de dieren
- onderhoud van verblijven en terrein
- ondersteunen bij activiteiten op de boerderij die niet direct zorginhoudelijk zijn

De begeleiding van deze stagiairs werd georganiseerd door medewerkers van de boerderij die als neventaak het begeleiden van de stagiaires hebben. Met beide stagiairs zijn evaluatiegesprekken gevoerd, waarin voortgang, leerdoelen en functioneren zijn besproken.

3.5 Vrijwilligers

In 2025 zijn we het jaar gestart met 17 vrijwilligers. Deze groep vormt een trouwe en stabiele kern binnen Ostara. Gedurende het jaar zijn er twee vrijwilligers gestopt: één vanwege een nieuwe baan waardoor hij minder tijd had om zich in te zetten, en één omdat zij toe was aan een andere omgeving en nieuwe werkzaamheden. Ondanks deze uitstroom bleef de vrijwilligersteamstructuur stabiel en betrokken.

De vrijwilligers leveren gezamenlijk een waardevolle bijdrage, verspreid over meerdere dagdelen per week. De inzet varieert per persoon, van enkele uren tot meerdere vaste momenten per week. Waarbij ze zowel ondersteunen bij de dagbesteding als de woonvoorziening met uiteenlopende taken. Hun aanwezigheid zorgt voor extra aandacht, rust en continuïteit in het dagelijks ritme van cliënten.

De begeleiding van vrijwilligers is georganiseerd via een medewerker met de neventaak vrijwilligerscoördinatie. Deze medewerker onderhoudt nauw contact met alle vrijwilligers, bewaakt de afstemming van taken en fungeert als vast aanspreekpunt. Nieuwe vrijwilligers worden warm ontvangen en zorgvuldig ingewerkt.

In 2025 heeft er, naast de overlegstructuren, een schriftelijke evaluatie plaatsgevonden met alle vrijwilligers. Vrijwilligers gaven aan zich gewaardeerd te voelen en betrokken te zijn bij Ostara maar hebben ook punten van feedback. Uit de evaluaties kwam naar voren dat vrijwilligers duidelijke communicatie en tijdige informatievoorziening belangrijk vinden.

Nieuwe vrijwilligers gaven aan dat de heldere uitleg en warme ontvangst hen hielpen om snel hun plek te vinden.

3.6 Conclusies m.b.t. personeel, stagiairs en vrijwilligers

In 2025 stond de organisatie voor aanzienlijke personele uitdagingen, waaronder langdurige uitval, hoge werkdruk en beperkte instroom op de arbeidsmarkt. Ondanks deze omstandigheden is de continuïteit van zorg geborgd gebleven door de inzet, flexibiliteit en betrokkenheid van het bestaande team. De organisatie heeft bewust keuzes gemaakt om de beschikbare capaciteit te richten op het primaire proces en de kwaliteit van zorg.

De inzet van stagiairs werd beperkt tot twee studenten vanuit dierenopleidingen, die werkzaamheden uitvoerden op de boerderij en geen zorginhoudelijke taken hadden. Deze keuze heeft rust gebracht op de werkvloer en ervoor gezorgd dat stagiairs kwalitatief goed begeleid konden worden binnen de beschikbare capaciteit.

De vrijwilligers vormden ook in 2025 een stabiele en betrokken groep. Zij bieden extra aandacht, structuur en continuïteit voor cliënten en zijn daarmee een onmisbare aanvulling op het zorgteam.

2025 laat zien dat de organisatie, ondanks personele druk, in staat is geweest om kwaliteit, continuïteit en betrokkenheid te waarborgen. Door bewuste keuzes te maken in de inzet van stagiairs, door te investeren in de begeleiding van vrijwilligers en door het zorgteam te ondersteunen waar mogelijk, is een stabiele basis behouden. De inzet van medewerkers, stagiairs en vrijwilligers samen vormt een krachtig fundament voor de zorg en ondersteuning die Ostara biedt.

4 Scholing en ontwikkeling

4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten

In 2025 is binnen Ostara het jaarlijkse scholingsplan geïntroduceerd. Dit plan ondersteunt medewerkers in het behouden en versterken van hun bevoegdheid, bekwaamheid en aantoonbaar vakmanschap. Het scholingsplan is opgebouwd vanuit verschillende invalshoeken die de basis vormen voor professioneel en verantwoord handelen binnen de organisatie:

- Nieuwe medewerkers volgen in hun eerste dienstjaar verplicht scholing op het gebied van medicatie, BHV en ervaringsordening.
- De zorgbehoefte van cliënten bepaalt mede de inhoud en prioritering van het scholingsaanbod.
- De directeur kan ontwikkelthema's toevoegen vanuit strategische doelen of organisatie brede verbeterpunten.
- Medewerkers kunnen tijdens functioneringsgesprekken scholingsbehoeften aandragen.
- Bij wijzigingen in wet- en regelgeving of bij inhoudelijke vragen kan het scholingsplan gedurende het jaar worden aangepast.

In 2025 is bewust gekozen om niet alle geplande scholingen door te laten gaan. De werkdruk, ervaren belasting en het hoge aantal afwezigen maakten het noodzakelijk om prioriteiten te stellen. Hierdoor is een deel van de trainingen doorgeschoven of in aangepaste vorm aangeboden.

Belangrijke besluiten:

- BHV-herhaling is doorgeschoven naar februari 2026 om overbelasting van het team te voorkomen.
- Weerbaarheidstraining is wél doorgedaan, gezien de urgentie en relevantie voor de dagelijkse praktijk. Het vervolg vond plaats op de werkvloer via individuele en teamcoaching.
- Scholingen voor nieuwe medewerkers zijn volledig uitgevoerd, conform de verplichtingen binnen het eerste dienstjaar.
- Waar mogelijk zijn thema's geïntegreerd in teamoverleggen om de belasting te verlagen en toch kennis te borgen.

Ondanks de hoge werkdruk en beperkte beschikbaarheid van medewerkers is een deel van het scholingsplan 2025 gerealiseerd. Door prioritering, flexibiliteit en het inzetten van coaching op de werkvloer is de kwaliteit van zorg en het vakmanschap van medewerkers geborgd. De doorgeschoven BHV-training wordt begin 2026 ingehaald. Het scholingsplan blijft een dynamisch instrument dat meebeweegt met de behoeften van cliënten, medewerkers en de organisatie.

Naast het organisatiebrede scholingsaanbod is er in 2025 extra aandacht besteed aan **individuele** ontwikkeltrajecten. Deze trajecten ondersteunen medewerkers bij het verdiepen van specifieke competenties, het versterken van vakmanschap of het inspelen op persoonlijke leerdoelen die voortkomen uit de functie, het werkveld of het functioneringsgesprek.

Individuele trajecten worden ingezet wanneer:

- een medewerker aanvullende scholing nodig heeft om veilig en bekwaam te kunnen handelen;

- er sprake is van functie- of rolontwikkeling;
- een medewerker verdieping zoekt binnen een specifiek thema (bijvoorbeeld methodisch werken, weerbaarheid of zorginhoudelijke expertise);
- coaching op de werkvloer gewenst is om vaardigheden direct in de praktijk te versterken.

Deze trajecten worden in overleg met de medewerker, leidinggevende en de directeur vormgegeven. Ze kunnen bestaan uit externe trainingen, e-learning, intervisie, coaching on the job of deelname aan thematische werkgroepen.

Door individuele trajecten te combineren met het algemene scholingsplan blijft er ruimte voor maatwerk, talentontwikkeling en duurzame inzetbaarheid. Zo wordt niet alleen voldaan aan wettelijke en professionele eisen, maar wordt ook aangesloten bij de unieke kwaliteiten en ontwikkelbehoeften van iedere medewerker.

Bijlagen

- Certificaat Zoönosen

4.2 Opleidingsdoelen komende jaren

Een deel van het scholingsplan 2025 wordt doorgeschoven naar 2026. Deze keuze is gemaakt vanuit de noodzaak om eerst te investeren in de stabiliteit van het team en het borgen van de kwaliteit van zorg. Door de hoge werkdruk, langdurige afwezigheid van meerdere medewerkers en de behoefte aan rust en herstel binnen het team, is prioriteit gegeven aan continuïteit en veiligheid in de dagelijkse praktijk. Scholing moet ondersteunend zijn aan vakmanschap, maar mag niet leiden tot verdere overbelasting of risico's in de zorgverlening.

Om het scholingsplan in 2026 zorgvuldig en doelgericht voort te zetten, wordt daarnaast onderzocht welke wettelijke eisen en verplichtingen per scholingsonderwerp gelden. Dit onderzoek richt zich onder andere op:

- verplichte deskundigheidsbevordering binnen de zorgsector
- wettelijke eisen rondom medicatieveiligheid, BHV en arbo
- verplichtingen vanuit kwaliteitskaders en beroepsprofielen
- eisen vanuit wet- en regelgeving zoals de Wkkgz, Arbowet en AVG

Door deze wettelijke kaders per onderwerp in kaart te brengen, kan het scholingsplan in 2026 beter worden afgestemd op wat minimaal vereist is én op wat wenselijk is voor verdere professionalisering. Dit zorgt voor een realistisch, haalbaar en verantwoord scholingsprogramma dat aansluit bij zowel de wettelijke normen als de draagkracht van het team.

4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling

In 2025 is bewust gekozen om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van arbeid voorop te stellen. Deze twee pijlers vormen de basis voor verantwoord en mensgericht werken binnen Ostara. Door de hoge werkdruk en de behoefte aan stabiliteit binnen het team is prioriteit gegeven aan rust, herstel en het borgen van veilige en continue zorg. We zijn trots dat we deze keuze hebben gemaakt en dat we als organisatie hebben durven handelen vanuit wat medewerkers én cliënten op dat moment nodig hadden.

Het scholingsplan wordt in 2026 verder opgepakt, waarbij gekeken wordt welke onderdelen noodzakelijk zijn vanuit wet- en regelgeving en welke scholingen wenselijk zijn voor verdere professionele ontwikkeling. Op deze manier ontstaat een realistisch, haalbaar en toekomstbestendig scholingsprogramma dat aansluit bij zowel de wettelijke verplichtingen als de draagkracht en ontwikkeling van het team.

5 Terugkoppeling van deelnemers

5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers

In 2025 heeft de organisatie voor het eerst een volledige cyclus doorlopen binnen het nieuwe ECD. Dit betekent dat alle begeleidingsdoelen, evaluaties en planbesprekingen volgens de vernieuwde systematiek zijn uitgevoerd en minimaal half jaarlijks geëvalueerd. Het was soms zoeken naar de juiste werkwijze, maar met gerichte sturing, coaching en ondersteuning is het proces goed geborgd.

De begeleidingsdoelen sloten over het algemeen goed aan bij wat in de praktijk is gerealiseerd. De planning bleek realistisch, al was er bij enkele cliënten sprake van tussentijdse bijstelling door veranderende ondersteuningsbehoeften passend bij de normale dynamiek van de doelgroep.

In de evaluaties zijn duidelijke effecten zichtbaar van de ingezette begeleiding. Cliënten laten groei of stabilisatie zien in zelfstandigheid, sociale vaardigheden en dag structuur. De gedragskundige ondersteunt hierbij door methodisch werken te versterken, terwijl de teamcoach bijdraagt aan betere samenwerking en consistentie binnen het team. Ondanks de tijdelijke onderbezetting door de uitval van een Persoonlijk Begeleider zijn de begeleidingsdoelen voortgezet en geëvalueerd zoals gepland. Wel is zichtbaar dat de handelingen behorend bij een cyclus nog niet of onjuist in het dossier worden doorgevoerd. Dit is geconstateerd bij de interne audit en bij de jaarafsluiting en wordt in 2026 opnieuw aandacht aan besteed.

Uit de tevredenheidsmeting blijkt dat het netwerk tevreden is over de geboden zorg en ondersteuning. Zij ervaren dat doelen helder zijn, dat voortgang inzichtelijk is via het ECD en dat er voldoende ruimte is voor overleg. Aandachtspunten worden serieus genomen en leiden tot verbeteracties, zoals het verduidelijken van rapportages en het versterken van communicatie rondom tussentijdse wijzigingen.

5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken

Het jaar 2025 was de eerste volledige cyclus binnen het nieuwe ECD. Dit vroeg gewenning van zowel medewerkers als netwerk, maar met gerichte ondersteuning is het proces goed doorlopen. Ondanks de tijdelijke onderbezetting door de uitval van een Persoonlijk Begeleider zijn alle evaluatiegesprekken uitgevoerd.

Uit de tevredenheidsmeting blijkt dat het netwerk tevreden is over de geboden zorg en ondersteuning. Wel kwamen er leerpunten naar voren, zoals het verder versterken van methodisch werken, het verduidelijken van rapportages en het verbeteren van tussentijdse terugkoppeling. Deze punten worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van het evaluatieproces.

De conclusies geven aanleiding om enkele processen verder aan te scherpen, zoals het concreter formuleren van doelen bij intake en het verbeteren van het proces rondom tussentijdse bijstelling. Hiermee wordt de kwaliteit en consistentie van het begeleidingsproces verder versterkt.

5.3 Inspraakmomenten

In 2025 heeft Ostara verdere stappen gezet in het versterken en structureren van de inspraak van cliënten, bewoners, vrijwilligers en medewerkers. Inspraak is een essentieel onderdeel van kwaliteit, welbevinden en gezamenlijke verantwoordelijkheid, om die reden is gekozen voor een meer planmatige en herkenbare aanpak. Daarnaast is ervoor gekozen om de inspraakmomenten te structureren op het gebied van informatie, gekoppeld aan het teamoverleg en de ouderbijeenkomst. Op deze manier krijgen alle betrokkenen dezelfde informatie in dezelfde periode, waardoor dit elkaar versterkt. In 2025 zijn er vier inspraakmomenten georganiseerd op de dagbesteding, gekoppeld aan de seizoenen: lente, zomer, herfst en winter. Tijdens deze bijeenkomsten waren alle aanwezigen welkom: medewerkers, vrijwilligers, bewoners en dagbesteders.

Tijdens ieder inspraakmoment werden deelnemers geïnformeerd over lopende zaken, ontwikkelingen en aandachtspunten binnen de dagbesteding. Deze informatie werd gedeeld op hun eigen niveau en beleidsstukken werden herschreven in een cliëntenversie. Uit de inspraakmomenten kwam naar voren dat cliënten het werken op de boerderij als positief ervaren. Tegelijkertijd werden verbeterpunten genoemd, waarop de begeleiding acties kon uitzetten ter verbetering van het wonen en werken op de zorgboerderij.

Op de woonlocatie heeft in 2025 elke maand een pannenkoekenoverleg plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomsten konden bewoners aangeven waar zij tegenaan liepen, wat zij prettig vonden en welke onderwerpen zij wilden bespreken. Alle punten werden genoteerd in korte notulen.

Naast de inbreng van bewoners gebruikte Ostara deze momenten om belangrijke onderwerpen op een toegankelijke manier te bespreken. In 2025 zijn verschillende thema's toegevoegd, afgestemd op het niveau van de bewoners. Dit betrof onder andere wettelijke onderwerpen zoals privacywetgeving en beleidsmatige thema's zoals het handelen bij calamiteiten. Deze werkwijze wordt in 2026 voortgezet, omdat dit bijdraagt aan begrip, betrokkenheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Ostara hecht veel waarde aan een laagdrempelige en passende vorm van inspraak, waarin bewoners, dagbesteders, vrijwilligers en vertegenwoordigers daadwerkelijk kunnen meedenken en meebeslissen over onderwerpen die spelen op de zorgboerderij.

Een van de speerpunten voor 2026 is het verder uitbreiden en professionaliseren van de inspraakstructuur, zodat alle betrokkenen zich gehoord (blijven) voelen en actief kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van de woon- en dagbestedingsomgeving.

5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten

Uit de inspraakmomenten in 2025 blijkt dat cliënten, bewoners, vrijwilligers en medewerkers de dagbesteding en woonomgeving als positief ervaren en zich betrokken voelen bij het reilen en zeilen op de zorgboerderij. De seizoensgebonden inspraakmomenten en de maandelijkse pannenkoekenoverleggen bieden waardevolle inzichten in wat goed gaat en waar verbetering mogelijk is. Belangrijke leer- en verbeterpunten die naar voren kwamen, zijn onder andere het versterken van onderlinge communicatie, het vergroten van wederzijds begrip en het blijven afstemmen van informatie op het niveau van de cliënten.

In 2025 zijn op basis van de inspraakmomenten verschillende acties uitgevoerd, zoals het aanpassen van werkafspraken, het verduidelijken van informatie in cliëntvriendelijke taal en het oppakken van verbeterpunten rondom samenwerking en sfeer. Voor 2026 staan verdere professionalisering van de inspraakstructuur, het uitbreiden van thematische informatiebijeenkomsten en het versterken van de rol van cliënten en vertegenwoordigers gepland. Deze acties worden opgenomen in het jaarplan en gedurende het jaar gemonitord.

5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers

In 2025 zijn we begonnen met het afnemen van de nieuwe tevredenheidsvragenlijst voor deelnemers. De vragenlijsten worden, bij voorkeur, door iemand afgenomen die 'neutraal' is en niet door het netwerk. We kiezen ervoor om de vragenlijst bijvoorbeeld door de vertrouwenspersoon te laten afnemen, of door een vrijwilliger. Voor enkele deelnemers is het prettig om visuele ondersteuning aangeboden te krijgen. We maken gebruik van drie verschillende kleuren smileys (rood, oranje en groen) om 'slecht, matig en goed' mee aan te duiden. In principe wordt de vragenlijst voorafgaand aan het evaluatiegesprek afgenomen. Op de boerderij zijn enkele cliënten die een vragenlijst zelf in kunnen vullen en enkelen die daar hulp bij nodig hebben. Er zijn ook enkelen die geen mogelijkheid hebben tot het invullen van een vragenlijst in verband met hun ernstige beperking.

De vragen gaan over het wonen, het werken, zich veilig voelen, de begeleiding en de vrijwilligers en eigen regie of keuzes mogen maken.

In 2025 zijn er in het totaal zestien vragenlijsten ingevuld, waarvan er drie nog in concept staan. Voor twee cliënten zijn twee enquêtes ingevuld, waardoor in totaal elf individuele cliënten een tevredenheidsvragenlijst hebben ingevuld. Alle vragen zijn in dialoog met de cliënt besproken en beantwoord.

Beleving van wonen en werken op de boerderij

De meeste cliënten geven aan dat zij zich fijn voelen op de boerderij. Zij zijn tevreden over hun kamer, voelen zich veilig en wonen er graag. De ervaringen met de werkzaamheden op de boerderij zijn wisselend. Ongeveer de helft van de cliënten geeft aan niet altijd te mogen kiezen welke werkzaamheden zij uitvoeren en vinden het werken soms minder leuk. Drie cliënten geven aan graag andere werkzaamheden te willen doen.

Beleving van begeleiding

Cliënten zijn over het algemeen positief over de begeleiders. Zij ervaren begeleiders als aardig, voelen zich veilig en worden geholpen wanneer dat nodig is. Wel geeft de helft van de cliënten aan dat zij begeleiders soms niet goed begrijpen. Daarnaast geven cliënten aan dat zij het prettig vinden wanneer vrijwilligers aanwezig zijn en waarderen zij de ondersteuning die vrijwilligers bieden.

Meebeslissen en inspraak

Drie bewoners geven aan dat zij slechts soms mogen meepraten over wat zij op een dag willen doen. De overige bewoners ervaren wél voldoende inspraak. Op één cliënt na geven alle cliënten aan dat zij zelf mogen kiezen wat zij eten en drinken en dat zij mogen zeggen wat zij voelen of denken. Vier bewoners vinden dat er beter geluisterd mag worden naar wat zij aangeven of nodig hebben.

Algemene tevredenheid

Op de vraag of zij blij zijn met waar zij wonen of werken, antwoorden alle cliënten positief.

5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting

Uit de tevredenheidsmeting blijkt dat cliënten over het algemeen positief zijn over hun woon- en werkomgeving en zich veilig en prettig voelen op de boerderij. Tegelijkertijd komen er duidelijke verbeterpunten naar voren, zoals het vergroten van keuzevrijheid in werkzaamheden, het verbeteren van begrijpelijke communicatie en het beter luisteren naar individuele wensen.

In 2025 zijn al acties ingezet, waaronder het bespreken van signalen in teamoverleggen, het aanpassen van werkafspraken en het verduidelijken van informatie in cliëntvriendelijke taal. Voor 2026 worden aanvullende acties gepland, zoals het verder versterken van inspraakmomenten, het verbeteren van communicatie op cliëntniveau en het vergroten van keuzevrijheid in daginvulling. Deze acties worden opgenomen in het jaarplan en gedurende het jaar gemonitord.

6 Meldingen en incidenten

6.1 Ongevallen en bijna ongevallen

In het derde kwartaal heeft zich één afzonderlijk ongeval voorgedaan waarbij een vrijwilliger betrokken was. De vrijwilliger viel van een tractor doordat een cliënt per ongeluk het voertuig de sloot inreed. De vrijwilliger liep lichte verwondingen op en is begeleid naar de huisarts.

Het incident is geanalyseerd en besproken in het team. Hieruit volgt de aangepaste afspraak dat vrijwilligers duidelijke instructies en begeleiding nodig hebben bij risicovolle activiteiten.

Tevens is het beleid rondom het rijden op de tractor eveneens aangepast om verder ongelukken te voorkomen.

6.2 Medicatie

In 2025 is het nieuwe ECD (Nedap ONS) volledig in gebruik genomen, waardoor medicatie digitaal kan worden afgetekend. Het medicatieprotocol is hierop aangepast en medewerkers zijn ingewerkt in de nieuwe werkwijze. Twee medicatiefunctionarissen monitoren het proces en worden hierin ondersteund door de beleidsmedewerker kwaliteit en organisatie. Door deze structuur worden fouten sneller zichtbaar, kunnen trends worden gesignaleerd en worden verbeteracties tijdig ingezet.

Gedurende 2025 zijn in totaal 45 medicatie-incidenten gemeld. De analyses van de meldingen zijn uitgevoerd door de betrokken medewerkers en besproken met de medicatiefunctionarissen. De belangrijkste categorieën incidenten waren: wel gegeven maar niet afgetekend, niet ingenomen medicatie, verkeerd verstrekte medicatie, verkeerd aftekenen, en technische of organisatorische oorzaken.

Oorzaken

Uit de meldingen blijkt dat de meest voorkomende oorzaken waren:

- Menselijke fout (vergeten af te tekenen, miscommunicatie tussen medewerkers).
- Afwezigheid van cliënten (waardoor medicatie niet kon worden ingenomen).
- Verkeerde medicatie verstrekt (incidenteel, steeds met consultatie van huisarts).
- Onvoldoende afstemming bij medicatie in eigen beheer.
- Organisatorische knelpunten, zoals beperkte tijd of onvoldoende ruimte om direct af te tekenen.

Directe acties en nazorg

Bij alle meldingen is direct gecontroleerd of de cliënt risico liep.

- In situaties met verkeerd verstrekte medicatie is contact opgenomen met de huisarts en is de juiste medicatie alsnog toegediend.
- Bij niet-ingenomen medicatie is beoordeeld of inname nog noodzakelijk was.
- Bij organisatorische knelpunten zijn werkafspraken aangepast, zoals het verplaatsen van aftekenmomenten of het beleggen van verantwoordelijkheid bij een specifieke dienst.
- Bij miscommunicatie tussen medewerkers zijn betrokkenen aangesproken en is het proces verduidelijkt.

Er zijn geen incidenten geweest waarbij cliënten schade hebben opgelopen.

Beoordeling van handelen

In alle gevallen is volgens protocol gehandeld. Medewerkers hebben meldingen tijdig geregistreerd, cliënten gecontroleerd en waar nodig medische ondersteuning ingeschakeld. De medicatiefunctionarissen hebben de meldingen opgevolgd en trends besproken in het team.

Wat we hebben geleerd

Het digitaal aftekenen van medicatie maakt fouten sneller zichtbaar en biedt waardevolle inzichten in waar het proces goed verloopt en waar risico's ontstaan. Tegelijkertijd vraagt deze werkwijze om rust en focus tijdens medicatiemomenten. Het direct aftekenen na toediening blijkt in de praktijk een belangrijk aandachtspunt te blijven, omdat vertraging of afleiding kan leiden tot onvolledige of foutieve registraties.

Daarnaast is duidelijk geworden dat de afstemming rondom medicatie in eigen beheer beter geborgd moet worden. Wanneer cliënten zelf verantwoordelijk zijn voor (delen van) hun medicatie, vraagt dit om heldere afspraken, consequente communicatie en regelmatige controles om misverstanden te voorkomen.

Ook organisatorische factoren spelen een rol. Situaties waarin medicatie op een andere locatie wordt toegediend, zoals op de dagbesteding, kunnen leiden tot structurele fouten wanneer het proces niet goed is ingericht. Dit onderstreept het belang van duidelijke werkafspraken, een logische taakverdeling en voldoende tijd en ruimte om medicatie zorgvuldig af te handelen.

Tot slot blijkt dat goede communicatie tussen medewerkers cruciaal is. Onvolledige overdracht of aannames over wie welke handeling uitvoert, kunnen direct leiden tot fouten. Door dit bespreekbaar te maken en processen aan te scherpen, wordt de medicatieveiligheid verder versterkt.

6.3 Agressie

In 2025 zijn in totaal twaalf agressie-incidenten gemeld. Het merendeel betrof agressie tussen cliënten onderling; in enkele gevallen was sprake van agressie richting medewerkers. Alle meldingen zijn geanalyseerd door de betrokken medewerkers en besproken in het teamoverleg, waarbij zowel directe oorzaken als achterliggende factoren zijn meegenomen.

Analyse van de incidenten

De incidenten laten een aantal duidelijke patronen zien. De meeste situaties ontstonden door onderlinge spanningen tussen cliënten, vaak veroorzaakt door miscommunicatie, onverwachte veranderingen in de dagstructuur of het overschrijden van persoonlijke grenzen. In enkele gevallen liep spanning op doordat cliënten elkaars spullen gebruikten of elkaar corrigeerden, wat leidde tot fysieke agressie zoals schoppen, krabben of duwen.

Daarnaast waren er twee situaties waarin agressie richting medewerkers plaatsvond. Deze incidenten ontstonden wanneer cliënten overvraagd werden, moeite hadden met het accepteren van een opdracht of niet wilden stoppen met een activiteit. In alle gevallen is de medewerker erin geslaagd de situatie te de-escaleren en de cliënt uit de situatie te begeleiden.

Directe acties en nazorg

Bij ieder agressie-incident is direct en zorgvuldig ingegrepen om de veiligheid van alle betrokkenen te waarborgen. Medewerkers hebben steeds als eerste stap de cliënten uit elkaar gehaald en de situatie actief gede-escaleerd.

Om rust te herstellen, zijn cliënten tijdelijk uit de situatie gehaald en naar een prikkelarme omgeving begeleid. Zodra de spanning voldoende was gezakt, zijn gesprekken gevoerd met de betrokken cliënten om emoties te reguleren, het voorval te bespreken en inzicht te geven in wat er was gebeurd.

Door deze consequente aanpak konden incidenten snel worden gestabiliseerd en werd de veiligheid op de groep steeds opnieuw geborgd.

In de gevallen waarin lichte verwondingen ontstonden (zoals krassen), is passende nazorg verleend. Medewerkers zijn ondersteund door collega's en incidenten zijn volgens procedure geregistreerd.

Beoordeling van handelen

In alle meldingen is adequaat en volgens protocol gehandeld. Medewerkers hebben tijdig ingegrepen, veiligheid hersteld en de-escalerende technieken toegepast. De incidenten zijn zorgvuldig besproken in het team, waarbij aandacht was voor zowel cliëntveiligheid als medewerkerveiligheid.

Wat we hebben geleerd

Uit de agressiemeldingen van 2025 komt duidelijk naar voren hoe belangrijk heldere communicatie tussen cliënten is. Wanneer verwachtingen of grenzen niet uitgesproken worden, ontstaan sneller misverstanden die kunnen oplopen tot spanning of conflict. Een voorspelbare dagstructuur blijkt eveneens van grote waarde: cliënten functioneren rustiger wanneer zij weten wat er gaat gebeuren en wanneer veranderingen tijdig worden aangekondigd.

Daarnaast laat het jaar zien dat overvraging of onverwachte wijzigingen in de dagindeling snel kunnen leiden tot escalatie. Dit vraagt van medewerkers dat zij alert blijven op beginnende signalen van spanning, zoals onrust, irritatie of terugtrekgedrag. Door deze signalen vroeg te herkennen, kan de-escalatie plaatsvinden voordat een situatie uit de hand loopt.

Ook blijkt dat grenzen en afspraken tussen cliënten regelmatig moeten worden herhaald en geoefend. Veel cliënten hebben behoefte aan duidelijkheid en voorspelbaarheid in sociale interacties. Door afspraken consequent te herhalen en te ondersteunen met begeleiding, ontstaat meer rust en veiligheid binnen de groep.

6.4 Ongewenste intimiteiten

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Ongewenste intimiteiten.

6.5 Strafbare handelingen

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Strafbare handelingen.

6.6 Klachten

In het eerste kwartaal van 2025 is het vernieuwde klachtenbeleid, dat in 2024 volledig is herschreven, uitgebreid toegelicht aan de bewoners. Daarnaast is ervoor gekozen dat de vertrouwenspersoon wekelijks aanwezig is op de boerderij. Door zichtbaar en benaderbaar te zijn voor zowel cliënten als medewerkers, werd de drempel om zorgen of signalen te bespreken verder verlaagd. Tijdens zijn aanwezigheid ondersteunde hij als vrijwilliger de dagelijkse werkzaamheden, waardoor hij op een natuurlijke manier onderdeel werd van het leef- en werkklimaat.

In november 2025 werd één formele klacht ingediend door een ouder, gericht op de kwaliteit van zorg. In de klacht werd aangegeven dat medewerkers zich niet aan gemaakte afspraken zouden houden en dat zij onvoldoende adequaat zouden reageren op signalen van de cliënt. De directie heeft dit signaal serieus opgepakt en is in gesprek gegaan met de ouder en het netwerk van de cliënt.

Tijdens dit gesprek zijn de zorgen besproken, is uitleg gegeven over de werkwijze en zijn verwachtingen wederzijds verduidelijkt. Dit heeft ertoe geleid dat de klacht uiteindelijk is ingetrokken.

In december 2025 heeft het netwerk van de betreffende cliënt besloten de zorg bij Ostara te beëindigen. De cliënt verhuist in januari 2026 naar een nieuwe woonplek die beter aansluit bij de wensen en verwachtingen van het netwerk. Ostara heeft dit besluit zorgvuldig begeleid en gezorgd voor een warme overdracht.

6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten

In 2025 zijn binnen Ostara diverse meldingen geregistreerd op het gebied van medicatie, agressie en één afzonderlijk ongeval met een vrijwilliger. De medicatie-incidenten betreffen voornamelijk situaties waarin medicatie wel was toegediend maar niet was afgetekend, aangevuld met enkele gevallen van verkeerd verstrekte of niet-ingenomen medicatie. Deze meldingen zijn geanalyseerd door de betrokken medewerkers en medicatiefunctionarissen, waarbij steeds direct is gecontroleerd op risico's, contact is opgenomen met de huisarts wanneer nodig en werkprocessen zijn aangepast om herhaling te voorkomen. De agressiemeldingen lieten vooral zien dat spanningen tussen cliënten kunnen ontstaan door miscommunicatie, onverwachte veranderingen of het overschrijden van grenzen. Medewerkers hebben in alle gevallen adequaat gehandeld door te de-escaleren, cliënten te scheiden, letsel te controleren en gesprekken te voeren om emoties te reguleren. Het tractorongeval, waarbij een vrijwilliger lichte verwondingen opliep, is afzonderlijk geanalyseerd en heeft geleid tot aanscherping van instructies voor vrijwilligers bij risicovolle activiteiten. In 2025 is daarnaast één klacht ingediend, die na een gesprek met de directie is ingetrokken; het netwerk van de betreffende cliënt heeft vervolgens besloten de zorg elders voort te zetten.

De meldingen van 2025 laten zien dat medewerkers alert en handelingsbekwaam zijn, maar dat structurele aandacht nodig blijft voor duidelijke communicatie, voorspelbaarheid, veilige werkprocessen en het tijdig signaleren van spanning of risico's. Voor 2026 zijn verbeteracties gepland op het gebied van medicatieveiligheid, agressiepreventie, communicatie en procesoptimalisatie, die worden opgenomen in het jaarplan en gedurende het jaar worden gemonitord.

7 Acties

7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst

In 2025 zijn vrijwel alle geplande actiepunten structureel geborgd binnen de organisatie en uitgevoerd volgens de geldende kwaliteits- en veiligheidsnormen. Diverse processen zijn ingebouwd in ONS, waardoor continuïteit, monitoring en jaarlijkse herhaling zijn gegarandeerd. Wettelijke en normatieve verplichtingen, zoals de RI&E, NEN-keuringen, dossiercontroles, niet-reanimeren verklaringen en het Zoonose-certificaat, zijn tijdig uitgevoerd en gedocumenteerd. Ook de samenwerking met externe partijen, zoals de dierenarts, woningbouwvereniging en ouderverenigingen, is verstevigd en ingebed in de jaarcyclus.

Daarnaast zijn inspraak- en evaluatiestructuren voor cliënten en hun netwerk verder geprofessionaliseerd, waaronder het maandelijks pannenkoekenoverleg, de themabijeenkomsten met ouders en de jaarlijkse en tussentijdse evaluatiegesprekken. De tevredenheidsmeting is vanaf 2025 structureel ingericht en opgenomen in ONS, waardoor de resultaten jaarlijks geanalyseerd en verwerkt kunnen worden in het kwaliteitsjaarverslag.

Een beperkt aantal punten blijft doorlopen richting 2026, zoals het verder onder de aandacht brengen van 100% zorg en het inventariseren van wensen. Deze punten worden actief meegenomen in de nieuwe jaarplanning.

Al met al laat 2025 een duidelijke ontwikkeling zien naar verdere borging, professionalisering en transparantie binnen de organisatie, waarbij kwaliteit, veiligheid en cliëntgericht werken centraal staan.

8 Doelstellingen

8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar

Binnen Ostara staat één overtuiging centraal: jij doet ertoe. Deze visie vormt de basis van ons dagelijks handelen en bepaalt hoe we samenleven, samenwerken en zorg vormgeven op de stadsboerderij. Ostara is een gemeenschap waar cliënten, medewerkers, vrijwilligers en stagiairs elkaar ontmoeten, elkaar versterken en ieder op eigen wijze bijdragen. We werken vanuit vertrouwen, nabijheid en gelijkwaardigheid, met ruimte voor eigen regie en ontwikkeling.

Onze omgeving biedt rust, ritme en structuur. Buiten zijn, werken met dieren en planten en leven met de seizoenen dragen bij aan welzijn. Tegelijkertijd streven we naar een zo gewoon mogelijk leven: herkenbaar, menselijk en dichtbij, waarbij ondersteuning wordt geboden waar nodig en ruimte wordt gelaten waar het kan.

Deze visie vraagt om voortdurende afstemming, samenwerking en het lef om te blijven leren. Vanuit dit fundament formuleren we de doelstellingen voor de komende vijf jaar, gericht op verdere versterking van samenwerking, kwaliteit, kennisdeling en doorontwikkeling.

1. Samenwerking in de driehoek versterken:

Ostara voert jaarlijks bij 100% van de cliënten een driehoeksgesprek uit en evalueert deze samenwerking structureel.

2. Zorg op maat flexibel blijven bieden:

Alle zorgplannen worden minimaal jaarlijks herzien en aangepast op veranderende behoeften van cliënten.

3. Samenwerken met andere initiatieven voor kennisdeling:

Ostara werkt in 2030 structureel samen met minimaal drie externe initiatieven en organiseert jaarlijks vier gezamenlijke leer- of uitwisselmomenten.

4. Afspraken en overeenstemming over 100% zorg realiseren:

In 2027 is een volledig uitgewerkt en geïmplementeerd kader voor 100% zorg vastgesteld en wordt dit jaarlijks geëvalueerd.

5. Verwachtingsmanagement afstemmen en delen:

Voor 2028 heeft 100% van de cliënten een actueel verwachtingenoverzicht dat jaarlijks wordt besproken en bijgewerkt.

6. Certificering voorbereiden en uitvoeren:

Ostara rondt uiterlijk in 2029 het volledige certificeringstraject af volgens een gefaseerd projectplan dat start in 2026.

7. Doorontwikkeling en verbreding via onderzoek:

Jaarlijks worden minimaal twee onderzoeken uitgevoerd naar nieuwe doelgroepen, methodieken of werkvormen en vertaald naar concrete ontwikkelstappen.

8. Verbreding van doelgroepen en mogelijkheden:

In 2030 zijn minimaal drie nieuwe trajecten gerealiseerd voor mensen met afstand tot de arbeidsmarkt, langdurig verzuim of andere ondersteuningsvragen.

8.2 Doelstellingen voor het komende jaar

In 2026 richt Ostara zich op het verder versterken van de kwaliteit van zorg, het borgen van processen, het vergroten van werkplezier en het doorontwikkelen van het aanbod. De doelstellingen sluiten aan bij de ambitie om gedurende het gehele jaar aantoonbaar kwalitatief goede zorg te bieden, passend bij wet- en regelgeving en afgestemd op de hulpvraag van cliënten en hun netwerk. Zoals in het jaarplan staat: *“In 2026 biedt Ostara gedurende het gehele jaar aantoonbaar kwalitatief goede zorg, passend bij de laatste wet- en regelgeving.”*

Kwalitatief goede en passende zorg

Ostara streeft ernaar om in 2026 zorg te bieden die volledig aansluit bij de behoeften van cliënten en hun netwerk. Dit betekent dat:

- de cliënttevredenheid en netwerktevredenheid gemiddeld minimaal een 7 scoren
- de kwaliteitscyclus verder wordt ontwikkeld en structureel onderdeel wordt van de jaarcyclus
- elk kwartaal een kwaliteitsanalyse wordt uitgevoerd
- alle dossiers volledig, actueel en conform beleid zijn

Zoals beschreven: *“In 2026 wordt het dossierbeleid van Ostara volledig gevolgd en is er voor alle cliënten een actueel en compleet dossier aanwezig.”*

Structurele borging van kwaliteit en processen

In 2026 werkt Ostara aan het duurzaam verankeren van kwaliteitsmaatregelen en het versterken van het kwaliteitsmanagementsysteem. Dit omvat:

- volledige implementatie van het KMS
- 100% volledige en actuele zorgdossiers
- professioneel gebruik van ONS met minimaal 90% correcte registraties
- kwartaalgewijze PDCA-evaluaties op zorg, arbeid en organisatieontwikkeling

Het jaarplan benoemt: *“In 2026 borgt Ostara haar kwaliteit en processen op een structurele en aantoonbare manier.”*

Werkplezier, werkgeluk en aantrekkelijk werkgeverschap

Ostara wil een organisatie zijn waar medewerkers zich gewaardeerd, betrokken en professioneel ondersteund voelen. In 2026 wordt daarom ingezet op:

- actualisatie van het beloningsbeleid volgens de nieuwe CAO
- versterken van werkplezier, autonomie en betrokkenheid
- verbeteren van interne informatievoorziening
- ontwikkelen van loopbaanpaden en scholingsmogelijkheden
- borging van een gezonde werk-privébalans

Zoals geformuleerd: *“Ostara versterkt haar positie als aantrekkelijke werkgever door actief te investeren in werkplezier, balans en professionele groei.”*

Doorontwikkeling van het zorg- en dagbestedingsaanbod

In 2026 ontwikkelt Ostara haar aanbod verder zodat het beter aansluit bij bewoners, de regio en de toekomst van de zorg. Dit betekent:

- introductie van minimaal twee nieuwe dagbestedingsmodules
- opzetten van een vrijwilligersprogramma met minimaal vijf actieve vrijwilligers
- ontwikkeling van een eigen website voor zichtbaarheid van het aanbod
- toelating van minimaal twee nieuwe cliënten op dagbesteding

Het document stelt: *“Ostara introduceert in 2026 minimaal twee nieuwe dagbestedingsmodules die aansluiten bij de interesses en ontwikkelbehoeften van bewoners.”*

Het jaarplan is als bijlage toegevoegd.

Bijlagen

- Jaarplan 2026

8.3 Plan van aanpak

Dit Plan van Aanpak beschrijft hoe we de doelstellingen voor 2026 gaan realiseren, met een duidelijke indeling in korte, middellange en lange termijn acties.

Kwalitatief goede en passende zorg

Doelstelling: *Ostara biedt in 2026 aantoonbaar kwalitatief goede zorg die aansluit bij de hulpvraag van cliënten en hun netwerk.*

Korte termijn acties (Q1–Q2)

- Uitvoeren van cliënt- en netwerktevredenheidsonderzoek.
- Starten met kwartaalanalyses op basis van MIC-meldingen, audits en dossiercontroles.
- Actualiseren van alle zorgdossiers volgens het dossierbeleid.
- Uitvoeren van interne audits gericht op kwaliteit en veiligheid.
- Scholing organiseren rondom dossiervoering, rapportage en risicosignalering.

Middellange termijn acties (Q2–Q3)

- Verbetermaatregelen uit audits en analyses verwerken in beleid en werkprocessen.
- PDCA-cyclus structureel toepassen binnen zorg, arbeid en organisatieontwikkeling.
- Versterken van taakdifferentiatie en taakverantwoordelijkheid binnen het team.
- Evalueren van ONS-gebruik en bijsturen op tijdige en correcte registraties.

Lange termijn acties (Q3–Q4)

- Borging van alle kwaliteitsprocessen in het KMS.
- Jaarlijkse kwaliteitsrapportage opstellen en bespreken met team, bestuur en netwerk.
- Voorbereiding op externe toetsing.
- Continu verbeteren op basis van trends uit kwartaalanalyses.

Structurele borging van kwaliteit en processen

Doelstelling: *Ostara borgt in 2026 haar kwaliteit en processen op een structurele en aantoonbare manier.*

Korte termijn acties (Q1–Q2)

- Volledige implementatie van het KMS en instructie aan alle medewerkers.
- Inrichten van dashboards voor ONS-registraties en dossierkwaliteit.
- Starten met maandelijkse steekproeven op dossiervoering.

Middellange termijn acties (Q2–Q3)

- Uitvoeren van kwartaal-PDCA-evaluaties.
- Integreren van kwaliteitsbeleid in alle werkprocessen.

Lange termijn acties (Q3–Q4)

- Borging van alle verbetermaatregelen in beleid en uitvoering.
- Evaluatie van het KMS en doorontwikkeling voor 2027.
- Voorbereiding op certificeringstrajecten.

Werkplezier, werkgeluk en aantrekkelijk werkgeverschap

Doelstelling: *Ostara versterkt in 2026 het werkplezier en werkgeluk van medewerkers en blijft een aantrekkelijke werkgever.*

Korte termijn acties (Q1–Q2)

- Actualiseren van het beloningsbeleid volgens CAO.
- Training leidinggevenden in werkdruk- en stressherkenning.
- Uitvoeren van medewerkerstevredenheidsonderzoek.
- Communicatieplan opstellen voor scholingskeuzes (POB).

Middellange termijn acties (Q2–Q3)

- Ontwikkelen van loopbaanpaden en groeimogelijkheden.
- Analyseren van werkdruk en verzuim op basis van data.
- Verbeteren van interne informatievoorziening (nieuwsbrieven, overlegstructuur).

Lange termijn acties (Q3–Q4)

- Borging van gezonde werk-privébalans in roosters en beleid.
- Jaarlijkse evaluatie van werkplezier en opvolging van verbeterpunten.
- Versterken van teamcompetenties om gezamenlijk kwaliteitsdoelen te behalen.

Doorontwikkeling van zorg- en dagbestedingsaanbod

Doelstelling: *Ostara ontwikkelt in 2026 haar aanbod zodat het beter aansluit bij bewoners, de regio en de toekomst van de zorg.*

Korte termijn acties (Q1–Q2)

- Ontwikkelen van twee nieuwe dagbestedingsmodules.
- Starten met werving van vrijwilligers.
- Begin maken met de ontwikkeling van de nieuwe website.

Middellange termijn acties (Q2–Q3)

- Implementeren van de nieuwe dagbestedingsmodules.
- Vrijwilligersprogramma opzetten en vijf vrijwilligers actief betrekken.
- Website testen en vullen met content.

Lange termijn acties (Q3–Q4)

- Website lanceren en monitoren van bereik en gebruik.
- Toelaten van minimaal twee nieuwe cliënten op dagbesteding.
- Evalueren van het nieuwe aanbod en doorontwikkeling voor 2027.

Overzicht van bijlagen

In dit overzicht is opgenomen welke bijlagen er aan het kwaliteitsjaarverslag zijn toegevoegd. Deze bijlagen bevatten aanvullende informatie voor de toetsing en worden niet gepubliceerd.

4.1 Certificaat Zoönosen

8.2 Jaarplan 2026

Actielijst

Voortgang actielijst, afgesloten acties

Er zijn normen gewijzigd. Ga na of u aan de huidige norm voldoet en plan uw acties. Zie Nieuwsbrief Kwaliteit Laat Je Zien 72 van 12-12-2025 (kennisbank 0.4.1 Nieuwsbrief Kwaliteit Laat je Zien 2025)

Geplande uitvoerdatum: 12-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 12-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: De gewijzigde normen zijn in 2025 volledig getoetst tijdens de audit. Deze audit heeft plaatsgevonden en het keurmerk is toegekend, waarmee is vastgesteld dat aan de actuele norm wordt voldaan.

Overleg met oudervereniging Isidoor en stichting De Kleine Hoeve

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Naast de reguliere overleggen met het bestuur vinden er periodiek themabijeenkomsten plaats met alle ouders en het volledige netwerk van de cliënten. Hiermee is het overleg met oudervereniging Isidoor en stichting De Kleine Hoeve structureel geborgd binnen de jaarcyclus.

Evaluatiegesprekken met deelnemers

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: De evaluatiegesprekken met deelnemers zijn volledig ingebed in de cyclus van planbespreking. Er vindt jaarlijks één jaargesprek plaats en daarnaast één tussenevaluatie. Beide momenten zijn opgenomen in ONS en daarmee structureel geborgd in het systeem.

Pannenkoekenoverleg bewoners (inspraak woning) 1x per maand

Geplande uitvoerdatum:	31-12-2025
Geldt voor locatie(s):	De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op:	31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting:	Het pannenkoekenoverleg voor bewoners (inspraakmoment in de woning) vindt standaard maandelijks plaats en wordt aan het begin van ieder jaar direct voor het volledige jaar ingepland.

NEN keuring elektrische gereedschappen en klimmaterialen. Afspraak maken voor de jaarlijks keuring.

Geplande uitvoerdatum:	31-12-2025
Geldt voor locatie(s):	De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op:	31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting:	De NEN-keuring van elektrische gereedschappen en klimmaterialen is in 2025 uitgevoerd onder regie van de medewerker die deze neventaak heeft.

In 2024 heeft er geen tevredenheidsmeting plaatsgevonden. Borg dat er vanaf 2025 steeds jaarlijks een tevredenheidsmeting plaatsvindt waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen wonen en begeleiding. Analyseer de antwoorden en beschrijf jaarlijks in het kwaliteitsjaarverslag.

Geplande uitvoerdatum:	01-01-2026
Geldt voor locatie(s):	De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op:	31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting:	De tevredenheidsmeting heeft in 2025 wél plaatsgevonden en is inmiddels ingebouwd in ONS, zodat deze jaarlijks en structureel wordt uitgevoerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen wonen en begeleiding, en de jaarlijkse analyse wordt opgenomen in het kwaliteitsjaarverslag.

Zoonose certificaat. Afspraak maken met Dierenarts om de jaarlijkse checklist door te nemen voor het Zoonose certificaat 2025.

Geplande uitvoerdatum:	01-12-2025
Geldt voor locatie(s):	De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op:	01-12-2025 (Afgerond)
Toelichting:	Voor het Zoonose-certificaat 2026 is een afspraak gemaakt met dierenarts L.E.M. Siebes-Smeets om de jaarlijkse checklist door te nemen. De beoordeling is uitgevoerd en het bedrijf heeft de volgende scores behaald: Onderdeel A 95%, Onderdeel B 96%, Onderdeel C 92%, Onderdeel D 96%, Onderdeel E 94% en Onderdeel F 94%. Hiermee voldoet het bedrijf aan de gestelde voorwaarden voor het keurmerk Zoönosen 2026.

Brandblusmiddelen controleren. Dit gebeurt 1x per jaar door een partij vanuit de woningbouwvereniging. Wij controleren of deze heeft plaatsgevonden.

Geplande uitvoerdatum:	01-10-2025
Geldt voor locatie(s):	De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op:	01-10-2025 (Afgerond)
Toelichting:	De jaarlijkse controle van de brandblusmiddelen is in 2025 uitgevoerd en geregistreerd.

Niet-reanimeren verklaringen nalopen en zorgen dat er een handtekening vd huisarts op staat.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het nalopen van de niet-reanimeren verklaringen en het borgen dat deze voorzien zijn van een handtekening van de huisarts is in 2025 opgenomen in de jaarcyclus van de cliëntdossiervoering.

Jaarlijks dossiers nalopen van alle deelnemers en medewerkers en waar nodig aanvullen.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 31-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het jaarlijks nalopen en waar nodig aanvullen van de dossiers van alle deelnemers en medewerkers is in 2025 opgenomen in de jaarcyclus van de cliëntdossiervoering.

verzekeringen actualisatie

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: De actualisatie van de verzekeringen wordt jaarlijks beoordeeld en waar nodig door de directeur aangepast.

Actueel houden van RIE, jaarlijks

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het actueel houden van de RI&E is in 2025 volgens planning uitgevoerd en als neventaak gekoppeld aan een medewerker.

Werking zorgsysteem inventariseren, indien nodig documenteren en evalueren.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het inventariseren van de werking van het zorgsysteem is in 2025 ingezet als neventaak en gekoppeld aan medewerkers die hier jaarlijks verantwoordelijk voor zijn.

1. Structuur in de dagbesteding verder aanbrengen: - overleg met de dagbesteding opnieuw inplannen. - per bewoner/deelnemer inventariseren wat ze aan taken kunnen - overzicht maken van de taken die per seizoen gedaan moeten worden. - wekelijkse takenlijst bijwerken

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 30-09-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het aanbrengen van meer structuur in de dagbesteding is een lopend actiepunt; de dagplanning is inmiddels aangepast en bewoners zijn, na overleg, ingedeeld bij activiteiten die zij graag willen uitvoeren.

medicijnspoorthen van bewoners nog actueel?

Geplande uitvoerdatum: 30-09-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 30-09-2025 (Afgerond)
Toelichting: De medicijnspoorthen van bewoners zijn sinds de digitalisering in ONS altijd actueel, en dit wordt geborgd doordat er medicatiefunctionarissen zijn aangesteld die de actualiteit en opvolging structureel controleren.

Het onderwerp Dwang in de zorg is gewijzigd: pas uw werkbeschrijving aan, zie voor details Nieuwsbrief KLJZ-51 van 9-11-23.

Geplande uitvoerdatum: 30-09-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 30-09-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het onderwerp 'Dwang in de zorg' is in 2025 aangepast volgens de richtlijnen uit Nieuwsbrief KLJZ-51 van 9-11-23; de werkbeschrijving is geactualiseerd en dit is gecontroleerd tijdens de interne audit, waarbij zowel de gedragskundige als de persoonlijk begeleiders betrokken waren. De ontvangen feedback is vervolgens besproken met een externe expert.

EHBO middelen controleren.

Geplande uitvoerdatum: 30-09-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-09-2025 (Afgerond)
Toelichting: De controle van de EHBO-middelen is in 2025 volgens planning uitgevoerd.

Jaarlijks individuele gesprekken met deelnemers dagbesteding.

Geplande uitvoerdatum: 01-09-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 01-09-2025 (Afgerond)
Toelichting: De jaarlijkse individuele gesprekken met deelnemers van de dagbesteding zijn in 2025 uitgevoerd, waarbij dit jaar aanvullend vragen zijn gesteld over hun werkzaamheden en hun wensen.

Streef ernaar om in dagrapportages consequenter op doelen te rapporteren en om zo feitelijk mogelijk te rapporteren. Bespreek binnen het team de begeleidingsdoelen van de bewoner en het waarom daarvan.

Geplande uitvoerdatum: 01-09-2025

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: 31-12-2025 (Afgerond)

Toelichting: Het streven om in dagrapportages consequenter en zo feitelijk mogelijk op doelen te rapporteren is in 2025 als lopend actiepunt opgepakt; er is al veel vooruitgang geboekt, maar het blijft een aandachtspunt waarop blijvend gestuurd en gecoacht wordt.

Jaarlijkse controle speeltoestellen.

Geplande uitvoerdatum: 01-08-2025

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: 01-08-2025 (Afgerond)

Toelichting: De jaarlijkse controle van de speeltoestellen is in 2025 uitgevoerd en geregistreerd in het logboek.

POP en functioneringsgesprekken met alle medewerkers 1 a 2x per jaar.

Geplande uitvoerdatum: 30-06-2025

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: 31-12-2025 (Afgerond)

Toelichting: De POP- en functioneringsgesprekken zijn in 2025 één keer per jaar met de medewerkers uitgevoerd, waarbij de actiepunten die uit deze gesprekken voortkwamen actief zijn opgepakt.

Formulier opstellen voor toestemming inzage dossiers door ouders/mentoren

Geplande uitvoerdatum: 28-05-2025

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: 16-10-2025 (Afgerond)

Toelichting: Het formulier voor toestemming tot inzage in cliëntdossiers is in 2025 opgesteld voor het inzien van dossiers door stagiaires. Daarnaast is een apart toestemmingsformulier voor het delen van gegevens ontwikkeld.

Inspraakmoment dagbesteding 4x per jaar

Geplande uitvoerdatum: 01-05-2025

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: 01-05-2025 (Afgerond)

Toelichting: De inspraakmomenten voor de dagbesteding zijn in 2025 vier keer ingepland en volledig uitgevoerd.

Inventariseren bij ouders hoe zij levenseinde van hun zoon/dochter voor zich zien.

Geplande uitvoerdatum: 01-05-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 16-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het inventariseren van hoe ouders het levenseinde van hun zoon of dochter voor zich zien, wordt structureel meegenomen in de reguliere cyclus.

Calamiteitenplan oefenen door middel van ontruimingsoefeningen met deelnemers en medewerkers op zowel wonen als dagbesteding.

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 28-02-2025 (Afgerond)
Toelichting: In 2025 zijn de calamiteitenplannen geoefend door middel van ontruimingsoefeningen op zowel de woonlocaties als de dagbesteding, samen met deelnemers en medewerkers.

De afspraak voor de praktijktoets t.b.v. de audit is gemaakt op 28-11-2025, 09:00 uur. Om de audit efficiënt te laten verlopen vragen wij u deze goed voor te bereiden. In de kennisbank vindt u het auditprogramma waarin beschreven staat wat u daarvoor precies moet doen. [Praktijktoets](#)

Geplande uitvoerdatum: 28-11-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 22-12-2025 (Afgerond)

Zorg ervoor dat de punten 1.3.4, 5.2.9 en 6.3.7 (omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen) correct ingevuld en beschreven zijn.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: De bovenstaande punten zijn ingevuld en beschreven.

Maak de besproken wijzigingen in de woonzorgovereenkomst. Zet dit aan de bewoners door.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: memo met wijziging op de woonzorgovereenkomst wordt gemaild naar de auditor.

Zorg ervoor dat het plan van aanpak en het eindrapport van Stigas bij 6.7.3 geplaatst wordt. Rond de besproken acties omtrent de RI&E eveneens af.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Het rapport is als bijlage toegevoegd. Eveneens de acties op de risico's

Graag de bevestigingsmail voor de BHV-training doorsturen aan de auditor.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Wordt vandaag via de mail aangeleverd bij de auditor.

Om het toevoegen van de samenwerkingsovereenkomst met Isidor te borgen, is deze actie gericht dat wanneer dit proces geformaliseerd is, jullie de samenwerkingsovereenkomst bij 6.5.1 van de werkbeschrijving plaatsen.

Geplande uitvoerdatum: 27-02-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Deze is toegevoegd bij 6.5.1.

Opsturen van de juridische toetsing zodat er in de KwApp een notitie geplaatst kan worden (naast de bestaande memo vrijstelling cliëntenraad) omtrent het intern toezicht.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: Wordt 4-12 via mail toegestuurd naar auditor.

Ga na of er digitaal ondertekenen mogelijk is via de extensie CarenZorgt.

Geplande uitvoerdatum: 01-12-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 04-12-2025 (Afgerond)
Toelichting: We hebben gecontroleerd of er een optie is binnen Caren voor het zetten van een digitale handtekening. Dit is mogelijk. We gaan de documenten aanpassen en medewerkers inlichten over het gebruik van de handtekeningfunctie.

De schriftelijk toetsing is uitgevoerd en nog niet akkoord. Verwerk de opmerkingen die door de auditor aan uw Werkbeschrijving zijn toegevoegd en dien opnieuw uw Werkbeschrijving in ter beoordeling. [Aanvullen nav toetsing](#)

Geplande uitvoerdatum: 21-11-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 20-11-2025 (Afgerond)

De schriftelijk toetsing is uitgevoerd en nog niet akkoord. Verwerk de opmerkingen die door de auditor aan uw Werkbeschrijving zijn toegevoegd en dien opnieuw uw Werkbeschrijving in ter beoordeling. [Aanvullen nav toetsing](#)

Geplande uitvoerdatum: 14-11-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 13-11-2025 (Afgerond)

sociale kaart in beeld brengen

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 03-11-2025 (Afgerond)
Toelichting: Er is contact met externe partijen indien nodig. Inmiddels zijn er een aantal vaste instanties en personen van wie we gebruik maken. Het verder onderzoeken van de sociale kaart komt hiermee te vervallen.

Actualiseer de zoonosen en voeg toe aan de werkbeschrijving

Geplande uitvoerdatum: 03-06-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 03-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: Zoonosen certificaat is behaald, zie brief in werkbeschrijving.

Bijwerken werkbeschrijving met nieuwe documenten en updaten van informatie, jaarlijks.

Geplande uitvoerdatum: 30-09-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 03-11-2025 (Afgerond)
Toelichting: Werkbeschrijving is aangepast en ingediend.

Actualiseer uw werkbeschrijving en dien deze in ten behoeve van de audit [Indienen werkbeschrijving](#)

Geplande uitvoerdatum: 03-11-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 03-11-2025 (Afgerond)
Toelichting: Alle werkbeschrijvingen zijn gecontroleerd en waar nodig aangepast.

BHV herhaling regelen voor alle medewerkers die het BHV certificaat hebben.

Geplande uitvoerdatum: 31-10-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 21-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: De BHV voor 2025 staat gepland op 6 november 2025 dit is verplaatst naar begin januari 2026.

Tevredenheidsmeting rondsturen in november. (vragen van evaluatie gebruiken als basis)

Geplande uitvoerdatum: 01-06-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 21-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: De medewerkerstevredenheid is uitgevraagd. De clienttevredenheid en netwerktevredenheid wordt voorafgaand aan iedere tussenevaluatie uitgevraagd en is gekoppeld aan de jaarlijkse cyclus van het zorgdossier.

medezeggenschapsregeling opstellen en huishoudelijk reglement

Geplande uitvoerdatum: 01-06-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 09-10-2025 (Afgerond)
Toelichting: MZR en inspraak zijn geformuleerd.

De schriftelijk toetsing jaarverslag 2024 is uitgevoerd en nog niet akkoord. Verwerk de opmerkingen die door de auditor aan uw Jaarverslag zijn toegevoegd en dien opnieuw uw Jaarverslag in ter beoordeling. [Aanvullen Jaarverslag](#)

Geplande uitvoerdatum: 03-06-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 30-05-2025 (Afgerond)

Schrijf uw jaarverslag over 2024 en dien deze in ten behoeve van de beoordeling. [Indienen Jaarverslag](#)

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 28-02-2025 (Afgerond)

Zoonose certificaat. Afspraak maken met Dierenarts om de jaarlijkse checklist door te nemen voor het Zoonose certificaat 2025.

Geplande uitvoerdatum: 02-12-2024
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 06-01-2025 (Afgerond)
Toelichting: Ingepland en uitgevoerd.

Pannenkoekenoverleg bewoners (inspraak woning) 1x per maand

Geplande uitvoerdatum: 31-05-2024
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: 31-01-2025 (Afgerond)
Toelichting: Ingepland en uitgevoerd.

Voortgang actielijst, openstaande acties

De norm bij 6.4.4 m.b.t. intern toezicht is gewijzigd. Ga na of u aan de huidige norm voldoet. Zie ook Nieuwsbrief Kwaliteit Laat Je Zien! 73 van 19-12-25

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Er zijn normen gewijzigd. Ga na of u aan de huidige norm voldoet en plan uw acties. Zie Nieuwsbrief Kwaliteit Laat Je Zien 72 van 12-12-2025 (kennisbank 0.4.1 Nieuwsbrief Kwaliteit Laat je Zien 2025)

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Kwartaal 1 2026 is het van belang de actiepunten met betrekking tot wijzigingen in het CAO door te voeren.

Geplande uitvoerdatum: 31-03-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Calamiteitenplan oefenen door middel van ontruimingsoefeningen met deelnemers en medewerkers op zowel wonen als dagbesteding.

Geplande uitvoerdatum: 20-05-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

1. Structuur in de dagbesteding verder aanbrengen: - overleg met de dagbesteding opnieuw inplannen. - per bewoner/deelnemer inventariseren wat ze aan taken kunnen - overzicht maken van de taken die per seizoen gedaan moeten worden. - wekelijkse takenlijst bijwerken

Geplande uitvoerdatum: 30-06-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

BHV herhaling regelen voor alle medewerkers die het BHV certificaat hebben.

Geplande uitvoerdatum: 01-09-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Toelichting: uitgesteld maar in 2026 plaatsgevonden

medicijnpaspoorten van bewoners nog actueel?

Geplande uitvoerdatum: 30-09-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Bijwerken werkbeschrijving met nieuwe documenten en updaten van informatie, jaarlijks.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Werking zorgsysteem inventariseren, indien nodig documenteren en evalueren.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actueel houden van RIE, jaarlijks

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

verzekeringen actualisatie

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Niet-reanimeren verklaringen nalopen en zorgen dat er een handtekening vd huisarts op staat.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Brandblusmiddelen controleren. Dit gebeurt 1x per jaar door een partij vanuit de woningbouwvereniging. Wij controleren of deze heeft plaatsgevonden.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Zoonose certificaat. Afspraak maken met Dierenarts om de jaarlijkse checklist door te nemen voor het Zoonose certificaat 2025.

Geplande uitvoerdatum: 01-10-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

POP en functioneringsgesprekken met alle medewerkers 1 a 2x per jaar.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Jaarlijkse controle speeltoestellen.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Streef ernaar om in dagrapportages consequenter op doelen te rapporteren en om zo feitelijk mogelijk te rapporteren. Bespreek binnen het team de begeleidingsdoelen van de bewoner en het waarom daarvan.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Jaarlijks individuele gesprekken met deelnemers dagbesteding.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

EHBO middelen controleren.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Het onderwerp Dwang in de zorg is gewijzigd: pas uw werkbeschrijving aan, zie voor details Nieuwsbrief KLJZ-51 van 9-11-23.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Jaarlijks dossiers nalopen van alle deelnemers en medewerkers en waar nodig aanvullen.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

NEN keuring elektrische gereedschappen en klimmaterialen. Afspraak maken voor de jaarlijks keuring.

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Pannenkoekenoverleg bewoners (inspraak woning) 1x per maand

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Evaluatiegesprekken met deelnemers

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Overleg met oudervereniging Isidoor en stichting De Kleine Hoeve

Geplande uitvoerdatum: 31-12-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Schrijf uw jaarverslag over 2026 en dien deze in ten behoeve van de beoordeling. [Indienen Jaarverslag](#)

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2027
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actualiseer uw werkbeschrijving en dien deze in ten behoeve van de audit [Indienen werkbeschrijving](#)

Geplande uitvoerdatum: 03-10-2028
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Audit Begeleiding en Wonen. Rond de audit af voor de uitvoerdatum, bereid u voor op de audit (zie de kennisbank voor het auditprogramma) [Audit](#)

Geplande uitvoerdatum: 03-12-2028
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Audit Begeleiding en Wonen. Rond de audit af voor de uitvoerdatum, bereid u voor op de audit (zie de kennisbank voor het auditprogramma) [Audit](#)

Geplande uitvoerdatum: 03-01-2026
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: Actie is afgerond op 06-01-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026

Maak i.v.m. wijzigingen in de norm een planning om uw werkbeschrijving te voltooien en voeg eventueel acties toe, zie Nieuwsbrief Kwaliteit Laat Je Zien 27.

Geplande uitvoerdatum: 01-08-2025
Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)
Actie afgerond op: Actie is afgerond op 23-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026

Toelichting:

Schrijf uw jaarverslag over 2025 en dien deze in ten behoeve van de beoordeling. Indienen Jaarverslag

Geplande uitvoerdatum: 28-02-2026

Geldt voor locatie(s): De Kleine Hoeve (827)

Actie afgerond op: Actie is afgerond op 27-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026