

# Kwaliteitsjaarverslag

januari 2025 - december 2025

## Keuningshof B.V. (1183)

Heeft betrekking op de locatie(s):

**KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)**



## Kwaliteitssysteem Zorgboerderijen

# Inhoudsopgave

Kwaliteitsjaarverslag	3
Bedrijfsgegevens	3
1 Voorwoord	4
1.1 Voorwoord van de zorgboerderij	4
2 Algemeen	5
2.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij	5
2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces	5
2.3 Algemene conclusies	6
3 Deelnemers en medewerkers	7
3.1 Deelnemers	7
3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers	8
3.3 Personeel	8
3.4 Stagiairs	8
3.5 Vrijwilligers	9
3.6 Conclusies m.b.t. personeel, stagiairs en vrijwilligers	9
4 Scholing en ontwikkeling	10
4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten	10
4.2 Opleidingsdoelen komende jaren	10
4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling	10
5 Terugkoppeling van deelnemers	11
5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers	11
5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken	11
5.3 Inspraakmomenten	12
5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten	12
5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers	12
5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting	13
6 Meldingen en incidenten	14
6.1 Ongevallen en bijna ongevallen	14
6.2 Medicatie	14
6.3 Agressie	14
6.4 Ongewenste intimiteiten	14
6.5 Strafbare handelingen	14

6.6 Klachten	14
6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten	15
7 Acties	16
7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst	16
8 Doelstellingen	17
8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar	17
8.2 Doelstellingen voor het komende jaar	17
8.3 Plan van aanpak	17
Overzicht van bijlagen	18
Actielijst	18

# Kwaliteitsjaarverslag

## Bedrijfsgegevens

### Ondernemingsgegevens

Keuningshof B.V.

Registratienummer: 1183

Keuningsweg 22, 9367 TC De Wilp

Rechtsvorm Besloten vennootschap (bv) ingeschreven bij Kamer van Koophandel onder nummer 70526001

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

### Locatiegegevens

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

KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding

Registratienummer: 1183

Keuningsweg 22, 9367 TC De Wilp

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: Ver. BEZINN

# 1 Voorwoord

## 1.1 Voorwoord van de zorgboerderij

Geachte lezer,

Wat leuk dat u ons kwaliteitsverslag wil gaan lezen. Dit verslag biedt inzicht in de manier waarop wij in het afgelopen jaar hebben gewerkt aan het verbeteren van de zorg voor onze bewoners. Als KeuningsHof zetten wij ons dagelijks in om de kwaliteit van leven van onze bewoners te waarborgen en te verbeteren, door hen te voorzien van zorg die niet alleen professioneel is, maar ook met warmte en aandacht wordt geleverd.

Het afgelopen jaar stond in het teken van diverse initiatieven en projecten die gericht waren op het verder versterken van de kwaliteit van onze zorg. We hebben gekeken naar de behoeften van onze bewoners en medewerkers, en hebben ons beleid, processen en trainingen aangepast om aan die behoeften te voldoen. Ook hebben we actief gewerkt aan het monitoren en verbeteren van onze zorgprocessen, om zo aan de hoogste standaarden te voldoen.

In dit verslag delen wij de voortgang die we hebben geboekt, de uitdagingen die we zijn tegengekomen, en de plannen die we hebben voor de toekomst. We zijn ervan overtuigd dat transparantie en open communicatie essentieel zijn voor het verbeteren van de zorg en het creëren van een omgeving waarin onze bewoners zich veilig, gewaardeerd en gehoord voelen.

KeuningsHof blijft zich inzetten voor een zorgomgeving waarin kwaliteit, professionaliteit en menselijkheid hand in hand gaan. Wij hopen dat dit verslag u inzicht geeft in onze inspanningen en onze voortdurende toewijding aan de zorg voor onze bewoners.

Met vriendelijke groet,

Team KeuningsHof

## 2 Algemeen

### 2.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij

Het afgelopen jaar stond in het teken van stabiliteit, ontwikkeling en gezamenlijke activiteiten. Het team is gedurende het jaar stabiel gebleven, wat heeft bijgedragen aan continuïteit en een vertrouwde omgeving voor de bewoners.

Er zijn verschillende activiteiten georganiseerd voor zowel het team als de bewoners. Met het team is een teamuitje georganiseerd waarbij samen is gelasergamed en aansluitend is geborreld. Dit droeg bij aan de onderlinge samenwerking en de teamspirit.

Ook voor de bewoners zijn diverse activiteiten georganiseerd. Met de woongroep is onder andere gezwommen, gelasergamed en gebowld. Deze activiteiten boden bewoners de mogelijkheid om samen plezier te beleven en nieuwe ervaringen op te doen. Daarnaast hebben we gezamenlijk Sinterklaas gevierd. In 2024 werd dit in spelvorm georganiseerd, maar dit jaar is er weer gekozen voor het trekken van lootjes, wat zorgde voor een gezellige en ontspannen avond.

Een terugkerend en belangrijk moment in het jaar was de winteravond. Tijdens deze avond werd er gezamenlijk gebarbecued en was er ruimte voor inspraak. Bewoners en ouders konden hierbij onderwerpen bespreken die voor hen belangrijk zijn. Tegelijkertijd is het een gezellig samenzijn en voor veel bewoners een van de hoogtepunten van het jaar.

Daarnaast is er dit jaar verder gebouwd aan de nieuwe appartementen. Hoewel deze nog niet zijn afgerond, is er wel zichtbare voortgang geboekt.

Al met al hebben bewoners verschillende activiteiten beleefd en momenten van ontspanning, ontmoeting en gezelligheid ervaren, terwijl er tegelijkertijd gewerkt werd aan de verdere ontwikkeling van de woonomgeving.

### 2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces

Het afgelopen jaar hebben er verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden binnen de zorgboerderij. Het zorgaanbod is in de basis ongewijzigd gebleven en blijft gericht op het bieden van een stabiele, veilige en vertrouwde woonomgeving voor de bewoners. Binnen deze omgeving wordt gewerkt aan het welzijn, de ontwikkeling en de sociale betrokkenheid van de bewoners, onder andere door middel van gezamenlijke activiteiten en een duidelijke dagstructuur.

Op de locatie is daarnaast verder gewerkt aan de bouw van nieuwe appartementen. Hoewel deze nog niet volledig zijn afgerond, is er het afgelopen jaar zichtbare voortgang geboekt. Deze ontwikkeling draagt bij aan de verdere uitbreiding en verbetering van de woonvoorzieningen.

De financiering van de zorg is in het afgelopen jaar ongewijzigd gebleven en verloopt via de bestaande indicaties en zorgovereenkomsten.

Binnen het kwaliteitssysteem wordt jaarlijks gekeken naar mogelijke verbeterpunten en ontwikkelingen. De aandachtspunten uit het vorige kwaliteitsjaarverslag zijn hierbij meegenomen. Zo zijn de vragenlijsten van de tevredenheidsmeting aangepast met als doel de respons te verhogen. De meting is zowel digitaal als op papier beschikbaar gesteld, waardoor deze voor deelnemers en vertegenwoordigers toegankelijker is geworden. Dit heeft ertoe geleid dat de respons in het afgelopen jaar is toegenomen.

Ook zijn de huisregels opnieuw bekeken en aangescherpt. De regels zijn duidelijker en eenvoudiger verwoord, zodat deze beter begrijpelijk zijn voor de bewoners. Dit draagt bij aan meer duidelijkheid en structuur binnen de woongroep.

Door middel van het kwaliteitsjaarverslag en het toepassen van het kwaliteitssysteem blijft er aandacht voor het evalueren van de werkwijze en het doorvoeren van verbeteringen. Op deze manier wordt continu gewerkt aan het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de zorgboerderij.

#### Acties

Aan de hand van dit onderwerp is 1 actie opgenomen in de actielijst.

## **2.3 Algemene conclusies**

Wij kijken terug op een goed reflectiejaar, waarin we altijd openstaan voor feedback. Het aanbieden van de tevredenheidsmeting digitaal en op papier heeft geleid tot een hogere respons en waardevolle inzichten. Dit laat zien dat eenvoudige en toegankelijke oplossingen de betrokkenheid van bewoners en vertegenwoordigers vergroten.

Wij zijn tevreden over de kwaliteit van de zorgboerderij en het toepassen van het kwaliteitssysteem. De kwaliteitscyclus helpt verbeterpunten te signaleren, acties te plannen en resultaten te evalueren. De doelstellingen van 2025, het updaten van BHV, het aanpassen van de tevredenheidsformulieren en het organiseren van team building, zijn behaald.

Wij zijn ons ervan bewust dat er altijd verbeterpunten zijn en dat we continu werken aan de beste versie van onszelf.

## 3 Deelnemers en medewerkers

### 3.1 Deelnemers

In het jaar 2025 hebben wij de volgende producten zorg geboden: wonen jeugd, woonzorg (jong) volwassenen en dagbesteding.

#### Jaaroverzicht:

	Start 2025	Uitstroom	Instroom	Eind 2025
Wonen jeugd	6	0	4	10
Wonen 18+	13	2	0	11
Dagbesteding	8	5	0	3

#### Reden uitstroom:

In 2025 is bij een aantal cliënten sprake geweest van uitstroom. De redenen hiervoor zijn als volgt:

- Een veranderde of toegenomen zorgvraag, waarbij de benodigde ondersteuning niet langer binnen het zorgaanbod van de organisatie geboden kon worden. In deze situaties is in afstemming met cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger gezocht naar een meer passende vervolgplek.
- Een verandering in ondersteuningsbehoefte, waarbij cliënten zijn doorgestroomd naar een andere vorm van zorg, zoals bijvoorbeeld logeerszorg, of waarbij de zorg niet langer nodig was vanwege een afgenomen hulpvraag.
- Binnen de dagbesteding is uitstroom geweest op initiatief van cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger, waarbij is gekozen voor een andere invulling van dagbesteding.

Alle uitstroom momenten zijn zorgvuldig begeleid, waarbij overdracht en continuïteit van zorg centraal hebben gestaan.

#### Aanpassingen organisatie:

In 2025 hebben zich geen wezenlijke veranderingen voorgedaan in doelgroepen of deelnemersaantallen die hebben geleid tot structurele aanpassingen in beleid of werkwijze. Het bestaande zorgaanbod en de begeleidingsmethodiek sloten aan bij de ondersteuningsvragen van cliënten.

Indien sprake was van een veranderende zorgbehoefte op individueel niveau, is dit opgepakt binnen het reguliere zorgproces door middel van evaluaties, afstemming met cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger en waar nodig samenwerking met externe partijen.

Hiermee bleef de continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd zonder dat aanvullende organisatorische aanpassingen noodzakelijk waren.

#### Aangeboden zorg:

Binnen KeuningsHof bieden we zorg vanuit de jeugdwet (JW), WMO, BW en WLZ. De producten woonzorg op afroep, wonen met 24-uurs toezicht, dagbesteding en individuele begeleiding aan. Vanuit de WLZ bieden we zorg aan de cliënten met de pakketten VO03 tot 06. Hierbij kijken we ook naar de zorgbehoefte, problematiek, hulpvraag en groepsdynamica.

## 3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers

Wij concluderen dat de deelnemers goed aansluiten bij ons zorgaanbod. Een enkele bewoner is uitgestroomd wegens geen passende zorgvraag. Door ervaringen van het afgelopen jaar hebben we geleerd dat duidelijke communicatie, toegankelijke informatie en goed afgestemde activiteiten essentieel zijn voor betrokkenheid en tevredenheid. De uitstroom van enkele deelnemers is zorgvuldig begeleid en heeft geleid tot waardevolle inzichten voor toekomstige begeleiding.

## 3.3 Personeel

### Stabiliteit van het team

Het afgelopen jaar heeft één personele wijziging plaatsgevonden. Verder is het team stabiel gebleven en hebben er geen overige wisselingen plaatsgevonden. De continuïteit van zorg is gedurende het jaar gewaarborgd gebleven.

Wij hechten waarde aan het werken met vaste medewerkers. Dit draagt bij aan stabiliteit, onderlinge betrokkenheid en vertrouwde voor onze cliënten. We zijn daarom ook erg blij hoe het afgelopen jaar is gegaan!

### Functioneringsgesprekken

Met alle medewerkers zijn functioneringsgesprekken gevoerd of nog bezig. Tijdens deze gesprekken is aandacht besteed aan persoonlijke ontwikkeling, samenwerking binnen het team en de kwaliteit van zorgverlening.

### Ontwikkelingen naar aanleiding van wijzigingen of feedback

Feedback vanuit medewerkers wordt structureel meegenomen in de verdere ontwikkeling van de organisatie. Dit heeft geleid tot blijvende aandacht voor goede onderlinge afstemming, privé/werkbalans, duidelijke taakverdeling en het versterken van ieders kwaliteiten binnen het team.

### Ingehuurd personeel

Binnen onze organisatie wordt niet gewerkt met ingehuurd personeel of ZZP'ers. Wij kiezen bewust voor een vast team om continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen.

## 3.4 Stagiairs

In het jaar 2025 zijn er een aantal stagiaires betrokken geweest:

Stagiaire	Start	Eind	FTE	Opleiding
Stagiaire 1	19-11-2024	29-01-2025	0,44	Persoonlijk begeleider MMZ (MBO4)
Stagiaire 2	09-09-2024	24-06-2025	0,44	Maatschappelijke zorg (MBO3)
Stagiaire 3	1-09-2025	25-5-2026	0,44	Persoonlijke begeleider MMZ (MBO4)

Stagiairs zijn tevreden over hun ervaringsplek. Er wordt één praktijk aanspreekpunt gekoppeld en één verantwoordelijk stage begeleider. De stagiaire heeft naar behoefte tussentijdse gesprekken en evaluatie gesprekken. We vinden het belangrijk om zo het leren te blijven activeren en stil te staan bij handelingen.

Er zijn verschillende mogelijkheden om te leren. De stagiaires van het afgelopen jaar zijn voornamelijk betrokken geweest op woonzorg. Van de stagiaires wordt verwacht dat ze hun eigen planning bijhouden en dat ze het initiatief nemen om actief aan hun leerdoelen te werken in overeenstemming met hun werk of stagebegeleider. Iedere stagiaire leert op hun eigen tempo, maar de stagebegeleiders monitoren en motiveren zoveel mogelijk waar dit nodig is. Een stagiaire heeft ook een nuluren contract ondertekend aansluitend op de stage. Zo kunnen ze op een wijze die bij hun past binnen het werkgebied en vanuit een meer verantwoordelijke en lerende houding de rol van medewerker nog beter verkennen. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen en flexibiliteit van de nieuwe medewerker, stagiair. Vanuit een werkverband worden ze verder gecoacht en meer verantwoordelijkheden gegeven.

De feedback die gegeven wordt door stagiaires nemen wij serieus. Ze komen met een frisse blik binnen onze organisatie en nemen opdrachten mee vanuit school. Zo is er het afgelopen jaar verbetering komen in het opslaan van praktische gegevens. Hier is nu een vaste plek voor en kan op elk moment een aanpassing in doorgevoerd worden. Heel erg prettig.

### **3.5 Vrijwilligers**

In het afgelopen jaar zijn twee vrijwilligers (een echtpaar) betrokken geweest bij onze organisatie. Zij boden gedurende 2 uur per maand op een woensdagavond ondersteuning aan cliënten die hadden aangegeven behoefte te hebben aan contact met iemand vanuit een christelijke achtergrond.

Tijdens deze momenten was er ruimte voor gesprek of het gezamenlijk ondernemen van een activiteit. In de beginperiode was er veel belangstelling vanuit cliënten. In de loop van het jaar nam de animo echter af.

Gedurende de inzetperiode hebben wij gesprekken gevoerd met de vrijwilligers over de aansluiting bij de doelgroep en de wederzijdse verwachtingen. Op basis van deze evaluaties en de afgenomen belangstelling is in goed overleg besloten de samenwerking te beëindigen.

Deze ervaring heeft ons het belang bevestigd van een goede match tussen vrijwilligers en doelgroep en het regelmatig evalueren van het aanbod, zodat we tijdig kunnen bijsturen waar nodig.

We kijken terug op een mooie tijd en hebben hen bedankt voor de inzet en betrokkenheid!

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

#### **Conclusies**

Het afgelopen jaar kenmerkte zich door stabiliteit binnen het vaste team, met één personele wijziging. De continuïteit van zorg is gewaarborgd gebleven. De inzet van vrijwilligers heeft ons waardevolle inzichten gegeven in het belang van een goede match tussen vraag en aanbod. Uiteindelijk is gebleken dat de behoefte vanuit cliënten onvoldoende structureel was om deze inzet voort te zetten.

#### **Wat hebben wij geleerd**

Regelmatige functioneringsgesprekken blijken belangrijk om tijdig signalen op te vangen en ruimte te bieden voor ontwikkeling en afstemming.

Ten aanzien van vrijwilligers hebben wij geleerd dat het essentieel is om vooraf de behoefte van cliënten goed te toetsen en gedurende de inzetperiode regelmatig te evalueren of de aansluiting passend blijft.

#### **Doorgevoerde veranderingen**

- Blijvende aandacht voor structurele evaluatiemomenten met medewerkers.
- Kritischer toetsen van nieuwe initiatieven op draagvlak en structurele behoefte.

#### **Bevoegd en bekwaam personeel**

Wij beschikken over bevoegd en bekwaam personeel om onze deelnemers op verantwoorde wijze te begeleiden. Medewerkers beschikken over passende opleiding, ervaring en deskundigheid. Door middel van functioneringsgesprekken en onderlinge afstemming blijven wij werken aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking.

## 4 Scholing en ontwikkeling

### 4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten

In het afgelopen jaar is ingezet op het onderhouden en vergroten van kennis en vaardigheden van medewerkers. De opleidingsdoelen waren gericht op het vergroten van veiligheid bij incidenten, het versterken van teamontwikkeling en het vergroten van kennis rondom medicatieveiligheid en professionele registratie.

Er hebben verschillende opleidings- en ontwikkelingsactiviteiten plaatsgevonden. Medewerkers hebben de jaarlijkse BHV-training gevolgd met als leerdoel het adequaat en zelfverzekerd kunnen handelen bij ongevallen en noodsituaties. Deze scholing is met goed gevolg afgerond.

Daarnaast vonden maandelijkse vergader- en intervisiemomenten plaats waarbij teamleden gezamenlijk casussen uit de praktijk bespraken en reflecteerden op het professioneel handelen. Dit droeg bij aan verdere teamontwikkeling en kwaliteitsverbetering.

De geplande scholingen zijn gevolgd en de opleidingsdoelen zijn behaald. Doorlopende deskundigheidsbevordering, intervisie en het actueel houden van kennis blijven ook voor het komende jaar aandachtspunten. Op dit moment wordt de aanwezige kennis en vaardigheid als passend beschouwd voor het uitvoeren van de werkzaamheden.

### 4.2 Opleidingsdoelen komende jaren

Voor het komende jaar blijven deskundigheidsbevordering en het waarborgen van kwaliteit van zorg belangrijke aandachtspunten. De organisatie zet in op het onderhouden en verder ontwikkelen van kennis en vaardigheden van medewerkers.

**De geplande opleidingsdoelen zijn:**

- Het volgen van de jaarlijkse BHV-scholing om adequaat te kunnen handelen bij ongevallen en noodsituaties.
- Scholing rondom medicatieveiligheid ter bevordering van veilig en verantwoord medicatiegebruik.
- Teamontwikkeling / teambuilding om de samenwerking en onderlinge afstemming binnen het team verder te versterken.
- Het doornemen en actualiseren van protocollen om te waarborgen dat medewerkers werken volgens de geldende richtlijnen.
- Scholing met betrekking tot de meldingsplicht jeugd, gericht op kennis van wet- en regelgeving en het zorgvuldig handelen bij signalen van onveiligheid.

### 4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling

Afgelopen jaar is ingezet op deskundigheidsbevordering en teamontwikkeling. De geplande scholingen en intervisiemomenten hebben bijgedragen aan het vergroten van kennis en vaardigheden. De meeste leerdoelen zijn behaald en de opgedane kennis wordt toegepast in de praktijk.

De opleidingsbehoefte wordt geïnventariseerd tijdens teamoverleggen en evaluaties van het werk. Op basis hiervan worden opleidingsdoelen vastgesteld. Medewerkers volgen vervolgens passende scholing of trainingen. Na afloop wordt geëvalueerd of de leerdoelen zijn bereikt en worden waar nodig nieuwe opleidingsbehoeften en doelen vastgesteld.

Het afgelopen jaar is onder andere kennis opgedaan over BHV, medicatieveiligheid en professionele ontwikkeling. Ook is er door middel van intervisie gereflecteerd op casussen uit de praktijk. Dit heeft geleid tot meer aandacht voor medicatieveiligheid, samenwerking binnen het team en het werken volgens protocollen.

# 5 Terugkoppeling van deelnemers

## 5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers

Binnen KeuningsHof evalueren we regelmatig de zorg die aan een cliënt wordt geboden. Bij aanmelding wordt aangegeven dat er minimaal één keer per jaar een evaluatiegesprek plaatsvindt. Tijdens de cliëntreis zijn er meerdere evaluatiemomenten: bij het intakegesprek, bij nieuwe indicaties vanuit de Jeugdwet of WMO en regelmatig updates voor ouders of vertegenwoordigers. Bij veranderingen in zorgvraag of ondersteuningsbehoefte worden extra evaluatiegesprekken gepland.

Het evalueren kent verschillende vormen: na het intakegesprek wordt een handelingsplan opgesteld met cliëntspecifieke doelen, samen met ouders, voogden of betrokken professionals. Voor indicaties met einddatum (Jeugdwet/WMO) wordt 8–12 weken voor het aflopen een evaluatieverslag opgesteld, waarin voortgang en doelen worden beoordeeld. Bij WLZ-cliënten vinden minimaal twee evaluaties per jaar plaats. Extra evaluaties kunnen gepland worden bij onverwachte veranderingen, zorgen of ontevredenheid.

Over het algemeen worden de evaluatiegesprekken positief ervaren. Bij een enkel gesprek kwam onverwacht negatieve feedback naar voren, wat aangeeft dat tijdige communicatie en signalering belangrijk blijven. De evaluaties leveren waardevolle inzichten op, waardoor huisregels, activiteiten en begeleidingsplannen continu kunnen worden afgestemd op de behoeften van de deelnemers.

Naar aanleiding van feedback van toezicht vanuit de gemeente worden de doelen van cliënten voortaan zoveel mogelijk in de "ik-vorm" geformuleerd. De persoonlijk begeleider bespreekt deze doelen vaker met de cliënt om betrokkenheid en inzicht te vergroten.

### Acties

Aan de hand van dit onderwerp is 1 actie opgenomen in de actielijst.

## 5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken

Uit de evaluaties blijkt dat de gestelde begeleidingsdoelen over het algemeen goed aansluiten bij wat is gerealiseerd en dat de effecten van de ingezette begeleiding zichtbaar zijn, zoals verbeterde betrokkenheid, zelfstandigheid en tevredenheid bij de deelnemers. Een belangrijk leerpunt is dat tussentijdse signalen soms te laat bij ons terechtkomen, waardoor onverwachte negatieve feedback tijdens evaluatiegesprekken kan ontstaan. Hieruit volgt dat tijdige communicatie en regelmatige afstemming met cliënten en vertegenwoordigers essentieel blijven.

Als verbeterpunt is vastgesteld dat de doelen van cliënten vaker in de "ik-vorm" moeten worden geformuleerd en dat persoonlijk begeleiders deze frequenter met de cliënt moeten bespreken. Hierop is al actie ondernomen en dit wordt verder doorgevoerd. Daarnaast blijven we evaluaties flexibel inplannen bij veranderingen in zorgvraag of ondersteuningsbehoefte.

De conclusies vragen geen structurele aanpassing van de intakeprocedure, maar wel een aanscherping van het proces van het vaststellen en bijstellen van begeleidingsplannen. Voor 2026 zijn de acties gepland: het gebruik van de ik-vorm bij doelen en het frequenter bespreken van de doelen met de cliënt. Deze acties worden continu geëvalueerd binnen het kwaliteitssysteem.

### Acties

Aan de hand van dit onderwerp is 1 actie opgenomen in de actielijst.

## 5.3 Inspraakmomenten

In 2025 zijn de inspraakmomenten en huiskameroverleggen met bewoners gemiddeld één keer per kwartaal gehouden. Dit is een aanpassing ten opzichte van vorig jaar, toen de overleggen één keer per twee maanden plaatsvonden; de huidige frequentie blijkt beter te werken voor bewoners en begeleiders. Aan de overleggen namen bewoners deel, samen met de twee vaste begeleiders.

De onderwerpen hadden betrekking op de dagelijkse gang van zaken, zoals activiteiten op de woongroep, eten, huisregels, kleine ergernissen, geluidsoverlast op de gang, netjes gebruik van de douche, individuele ondersteuningsbehoeften en leefafspraken. Thema's werden zowel door bewoners als door het team aangedragen, bijvoorbeeld planning van activiteiten, veiligheid en beleid met betrekking tot de leefomgeving.

De input vanuit deze overleggen wordt in het team besproken en waar mogelijk direct opgepakt. Concrete resultaten in 2025 zijn onder andere het verbeteren en compacter maken van de huisregels en het starten met het systematisch op papier zetten van afspraken en acties voor volwassen bewoners, zoals huishoudgeld en dagelijkse routines. Daarnaast wordt gewerkt aan het plannen van meer individuele momenten, waarbij het effect meetbaar wordt gemaakt. Dit draagt bij aan een betere uitvoering van beleid, een prettige leefomgeving en meer betrokkenheid van bewoners, ook al wordt niet altijd volledig op alle onderwerpen ingegaan.

## 5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten

De inspraakmomenten zijn erg waardevol gebleken. Ze dragen bij aan de betrokkenheid van bewoners, het verbeteren van de leefomgeving en het afstemmen van beleid op de dagelijkse praktijk. Uit de overleggen blijkt dat bewoners input leveren over activiteiten, huisregels, huishoudgeld, leefafspraken en individuele behoeften, wat helpt om concrete verbeteringen door te voeren.

### Leerpunten / verbeterpunten:

- Niet alle onderwerpen worden altijd volledig opgepakt door bewoners; actieve begeleiding kan helpen om input te vertalen naar acties.
- Het plannen en structureren van individuele momenten kan beter meetbaar worden gemaakt.

### Wat gedaan is:

- Huisregels zijn verbeterd en compacter gemaakt.
- Begin gemaakt met het systematisch op papier zetten van afspraken voor volwassenen.
- Team bespreekt feedback en koppelt acties terug naar bewoners.

### Acties

Aan de hand van dit onderwerp zijn 4 acties opgenomen in de actielijst.

## 5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers

In november 2025 is de tevredenheidsmeting uitgevoerd, zowel digitaal als op papier, om deelname zo laagdrempelig mogelijk te maken. Van de 20 bewoners hebben 14 de vragenlijst ingevuld en van de 11 ouders/verzorgers 8, wat respectievelijk een respons van 70% en 73% opleverde. De vragen richtten zich op onderwerpen zoals ervaren kwaliteit van zorg, begeleiding, communicatie, participatie bij activiteiten, leefomgeving, veiligheid en betrokkenheid bij beslissingen.

Uit de meting kwam naar voren dat 18+ bewoners behoefte hebben aan meer individuele aandacht overdag, duidelijkere afspraken en acties rondom regels, huishoudgeld en dagelijkse routines. Daarbij is in de algemene zin ook genoemd dat de christelijke visie verder zichtbaar kan worden gemaakt. Ook werd aangegeven dat sommige activiteiten beter apart kunnen worden georganiseerd voor 18+ bewoners en jeugdige deelnemers, zodat ze beter aansluiten bij interesses en ontwikkelingsniveau. Een ouder merkte op dat het verloop hoog was in 2024, maar dit is inmiddels verbeterd door het huidige vaste team.

De resultaten bieden concrete aanknopingspunten voor 2026: het vaker plannen van 1-op-1 momenten, het verder op papier zetten van afspraken en acties voor 18+ bewoners, het verduidelijken van regelingen en visie, het organiseren van activiteiten zowel gezamenlijk als apart per groep, en het behouden van een stabiel en betrokken team.

## 5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting

Na de tevredenheidsmeting in november 2025 is gestart met het verbeteren van de duidelijkheid en afspraken richting de volwassen bewoners. Over het algemeen zijn cliënten en ouders tevreden over de geboden zorg en begeleiding. Uit de meting blijkt dat 18+ bewoners behoefte hebben aan meer individuele aandacht, duidelijke afspraken over regels en huishoudgeld, en dat sommige activiteiten beter per groep kunnen worden georganiseerd. Deze verbeterpunten worden in 2026 verder opgepakt, samen met het zichtbaar maken van de christelijke visie en het behouden van een stabiel, betrokken team.

### Acties voor 2026

- Meer individuele begeleiding en 1-op-1 momenten plannen.
- Afspraken en acties voor de volwassen bewoners verder op papier zetten en communiceren.
- Activiteiten afstemmen per groep (gezamenlijk en apart) waar passend.
- Christelijke visie duidelijker zichtbaar maken in de dagelijkse begeleiding.
- Stabiliteit en continuïteit van het vaste team behouden.

# 6 Meldingen en incidenten

## 6.1 Ongevallen en bijna ongevallen

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Ongevallen en bijna ongevallen.

## 6.2 Medicatie

In 2025 hebben zich enkele medicatie-incidenten voorgedaan, waarbij cliënten medicatie niet innamen zoals voorgeschreven. Iedere melding is geanalyseerd door de persoonlijk begeleider in overleg met het team en de zorgcoördinator.

De oorzaken lagen onder andere bij de keuze van de cliënt en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden rond medicatie-inname en de bijwerkingen. Direct is gehandeld door in overleg met de betrokken zorgprofessionals afspraken te maken over de medicatie en deze waar nodig aan te passen. Nazorg bestond uit het monitoren van de medicatie-inname en het bespreken van de afspraken met de betrokkenen. Sinds deze maatregelen hebben zich geen verdere incidenten voorgedaan.

Er zijn geen interne aanpassingen nodig geweest.

## 6.3 Agressie

In 2025 hebben zich meerdere incidenten van agressie voorgedaan. Het betrof zowel verbale agressie bij meerdere cliënten, zoals moeite met het accepteren van grenzen of het uiten van frustratie, als fysieke agressie richting een begeleider. De fysieke agressie had aanzienlijke impact op de betrokken medewerker en het team.

Alle incidenten worden geanalyseerd per categorie, zodat herleiding naar individuele cliënten wordt voorkomen. De analyse wordt uitgevoerd door de persoonlijk begeleider in overleg met het team en de zorgcoördinator, waarbij wordt gekeken naar de oorzaak, het verloop en mogelijke preventieve maatregelen. Direct na de incidenten is actie ondernomen: er zijn gesprekken gevoerd met de betrokken cliënten, duidelijke grenzen gesteld en waar nodig waarschuwingen gegeven. Nazorg bestond uit ondersteuning van medewerkers en het team, en evaluatie van de incidenten om verdere risico's te minimaliseren.

Uit deze incidenten is geleerd dat tijdige signalering en duidelijke gedragsafspraken essentieel zijn. Het team blijft alert en volgt het beleid rond agressie nauwgezet, zodat incidenten effectief worden voorkomen en medewerkers veilig kunnen werken.

## 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

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Klachten.

## 6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten

Uit de incidentmeldingen van 2025 blijkt dat zowel agressie als medicatie-incidenten incidenteel voorkomen en vooral voortkomen uit specifieke situaties of gedragsuitingen van cliënten. Bij agressie gaat het om zowel verbale uitingen bij meerdere cliënten als fysieke agressie richting medewerkers, waarbij impact op het team duidelijk aanwezig was. Bij medicatie betrof het onder andere weigering van inname, waarbij tijdige afstemming met het cliëntensysteem en betrokken zorgcoördinator essentieel was.

Belangrijke leerpunten zijn dat tijdige signalering, duidelijke afspraken over gedrag en medicatie, en regelmatige communicatie met cliënten en hun systeem cruciaal zijn om incidenten te voorkomen. Daarnaast is gebleken dat incidenten per categorie geanalyseerd moeten worden om herleiding naar individuele cliënten te voorkomen en verbeterpunten gericht te kunnen vaststellen.

Al deze incidenten zijn adequaat opgevolgd: direct handelen, gesprekken voeren, nazorg bieden aan medewerkers en cliënten, en waar nodig aanpassingen doorvoeren in de zorg of medicatie. Voor 2026 blijven we het beleid rond agressie en medicatie nauwgezet volgen, blijven we het team trainen in signalering en handelen, en plannen we continue evaluaties om herhaling te voorkomen.

# 7 Acties

## 7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst

De conclusie die we kunnen trekken uit de voortgang van de actielijsten is dat er een duidelijke taakverdeling is. Wel mag er met regelmaat de actielijst worden bijgewerkt, want achter de schermen wordt het wel uitgevoerd maar nog niet afgevinkt in het systeem.

# 8 Doelstellingen

## 8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar

- Over 5 jaar hebben we een stabiel team van medewerkers.
- Over 5 jaar hebben we onze zorg uitgebreid op gebied van woonzorg.
- Over 5 jaar zullen de dochters klaar zijn voor een eventuele generatiewisseling.

## 8.2 Doelstellingen voor het komende jaar

- In het jaar 2026 maken we persoonlijke ontwikkelingen door als begeleiders om nog meer bij te dragen aan de kwaliteit en zorg voor de cliënten.
- In het jaar 2026 zijn 4 appartementen klaar voor de 18+ bewoners.
- In het jaar 2026 mogen we verder bouwen aan een vast team.
- In het jaar 2026 mogen behouden we stabiliteit en veiligheid voor deelnemers.
- In het jaar 2026 bouwen we verder aan de kwaliteit van zorg gericht op 18+ bewoners.
- In het jaar 2026 bouwen we verder aan de kwaliteit van zorg gericht op jeugdigen.

## 8.3 Plan van aanpak

### Korte termijn (0–6 maanden)

- Persoonlijke ontwikkeling van begeleiders: organiseren van trainingen, intervisie en reflectiemomenten om kennis en vaardigheden te vergroten.
- Teamontwikkeling: inventariseren van teambehoeften, vacatures invullen en vaste werktijden afstemmen om continuïteit te waarborgen.
- Stabiliteit en veiligheid: periodiek teamoverleg over veiligheid, evaluatie van incidenten en bijstellen van protocollen waar nodig.

### Middellange termijn (6–12 maanden)

- Woonvoorzieningen 18+ bewoners: afronden van de bouw van vier appartementen en voorbereiden van inrichting en verhuizing.
- Kwaliteit van zorg voor 18+ bewoners: bijwerken van begeleidingsplannen gericht op zelfstandigheid, procedures en afspraken in het dossier; implementeren van verbeterpunten uit evaluaties.
- Kwaliteit van zorg voor jeugdigen: evaluatie en bijstelling van begeleidingsplannen en ondersteuningsaanpak op basis van ervaringen van het eerste halfjaar.

### Lange termijn (12+ maanden)

- Persoonlijke ontwikkeling van begeleiders: voortzetten van ontwikkeltrajecten en evalueren van effect op kwaliteit van zorg.
- Teamontwikkeling: teamstabiliteit evalueren en eventueel bijsturen, duurzame samenwerking binnen het team borgen.
- Kwaliteit van zorg 18+ en jeugdigen: monitoren van de resultaten, effecten van interventies evalueren en bijstellen waar nodig.

# 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.

## Actielijst

### Voortgang actielijst, afgesloten acties

**Eind 2025 kijken we terug naar een jaar waarin wonen nog meer kwalitatief mag groeien.**

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 24-11-2025 (Afgerond)

**Elk jaar wordt de gedragscode besproken met medewerkers en klanten**

**Geplande uitvoerdatum:** 21-12-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 27-10-2025 (Afgerond)

**In september 2025 hebben we de tevredenheidsformulieren aangepast met als doel om respons te verhogen.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-09-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 01-10-2025 (Afgerond)

**CHECK - Noteer in alle documenten die ondertekend worden -naast de handtekening - tevens de leesbaar uitgeschreven naam van de ondertekenaar (dit t.b.v. traceerbaarheid).**

**Geplande uitvoerdatum:** 26-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 29-12-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Dit gaat goed, een grote check doen we eens per kwartaal.

**Controle brandblusmiddelen**

**Geplande uitvoerdatum:** 21-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 20-10-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Dit staat weer ingepland, indien afgerond vermelden we het in het systeem.

**Jaarlijks huisregels evalueren met deelnemers.**

**Geplande uitvoerdatum:** 31-05-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 25-08-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Dit gaat vormkrijgen in het huiskamer overleg

**Huisregels overzicht incl. picto's**

**Geplande uitvoerdatum:** 20-05-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 29-12-2025 (Afgerond)

**MiC meldingen worden in vergaderingen besproken en wordt een vergaderpunt.**

**Geplande uitvoerdatum:** 29-05-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 30-12-2025 (Afgerond)

**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:** 20-05-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 20-05-2025 (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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 27-02-2025 (Afgerond)

**Tevredenheid medewerkers toetsen (anoniem)**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-10-2024  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 03-02-2025 (Afgerond)

**Laat in juni 2024 werknemersvragenlijst m.b.t. RI&E invullen (zie RI&E rapportage)**

**Geplande uitvoerdatum:** 21-06-2024  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 14-01-2025 (Afgerond)

**Meld verbouwing (huidige logeerhuisvesting naar 6 nieuwe appartementen) aan Kwaliteitsbureau zodra gereed.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-10-2024  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 26-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Indien gereed nemen we contact op.

**Zoönosencertificaat vernieuwen (Stikkertje 2022)**

**Geplande uitvoerdatum:** 26-05-2024  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Oud doel

**Functioneringsgesprekken uitvoeren**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-04-2024  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Functioneringsgesprekken zijn allemaal ingepland en worden uiterlijk februari 2025 afgerond

#### **Voortgang actielijst, openstaande acties**

**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:** 11-12-2023  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Toelichting:** Dit is afgerond vorig jaar.

**Medewerkers tevredenheid uitvoeren - Stigas**

**Geplande uitvoerdatum:** 26-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**U gaat in 2025 de bouw van 4 appartementen afronden. Zodra de bouw is afgerond, meldt bij het kwaliteitsbureau.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**CHECK - Noteer in alle documenten die ondertekend worden -naast de handtekening - tevens de leesbaar uitgeschreven naam van de ondertekenaar (dit t.b.v. traceerbaarheid).**

**Geplande uitvoerdatum:** 30-04-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**Controle brandblusmiddelen**

**Geplande uitvoerdatum:** 26-09-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**Elk jaar wordt de gedragscode besproken met medewerkers en klanten**

**Geplande uitvoerdatum:** 26-09-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**Meld de verbouwing zodra deze gereed is.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-10-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**Bij de audit zorgen dat er definitieve en ondertekende documenten cliëntenraad zijn (medezeggenschapsregeling en huishoudelijk reglement)**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-10-2026

**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

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

**Geplande uitvoerdatum:** 15-11-2026  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)

**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):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 13-03-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026

**De schriftelijk toetsing jaarverslag 2025 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:** 06-04-2026  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 02-04-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026

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

**Geplande uitvoerdatum:** 15-09-2026  
**Geldt voor locatie(s):** KeuningsHof - Wonen, Logeren en Dagbesteding (1183)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 02-04-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026