

# Kwaliteitsjaarverslag

januari 2025 - december 2025

## WieldersCo (2194)

Heeft betrekking op de locatie(s):

**Wielders en Co (2194)**

**Wal 35 (2869, sub.)**



## Kwaliteitssysteem Zorgboerderijen

# Inhoudsopgave

Kwaliteitsjaarverslag	---
Bedrijfsgegevens	3
1 Voorwoord	3
1.1 Voorwoord van de zorgboerderij	4
2 Algemeen	4
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	6
3.1 Deelnemers	8
3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers	8
3.3 Personeel	10
3.4 Stagiairs	10
3.5 Vrijwilligers	10
3.6 Conclusies m.b.t. personeel, stagiairs en vrijwilligers	10
4 Scholing en ontwikkeling	11
4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten	12
4.2 Opleidingsdoelen komende jaren	12
4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling	13
5 Terugkoppeling van deelnemers	15
5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers	16
5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken	16
5.3 Inspraakmomenten	17
5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten	17
5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers	18
5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting	18
6 Meldingen en incidenten	21
6.1 Ongevallen en bijna ongevallen	22
6.2 Medicatie	22
6.3 Agressie	23
6.4 Ongewenste intimiteiten	23
6.5 Strafbare handelingen	24

6.6 Klachten	24
6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten	25
7 Acties	26
7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst	27
8 Doelstellingen	27
8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar	28
8.2 Doelstellingen voor het komende jaar	28
8.3 Plan van aanpak	28
Overzicht van bijlagen	29
Actielijst	30

# Kwaliteitsjaarverslag

## Bedrijfsgegevens

### Ondernemingsgegevens

WieldersCo

Registratienummer: 2194

Kruisweg 10, 6017 CE Thorn

Rechtsvorm Eenmanszaak ingeschreven bij Kamer van Koophandel onder nummer 52821153

Website: <http://0>

### Locatiegegevens

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

Wielders en Co

Registratienummer: 2194

Hagenbroek 11-12, 6017 AJ Thorn

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: Coöperatie Limburgse Zorgboeren

Wal 35

Registratienummer: 2869, sub.

Wal 35, 6017 BE Thorn

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: Coöperatie Limburgse Zorgboeren

# 1 Voorwoord

## 1.1 Voorwoord van de zorgboerderij

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Voorwoord van de zorgboerderij.

## 2 Algemeen

### 2.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij

In 2025 zijn wij verdergegaan op de weg die wij reeds jaren geleden hebben ingeslagen. Het was op zich een prima jaar. Er hebben zich geen heftige dingen afgespeeld maar daarentegen hebben we met onze bewoners vele leuke momenten gehad.

Gezellige uitstapjes, bbq-avonden, vele sportactiviteiten en een vakantie naar Oostenrijk. Deze laatste viel zo in de smaak dat er gevraagd werd om een herhaling in de sneeuw. In maart 2026 gaan we dus opnieuw.

Daar waar er verbeteringen in kwaliteit, aanpak, huisvesting, techniek of het team mogelijk waren, zijn deze gelijk aangepakt.

-Zo gaat vanaf 2026 een coach bij de teams de puntjes op de i zetten. Hiervoor zijn eind 2025 verkennende gesprekken geweest.

-Er is een volledig nieuw WIFI-netwerk aangelegd op de hoofdlocatie.

-Om te kunnen blijven voldoen aan eisen mbt legionellabeheersing werd er eind 2025 begonnen met aanpassingen op zowel hoofdlocatie als nevenlocatie.

-Op de hoofdlocatie is de keuken verder aangevuld met professionele apparatuur waardoor dit het bereiden van vers voedsel beter, sneller en makkelijker maakt.

## **2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces**

Afgelopen jaar hebben er zich, behalve praktische, technische en optische verbeteringen, geen ontwikkelingen plaatsgevonden aangaande zorgaanbod, financiering, verbouwing en/of uitbreiding. Wij doen het prima met wat we hebben en meer is in deze niet automatisch beter. Extra bewoners dienen binnen de kaders te vallen van wat wij willen en kunnen leveren mbt zorgvraag en zorgbehoefte en druk op het team.

In 2025 waren wij aan de beurt voor een audit. Deze audit is met goed gevolg afgerond. Het heeft ons wederom geleerd dat wat we doen we ook goed doen. Uiteraard geeft de kijk van een derde reden tot reflectie maar hierdoor zijn we niet tot nieuwe inzichten gekomen of hebben we dingen structureel dienen te veranderen.

Met CLZ algemeen, diens directeur en leden van Raad van Toezicht en de algemene CLZ-brede cliëntenraad zijn er meerdere gesprekken gevoerd. De cliëntenraad van CLZ heeft ook bij ons op de hoofdlocatie vergaderd. Daarnaast is ondergetekende lid geworden van de Raad van Advies (RvA) van CLZ waarvan dientengevolge meerdere vergaderingen zijn bijgewoond. Eind 2025 zijn mbt de RvA de taken verdeeld en ik ben blij dat mijn aandachtsgebied Kwaliteit van Zorg is geworden.

## **2.3 Algemene conclusies**

Behalve het her en der zetten van puntjes op de i hebben ontwikkelingen geen noemenswaardige invloed gehad.

Wij durven van onszelf te zeggen dat de door ons geleverde zorg van een hoog niveau is. Geen eenheidsworst gedragen door beperkte kaders maar zorgvuldige zorg op de menselijke persoonlijke maat. Het kwaliteitssysteem draagt er echter niet toe bij dat er ook daadwerkelijk kwaliteit geleverd wordt en is ons inziens in deze vorm niet van toegevoegde waarde, integendeel. Liever ieder jaar een "jaarverantwoording bezoek/controle/audit". Papier is geduldig, zelf een stuk schrijven kost een hoop tijd die beter besteedt kan worden aan direct contact met bewoners en/of medewerkers en bewijst niets. Mijn voorstel is dan ook om, in eerste instantie uit vrije wil, een keuze te bieden uit het zelf schrijven van een jaarverslag of het, tegen betaling uiteraard, laten bezoeken van een met kennis van zaken onafhankelijke derde die de jaarverantwoording op papier zet/goedkeurt. In de RvA zal ik mij hier ook hard voor maken.

De directeur van CLZ en het huidige cliëntgebonden ondersteunend netwerk zijn van zeer grote waarde. Zij zijn op alle vlakken waarvoor wij de verantwoordelijkheid dragen en willen dragen zeer serieuze sparringpartners voor ons. Hun mening telt en is absoluut helpend in het alert blijven en nog verder verbeteren van onze zorg.

De doelstellingen zoals afgelopen jaar geformuleerd zijn ruimschoots behaald. Wij zijn niet afhankelijk van derden waar niet mee samen te werken valt, hebben een zeer goed professioneel cliëntgebonden netwerk en de RvA is opgestart en heeft al de nodige bijeenkomsten achter de rug.

## 3 Deelnemers en medewerkers

### 3.1 Deelnemers

Wij bieden vanuit de WLZ (ZIN VPT/MPT) zorg aan volwassenen met meer of minder complexe triple-problematiek. Deze volwassenen wonen allen bij ons en enkel voor hen voorzien wij de dagbesteding

De indicaties die deze zorg mogelijk maken hebben zowel de GGZ, VG, VV, LG als VIS als grondslag. De aangeduide problematiek die als voorliggend wordt aangemerkt komt vermoedelijk ook door het moment van afgifte van de indicatie. We hebben namelijk ervaren dat er na het openstellen van de WLZ voor de GGZ veel indicaties zijn afgegeven met de GGZ als voorliggend terwijl er bijvoorbeeld ook sprake is van VG. Voor de wat oudere bewoners waren er immers vaak geen IQ-gegevens van vóór het 18e levensjaar meer voorhanden. Dit bewijst ook de triple-problematiek waarmee onze bewoners te kampen hebben.

#### Aantal bewoners 2025:

GGZ3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering

18            19

GGZ2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging

5            4

GGZ1 Wonen met intensieve begeleiding

3            4

VG7 (besloten) Wonen met zeer intensieve begeleiding

2            2

VG6 Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

6            4

VG4 Wonen met begeleiding en intensieve verzorging

0            0

VG3 Wonen met begeleiding en verzorging

2            2

LG4 Wonen met begeleiding en verzorging

2                    2

LGVIS2 Wonen met begeleiding en enige verzorging

1                    1

VV5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

1                    1

VV7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen met de nadruk op begeleiding

1                    1

TOTAAL AANTAL BEWONERS 2025

1-1 2025            31-12-2025

41                    40

In de loop van 2025 zijn:

1 bewoner is verhuisd om zo dichterbij zijn vriendin te zijn.

1 bewoner is verhuisd omdat de situatie met de mentor bij de bewoner voor de nodige problemen zorgde.

1 bewoner is verhuisd naar een locatie ivm haar wensen tot een levenseinde.

In de loop van 2025 hebben wij 2 nieuwe bewoners mogen ontvangen.

### **3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers**

Wij continueren ons beleid om slechts dan iemand in zorg te nemen wanneer intern de expertise op orde is. Bij nieuwe aanmeldingen wegen we zeer zorgvuldig af of wij de zorg op adequate en verantwoorde wijze kunnen leveren. Indien dit laatste niet mogelijk is wijzen wij af of zoeken indien gewenst extern naar expertise, al dan niet met tegelijkertijd het aantrekken van nieuwe medewerkers, om plaatsing alsnog mogelijk te maken. Dit alles uiteraard op voorwaarde dat de reeds in zorg zijnde bewoners hier geen hinder van ondervinden. Het betreft immers vaak mensen die tussen wal en schip vallen en nergens anders meer terecht kunnen.

Middels deze wijze van instroom trachten wij eenieder een kans te bieden zonder op onze kwaliteit van zorg in te boeten.

### **3.3 Personeel**

Twee begeleiders zijn elders gaan werken en 5 nieuwe (bij ons al bekende) begeleiders hebben we in ons team mogen verwelkomen.

Met alle medewerkers is er een functioneringsgesprek gehouden.

Wijzigingen in het team en/of feedback van medewerkers hebben ervoor gezorgd dat nog meer sprake is van onderlinge samenhang en neuzen dezelfde richting op.

### **3.4 Stagiairs**

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Stagiairs.

### **3.5 Vrijwilligers**

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Vrijwilligers.

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

Onze bewoners maar ook onze medewerkers hebben voor hun veiligheid en welzijn behoefte aan een stevig team bestaande uit kwalitatief goede medewerkers. Medewerkers die ook nog een teamplayers zijn en dus in staat zijn om samen een gemeenschappelijk doel na te streven. Enkel wanneer wij met zijn allen aan dezelfde kant van hetzelfde touw trekken zijn we in staat om onze bewoners deze veiligheid en dit welzijn te bieden.

Wij mogen stellen dat wij beschikken over voldoende gekwalificeerde, bevoegde en bekwame medewerkers om aan minimaal alle geïndiceerde zorgvragen en zorgbehoeftes te voldoen en dat deze daarnaast ook nog passen binnen het bovenstaand beschreven team.

## 4 Scholing en ontwikkeling

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

<u>Opleiding:</u>	<u>Datum:</u>	<u>Frequentie:</u>
Medicatieverstrekking en -veiligheid (verplichte opleiding)	Medio 2025	Eenmaal per twee jaar, herhaling in 2027
BHV en AED-training (verplichte opleiding)	April en juni 2024	Eenmaal per jaar, herhaling in 2025
Psychiatrisch probleemgedrag & agressie (verplichte opleiding)	Januari 2025	Eenmaal per twee jaar, herhaling zal in 2027 zijn

De cursus medicatieverstrekking en -veiligheid vond voor een aantal medewerkers plaats in 2025, de andere collega's hadden deze in 2024 behaald en zullen de herhaling in 2026 hebben. Deze medewerkers hebben deze cursus allen behaald en zijn dus te allen tijde bevoegd en bekwaam.

BHV vindt voor alle medewerkers die een zorg gerelateerde functie hebben jaarlijks plaats. Alle medewerkers zijn aldus te allen tijde BHV-gecertificeerd. BHV cursus vindt op locatie plaats waardoor er ook nadrukkelijk aandacht is voor specifieke locatie-gerelateerde en bewoners gerelateerde situaties. Aangezien wij op de locaties beschikken over een AED wordt er ook AED-training gegeven.

De cursus psychiatrisch probleemgedrag & agressie wordt eenmaal per twee jaar in-company

aangeboden aan alle zorg gerelateerde medewerkers en dient eenmaal per twee jaar herhaald te worden. Deze cursus is een verplichting en wordt dan ook door eenieder gevolgd.

Naast de verplichte scholing binnen Wielders & Co, bieden we onze zorgprofessionals ook de mogelijkheid aan voor individuele ontwikkeling. Hierover gaan we regelmatig met de professionals in gesprek, zodat we in overleg kunnen kijken naar een passende opleiding ten behoeven van ieders ontwikkeling.

Met het oog op de toekomst heeft één HBO-er Social Work de opleiding Leiderschapsontwikkeling voor Young Professionals met goed gevolg afgerond.

Een medewerker MBO-4 is gestart met de deeltijdopleiding HBO Psychologie.

Een medewerker MBO-3 is gestart met de deeltijdopleiding HBO Social Work.

De manager Processen en Kwaliteit heeft de opleiding preventiemedewerker met goed gevolg afgerond.

Drie medewerkers en 4 bewoners hebben tijdens een training op onze locatie hun certificaten behaald voor het veilig werken met de bosmaaier en ander motor-gestuurd tuingereedschap (zoals bv de heggenschaar).

Om de maand organiseren 2 medewerkers samen een intervisie. Onderwerp is afhankelijk van interesse en/of behoefte. Bij zowel deze intervisies als ook bij de 2-maandelijkse werkoverleggen/cliëntbesprekingen is aanwezigheid van medewerkers in principe verplicht.

Wielders&Co heeft momenteel meer dan voldoende kennis en vaardigheden in huis om aan de zorgvraag/zorgbehoefte van onze bewoners te kunnen voldoen. Nieuwe bewoners worden sowieso enkel toegelaten indien wij zeker weten aan hun zorgvraag/zorgbehoefte te kunnen voldoen.

#### **Bijlagen**

- Overzicht opleidingen medewerkers

## **4.2 Opleidingsdoelen komende jaren**

### **Opleidingsplan Wielders & Co**

Bij Wielders & Co hebben we een drietal opleidingen die verplicht zijn voor al onze professionals. Dit opleidingsplan ziet er als volgt uit:

<u>Opleiding:</u>	<u>Frequentie:</u>
Medicatieverstrekking en -veiligheid (verplichte opleiding)	Eenmaal per twee jaar
BHV met AED-training (verplichte opleiding)	Eenmaal per jaar
Psychiatrisch probleemgedrag & agressie (verplichte opleiding)	Eenmaal per twee jaar

Naast de verplichte scholing binnen Wielders & Co, bieden we onze zorgprofessionals ook de mogelijkheid aan voor individuele ontwikkeling. Hierover gaan we regelmatig met de professionals in gesprek, zodat we in overleg kunnen kijken naar een passende opleiding ten behoeve van ieders ontwikkeling. Uiteraard dienen opleidingen wel aan te sluiten bij de zorgvraag/zorgbehoefte van onze bewoners. Het is tevens mogelijk dat wij onze zorgprofessionals zelf vragen om een specifieke opleiding te volgen wanneer veranderende zorgvragen of zorgbehoeftes hierom vragen. Hier staan zij ook voor open.

Vanuit CLZ zal er aankomend jaar een (verplichte) training seksueel grensoverschrijdend gedrag georganiseerd worden. Dit mede op vraag van ondergetekende.

Met dit het opleidingsplan bewaken en verhogen we de kwaliteit van onze zorgprofessionals, zodat we de best mogelijke zorg kunnen blijven leveren aan onze bewoners.

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

Wij zijn van mening dat onze diploma's en/of vooropleidingen in combinatie met onze eigen verplichte scholingen, overleggen en intervisies ervoor zorgen dat wij ruimschoots aan de huidige zorgvraag/zorgbehoefte van onze bewoners kunnen voldoen.

Bij nieuwe instroom zal er eerst uitdrukkelijk bekeken worden of er aan de zorgvraag/zorgbehoefte voldaan kan worden. Indien mogelijk en wanneer instroom toch wenselijk is wordt er bekeken of kennis en vaardigheden voldoende en op tijd bijgespijkerd kunnen worden.

## 5 Terugkoppeling van deelnemers

### 5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers

Wij bieden zorg vanuit de WLZ en houden aldus tweemaal per jaar met alle bewoners en hun eventuele wettelijk vertegenwoordigers een evaluatiegesprek. In dit gesprek wordt het leefzorgplan met daarin de doelen, risico-analyse, signaleringsplan, nulmeting enz., uitgebreid besproken. De doelen worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, verandert danwel gecontinueerd. Dit laatste omdat stabiel zijn en blijven voor veel van onze bewoners belangrijk is. De doelen worden in samenspraak met bewoner en diens eventuele vertegenwoordiger opgesteld. Doelen worden SMART-geformuleerd, hoeven (tussentijds) zelden te worden bijgesteld en tijdens de besprekingen komt de rol van de begeleiding tbv van het behalen van een doel in deze aan bod. Wij werken volgens de PDCA-cyclus.

Bij akkoord mbt de inhoud van de leefzorgplannen wordt er door alle partijen getekend.

De leefzorgplannen maken deel uit van het zorgdossier.

Voor tijdens en na de bespreking van het leefzorgplan is er tevens ruimte voor feedback naar ons als organisatie.

Naast de leefzorgplannen maken wij iedere 2 maanden een evaluatie. Deze hebben betrekking op belangrijke gebeurtenissen in het leven van de bewoner in de betreffende 2 maanden. Ze zijn niet zozeer gericht op de doelen maar is vergelijkbaar met een beschrijving van hetgeen een bewoner heeft meegemaakt; een zeer beknopt dagboek. Deze evaluaties worden eveneens door alle partijen getekend, bieden ruimte voor aanvulling en zijn tevens onderdeel van het zorgdossier.

Dagelijks wordt er gerapporteerd op de in het leefzorgplan vastgestelde doelen. Daarnaast is er per bewoner ook een kopje algemene rapportage en een kopje somatiek met de actuele medicatie, eventuele fysieke klachten en/of lichamelijke parameters als gewicht en bloeddruk.

## **5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken**

De inbreng van bewoner en diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger zijn voor ons van het allergegrootste belang. Het moet een transparant en gezamenlijk proces zijn. Er is voldoende ruimte voor feedback en zowel bewoner als diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger worden in dit proces nadrukkelijk betrokken. Dit laatste wordt ook zeer gewaardeerd. Ook wij als organisatie vinden het erg prettig dat we nu te maken hebben met een groep wettelijk vertegenwoordigers die oprecht moeite doen voor hun cliënt en waarmee het erg prettig samenwerken is.

Doelen zijn SMART-geformuleerd, haalbaar en to-the-point. Ze dienen zelden tot niet bijgesteld te worden. Dit is volgens zowel bewoner, diens eventuele wettelijk vertegenwoordiger alsook wij als begeleiding het gevolg van het feit dat we er een gezamenlijk proces van maken. Een proces waarin eenieder zijn stem telt. Daarnaast geeft het de bewoner enkel succeservaringen.

Wij zien momenteel geen reden om dit proces en andere bijbehorende processen op een andere manier vorm te geven.

## **5.3 Inspraakmomenten**

Bewonersvergaderingen worden 10 maal per jaar georganiseerd op de nevenlocatie.

Bewonersvergaderingen worden 6 maal per jaar georganiseerd op de hoofdlocatie.

Bewoners worden hier allen expliciet persoonlijk voor uitgenodigd.

Wanneer er iets belangrijks gebeurt wordt er een extra vergadering ingelast.

Voor de bewonersvergaderingen wordt de ideeënbus geleegd en de inhoud daarvan is een vast onderdeel van de betreffende bewonersvergadering.

De agenda omvat verder alles wat een individuele bewoner in de bewonersgroep wenst te bespreken en voor de organisatie zijn dit de momenten voor huishoudelijke mededelingen en zaken die het groepsproces aangaan.

Iedere vergadering wordt met een rondvraag afgesloten.

De cliëntenraad komt om de 2 á 3 maanden samen. Wij vertellen waar we mee bezig zijn en zij brengen zo nodig onderwerpen aan die zij wensen te bespreken.

Aangezien wij dagelijks bezig zijn met het wel en wee en de behoeftes van de bewoners worden zaken ook vaak gelijk al aangepakt. Tijdens de bewonersvergadering komen aldus meestal niet zo een spannende dingen ter tafel. Het gaat in zijn algemeenheid over uitstapjes, vakanties, dingen die we kunnen organiseren of aanschaffen. Deze laatste nemen wij serieus en de wensen proberen wij dan ook te vervullen.

Wij hebben tot op heden onze bedrijfsvoering nooit hoeven aanpassen op vraag van de bewoners en/of de cliëntenraad.

#### **5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten**

Zoals in het voorgaande reeds geschreven hebben wij nog nooit grote of minder grote aanpassingen hoeven te maken in begeleiding en/of bedrijfsvoering nav een bewonersvergadering of op vraag van de cliëntenraad.

Het is voor ons meer een sparren of we nog steeds op de goede weg zijn en het opdoen van ideeën die de bewoners ons geven. Het gaat dan om uitstapjes, vakanties, activiteiten, gerechten die we kunnen koken en dingen die tijdens de dagbesteding gedaan/gemaakt kunnen worden.

De cliëntenraad is onafhankelijk, professioneel, kundig, mondig en daarnaast zéér betrokken bij onze bewoners. Zij zijn allen mentor danwel curator van één of meerdere van onze bewoners. Zij weten wat er binnen de organisatie speelt, hoe zaken georganiseerd worden en krijgen alzo ook buiten de vergaderingen om heel veel informatie en inzichten, weten welke doelgroep wij bedienen en zijn bekend met de problematieken van onze bewoners. Ze volgen hun eigen cliënt nauwgezet op en zijn zeer wel in staat om op professionele wijze de belangen van al onze bewoners te behartigen. Voor ons als zorgaanbieder is het een erg prettig klankbord, zij weten waar ze over praten en zijn oprecht. Vooral dit laatste geeft veel vertrouwen.

#### **5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers**

##### **Uitkomsten CTO 2025**

##### **Deelnemers:**

##### **Wonen:**

*Cijfer:* 8, 9, 8, 8, 10, 9, 8, 8, 8, 9, 9, 8, 9, 8, 8, 8, 7, 8, 10, 9.

*Gemiddeld:* 8.5

### Hoe kan de zorgboerderij dit rapportcijfer verbeteren?

- Meer groepsactiviteiten, met name in het weekend.
- Ik moet soms lang wachten als ik een vraag heb.
- In de avond meer activiteiten met de groep doen.

### Zijn er nog andere opmerkingen over het wonen die je graag wilt delen?

- Ik word goed verzorgd.
- Voor mij is het goed.
- Ik ben erg blij met mijn appartement en met de begeleiding meestal ook (alleen als we botsen niet).
- Ben blij met het wonen met mijn gezin en de nodige begeleiding is prettig.
- Ik ben erg tevreden over de zorg.
- Over het algemeen woon ik hier met veel plezier.
- Ik ben tevreden over het wonen.
- Als groep met elkaar in gesprek blijven is erg prettig!
- Ik woon hier met plezier, ben tevreden. Ik heb het nog nooit zo goed gehad als hier.

### **Dagbesteding:**

*Cijfer:* 8, 10, 9, 8, 8, 9, 7, 9, 9, 7, 6, 9, 9, 9.

*Gemiddeld:* 8.4

### Hoe kan de zorgboerderij dit rapportcijfer verbeteren?

- Een echte werkmeester erbij.
- Meer afwisseling van spelletjes: die mogelijkheid is er en ik weet dat ik dat dan zelf moet vragen.
- Meer saamhorigheid, meer met z'n alle doen.
- Het programma is vaak hetzelfde, ik zou graag meer afwisseling willen. Ook zou ik graag iets met hout willen doen, zoals een vogelhuisje maken. Ik vind het fijn als ik meer met mijn handen bezig kan zijn.
- Misschien soms wat meer motivatie van anderen.

Zijn er nog andere opmerkingen over de dagbesteding die je graag wilt delen?

- Wordt zeer goed georganiseerd.
- Ik ben blij met mijn eigen programma.
- Op het Eind vind ik het leuk om bezig te zijn.
- Iedereen moet meehelpen.
- De dagen vliegen voorbij, er is veel afwisseling.

•

•

### **Uitkomsten CTO 2025**

•

**Wettelijk vertegenwoordiger i.o.m. deelnemers:**

#### **Wonen:**

*Cijfer:* 8, 9, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 9, 8, 8, 8, 8, 8, 9, 9, 8, 8, 10, 9.

*Gemiddeld:* 8.3

Hoe kan de zorgboerderij dit rapportcijfer verbeteren?

Zijn er nog andere opmerkingen over het wonen die je graag wilt delen?

- Het is soms warm op de kamer in de zomer, maar dat is overal.
- Ik kan altijd terecht met vragen.
- Ik vind het wonen erg fijn, ik krijg veel kansen.
- 

#### **Dagbesteding:**

*Cijfer:* 7, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 9, 9, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 7.

*Gemiddeld:* 8

Hoe kan de zorgboerderij dit rapportcijfer verbeteren?

- Wellicht op termijn nog andere activiteiten aanbieden die aansluiten op zijn behoeften.
- 

Zijn er nog andere opmerkingen over de dagbesteding die je graag wilt delen?

- Ik ben erg blij met de dagbesteding buiten de organisatie.
- Er is veel afwisseling in de activiteiten , wat goed is. Er wordt in de tuin gewerkt, er wordt gesport en er wordt gewandeld.
- Begeleiding mag me meer aansturen in afwisseling van activiteiten.
- 

#### **Bijlagen**

- Uitslag deelnemerstevredenheid
- Vragenlijst wettelijk vertegenwoordigers
- Vragenlijst wonen

### **5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting**

Wij blijven uiteraard streven naar een 10!

Dagelijks hebben wij gesprekken en intens contact met onze bewoners en deze uitkomsten zijn dan ook geen verrassing. Toch hoop je op een nog hogere score dan deze mooie dikke 8. Daar doen we het immers voor; de best mogelijke zorg leveren aan mensen die eigenlijk nergens meer terecht konden. Het allerbelangrijkste voor ons zijn echter de kleine succesjes met individuele bewoners, de kleine complimentjes, gebaren en soms zelfs een kadootje. Mensen die zelf nooit positief benaderd werden vinden het immers lastig om zelf een complimentje te geven of zijn wantrouwend op het moment dat ze wel serieus genomen worden.

Wij willen wel altijd kritisch blijven naar ons eigen handelen. De opmerkingen aangaande de dagbesteding nemen we dan ook zeer serieus en proberen daar oplossingen voor te zoeken. Zonder dit als excuus te willen gebruiken is het echter best moeilijk hierin eenieder tevreden te stellen. Leuke dingen doen gaat immers ook gepaard met af en toe iets minder leuke dingen moeten doen.

Het gaat om bewoners tevreden te stellen. Bewoners met ieder een ander verleden, achtergrond en rugzak. De gemene deler zoeken, de juiste bewoners met elkaar matchen, de juiste sfeer creëren en begrenzen op het moment dat men elkaar voor de voeten loopt of in de problemen brengt. Balanceren op het koord tussen realisme en verwachtingen. Al met al lijkt ons dat toch goed af te gaan. Wij zijn er ons echter van bewust dat dit iedere dag van het jaar op ieder moment onze aandacht vraagt.

## 6 Meldingen en incidenten

### 6.1 Ongevallen en bijna ongevallen

Wij hadden in 2025 7 MIC-meldingen van ongevallen en bijna ongevallen.

Hiervan waren er: - 3 voor verslikkingen

- 2 voor bijna stikken
- 1 voor val uit rolstoel
- 1 voor een ezelbeet

Voor één van deze bewoners deden wij het voedsel reeds malen maar deze keer heeft hij tijdens het avondeten in een onbewaakt moment (kwestie van nog geen halve minuut) een stukje van de fruitsalade van een andere bewoner op tafel gepakt en dit ging vervolgens vreselijk mis. Kloppen en Heimlich (volgens protocol BHV) hielpen niet en andere collega heeft ondertussen 112 gebeld. Medewerkers van de ambulance hebben alles nog eens herhaald maar in eerste instantie ook zonder succes. Uiteindelijk kwam het vanzelf los. Bewoner is de daaropvolgende uren en dagen goed in de gaten gehouden of er geen complicaties waren tgv de Heimlich. Volgende dag ook consult gehad bij huisarts ter controle. Bewoner was erg geschrokken en gaf aan niets ongemalen meer te nuttigen.

De 2 andere verslikincidenten kwamen voor bij een bewoner die gekend is met zeer hevige hoestbuien. Bij hem eveneens kloppen en Heimlich (volgens protocol BHV) met een positief resultaat. Telkens opvolging tbv complicaties als gevolg van Heimlich gedaan middels consult bij huisarts en hem een aantal dagen goed in de gaten gehouden. Na dit tweede verslikincident zijn we met deze bewoner in gesprek gegaan en hebben voorgesteld om voor alle veiligheid zijn voedsel ook te gaan malen. Hiermee ging hij gelijk akkoord.

Voor dezelfde bovenstaande bewoner zijn er in 2025 2 MIC-meldingen gemaakt nadat hij dusdanige ernstige hoestbuien had dat hij blauw aanliep, omviel en bijna dreigde te stikken. Deze problemen zijn uitgebreid met de huisarts en zijn mentor besproken. Aangeraden is dat hij stopt met het roken van sigaren maar daar wil hij helaas nog geen gehoor aan geven. Hij wuift deze problematiek weg en ons rest dan enkel hem goed in de gaten te houden en alert te zijn.

Eén MIC-melding betreft het vallen uit de rolstoel. Bewoner weer in de rolstoel geholpen en bevraagd en nagekeken op verwondingen. Er was geen sprake van zichtbare verwondingen maar hij had wel last van zijn onderrug. Afsproken de volgende ochtend de huisarts te bellen indien de klachten zouden aanhouden. De volgende ochtend was hij klachtenvrij.

Bewoner is rolstoelgebonden maar weigert zijn beensteunen te gebruiken. Het vallen is het gevolg van het niet gebruiken van zijn beensteunen. Bewoner geeft aan dat ook niet te gaan doen en het vallen dan maar op de koop toe te nemen.

De laatste MIC-melding betreft een bewoner die gebeten werd door één van onze ezeltjes. Begeleiding heeft onmiddellijk het protocol gevolgd. De HAP is geconsulteerd en de volgende dag heeft bewoner een Tetanus-injectie gehad. Bewoner geeft aan dat dit echt een ongelukje of vergissing van de ezel is geweest en dat het in ieder geval niet bewust of uit nijd is gebeurd. Hij is iedere dag met de ezeltjes bezig en heeft nog nooit vervelend gedrag of agressie gezien. Hij wil de ezeltjes graag blijven verzorgen.

## **6.2 Medicatie**

Er zijn dit jaar geen meldingen voor Medicatie.

## **6.3 Agressie**

Van agressie zijn er in 2025 5 MIC-meldingen gemaakt.

Eén MIC-melding betreft een ruzie tussen 2 bewoners. De ene is boos op de andere omdat hij vindt dat deze in de rookruimte op "zijn" stoel zit. Hierop krijgt hij van de ander een tik op zijn hoofd. Begeleiding is er tussen gesprongen en heeft met beide heren een goed gesprek gehad. Afsproken is elkaar met rust te laten omdat al langer duidelijk is dat ze elkaar niet zo goed liggen. Aangegeven dat we dit gedrag jegens elkaar ook echt niet langer tolereren, ze hoeven geen vrienden te zijn maar een beetje respect en fatsoen naar en voor elkaar is wel gewenst. Heren krijgen een mondelinge waarschuwing. Beiden zijn gekend met zeer weinig tolerant gedrag jegens anderen. Er is gevraagd of een aangifte gewenst is maar dat was niet nodig.

De tweede MIC-melding betreft een bewoner die een medewerkster na een flinke scheldpartij in de uitgestoken vinger beet omdat hij wegens wangedrag aan tafel gecorrigeerd werd. Mentor is onmiddellijk geïnformeerd en er heeft een gesprek plaatsgevonden waarin ook mentor naar bewoner heeft uitgedragen dit buiten alle proportie te vinden en niet te tolereren. Medewerkster was gelukkig niet zo onder de indruk van alles en kon er achteraf om lachen. Ze zal niet meer met haar vinger wijzen.

MIC-melding drie betreft een bewoonster van de appartementen die tijdens de medicatieronde wordt aangesproken op de aanwezigheid van een vermoedelijke dealer in haar woning. Zij wordt erg boos en duwt onze medewerkster naar buiten. Medewerkster werkt deëscalerend, blijft rustig maar geeft wel duidelijk aan dat ze niet op deze wijze aangeraakt wenst te worden en dat bewoonster hiermee een grens overgaat. Daarnaast herhaalt zij de gemaakte afspraken en huisregels. Om het niet verder te laten oplopen verlaat ze de woning maar maakt gelijk melding bij de achterwacht. Directie geeft bewoonster een officiële waarschuwing en heeft een duidelijk gesprek met haar. Bewoonster is bekend met terugvallen in alcohol- en drugsmisbruik en ontregelt daarmee ook onze andere bewoners in het appartementencomplex. Voor haar was voor dit voorval al contact gezocht met een cliëntondersteuner om een andere (gedoog)plek voor haar te zoeken.

Een andere bewoner van het appartementencomplex haalt volkomen onverwacht en zonder enige aanleiding uit naar een medewerkster. Hij raakt haar op de borst. Gezien zijn erg nare ervaringen uit het verleden is hij bijna niet in staat om op een constructieve wijze met vrouwen om te gaan. Hiervoor wenst hij geen therapie. Dit is bij ons bekend maar absoluut geen excuus voor dit excessief gedrag. Er volgt een officiële waarschuwing en een zeer stevige reprimande van zijn mentor (vader). Hij wordt door hem stevig aangepakt en dit lijkt aan te komen. Medewerkster geeft aan dit incident niet te hebben kunnen voorkomen aangezien het compleet uit het niets kwam. Medewerkster wenst geen aangifte te doen.

De vijfde en laatste MIC-melding betreft een bewoner die zich zeer agressief, scheldend en schreeuwend uit naar een medewerker. Deze bewoner is gekend met explosief gedrag op het moment dat zaken niet gaan zoals hij wenst en/of verwacht. Directie neemt contact op met behandelaar van het Forensisch Fact en deze plaatsen hem per direct voor enkele weken op de gesloten afdeling (CIBU Venray). De hoofdbehandelaar en nieuwe psychiater hadden reeds het vermoeden dat het gedrag zou kunnen voortkomen door verkeerde medicatie tgv een foute diagnose. Op de CIBU wordt deze bewuste medicatie afgebouwd en we zien een ander persoon. Bewoner is terug mogen komen en doet het nu supergoed.

#### **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

Klacht ingediend door mentor (oom) van bewoner.

Klacht is afgehandeld door de Geschillencommissie.

Mentor was van mening dat beklagde ongeoorloofd gehandeld had.

Zorgverlener, één andere externe nauw betrokken partij en medewerkers van de afdeling Participatie hadden aanwijzingen/bewijzen dat mentor niet het beste voorhad met bewoner. Daarnaast bleek uit de vele gesprekken ook niet dat hij begreep wat de beperking van zijn cliënt betekende en hoe hiermee omgegaan moest worden. Bewoner gaf aan erg bang voor zijn mentor te zijn en door hem gechanteerd te worden met curatele wat als gevolg zou hebben dat hij zijn dochttertje kwijt was. Mentor was bij ons op locatie al vaker aangesproken op het feit dat hij zijn cliënt zeer onheus bejegende en eenmaal hoorbaar uitschold voor van alles wat niet netjes is.

Wij hebben geprobeerd hier naar eer en geweten te handelen maar ten tijde van de klacht helaas zonder ruggesteun van de Gemeente. Deze uitspraak zal er echter in het geheel niet voor zorgen het in de toekomst anders te doen, Wij voelen ons verantwoordelijk voor het welzijn van de aan ons toevertrouwde bewoners en zullen hiernaar naar eer en geweten blijven handelen.

### Bijlagen

- Uitspraak

## 6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten

Iedere MIC-melding is er een teveel maar gezien de behoorlijke complexiteit en daarmee gepaard gaande co-morbiditeit van onze bewoners menen wij te mogen stellen dat het aantal MIC-meldingen zeker niet de spuigaten uitloopt en misschien zelfs wel tot een minimum beperkt wordt.

MIC-meldingen worden in iedere teamvergadering besproken en bekeken of deze voorkomen hadden kunnen worden en of er door ons juist en adequaat gehandeld werd. Waar mensen werken worden er immers fouten gemaakt of moeten er, zeker in het geval van agressie, adhoc beslissingen worden genomen. Al met al denken wij er alles aan te doen en door gedegen training ertoe in staat te zijn om zo goed als mogelijk te handelen.

Ook voor ons is het opvallend en maakt het ons tegelijk erg trots dat we in 2025 geen MIC-meldingen mbt tot medicatie hebben. Wellicht heeft het tot vervelends toe hameren op het belang van nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in deze en daarnaast het creëren van een werkklimaat waarin we elkaar kunnen en mogen aanspreken en controleren op dit vlak zijn vruchten afgeworpen.

Van de klacht jegens ons willen wij enkel leren dat we het juiste hebben gedaan en in het vervolg weer hetzelfde zullen doen. Deze bewoner verdiende het om voor hem op te staan en het spijt ons dat we geen verschil voor hem hebben kunnen maken. Zelf hadden we er wellicht beter uitgekomen wanneer er meer energie was gestoken in de verdediging maar we zijn er voor AL onze bewoners en niet om tijd te verspillen aan het voor eigen advocaat spelen en te reageren op aantijgingen die kant noch wal raken en volledig buiten de waarheid zijn. Gelukkig ook dat wij wel doorzetten en niet afhaken wanneer we denken dat het moeite gaat kosten en/of ons mogelijk schade oplevert of wanneer er bedreigd wordt met een klacht en aangifte. Jammer ook dat een geschillencommissie enkel de klacht behandelt en niet verder kijkt naar de essentie van waar het allemaal om begon namelijk een jongeman die goede en eerlijke zorg en vertegenwoordiging behoeft.

# 7 Acties

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

De actielijst wordt goed gevolgd. Zaken die op orde moeten zijn regelen wij ook zonder dat de actielijst hiervoor een signaal dient af te geven. Dit is reeds lang ingebed in de bedrijfsvoering. De manager Processen en Kwaliteit volgt deze op. Uiteraard zijn wij bij bijscholingen/opleidingen, keuringen en inspecties wel afhankelijk van de mogelijkheden van externe partijen en kan de deadline hierdoor soms wat verschuiven.

## 8 Doelstellingen

### 8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar

Blijven doen wat we nu doen. Kwalitatief hoogstaande zorg leveren aan een complexe doelgroep met veelal triple problematiek en de nodige co-morbiditeit.

Blij zijn met en samen trots zijn op wat we samen hebben neergezet en niet streven naar meer en groter. Wel streven naar steeds nog beter worden.

24/7 doorbrengen tussen tevreden en gelukkige bewoners samen met tevreden en gelukkige medewerkers.

### 8.2 Doelstellingen voor het komende jaar

Wat betreft onze te leveren zorg willen wij minimaal ons niveau houden en daar waar mogelijk uiteraard verbeteren. Onze bewonerspopulatie willen wij niet vergroten en aldus in ieder geval niet als organisatie gaan groeien en/of aan allerlei uitbreidingen denken.

Het komende jaar gaan wij verder met het technisch en optisch verbeteren van de woonlocaties.

- Hoofdlocatie: -de nieuwe brandmeldcentrale wordt in januari 2026 in gebruik genomen.
  - de aanpassingen tbv de legionellabeheersing zijn begin 2026 afgerond.
  - aanbrengen van de tegelvloer op de verdieping is in april 2026 klaar.
- Nevenlocatie: -de aanpassingen tbv de legionellabeheersing zijn begin 2026 afgerond.
  - vijver is gedempt.
  - tuin wordt opnieuw ingericht.
  - "saloon" welke boven het zwembad is gebouwd laten we afbreken.

### **8.3 Plan van aanpak**

Aangaande de technische en optische verbeteringen het aankomende jaar behoeven er geen concrete stappen te worden gemaakt. De opdrachten zijn uitgezet en worden volgens planning uitgevoerd.

Aangaande de te leveren zorg dienen wij ons te houden aan de afspraken zoals ook beschreven in de werkbeschrijving. Denk aan onder andere intervisies, (verplichte) opleidingen, gedragscode, werkprocessen en inspraakmomenten. Hierin willen wij zaken niet anders aanpakken maar wel waar we dat zien, zaken zo mogelijk aanscherpen en/of verder verbeteren.

# 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 Overzicht opleidingen medewerkers
- 5.5 Uitslag deelnemerstevredenheid
  - Vragenlijst wettelijk vertegenwoordigers
  - Vragenlijst wonen
- 6.6 Uitspraak

## Actielijst

### Voortgang actielijst, afgesloten acties

**Machines en apparatuur jaarlijks controleren door een deskundige. De resultaten van die controle moeten schriftelijk worden vastgelegd. Hoe vaak de arbeidsmiddelen moeten worden onderhouden en gecontroleerd hangt af van het gebruik en de aard ervan. De controles moeten minimaal éénmaal per jaar plaatsvinden. Denk hierbij wel aan arbeidsmiddelen als: zaagmachine kloofmachine boormachine slijpmachine Toelichting: Ladders zijn arbeidsmiddelen die ook gekeurd dienen te worden. Grondoorzaak: organisatorisch Risicoklasse na het nemen van de maatregelen: laag Antwoord wijzigen Risico Risico: veiligheidsrisico door gebreken Risicoklasse: Hoog Afwijkende risicoklasse opgeven Advies Geadviseerde acties: afspraken maken met een bedrijf/deskundige voor jaarlijkse keuring een preventief onderhoudsschema opstellen voor de machines en de apparatuur Overzicht acties Actie plannen Actie Begindatum Einddatum Verantwoordelijke Status een preventief onderhoudsschema opstellen voor de ladders afspraken maken met een bedrijf/deskundige voor jaarlijkse keuring van de ladders**

**Geplande uitvoerdatum:** 30-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 11-08-2025 (Afgerond)

### Herhaling BHV

**Geplande uitvoerdatum:** 01-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 16-06-2025 (Afgerond)

**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):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

**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):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

**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):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

#### **Tevredenheidonderzoek deelnemers**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

#### **Oefening calamiteitenplan**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

#### **Functioneringsgesprekken**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (Afgerond)

#### **Inspraakmoment Cliënten**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 31-12-2025 (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:** 07-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 10-06-2025 (Afgerond)

Vriendelijk verzoek de onlangs aan de werkbeschrijving toegevoegde paragrafen 3.1.1. en 4.1.1. van inhoud te voorzien (zie de recent door het Kwaliteitsbureau verstrekte nieuwsbrieven 65 en 66).

**Geplande uitvoerdatum:** 07-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 10-06-2025 (Afgerond)

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

**Geplande uitvoerdatum:** 01-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 15-04-2025 (Afgerond)

De afspraak voor de praktijktoets t.b.v. de audit is gemaakt op 06-03-2025, 10:00 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:** 06-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 10-04-2025 (Afgerond)

Zorg dat u bewijs met onderbouwing aanlevert waardoor u vrijstelling krijgt voor het melden van uw zorglocaties bij het zorgaanbiedersportaal.

**Geplande uitvoerdatum:** 10-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-04-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Vestigingen gemeld en ingeschreven bij KvK.

Zorg ervoor dat de medicijnen die onder de opiatenwet vallen ook op die wijze gehanteerd wordt. Zie 5.3.3 in de kennisbank voor meer informatie betreffende dit punt. Hoe u de afronding van deze actie hebt vormgegeven, mag u beschrijven in het volgende kwaliteitsjaarverslag bij punt 3.2.

**Geplande uitvoerdatum:** 10-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 11-03-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Aparte lijsten ontvangen van apotheek.

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):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 28-02-2025 (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:** 28-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 28-02-2025 (Afgerond)

#### Actualisatie van de RI&E

**Geplande uitvoerdatum:** 24-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 24-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Rie is op 24-2 2025 door Stigas uitgevoerd maar verslag is nog niet binnengekomen.

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:** 20-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 18-02-2025 (Afgerond)

#### Oefening calamiteitenplan

**Geplande uitvoerdatum:** 27-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)

#### Tevredenheidonderzoek deelnemers

**Geplande uitvoerdatum:** 27-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)

#### **Functioneringsgesprekken**

**Geplande uitvoerdatum:** 27-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)

#### **Evaluatie gesprekken met deelnemers**

**Geplande uitvoerdatum:** 27-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-01-2025 (Afgerond)

#### **Inspraakmoment Cliënten**

**Geplande uitvoerdatum:** 27-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** 11-02-2025 (Afgerond)

#### **Indienen werkbeschrijving voor ST CO.**

**Geplande uitvoerdatum:** 07-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** 10-02-2025 (Afgerond)

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

##### **Herhaling BHV**

**Geplande uitvoerdatum:** 16-06-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

##### **Is vrijwillige zorg maar wel vrijheidsbeperkende maatregelen niet de meest passende typering**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-07-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

Machines en apparatuur jaarlijks controleren door een deskundige. De resultaten van die controle moeten schriftelijk worden vastgelegd. Hoe vaak de arbeidsmiddelen moeten worden onderhouden en gecontroleerd hangt af van het gebruik en de aard ervan. De controles moeten minimaal éénmaal per jaar plaatsvinden. Denk hierbij wel aan arbeidsmiddelen als: zaagmachine kloofmachine boormachine slijpmachine Toelichting: Ladders zijn arbeidsmiddelen die ook gekeurd dienen te worden. Grondoorzaak: organisatorisch Risicoklasse na het nemen van de maatregelen: laag Antwoord wijzigen Risico Risico: veiligheidsrisico door gebreken Risicoklasse: Hoog Afwijkende risicoklasse opgeven Advies Geadviseerde acties: afspraken maken met een bedrijf/deskundige voor jaarlijkse keuring een preventief onderhoudsschema opstellen voor de machines en de apparatuur Overzicht acties Actie plannen Actie Begindatum Einddatum Verantwoordelijke Status een preventief onderhoudsschema opstellen voor de ladders afspraken maken met een bedrijf/deskundige voor jaarlijkse keuring van de ladders

**Geplande uitvoerdatum:** 11-08-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

#### Evaluatie gesprekken met deelnemers

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

#### Inspraakmoment Cliënten

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

#### Functioneringsgesprekken

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

#### Oefening calamiteitenplan

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

#### Tevredenheidonderzoek deelnemers

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

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:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

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:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

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:** 31-12-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

**Actualisatie van de RI&E**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-02-2027  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

**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):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

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

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2028  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

**Audit Begeleiding en Wonen (2 locaties) Rond de audit af voor de uitvoerdatum, bereid u voor op de audit (zie de kennisbank voor het auditprogramma)** [Audit](#)

**Geplande uitvoerdatum:** 01-03-2028  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)

**Actualisatie van de RI&E**

**Geplande uitvoerdatum:** 28-02-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 28-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026  
**Toelichting:** Is in behandeling

**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):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 28-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026

**Actualisatie van de RI&E**

**Geplande uitvoerdatum:** 20-03-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
Wal 35 (2869, sub.)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 23-03-2026 (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:** 23-05-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Wielders en Co (2194)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 25-05-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026