

# Kwaliteitsjaarverslag

januari 2025 - december 2025

## Zorgbureau Flevo Zon B.V. (2408)

Heeft betrekking op de locatie(s):

**Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)**

**Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)**



## 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
Het afgelopen jaar op de zorgboerderij	5
Begeleiding en behandeling Jeugd	5
Dagbesteding Jeugd en Volwassenen	5
Wonen Volwassenen	5
Algemeen	5
2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces	6
Reflectie op het kwaliteitsproces	6
Ontwikkelingen	6
Kwaliteitsproces	6
Professioneel en ondersteunend netwerk	7
2.3 Algemene conclusies	7
3 Deelnemers en medewerkers	10
3.1 Deelnemers	10
<b>Deelnemers</b>	10
3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers	11
<b>Conclusies m.b.t. deelnemers</b>	11
3.3 Personeel	12
Personeel	12
3.4 Stagiairs	13
3.5 Vrijwilligers	14
3.6 Conclusies m.b.t. personeel, stagiairs en vrijwilligers	14
4 Scholing en ontwikkeling	16
4.1 Opleidingsdoelen, opleidingen, trainingen, informatie- en intervisiebijeenkomsten	16
4.2 Opleidingsdoelen komende jaren	20
Opleidingsdoelen komende jaren	20
4.3 Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling	22

Conclusies m.b.t. scholing en ontwikkeling	22
5 Terugkoppeling van deelnemers	24
5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers	24
5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken	26
5.3 Inspraakmomenten	27
5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten	29
5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers	30
5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting	31
6 Meldingen en incidenten	33
6.1 Ongevallen en bijna ongevallen	33
6.2 Medicatie	33
6.3 Agressie	35
6.4 Ongewenste intimiteiten	39
6.5 Strafbare handelingen	40
6.6 Klachten	40
6.7 Conclusies uit meldingen en incidenten	40
7 Acties	43
7.1 Conclusies m.b.t. de actielijst	43
8 Doelstellingen	44
8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar	44
8.2 Doelstellingen voor het komende jaar	44
8.3 Plan van aanpak	45
Overzicht van bijlagen	47
Actielijst	47

# Kwaliteitsjaarverslag

## Bedrijfsgegevens

### Ondernemingsgegevens

Zorgbureau Flevo Zon B.V.

Registratienummer: 2408

Hondsdrif 56, 8219 PW Lelystad

Rechtsvorm Besloten vennootschap (bv) ingeschreven bij Kamer van Koophandel onder nummer 62184822

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

### Locatiegegevens

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

Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58

Registratienummer: 2408

Hondsdrif 58, 8219 PW Lelystad

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: Coöperatie Boer en Zorg

Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60

Registratienummer: 2471, sub.

Hondsdrif 60, 8219 PW Lelystad

Aangesloten bij de Federatie Landbouw en Zorg via: Coöperatie Boer en Zorg

# 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

#### Het afgelopen jaar op de zorgboerderij

##### Begeleiding en behandeling Jeugd

###### Verdere ontwikkeling van drie teams:

Eind 2024 is gestart met een ontwikkeltraject waarbij het team *Begeleiding en behandeling Jeugd* is opgesplitst in drie kleinere, meer gespecialiseerde teams:

- Team Respijt
- Team Individueel
- Team Onder Schooltijd

In 2025 is deze ontwikkeling verder doorgezet en verdiept. De teams zijn volledig ingedeeld en er is structureel ingezet op maandelijkse teamoverleggen, casuïstiekbesprekingen en intervisie. Hierdoor zijn de teams inhoudelijk en organisatorisch verder verstevigd. Gedurende het jaar werden de positieve effecten steeds duidelijker zichtbaar. Teamleden weten beter binnen welk team zij werken, voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor hun begeleidingsvorm en dragen samen de kwaliteit van zorg. Dit heeft geleid tot meer focus, duidelijkheid en onderlinge samenwerking binnen de teams.

###### Nieuwe coördinerend begeleiders:

Aan het begin van 2025 zijn de toenmalige coördinerend begeleiders bij Flevo Zon gestopt. Hiervoor zijn drie nieuwe coördinerend begeleiders aangesteld, ieder gekoppeld aan één van de drie jeugdteams. Deze nieuwe coördinatoren zijn samen met hun eigen team, maar ook in onderlinge afstemming, actief aan de slag gegaan met het verstevigen van de teams en het verhogen van de kwaliteit van zorg.

De kwaliteitsverbetering is onder andere zichtbaar geworden door frequentere overleggen, kortere communicatielijnen met ouders en wettelijk vertegenwoordigers en een gerichte aanpak van de ruimtes, waarbij is ingezet op een meer prikkelarme omgeving.

###### Inzet van persoonlijk begeleiders:

Vanaf het einde van 2024 is gestart met de inzet van persoonlijk begeleiders. Per team zijn circa twee persoonlijk begeleiders aangesteld. Zij zijn verantwoordelijk voor het voeren van evaluatiegesprekken met ouders en/of wettelijk vertegenwoordigers en voor het opstellen en bijstellen van de zorgplannen. Door deze inzet verloopt het zorgproces nu meer gestructureerd en overzichtelijk. Evaluatiegesprekken vinden tijdig plaats en verantwoordelijkheden zijn duidelijk belegd, wat bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van de begeleiding.

##### Dagbesteding Jeugd en Volwassenen

###### Uitbreiding coördinatie:

Voorheen was de coördinerend begeleider van *Wonen Volwassenen* tevens betrokken bij *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen*. Om de werkzaamheden beter behapbaar te houden en de kwaliteit te waarborgen, is hier in 2025 een extra coördinerend begeleider aan toegevoegd. Deze coördinerend begeleider was reeds in dienst bij Flevo Zon in een andere functie.

Samen dragen zij nu zorg voor het totale proces rondom *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen*. De taken zijn duidelijk verdeeld: één coördinerend begeleider richt zich voornamelijk op het personeel, terwijl de andere zich richt op de cliënten van zowel *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* als *Wonen Volwassenen*. Deze verdeling zorgt voor meer overzicht, duidelijkheid en aandacht voor zowel medewerkers als cliënten.

##### Wonen Volwassenen

In 2025 hebben zich binnen *Wonen Volwassenen* geen bijzonderheden voorgedaan.

##### Algemeen

###### Audit keurmerk:

Aan het begin van 2025 heeft een audit plaatsgevonden in het kader van het keurmerk. Deze audit is positief verlopen en heeft geleid

tot het opnieuw behalen van het certificaat. De auditor heeft een aantal aandachtspunten benoemd, welke zijn opgenomen in een actielijst en gedurende het jaar zijn of worden opgepakt.

#### Nieuw roostersysteem:

Begin 2025 is Flevo Zon overgegaan op een nieuw roostersysteem. Deze verandering was in eerste instantie wettelijk voor het personeel, maar al vrij snel bleek dat het systeem goed werd begrepen en gebruikt. Tegelijkertijd is gestart met het werken volgens de jaarurensystematiek (JUS). Ook dit vergde gewenning. Gedurende het jaar zijn hierin stappen gezet en wordt er nog dagelijks gewerkt aan verdere optimalisatie en aandachtspunten.

#### Nieuw salarissysteem:

Daarnaast is begin 2025 een nieuw salarissysteem geïmplementeerd. Dit systeem werkt meer geautomatiseerd, waardoor het minder foutgevoelig is. Inmiddels is het personeel hieraan gewend en verloopt de salarisverwerking naar tevredenheid.

## 2.2 Reflectie op het kwaliteitsproces

### Reflectie op het kwaliteitsproces

#### Ontwikkelingen

##### Zorgaanbod:

In 2025 hebben er geen inhoudelijke wijzigingen plaatsgevonden in het zorgaanbod van Flevo Zon. Wel is de in 2024 ingezette uitbreiding van het aantal cliënten binnen *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* verder doorgezet. Deze groei heeft zich in 2025 gestabiliseerd, waardoor de bezetting op dit moment nagenoeg optimaal is. De uitbreiding is zorgvuldig vormgegeven, met blijvende aandacht voor kwaliteit, draagkracht van het team en passende begeleiding voor iedere cliënt.

##### Situatie op de zorgboerderij:

In 2025 is ingezet op het verbeteren van de fysieke omgeving binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd*. Diverse begeleidingsruimtes zijn aangepakt door het plaatsen van nieuw meubilair en een meer prikkelarme inrichting. Deze aanpassingen dragen bij aan rust, overzicht en een veilig pedagogisch klimaat voor de jeugdigen.

In 2026 wordt deze lijn voortgezet door de woonkamer van *Wonen Volwassenen* op te knappen, met als doel ook daar een prettige, veilige en ondersteunende leefomgeving te blijven bieden.

##### Financiering van de zorg:

In de financiering van de zorg is geen wijziging opgetreden in de wijze van bekostiging. Wel wordt ervaren dat het proces rondom het aanvragen en verkrijgen van beschikkingen en indicaties meer tijd in beslag neemt en langer op zich laat wachten. Dit vraagt om flexibiliteit in de planning en goede afstemming met betrokken partijen. Flevo Zon blijft hierin alert en zoekt actief naar mogelijkheden om dit proces zo zorgvuldig mogelijk te blijven volgen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

#### Kwaliteitsproces

##### Audit en inzichten uit het kwaliteitsproces:

In 2025 heeft opnieuw een audit plaatsgevonden in het kader van het keurmerk. Deze audit is positief verlopen en heeft geleid tot voortzetting van de certificering. Naar aanleiding van de audit zijn diverse aandachtspunten benoemd, die zijn vastgelegd in een actielijst en onderdeel zijn geworden van het doorlopende kwaliteitsproces. De voortgang op deze actiepunten wordt structureel gemonitord en besproken.

De actiepunten hebben Flevo Zon waardevolle inzichten opgeleverd, met name op het gebied van zorgvuldige dossiervorming, medicatieveiligheid, vrijheidsbepalende maatregelen en professionele grenzen in de begeleiding.

Zo heeft de audit geleid tot een aanscherping van het medicatieproces. Er is extra aandacht besteed aan het opvragen en vastleggen van actuele medicatieoverzichten wanneer gegevens niet rechtstreeks worden overgenomen uit het systeem van de apotheek. Dit heeft het inzicht versterkt dat heldere vastlegging en actuele informatie essentieel zijn voor veilige zorg.

Ook is het belang van zorgvuldige en eenduidige dossiervorming benadrukt. Zo is de dossiervorming rondom de aandachtfunctionaris meldcode huiselijk geweld opgenomen in de afgeschermd dossiergegevens. Dit draagt bij aan privacybescherming en duidelijke verantwoordelijkheden binnen het zorgproces.

Verder heeft de audit geleid tot reflectie op het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen en fysiek ingrijpen. De werkbeschrijvingen zijn aangescherpt, waarbij expliciet is vastgelegd dat Flevo Zon geen onvrijwillige zorg levert, maar dat in uitzonderlijke situaties wel vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast. Hierbij is vastgelegd dat fysiek ingrijpen altijd zo terughoudend en kort mogelijk plaatsvindt. Dit heeft het bewustzijn binnen het team vergroot over proportionaliteit, subsidiariteit en zorgvuldige afwegingen in de dagelijkse praktijk.

Daarnaast is het inzicht versterkt dat maatregelen regelmatig geëvalueerd moeten worden. Met ouders wordt periodiek besproken of ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen nog noodzakelijk zijn of kunnen worden afgeschaald. Dit past bij de visie van Flevo Zon om voortdurend te blijven kijken naar wat nodig is en wat afgebouwd kan worden.

Tot slot hebben de actiepunten geleid tot het verder uitwerken van richtlijnen rondom één-op-één contact tussen begeleider en deelnemer, het vaststellen van mogelijke exclusiecriteria bij terugkerend excessief gedrag en het beschrijven van de werkwijze wanneer herhaaldelijk fysiek moet worden ingegrepen bij dezelfde deelnemer(s). Deze stappen hebben bijgedragen aan meer duidelijkheid, voorspelbaarheid en professionele kaders voor medewerkers.

## **Professioneel en ondersteunend netwerk**

### Bezoeken en toezicht:

In 2024 heeft bij Flevo Zon een PRISMA-onderzoek plaatsgevonden naar aanleiding van een incident dat zich heeft voorgedaan binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd*. Dit incident is conform de geldende richtlijnen gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het PRISMA-onderzoek is ingezet om inzicht te krijgen in de achterliggende oorzaken en om gericht verbetermaatregelen te kunnen treffen.

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek is in samenspraak met *Coöperatie Boer en Zorg* een plan van aanpak opgesteld, waarin concrete verbeterpunten zijn geformuleerd. In 2025 heeft Flevo Zon zich volledig ingezet op de uitvoering en afronding van deze actiepunten.

De verbeterpunten waren onder andere gericht op:

- het werken met kleinere, meer gespecialiseerde teams binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd*;
- het verhogen van de frequentie van teamoverleggen en casuïstiekbesprekingen;
- de structurele inzet van de gedragsdeskundige bij aanmeldingen en gedurende het begeleidingstraject;
- het verhogen van het toezicht;
- het verbeteren van de bereikbaarheid.

Alle actiepunten zijn in 2025 afgerond. Op basis hiervan heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd de melding positief afgesloten en heeft *Coöperatie Boer en Zorg* de intensieve betrokkenheid afgeschaald. Dit bevestigt dat de ingezette verbetermaatregelen hebben bijgedragen aan het versterken van de kwaliteit en veiligheid van zorg binnen Flevo Zon.

## **2.3 Algemene conclusies**

### **Algemene conclusies**

#### **3.1 Het afgelopen jaar op de zorgboerderij**

##### Welke ontwikkelingen hebben veel invloed gehad:

Het jaar 2025 stond grotendeels in het teken van organisatorische versteviging, kwaliteitsborging en het afronden van verbetertrajecten.

##### Doorontwikkeling van drie gespecialiseerde jeugdteams:

De opsplitsing van *Begeleiding en behandeling Jeugd* in drie kleinere teams (Respijt, Individueel en Onder Schooltijd) is in 2025 volledig doorgezet. Door structurele maandelijkse teamoverleggen, casuïstiekbesprekingen en intervisie zijn de teams inhoudelijk en organisatorisch versterkt. Medewerkers ervaren meer duidelijkheid over hun rol en voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

#### Nieuwe coördinerend begeleiders:

Begin 2025 zijn drie nieuwe coördinerend begeleiders gestart. Dit bracht aanvankelijk een overgangperiode met zich mee, maar heeft uiteindelijk geleid tot kortere communicatielijnen, betere afstemming met ouders en wettelijk vertegenwoordigers en meer sturing op kwaliteit.

#### Inzet van persoonlijk begeleiders:

Per team zijn persoonlijk begeleiders aangesteld. Hierdoor verlopen evaluaties tijdiger en zijn verantwoordelijkheden rondom zorgplannen helder belegd. Dit heeft bijgedragen aan meer structuur en continuïteit in het zorgproces.

#### Uitbreiding coördinatie Dagbesteding:

Binnen *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* is een extra coördinerend begeleider aangesteld, waardoor taken beter verdeeld zijn tussen personeels- en cliëntgerichte verantwoordelijkheden. Dit heeft geleid tot meer overzicht en gerichte aandacht.

#### Audit en professionalisering:

De audit in het kader van het keurmerk is positief verlopen. De benoemde aandachtspunten zijn opgenomen in het kwaliteitsproces en hebben geleid tot concrete verbeteringen op het gebied van dossiervorming, medicatieveiligheid en professionele kaders.

#### Implementatie nieuwe systemen:

De invoering van een nieuw roostersysteem, de jaarurensystematiek en een nieuw salarissysteem vergde gewenning, maar heeft uiteindelijk geleid tot meer efficiëntie en minder foutgevoeligheid.

#### Wat hebben wij hiervan geleerd:

- Dat kleinere, gespecialiseerde teams zorgen voor meer eigenaarschap en kwaliteit.
- Dat structurele overlegmomenten essentieel zijn voor een lerende organisatie.
- Dat veranderingen in organisatie en systemen tijd vragen en begeleiding behoeven.
- Dat kwaliteitsverbetering gebaat is bij duidelijke taakverdeling en vastgelegde werkprocessen.
- Dat grote strategische doelen alleen haalbaar zijn wanneer zij worden vertaald naar concrete en gefaseerde jaarplannen.

### **3.2 Reflectie op het kwaliteitsproces**

#### Tevredenheid over de kwaliteit en het kwaliteitssysteem:

Flevo Zon is tevreden over de ontwikkeling van de kwaliteit in 2025. De positieve audit en het opnieuw behalen van het keurmerk bevestigen dat het kwaliteitssysteem actief en zorgvuldig wordt toegepast.

Het kwaliteitssysteem functioneert niet als administratieve verplichting, maar als sturingsinstrument voor verbetering. Actiepunten worden vastgelegd, gemonitord en besproken binnen teams.

#### Werkt de kwaliteitscyclus en wat levert dit op:

Ja, de kwaliteitscyclus werkt. Het levert op:

- Structurele monitoring van verbeterpunten
- Aanscherping van het medicatieproces
- Verbeterde dossiervorming en privacyborging
- Helderere kaders rondom vrijheidsbeperkende maatregelen
- Regelmatige evaluatie met ouders
- Verhoogd professioneel bewustzijn binnen teams

Daarnaast heeft de opvolging van het PRISMA-onderzoek geleid tot versterking van toezicht, bereikbaarheid en teamstructuur.

### Wat gaan wij doen om dit effectiever te maken:

- Doelstellingen concreter en realistischer formuleren (gefaseerd en meetbaar);
- De kwaliteitscyclus explicieter koppelen aan kwartaalreflecties;
- Verdere borging van richtlijnen rondom professionele grenzen;
- Blijven investeren in deskundigheidsbevordering;
- Verdere optimalisatie van werkprocessen en systemen.

### **Tevredenheid over het ondersteunend netwerk**

Flevo Zon is tevreden over het professioneel en ondersteunend netwerk. Na het PRISMA-onderzoek in 2024 is in samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Coöperatie Boer en Zorg een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd. In 2025 zijn alle actiepunten afgerond. De melding is positief afgesloten en de intensieve betrokkenheid is afgeschaald. Dit bevestigt dat het netwerk kritisch, ondersteunend en constructief meedenkt in kwaliteitsverbetering.

### **Doelstellingen vorig jaar en evaluatie**

#### Doel 1 – Verdere implementatie lerende werkwijze:

Niet volledig behaald.

Hoewel er duidelijke stappen zijn gezet in teamontwikkeling en overlegstructuur, is de verdere implementatie van de lerende werkwijze nog niet planmatig doorgevoerd zoals beoogd.

#### Doel 2 – Implementatie/verstevinging methodiek zelfstandigheid:

Niet behaald.

Door de organisatorische focus op stabilisatie, teamverstevinging en kwaliteitsborging is de verdere implementatie van deze methodiek nog niet voldoende van de grond gekomen.

#### Doel 3 – Onderscheidend op het gebied van positieve gezondheid:

Gedeeltelijk behaald.

Er zijn stappen gezet in visie, pedagogisch klimaat en fysieke omgeving, maar de positionering als onderscheidende organisatie op dit gebied is nog niet volledig uitgewerkt of meetbaar gemaakt.

De doelstellingen van 2025 waren ambitieus en passend binnen het vijfjarenplan, maar bleken in deze omvang niet haalbaar binnen één kalenderjaar. 2025 heeft vooral in het teken gestaan van stabilisatie, borging en versterking van randvoorwaarden/processen.

## 3 Deelnemers en medewerkers

### 3.1 Deelnemers

#### Deelnemers

##### Begeleiding en behandeling Jeugd:

- Het aantal deelnemers waarmee het jaar is gestart: 105 cliënten.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar erbij is gekomen: 32 cliënten.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar is vertrokken: 55 cliënten.
- Het aantal deelnemers aan het einde van het jaar: 82 cliënten.
- Totaal aantal deelnemers: 82 cliënten.
- Redenen van uitstroom: De redenen van uitstroom zijn gericht op doorstroom naar een vervolgplek, terug naar school en/of wegname van de zorgvraag.
- Eventuele aanpassingen: Er hebben geen aanpassingen plaatsgevonden.
- Wijze van zorg:
  - Begeleiding en/of wonen: Er wordt aan één jeugdige in de vorm van crisis wonen geboden. Voor de verdere jeugdigen in zorg geldt dat zij bij Flevo Zon komen voor begeleiding.
  - Zorgzwaarte: Wij bieden begeleiding aan jeugdigen met een indicatie vanuit de Jeugdwet en vanuit de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 7).
  - Begeleidingsvorm: Wij bieden groepsbegeleiding, individuele begeleiding en ambulante begeleiding.

##### Dagbesteding Jeugd en Volwassenen:

- Het aantal deelnemers waarmee het jaar is gestart: 27 cliënten.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar erbij is gekomen: 11 cliënten.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar is vertrokken: 7 cliënten.
- Het aantal deelnemers aan het einde van het jaar: 31 cliënten.
- Totaal aantal deelnemers: 31 cliënten.
- Redenen van uitstroom: De redenen van uitstroom zijn gericht op doorstroom naar een vervolgplek/baan, terug naar school, verhuizing en de dagbesteding voldeed toch niet aan de behoefte/zorgvraag.
- Eventuele aanpassingen: Er hebben geen aanpassingen plaatsgevonden.
- Wijze van zorg:
  - Begeleiding en/of wonen: Er wordt begeleiding geboden.
  - Zorgzwaarte: Wij bieden begeleiding aan jeugdigen met een indicatie vanuit de Jeugdwet en vanuit de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 7), volwassenen met een indicatie vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning en vanuit de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 7).
  - Begeleidingsvorm: Wij bieden groepsbegeleiding en individuele begeleiding.

##### Wonen Volwassenen:

- Het aantal deelnemers waarmee het jaar is gestart: 12 cliënten.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar erbij is gekomen: 1 cliënt.
- Het aantal deelnemers dat in de loop van het jaar is vertrokken: 2 cliënten.
- Het aantal deelnemers aan het einde van het jaar: 11 cliënten.
- Totaal aantal deelnemers: 11 cliënten.
- Redenen van uitstroom: De redenen van uitstroom zijn gericht op doorstroom naar een verzorgingstehuis en de woonplek voldeed niet aan de verwachtingen.
- Eventuele aanpassingen: Er hebben geen aanpassingen plaatsgevonden.
- Wijze van zorg:
  - Begeleiding en/of wonen: Er wordt wonen geboden.
  - Zorgzwaarte: Wij bieden wonen aan volwassenen met een indicatie vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning en vanuit de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 6 en GGZ1 t/m 3).

## 3.2 Conclusies m.b.t. deelnemers

### Conclusies m.b.t. deelnemers

#### Conclusies:

Binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd* is sprake van een duidelijke doorstroom. De uitstroom (55) ligt hoger dan de instroom (32), waardoor het totaal aantal cliënten is afgenomen van 105 naar 82. De uitstroom vond voornamelijk plaats vanwege succesvolle afronding van trajecten (doorstroom naar vervolgplek, terugkeer naar school of afname van de zorgvraag).

Bij *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* is sprake van lichte groei (van 27 naar 31 cliënten). De instroom (11) overtreft de uitstroom (7), wat duidt op een stabiel en passend aanbod.

Binnen *Wonen Volwassenen* is het aantal cliënten licht gedaald (van 12 naar 11). De uitstroom had een logische oorzaak (doorstroom naar verzorgingstehuis) of betrof een situatie waarin de woonvorm niet volledig aansloot bij de verwachtingen.

Over het geheel genomen is sprake van een stabiele cliëntenpopulatie met natuurlijke doorstroom, passend bij de aard van onze begeleidingstrajecten.

#### Passendheid bij het zorgaanbod:

De deelnemerspopulatie sluit aan bij het vastgestelde zorgaanbod en de afgegeven indicaties:

- Jeugdigen met een indicatie vanuit de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 7).
- Volwassenen met een indicatie vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg (VG3 t/m 7 en GGZ1 t/m 3).
- Begeleiding wordt geboden in groepsverband, individueel en ambulante. Daarnaast is in één situatie crisiswonen ingezet.

De uitstroomredenen bevestigen dat trajecten in de meeste gevallen doelgericht en conform plan zijn afgerond.

#### Ontwikkelingen en leerpunten:

In 2025 is zichtbaar gebleven dat:

- De zorgvraag van jeugdigen dynamisch is en periodieke herijking van doelen noodzakelijk blijft.
- Zorgvuldige intake en heldere verwachtingen bij start van wonen van groot belang zijn.
- Dagbesteding een belangrijke ontwikkel- en doorstroomfunctie vervult richting onderwijs en arbeid.
- Flexibiliteit in begeleidingsvormen essentieel is om maatwerk te kunnen blijven bieden.

#### Doorgevoerde acties:

Er zijn geen structurele wijzigingen in het zorgaanbod doorgevoerd. Wel is blijvend ingezet op:

- Zorgvuldige intake en duidelijke afstemming van verwachtingen.
- Tijdige evaluatie van trajecten.
- Actieve samenwerking met ketenpartners ter bevordering van doorstroom.

#### Vooruitblik 2026:

Voor het komende jaar richten wij ons op:

- Structurele monitoring van zorgzwaarte en passende inzet van begeleiding.
- Intensivering van samenwerking met onderwijs, werkvoorzieningen en vervolgzorg.
- Borging van kwaliteit en maatwerk binnen alle begeleidingsvormen.

### 3.3 Personeel

#### Personeel

##### Stabiliteit:

###### *Personeel*

In 2025 hebben zich enkele wijzigingen voorgedaan binnen het personeelsbestand. Er zijn medewerkers uit dienst gegaan en nieuwe medewerkers ingestroomd. Er is geen sprake geweest van een extreem personeelsverloop en over het geheel genomen kan worden gesproken van een redelijk stabiel team.

Wel was er gedurende een deel van het jaar sprake van een personeelstekort. Hier is actief op gestuurd door het werven en aanstellen van nieuwe medewerkers. Deze inzet heeft ertoe geleid dat Flevo Zon eind 2025 beschikte over voldoende personeelsleden om te kunnen voldoen aan de verschillende zorgvragen binnen de organisatie.

###### *Inhuur*

Voor het vervoer van cliënten wordt gewerkt met twee vaste krachten via een extern bedrijf. Dit aantal is in 2025 stabiel gebleven. De continuïteit binnen deze vorm van inhuur draagt bij aan voorspelbaarheid en duidelijkheid voor zowel cliënten als medewerkers.

##### Functionerings- en ontwikkelingsgesprekken:

###### *Personeel*

Met ieder personeelslid vindt halfjaarlijks een ontwikkelingsgesprek plaats. In 2025 is, mede door de invoering van een nieuw salarissysteem, het proces rondom deze gesprekken verder geautomatiseerd. Het systeem genereert tijdig een melding richting de leidinggevende wanneer een ontwikkelingsgesprek dient plaats te vinden. Hierdoor is het proces overzichtelijker geworden en hebben alle geplande gesprekken ook daadwerkelijk plaatsgevonden.

###### *Inhuur*

Ook met de twee ingehuurde krachten hebben in het afgelopen jaar tweemaal ontwikkelingsgesprekken plaatsgevonden. Hiermee blijft er aandacht voor afstemming, kwaliteit en samenwerking, ondanks dat zij niet in loondienst zijn bij Flevo Zon.

##### Ontwikkelingen:

Een belangrijke ontwikkeling in 2025 is de invoering van het nieuwe roostersysteem, zoals eerder beschreven. Dit systeem brengt verbeteringen met zich mee, maar vraagt tegelijkertijd nog om aandacht en verdere optimalisatie. De invoering vergt flexibiliteit van zowel medewerkers als planners. Achter de schermen wordt hier actief aan gewerkt.

Met name rondom het roostersysteem zijn er vanuit het team feedbackpunten gedeeld. Om het proces rondom roosteren en de jaarurensystematiek (JUS) verder te verduidelijken en te borgen, zal in 2026 een roosterbeleid worden opgesteld en gedeeld. Hierin worden afspraken, kaders en werkwijzen vastgelegd, zodat voor iedereen duidelijk is wat er wordt verwacht en hoe het systeem wordt gehanteerd.

### 3.4 Stagiairs

#### Stagiairs

Aantal stagiairs:

<b>Begeleiding en behandeling Jeugd</b>			
<b>Jaar</b>	<b>Aantal</b>	<b>Opleidingen</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
2024-2025	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBO Pers. Begeleider specifieke doelgroepen niveau 4</li> <li>MBO Maatschappelijke zorg niveau 4</li> <li>MBO Sociaal werk niveau 4</li> <li>HBO Social work</li> </ul>	Een vast aantal uur per week meelopen bij afdeling 'Begeleiding en behandeling Jeugd' en schoolopdrachten uitvoeren onder begeleiding van de stagebegeleider.
2025-2026	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBO Pers. Begeleider specifieke doelgroepen niveau 4</li> <li>MBO Maatschappelijke zorg niveau 4</li> <li>MBO Sociaal werk niveau 4</li> <li>HBO Social work</li> </ul>	
<b>Dagbesteding Jeugd en Volwassenen</b>			
<b>Jaar</b>	<b>Aantal</b>	<b>Opleidingen</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
2024-2025	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBO Assistent dienstverlening niveau 2</li> </ul>	Een vast aantal uur per week meelopen bij afdeling 'Dagbesteding Jeugd en Volwassenen' en schoolopdrachten uitvoeren onder begeleiding van de stagebegeleider.
2025-2026	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBO Assistent dienstverlening niveau 2</li> <li>MBO Pers. Begeleider specifieke doelgroepen niveau 4</li> </ul>	
<b>Wonen Volwassenen</b>			
<b>Jaar</b>	<b>Aantal</b>	<b>Opleidingen</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden</b>
2024-2025	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>MBO Pers. Begeleider specifieke doelgroepen niveau 4</li> <li>MBO Maatschappelijke zorg niveau 4</li> </ul>	Een vast aantal uur per week meelopen bij afdeling 'Wonen Volwassenen' en schoolopdrachten uitvoeren onder begeleiding van de stagebegeleider.
2025-2026	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>HBO Toegepaste psychologie</li> </ul>	

Vormgeving begeleiding:

Iedere stagiair heeft een vaste stagebegeleider. Minimaal één keer per maand vindt er een begeleidingsgesprek plaats waarin de voortgang van opdrachten en het verloop van de stage worden besproken. Indien nodig worden deze gesprekken met een hogere frequentie ingepland.

Ontwikkelingen:

Binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd* is opnieuw gekeken naar de beschikbare plekken en de inzet van begeleiders. Hieruit bleek dat er ruimte was om meer stageplaatsen aan te bieden. Op basis hiervan is het aantal stagiairs voor het schooljaar 2025-2026 verhoogd.

## 3.5 Vrijwilligers

### Vrijwilligers

Aantal vrijwilligers:

Begeleiding en behandeling Jeugd		
Aantal	Uren	Taken en verantwoordelijkheden
1	2 uren	Zwemmen met een in crisis wonende jeugdige.
Dagbesteding Jeugd en Volwassenen		
Aantal	Uren	Taken en verantwoordelijkheden
6	1. 8 uren 2. 16 uren 3. 8 uren 4. 4 uren 5. 4 uren 6. 4 uren	Verzorging van de dieren en klussen op/rondom het terrein.

Vormgeving begeleiding:

Vrijwilligers maken op de werkvloer deel uit van een team. De teamleider fungeert als eerste aanspreekpunt voor dagelijkse zaken. Daarnaast is er een coördinator verantwoordelijk voor de overkoepelende aansturing, de coördinatie van de vrijwilligers en het voeren van gesprekken.

Evaluatiegesprekken:

Met iedere vrijwilliger heeft in 2025 één evaluatiegesprek plaatsgevonden.

Stabiliteit:

Het team van vrijwilligers is in 2025 als redelijk tot zeer stabiel te typeren.

Ontwikkelingen:

Er hebben in 2025 geen specifieke ontwikkelingen plaatsgevonden binnen het vrijwilligersbeleid.

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

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

Conclusies:

#### *Personeel*

In 2025 is sprake geweest van een redelijk stabiel personeelsbestand. Hoewel er gedurende een deel van het jaar een personeelstekort is geweest, is hier actief op gestuurd door werving en uitbreiding van het team. Eind 2025 beschikte de organisatie over voldoende personeelsleden om de verschillende zorgvragen adequaat te kunnen beantwoorden.

De structurele inzet van twee vaste externe krachten voor cliëntvervoer draagt bij aan continuïteit en voorspelbaarheid.

De implementatie van het nieuwe salaris- en roostersysteem heeft geleid tot verdere professionalisering van processen, met name rondom ontwikkelingsgesprekken en planning.

### *Stagiairs*

Het aantal stagiairs binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd* is aanzienlijk toegenomen (van 6 naar 16). Dit is een bewuste keuze geweest op basis van beschikbare begeleidingscapaciteit. Binnen de andere afdelingen is het aantal stagiairs beperkt en passend bij de begeleidingsmogelijkheden.

### *Vrijwilligers*

Het vrijwilligersbestand is stabiel. Vrijwilligers leveren een waardevolle bijdrage, met name binnen dagbesteding (dierenverzorging en terreinonderhoud) en individuele ondersteuning (zwemmen met een jeugdige in crisisopvang).

### Leerpunten:

In 2025 hebben wij geleerd dat:

- Tijdige werving essentieel is om personeelstekorten te voorkomen.
- Automatisering van HR-processen (ontwikkelingsgesprekken) bijdraagt aan borging van kwaliteit en overzicht.
- De implementatie van een nieuw roostersysteem zorgvuldige begeleiding en duidelijke communicatie vraagt.
- Uitbreiding van stageplaatsen alleen verantwoord is wanneer er voldoende begeleidingscapaciteit beschikbaar is.
- Structurele aandacht voor vrijwilligers (o.a. evaluatiegesprekken) bijdraagt aan stabiliteit en betrokkenheid.

### Doorgevoerde veranderingen:

Naar aanleiding van bovenstaande ontwikkelingen zijn de volgende acties ondernomen:

- Actieve werving van nieuwe medewerkers om het personeelstekort op te lossen.
- Implementatie en automatisering van het systeem voor ontwikkelingsgesprekken.
- Invoering van een nieuw roostersysteem.
- Opschaling van het aantal stageplaatsen binnen Begeleiding en behandeling Jeugd.
- Borging van evaluatiemomenten met zowel personeel als ingehuurd krachten en vrijwilligers.

### Wat gaat nog gebeuren:

Voor 2026 zetten wij in op:

- Het opstellen en implementeren van een helder roosterbeleid inclusief kaders rondom de jaarurensystematiek (JUS).
- Verdere optimalisatie van het roostersysteem op basis van teamfeedback.
- Blijvende monitoring van personeelsbezetting in relatie tot zorgzwaarte.
- Borging van deskundigheidsbevordering via halfjaarlijkse ontwikkelingsgesprekken.
- Zorgvuldige afstemming van het aantal stageplaatsen op beschikbare begeleidingscapaciteit.
- Continuering van structurele begeleiding en evaluatie van vrijwilligers.

### Bevoegd en bekwaam personeel:

Flevo Zon beschikt over voldoende bevoegd en bekwaam personeel om deelnemers verantwoord te begeleiden.

- Medewerkers zijn opgeleid op MBO- en HBO-niveau passend bij de doelgroep en beschikken over relevante diploma's (o.a. Maatschappelijke Zorg, Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen, Sociaal Werk en Social Work).
- Er wordt gewerkt met indicaties vanuit de Jeugdwet, Wmo en Wlz (VG en GGZ), waarbij de deskundigheid van medewerkers aansluit bij de zorgzwaarte van de deelnemers.
- Ontwikkelingsgesprekken vinden structureel plaats en deskundigheid wordt actief gemonitord.
- Ook ingehuurd krachten worden betrokken in evaluatie- en ontwikkelgesprekken.

Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat de personele bezetting zowel kwantitatief als kwalitatief aansluit bij de zorgvraag van de deelnemers.

# 4 Scholing en ontwikkeling

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

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

#### Begeleiding en behandeling Jeugd

##### Opleidingsdoelen 2025:

De opleidingsdoelen voor 2025 waren:

1. Het structureel verhogen van kennis en kunde rondom seksueel gezond gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag.
2. Het structureel versterken van kennis binnen de eigen specialisatie.
3. Het verdiepen van professioneel handelen door middel van casuïstiek- en intervisiebesprekingen.
4. Het borgen van jaarlijks terugkerende verplichte scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).

Realisatie:

- De training gericht op hechtingsproblematiek (januari 2025) is uitgevoerd.
- De training seksueel gezond gedrag (maart 2025) is uitgevoerd.
- Casuïstiek en intervisie hebben maandelijks plaatsgevonden.
- De vaste scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie) zijn gevolgd conform planning.
- Scholing gericht op de eigen specialisatie is ingezet, maar het totale scholingsprogramma is nog in ontwikkeling en nog niet volledig geformaliseerd.

Conclusie: De belangrijkste opleidingsdoelen zijn grotendeels behaald. De verdere structurele uitwerking van het scholingsprogramma blijft een ontwikkelpunt voor 2026.

##### Opleidings- en ontwikkelingsactiviteiten 2025:

De volgende activiteiten hebben plaatsgevonden:

##### *Training hechtingsproblematiek (januari 2025)*

- Onderwerp: hechtingsproblematiek bij jeugdigen.
- Doelgroep: team Begeleiding en behandeling Jeugd.
- Leerdoel: vergroten van inzicht in hechtingsstijlen en het verbeteren van begeleidingsvaardigheden bij jeugdigen met hechtingsproblematiek.

##### *Training seksueel gezond gedrag (maart 2025)*

- Onderwerp: seksueel gezond gedrag en signalering/hantering van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Doelgroep: Coördinatoren en persoonlijk begeleiders team Begeleiding en behandeling Jeugd.
- Leerdoel: vergroten van handelingsbekwaamheid in signalering, preventie en begeleiding bij (vermoedens van) seksueel grensoverschrijdend gedrag.

##### *Casuïstiek en intervisie (maandelijks)*

- Onderwerp: praktijkcasussen uit de dagelijkse begeleiding.
- Doelgroep: team Begeleiding en behandeling Jeugd.
- Leerdoel: reflectie op professioneel handelen, kennisdeling en gezamenlijke besluitvorming.

##### *Scholing eigen specialisatie (doorlopend)*

- Onderwerpen o.a.: agressie, Wet langdurige zorg, trauma.
- Leerdoel: verdieping van specialistische kennis passend bij de doelgroep.

### *Vaste scholingen*

- Medicatie
- BHV
- Veilige Zorg
- Epilepsie

Leerdoel: borging van veiligheid, bevoegdheid en actuele vakbekwaamheid.

#### Is de scholing met goed gevolg afgerond:

De gevolgde trainingen en vaste scholingen zijn afgerond conform planning. Medewerkers hebben hieraan deelgenomen en blijven bevoegd en bekwaam binnen hun functie. Verplichte scholingen zijn tijdig gevolgd en herhaald waar nodig.

#### Niet behaalde opleidingsdoelen:

Het scholingsprogramma is inhoudelijk uitgevoerd, maar nog niet volledig geformaliseerd in een vaststaand, meerjarig scholingsplan per team. Dit punt blijft staan als ontwikkeldoel voor 2026.

#### Evaluatie kennis en vaardigheden:

Op basis van de gevolgde scholing, intervisie en vaste bijscholingen kan worden geconcludeerd dat er voldoende kennis en vaardigheden binnen het team aanwezig zijn om de doelgroep verantwoord te begeleiden.

Tegelijkertijd blijft aanvullende scholing nodig op het gebied van:

- Seksueel gezond gedrag (verdere verdieping en borging)
- Specialistische thema's passend bij de doelgroep (trauma, agressie, wet- en regelgeving)
- Structurele kennisborging via een vast scholingsplan

### **Dagbesteding Jeugd en Volwassenen**

#### Opleidingsdoelen 2025:

De opleidingsdoelen voor 2025 waren:

1. Het op peil houden van kennis en vaardigheden binnen het team.
2. Versterking van deskundigheid in de omgang met deelnemers met autisme.
3. Versterking van deskundigheid in de begeleiding van deelnemers met GGZ-problematiek.
4. Borging van terugkerende verplichte scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).
5. Structurele reflectie via casuïstiek en intervisie.

Realisatie:

- Eén dagdeel scholing gericht op autisme is uitgevoerd.
- Twee dagdelen scholing gericht op GGZ-problematiek hebben plaatsgevonden.
- Casuïstiek en intervisie vonden eens per zes weken plaats.
- De vaste scholingen zijn gevolgd conform planning.

De inhoudelijke opleidingsdoelen zijn hiermee behaald en de deskundigheid binnen het team is op peil gebleven.

#### Opleidings- en ontwikkelingsactiviteiten 2025:

##### *Scholing GGZ-problematiek (twee dagdelen per jaar)*

- Onderwerpen: signalering, omgang met psychiatrische problematiek, begrenzing en begeleiding.
- Leerdoel: vergroten van handelingsbekwaamheid bij deelnemers met GGZ-problematiek.

##### *Scholing autisme (één dagdeel per jaar)*

- Onderwerpen: kenmerken van autisme, communicatie, prikkelverwerking en structuur bieden.

- Leerdoel: beter aansluiten bij ondersteuningsbehoeften en vergroten van voorspelbaarheid.

#### *Casuïstiek en intervisie (eens per zes weken)*

- Leerdoel: reflectie op professioneel handelen en gezamenlijke kwaliteitsverbetering.

#### *Vaste scholingen*

- Medicatie
- BHV
- Veilige Zorg
- Epilepsie

Leerdoel: borging van veiligheid en bevoegdheid.

De scholingen zijn conform planning uitgevoerd en met goed gevolg afgerond.

#### Is de scholing met goed gevolg afgerond:

Ja. De in 2025 geplande scholingsactiviteiten zijn met goed gevolg afgerond.

- De scholingsdagdelen gericht op GGZ-problematiek (twee per jaar) en autisme (één per jaar) zijn uitgevoerd en door het team gevolgd.
- De terugkerende verplichte scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg en epilepsie) zijn conform planning gevolgd, waardoor medewerkers bevoegd en bekwaam zijn gebleven.
- Deelname aan casuïstiek en intervisie is structureel geborgd (eens per zes weken) en vastgelegd binnen het teamoverleg.

Er zijn geen scholingen voortijdig afgebroken of niet afgerond. De leerdoelen van de gevolgde scholingen zijn behaald in die zin dat medewerkers de opgedane kennis toepassen in de praktijk en deze onderwerpen terugkomen in evaluatie- en intervisiemomenten.

Wel is gebleken dat, ondanks het succesvol afronden van de scholing, verdere ontwikkeling nodig blijft op het gebied van:

- het stimuleren van zelfstandigheid bij deelnemers;
- het consequent werken vanuit een vaste dagstructuur.

Deze punten betreffen geen niet-afgeronde scholingen, maar inhoudelijke ontwikkelpunten voor verdere professionalisering in 2026.

#### Niet behaalde opleidingsdoelen:

Hoewel de inhoudelijke scholingsdoelen zijn behaald, zijn er vanuit teamreflectie en intervisie twee duidelijke ontwikkelpunten naar voren gekomen:

##### *Aansturing op zelfstandigheid*

Het team is betrokken en zorgzaam, maar neemt in de praktijk nog regelmatig taken over van deelnemers. Er is een natuurlijke neiging om te 'zorgen voor', terwijl het ontwikkelingsgericht werken vraagt om deelnemers juist ruimte te geven om zelf te oefenen en te groeien.

Het versterken van begeleidingsafstand en het stimuleren van eigen regie blijft daarom een belangrijk ontwikkelpunt voor 2026.

##### *Werken vanuit een vaste dagstructuur*

Er mag consistentere worden gewerkt vanuit een vaststaande dagstructuur. Een duidelijke en eenduidige structuur draagt bij aan voorspelbaarheid, veiligheid en zelfstandigheidsbevordering, met name voor deelnemers met autisme en GGZ-problematiek.

Dit punt is aangemerkt als eerste aandachtspunt bij de start van 2026.

#### Evaluatie kennis en vaardigheden:

Het team beschikt over voldoende inhoudelijke kennis en vaardigheden om de huidige doelgroep passend te begeleiden. De deskundigheid op het gebied van autisme en GGZ-problematiek is aantoonbaar versterkt en geborgd.

Aanvullende ontwikkeling is met name gewenst op het gebied van:

- Methodisch werken gericht op zelfstandigheidsbevordering;
- Coachend begeleiden in plaats van overnemen;
- Consequent werken vanuit een vaste dagstructuur.

Voor 2026 wordt hier gericht aandacht aan besteed, onder andere door teamafspraken te concretiseren, structuur visueel en praktisch te borgen en begeleidingshouding expliciet onderwerp te maken van intervisie en teamontwikkeling.

## **Wonen Volwassenen**

### Opleidingsdoelen 2025:

De opleidingsdoelen voor 2025 waren:

1. Het op peil houden van kennis en vaardigheden binnen het team.
2. Versterking van deskundigheid in de omgang met bewoners met autisme.
3. Versterking van deskundigheid in de begeleiding van bewoners met GGZ-problematiek.
4. Borging van terugkerende verplichte scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).
5. Structurele reflectie via casuïstiek en intervisie.

Realisatie:

- Eén dagdeel scholing gericht op autisme is uitgevoerd.
- Twee dagdelen scholing gericht op GGZ-problematiek hebben plaatsgevonden.
- Casuïstiek en intervisie vonden eens per zes weken plaats.
- De vaste scholingen zijn gevolgd conform planning.

De gestelde opleidingsdoelen zijn hiermee behaald. De kennis en vaardigheden binnen het team zijn op niveau gebleven en waar nodig verdiept.

### Opleidings- en ontwikkelingsactiviteiten 2025:

#### *Scholing GGZ-problematiek (twee dagdelen per jaar)*

- Onderwerpen: signalering van psychiatrische problematiek, begeleidingsstrategieën, begrenzing en omgaan met spanningsopbouw.
- Doelgroep: begeleiders binnen Wonen Volwassenen.
- Leerdoel: vergroten van handelingsbekwaamheid bij bewoners met GGZ-problematiek en het versterken van professioneel handelen.

#### *Scholing autisme (één dagdeel per jaar)*

- Onderwerpen: kenmerken van autisme, communicatie, structuur en voorspelbaarheid binnen een woonsetting.
- Doelgroep: begeleiders binnen Wonen Volwassenen.
- Leerdoel: verbeteren van afstemming op individuele ondersteuningsbehoeften en vergroten van stabiliteit binnen de woonomgeving.

#### *Casuïstiek en intervisie (eens per zes weken)*

- Onderwerpen: praktijkgerichte situaties binnen de woonvoorziening.
- Leerdoel: gezamenlijke reflectie, deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering van het dagelijks begeleidingsproces.

#### *Vaste scholingen*

- Medicatie
- BHV
- Veilige Zorg
- Epilepsie

Leerdoel: borging van veiligheid, bevoegdheid en actuele vakbekwaamheid.

### Is de scholing met goed gevolg afgerond:

Ja. De geplande scholingen zijn uitgevoerd en afgerond conform planning. Medewerkers hebben hieraan deelgenomen en zijn bevoegd en bekwaam gebleven binnen hun functie. Deelname aan casuïstiek en intervisie is structureel geborgd. Er zijn geen scholingen voortijdig afgebroken of niet uitgevoerd.

#### Niet behaalde opleidingsdoelen:

Er zijn geen opleidingsdoelen niet behaald.

Wel blijft het structureel evalueren van aanvullende scholingsbehoeften een terugkerend aandachtspunt, met name gezien de veranderende zorgvragen binnen de woonvoorziening.

#### Evaluatie kennis en vaardigheden:

Op basis van de gevolgde scholing en structurele intervisie kan worden geconcludeerd dat het team over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om de huidige bewoners passend te begeleiden.

De afgelopen jaren is bewust geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering rondom autisme en GGZ-problematiek, aansluitend bij de doelgroep binnen Wonen Volwassenen.

Gezien de dynamiek in zorgzwaarte en problematiek blijft het noodzakelijk om kennis structureel te onderhouden en jaarlijks te evalueren of aanvullende scholing nodig is. Voor 2026 ligt de focus op het op peil houden van kennis en het gezamenlijk inventariseren van eventuele nieuwe ontwikkelbehoeften.

## **4.2 Opleidingsdoelen komende jaren**

### **Opleidingsdoelen komende jaren**

#### **Begeleiding en behandeling Jeugd**

##### Benodigde kennis en vaardigheden:

Binnen Begeleiding en behandeling Jeugd zijn de volgende kennis en vaardigheden noodzakelijk:

- Kennis van seksueel gezond gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag, vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep en het belang van tijdige signalering en adequaat handelen.
- Deskundigheid op het gebied van hechtingsproblematiek, gezien de achtergrondproblematiek van veel jeugdigen.
- Specialistische kennis passend bij indicaties vanuit Jeugdwet en Wlz (VG 3–7).
- Methodisch werken en reflectief vermogen, geborgd via casuïstiek en intervisie.
- Veiligheids- en medische basiskennis (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).

Deze kennis is nodig om veilig, professioneel en ontwikkelingsgericht te kunnen begeleiden.

##### Opleidingsdoelen komende jaren:

- Structurele borging van kennis rondom seksueel gezond gedrag.
- Verdere verdieping in specialistische thema's (trauma, agressie, wetgeving).
- Formeel vastleggen van een meerjarig scholingsprogramma per team.
- Blijvende versterking van professioneel handelen via intervisie en casuïstiek.
- Borging van bevoegd- en bekwaamheidseisen.

##### Scholing komend jaar (2026):

- Training seksueel gezond gedrag (verdieping/borging).
- Scholing gericht op eigen specialisatie (o.a. trauma, agressie, Wlz).
- Maandelijks casuïstiek en intervisie.
- Jaarlijkse vaste scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).
- Verdere uitwerking en implementatie van een structureel scholingsplan.

### **Dagbesteding Jeugd en Volwassenen**

### Benodigde kennis en vaardigheden:

Binnen Dagbesteding zijn met name nodig:

- Deskundigheid in autisme, vanwege de prikkelgevoeligheid en behoefte aan structuur.
- Kennis van GGZ-problematiek, gezien de toenemende psychiatrische kwetsbaarheid binnen de doelgroep.
- Begeleidingsvaardigheden gericht op zelfstandigheidsbevordering, om deelnemers te stimuleren in eigen regie.
- Methodisch werken vanuit een vaste dagstructuur, ter bevordering van voorspelbaarheid en veiligheid.
- Veiligheids- en medische basiskennis.

Deze vaardigheden zijn noodzakelijk om ontwikkelingsgericht te begeleiden en overname van taken te voorkomen.

### Opleidingsdoelen komende jaren:

- Versterken van begeleidingshouding gericht op zelfstandigheid.
- Consequent werken vanuit een vaststaande dagstructuur.
- Blijvend onderhouden van kennis rondom autisme en GGZ.
- Jaarlijkse evaluatie van scholingsbehoeften op basis van zorgzwaarte.

### Scholing komend jaar:

- Scholing gericht op coachend begeleiden en zelfstandigheidsbevordering.
- Teamontwikkeling rondom methodisch werken en dagstructuur.
- Eén dagdeel scholing autisme.
- Twee dagdelen scholing GGZ-problematiek.
- Casuïstiek en intervisie (eens per zes weken).
- Jaarlijkse vaste scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).

## **Wonen Volwassenen**

### Benodigde kennis en vaardigheden:

Binnen Wonen Volwassenen zijn noodzakelijk:

- Deskundigheid in autisme en GGZ-problematiek, passend bij de woonsetting.
- Kennis van spanningsopbouw, begrenzing en stabilisatie, gezien de complexiteit van bewoners.
- Methodisch en planmatig werken, afgestemd op individuele ondersteuningsplannen.
- Veiligheids- en medische basiskennis.

Deze kennis is nodig om een stabiele, veilige en voorspelbare woonomgeving te waarborgen.

### Opleidingsdoelen komende jaren:

- Kennis rondom GGZ en autisme blijvend verdiepen en actualiseren.
- Scholingsbehoefte jaarlijks evalueren op basis van veranderende zorgzwaarte.
- Borging van bevoegd- en bekwaamheid via vaste scholing.
- Versterken van reflectief vermogen via intervisie.

### Scholing komend jaar (2026):

- Twee dagdelen scholing GGZ-problematiek.
- Eén dagdeel scholing autisme.
- Casuïstiek en intervisie (eens per zes weken).
- Jaarlijkse vaste scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie).
- Inventarisatie aanvullende scholingsbehoeften op basis van bewonerspopulatie.

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

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

#### Conclusies:

Op basis van de uitgevoerde scholingsactiviteiten binnen de teams kan worden geconcludeerd dat:

- De geplande scholingen in 2025 conform planning zijn uitgevoerd.
- Verplichte scholingen tijdig zijn gevolgd, waardoor bevoegd- en bekwaamheid is geborgd.
- Casuïstiek en intervisie structureel zijn ingebed in alle teams.
- Inhoudelijke leerdoelen grotendeels zijn behaald.
- Per locatie duidelijke ontwikkelpunten zijn gesignaleerd voor verdere professionalisering.

#### Proces van scholing en ontwikkeling (kwaliteitscyclus):

Het proces rondom scholing verloopt volgens een vaste structuur die aansluit bij de PDCA-cyclus:

#### *In kaart brengen van opleidingsbehoefte*

Opleidingsbehoeften worden vastgesteld op basis van:

- Analyse van doelgroep en zorgzwaarte;
- Signalering vanuit teamoverleg en intervisie;
- Veranderingen in wet- en regelgeving;
- Evaluaties van eerder gevolgde scholing;
- Praktijkervaringen en knelpunten.

#### *Voorbeelden*

- Aandacht voor seksueel gezond gedrag binnen Jeugd.
- Extra focus op autisme en GGZ bij Dagbesteding en Wonen.
- Ontwikkelpunt zelfstandigheidsbevordering bij Dagbesteding.

#### *Stellen van doelen*

Op basis van deze inventarisatie worden concrete opleidingsdoelen vastgesteld, zoals:

- Verhogen van handelingsbekwaamheid;
- Verdiepen van specialistische kennis;
- Borging van bevoegd- en bekwaamheid;
- Verbeteren van begeleidingshouding of methodisch werken.

#### *Volgen van training*

Trainingen worden gepland en uitgevoerd, waaronder:

- Themagerichte scholingen (hechtingsproblematiek, seksueel gezond gedrag, autisme, GGZ);
- Terugkerende vaste scholingen (medicatie, BHV, Veilige Zorg, epilepsie);
- Structurele casuïstiek en intervisie.

#### *Evalueren*

Evaluatie vindt plaats via:

- Teamoverleg;
- Intervisie;
- Reflectie op toepassing in de praktijk;
- Beoordeling of leerdoelen daadwerkelijk effect hebben gehad op het professioneel handelen.

#### *Vaststellen van nieuwe behoeften en doelen*

Op basis van evaluatie worden nieuwe ontwikkelpunten vastgesteld, zoals:

- Verdere borging van kennis seksueel gezond gedrag (Jeugd);
- Zelfstandigheidsbevordering en dagstructuur (Dagbesteding);
- Blijvende actualisatie GGZ-kennis (Wonen);
- Formaliseren van een meerjarig scholingsplan (Jeugd).

Hiermee is sprake van een continue verbetercyclus.

#### Wat hebben wij geleerd:

Organisatiebreed is geleerd dat:

- Scholing effectief is wanneer deze gekoppeld wordt aan concrete praktijkcasuïstiek.
- Structurele intervisie essentieel is voor borging van professioneel handelen.
- Inhoudelijke scholing alleen niet voldoende is; begeleidingshouding vraagt eveneens expliciete aandacht (zoals bij zelfstandigheidsbevordering).
- Het formaliseren van scholingsbeleid bijdraagt aan structurele borging en overzicht.
- De doelgroep dynamisch blijft, waardoor jaarlijkse herijking van scholingsbehoeften noodzakelijk is.

#### Zijn de leerdoelen behaald:

##### *Begeleiding en behandeling Jeugd*

- Inhoudelijke leerdoelen grotendeels behaald.
- Ontwikkelpunt: verdere formalisering van het scholingsprogramma.

##### *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen*

- Inhoudelijke leerdoelen behaald.
- Nieuwe ontwikkelpunten geïdentificeerd (zelfstandigheid en dagstructuur).

##### *Wonen Volwassenen*

- Opleidingsdoelen volledig behaald.
- Blijvende aandacht nodig voor actualisatie bij veranderende zorgzwaarte.

#### Welke veranderingen zijn doorgevoerd:

Naar aanleiding van de evaluaties zijn de volgende veranderingen ingezet:

- Structurele borging van intervisie en casuïstiek in alle teams.
- Gerichte inzet op thema's passend bij doelgroep (autisme, GGZ, seksueel gezond gedrag).
- Expliciete aandacht voor begeleidingshouding binnen Dagbesteding.
- Aangemerkt ontwikkelpunt: werken vanuit vaste dagstructuur (start 2026).
- Start van het formaliseren van een meerjarig scholingsplan (Jeugd).

#### Wat gaan wij nog doen:

Voor 2026 en verder:

- Verdere formalisering en vastlegging van een meerjarig scholingsbeleid.
- Verdere verdieping in specialistische thema's (trauma, agressie, wetgeving).
- Scholing gericht op coachend begeleiden en zelfstandigheidsbevordering.
- Borging van vaste dagstructuur binnen Dagbesteding.
- Jaarlijkse evaluatie van scholingsbehoeften per locatie.
- Blijvende borging van bevoegd- en bekwaamheid via verplichte scholing.

#### **Acties**

Aan de hand van dit onderwerp zijn 2 acties opgenomen in de actielijst.

# 5 Terugkoppeling van deelnemers

## 5.1 Evaluatiegesprekken deelnemers

### Evaluatiegesprekken deelnemers

#### Begeleiding en behandeling Jeugd

##### Begeleidingsdoelen:

Binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd*, bestaande uit team individueel, team onder schooltijd en team respijt, sluiten de gestelde begeleidingsdoelen over het algemeen goed aan bij wat daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De planning is in de meeste gevallen realistisch en passend bij de ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdigen. Wanneer een doel onvoldoende aansluit, wordt dit tijdig besproken met ouders/verzorgers of meegenomen in een evaluatiegesprek. Indien nodig worden doelen bijgesteld of opgesplitst in kleinere subdoelen, zodat stapsgewijs kan worden toegewerkt naar het hoofdoel.

Voor team individueel geldt specifiek dat, gericht op de kinderen vallend onder de Wet langdurige zorg, verhoging van kennis en kunde op het gebied van ontwikkelingsgericht werken wenselijk is. Er mag nog meer oog zijn voor het belang van veelvuldige herhaling van taken/doelen, aangezien herhaling essentieel is om tot ontwikkeling te komen. Hier ligt een actiepoint onder met betrekking tot verhoging van kennis en kunde, wat als actiepoint geldt voor 2026.

In de evaluaties zijn over het algemeen de effecten van de ingezette begeleiding zichtbaar. Dit blijkt uit het behalen van (deel)doelen, waarneembare groei in vaardigheden en positieve terugkoppeling van ouders/verzorgers en, waar van toepassing, school. Het werken met haalbare tussenstappen draagt bij aan het inzichtelijk maken van ontwikkeling.

Over het geheel genomen is er tevredenheid over de zichtbare trends en effecten. Grote structurele aanpassingen zijn niet nodig, maar blijvende aandacht voor realistische, concreet geformuleerde doelen en versterking van ontwikkelingsgericht werken, met name binnen team individueel, blijft van belang.

##### Uitvoering evaluatiegesprekken:

Voor het gehele team *Begeleiding en behandeling Jeugd* worden tijdens de evaluaties meerdere vaste onderwerpen besproken. Hierbij wordt gewerkt volgens het vastgestelde evaluatieformat (zie bijlage). In de gesprekken komen onder andere de voortgang op de begeleidingsdoelen, de mate van doelrealisatie, het ontwikkelingsniveau van de cliënt, het welbevinden, de ingezette begeleiding en eventuele bijstellingen van doelen of aanpak aan bod. Daarnaast wordt stilgestaan bij de samenwerking met ouders/verzorgers en, indien van toepassing, met school of andere betrokken partijen.

Met iedere cliënt vindt ieder halfjaar een evaluatie plaats. Hiermee wordt voldaan aan de norm van minimaal één evaluatie per jaar voor alle deelnemers en minimaal twee evaluaties per jaar voor cliënten die vallen onder de Wlz. De evaluaties worden structureel ingepland en verlopen volgens planning.

Het volledige proces van plannen, het voeren van gesprekken, verslaglegging en het aanpassen van begeleidingsplannen verloopt positief en volgens planning.

#### Dagbesteding Jeugd en Volwassenen

##### Begeleidingsdoelen:

Binnen *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* sluiten de gestelde begeleidingsdoelen over het algemeen goed aan bij wat daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De doelen worden realistisch opgesteld en passen bij het niveau en de mogelijkheden van de deelnemers. Tussentijdse bijstellingen vinden alleen plaats wanneer dit passend is bij de ontwikkeling of veranderende ondersteuningsbehoefte van de deelnemer. Dit geldt zowel voor de jeugdigen als voor de volwassen deelnemers.

In de evaluaties worden de effecten van de ingezette begeleiding zichtbaar. De voortgang is merkbaar in het vergroten van vaardigheden, taakgericht werken en, waar mogelijk, toename van zelfstandigheid. Tegelijkertijd is een duidelijke trend zichtbaar binnen het team: begeleiders vinden het soms lastig om taken niet over te nemen vanuit een zorgende houding. Hierdoor kan onbedoeld te snel ondersteuning worden geboden, terwijl het juist binnen de dagbesteding belangrijk is dat deelnemers de ruimte krijgen om zelf te proberen, te oefenen en, waar mogelijk, zelfstandig aan het werk te zijn.

Over het geheel genomen is er tevredenheid over de behaalde resultaten en de aansluiting van de doelen. Wel vraagt de gesignaleerde neiging tot "willen zorgen voor" om verdere bewustwording binnen het team. Hier ligt een ontwikkelpunt om nog sterker in te zetten op zelfstandigheid en ontwikkelingsgericht begeleiden.

#### Uitvoering evaluatiegesprekken:

Voor het algehele team *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* worden tijdens de evaluaties vaste onderwerpen besproken conform het vastgestelde evaluatieformat (zie bijlage). In de gesprekken wordt stilgestaan bij de voortgang op de begeleidingsdoelen, de mate van doelrealisatie, de ontwikkeling van vaardigheden en zelfstandigheid, werkhouding en taakuitvoering, evenals het welbevinden van de deelnemer. Daarnaast wordt besproken of de huidige begeleiding passend is en of bijstelling van doelen of aanpak wenselijk is.

Met iedere cliënt vindt ieder halfjaar een evaluatiegesprek plaats. Hiermee wordt voldaan aan de norm van minimaal één evaluatie per jaar voor alle deelnemers en minimaal twee evaluaties per jaar voor cliënten die vallen onder de Wlz. De evaluaties worden structureel ingepland en verlopen volgens planning.

Het volledige proces van plannen, het voeren van gesprekken, verslaglegging en het aanpassen van begeleidingsplannen verloopt positief en volgens planning.

### **Wonen Volwassenen**

#### Begeleidingsdoelen:

Binnen *Wonen Volwassenen* sluiten de gestelde begeleidingsdoelen over het algemeen goed aan bij wat daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De doelen worden realistisch opgesteld en zijn passend bij het niveau, de ondersteuningsbehoefte en de ontwikkelingsmogelijkheden van de bewoners. Tussentijdse bijstellingen vinden plaats wanneer de situatie of zorgvraag van een bewoner verandert, maar dit betreft maatwerk en geen terugkerende trend.

In de evaluaties worden de effecten van de ingezette begeleiding zichtbaar. Dit uit zich onder andere in het behouden of vergroten van zelfredzaamheid, het versterken van dagelijkse vaardigheden en stabiliteit in het functioneren binnen de woonsetting. De voortgang wordt concreet besproken en waar nodig vertaald naar aangepaste of vervolgoelen.

Over het geheel genomen is er tevredenheid over de zichtbare trends en effecten. De huidige werkwijze biedt voldoende houvast en structuur. Er is geen aanleiding voor grote aanpassingen in het proces, wel blijft het belangrijk om doelen scherp, haalbaar en afgestemd op de individuele bewoner te formuleren.

#### Uitvoering evaluatiegesprekken:

Voor het algehele team *Wonen Volwassenen* worden tijdens de evaluaties vaste onderwerpen besproken conform het vastgestelde evaluatieformat (zie bijlage). In de gesprekken komen onder andere de voortgang op de begeleidingsdoelen, de mate van zelfredzaamheid, het functioneren binnen de woonomgeving, het welbevinden van de bewoner en de ingezette begeleiding aan bod. Daarnaast wordt besproken of de huidige ondersteuning passend is en of bijstelling van doelen of aanpak nodig is.

Met iedere cliënt vindt ieder halfjaar een evaluatiegesprek plaats. Hiermee wordt voldaan aan de norm van minimaal één evaluatie per jaar voor alle deelnemers en minimaal twee evaluaties per jaar voor cliënten die vallen onder de Wlz. De evaluaties worden structureel ingepland en verlopen volgens planning.

Het volledige proces van plannen, het voeren van gesprekken, verslaglegging en het aanpassen van begeleidingsplannen verloopt positief en volgens planning.

## 5.2 Conclusies uit de evaluatiegesprekken

### Conclusies uit de evaluatiegesprekken

#### Conclusies:

Uit de evaluaties binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd, Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* en *Wonen Volwassenen* kan worden geconcludeerd dat de gestelde begeleidingsdoelen over het algemeen goed aansluiten bij wat daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De doelen zijn realistisch geformuleerd, passend bij het ontwikkelingsniveau en de ondersteuningsbehoefte van cliënten en bewoners. In de evaluaties worden de effecten van de ingezette begeleiding zichtbaar in het behalen van (deel)doelen, groei in vaardigheden, toename of behoud van zelfstandigheid en positieve terugkoppeling van betrokkenen. Tussentijdse bijstellingen vinden plaats wanneer dit passend is bij veranderende omstandigheden of ontwikkelingsvragen en worden ingezet als onderdeel van maatwerk.

#### Leerpunten:

Hoewel het evaluatieproces planmatig en volgens norm verloopt, zijn er enkele inhoudelijke ontwikkelpunten zichtbaar:

- Binnen *Begeleiding en behandeling Jeugd (team individueel)* is verdere versterking van kennis en kunde rondom ontwikkelingsgericht werken wenselijk, met specifieke aandacht voor het belang van herhaling van doelen om ontwikkeling te stimuleren.
- Binnen *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* ligt een ontwikkelpunt in het versterken van begeleidingsvaardigheden gericht op het vergroten van zelfstandigheid. Er is bewustwording nodig rondom het niet te snel overnemen van taken vanuit een zorgende houding.

#### Wat is gedaan en wat gaat nog gebeuren:

Wat is gedaan:

- Structureel halfjaarlijkse evaluaties met alle cliënten, conform de norm (minimaal 1x per jaar en 2x per jaar bij Wlz).
- Tijdige bijstelling van doelen waar nodig.
- Bewustwording binnen teams over ontwikkelpunten (ontwikkelingsgericht werken en stimuleren van zelfstandigheid).

Wat gaat nog gebeuren:

- In 2026 wordt binnen team individueel ingezet op verhoging van kennis en kunde rondom ontwikkelingsgericht werken en het belang van herhaling bij de Wlz-doelgroep.
- Binnen *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen* wordt verder ingezet op teamreflectie en deskundigheidsbevordering gericht op het vergroten van zelfstandigheid van deelnemers.

#### Aanpassingen:

De conclusies geven geen aanleiding tot grote aanpassingen in de bestaande processen rondom intake, vaststelling en bijstelling van begeleidingsplannen. De huidige werkwijze biedt voldoende structuur en sluit aan bij de praktijk.

Wel vragen de ontwikkelpunten om:

- Nog scherpere formulering van doelen bij aanvang van trajecten (met nadruk op haalbaarheid en herhaling waar nodig).
- Bewustere vertaling van ontwikkelingsgericht werken en zelfstandigheidsbevordering in het begeleidingsplan.

#### **Acties**

Aan de hand van dit onderwerp zijn 2 acties opgenomen in de actielijst.

## 5.3 Inspraakmomenten

### Inspraakmomenten

#### Begeleiding en behandeling Jeugd

##### Inspraakmomenten:

- Cliëntenraad: In 2025 is de cliëntenraad onvoldoende van de grond gekomen, doordat deelnemende leden zijn gestopt vanwege privéomstandigheden. Hierdoor hebben geen structurele kwartaalbijeenkomsten plaatsgevonden. In januari 2026 is een nieuwe bijeenkomst georganiseerd om de raad opnieuw op te starten. Dit heeft geleid tot 7 nieuwe leden.
- Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO): Afgenomen in november en december 2025 via een vragenlijst (resultaten in bijlage).
- Evaluatiegesprekken: Met iedere deelnemer vindt minimaal halfjaarlijks een individueel evaluatiegesprek plaats.
- Ouderavond: In 2025 heeft eenmaal een ouderavond plaatsgevonden voor begeleiding onder schooltijd. Deze is niet herhaald, vanwege het huidige beperkte aantal kinderen onder schooltijd.

##### Wie waren vertegenwoordigd:

- Deelnemers/cliënten
- Ouders/verzorgers
- Begeleiders en vertegenwoordiging vanuit de organisatie
- In januari 2026: 7 nieuwe cliëntenraadsleden

##### Thema's:

Besproken zijn onder andere:

- Voortgang van begeleiding en doelrealisatie
- Tevredenheid over begeleiding en samenwerking
- Organisatiebrede ontwikkelingen
- Betrokkenheid van ouders

Onderwerpen zijn aangedragen door zowel deelnemers/ouders (ervaringen en verbeterpunten) als door de organisatie (informatie en ontwikkelingen).

##### Wat is er in algemene zin uit de inspraakmomenten gekomen:

Individuele inspraakmomenten verlopen structureel en dragen bij aan passende begeleiding. De cliëntenraad functioneerde in 2025 onvoldoende door het wegvallen van leden vanwege privéomstandigheden. Dit heeft geleid tot concrete actie: herstart in januari 2026 met 7 nieuwe leden.

Daarnaast wordt in 2026 ingezet op verdere versterking van inspraak, onder andere door het structureel organiseren van cliëntenraadbijeenkomsten en, indien passend bij het aantal deelnemers, het opnieuw organiseren van een ouderavond.

#### Dagbesteding Jeugd en Volwassenen

##### Inspraakmomenten:

- Cliëntenraad: In 2025 is de cliëntenraad onvoldoende van de grond gekomen, doordat deelnemende leden zijn gestopt vanwege privéomstandigheden. Hierdoor hebben geen structurele kwartaalbijeenkomsten plaatsgevonden. In januari 2026 is een nieuwe bijeenkomst georganiseerd om de raad opnieuw op te starten. Dit heeft geleid tot 7 nieuwe leden.
- Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO): Afgenomen in november en december 2025 via een vragenlijst (resultaten in bijlage).
- Evaluatiegesprekken: Met iedere deelnemer vindt minimaal halfjaarlijks een individueel evaluatiegesprek plaats.

##### Wie waren vertegenwoordigd:

- Deelnemers/cliënten
- Ouders/verzorgers
- Begeleiders en vertegenwoordiging vanuit de organisatie
- In januari 2026: 7 nieuwe cliëntenraadsleden

### Thema's:

Besproken zijn onder andere:

- Voortgang van begeleiding en doelrealisatie
- Tevredenheid over begeleiding en samenwerking
- Organisatiebrede ontwikkelingen
- Betrokkenheid van ouders

Onderwerpen zijn aangedragen door zowel deelnemers/ouders (ervaringen en verbeterpunten) als door de organisatie (informatie en ontwikkelingen).

### Wat is er in algemene zin uit de inspraakmomenten gekomen:

Individuele inspraakmomenten verlopen structureel en dragen bij aan passende begeleiding. De cliëntenraad functioneerde in 2025 onvoldoende door het wegvallen van leden vanwege privéomstandigheden. Dit heeft geleid tot concrete actie: herstart in januari 2026 met 7 nieuwe leden.

Daarnaast wordt in 2026 ingezet op verdere versterking van inspraak, onder andere door het structureel organiseren van cliëntenraadbijeenkomsten.

## **Wonen Volwassenen**

### Inspraakmomenten:

- Bewonersvergaderingen: Tijdens bewonersvergaderingen worden uiteenlopende onderwerpen besproken. De vergadering wordt voorbereid door de zorgcoördinator. Aan het begin van de vergadering kunnen bewoners zelf agendapunten toevoegen.
- PB-gesprekken: Deze vinden plaats op individueel niveau en zijn gericht op de persoonlijke situatie en doelen van de betreffende bewoner.
- Cliëntenraad: In 2025 is de cliëntenraad onvoldoende van de grond gekomen, doordat deelnemende leden zijn gestopt vanwege privéomstandigheden. Hierdoor hebben geen structurele kwartaalbijeenkomsten plaatsgevonden. In januari 2026 is een nieuwe bijeenkomst georganiseerd om de raad opnieuw op te starten. Dit heeft geleid tot 7 nieuwe leden.
- Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO): Afgenomen in november en december 2025 via een vragenlijst (resultaten in bijlage).
- Evaluatiegesprekken: Met iedere deelnemer vindt minimaal halfjaarlijks een individueel evaluatiegesprek plaats.

### Wie waren vertegenwoordigd:

- Deelnemers/cliënten
- Ouders/verzorgers
- Begeleiders en vertegenwoordiging vanuit de organisatie
- In januari 2026: 7 nieuwe cliëntenraadsleden

### Thema's:

Besproken zijn onder andere:

- Veiligheid binnen Flevo Zon (voortkomend uit de e-learning Veilige Zorg).
- Praktische woonzaken zoals het opruimen van de activiteitenruimte en variatie in avondmaaltijden.
- Voortgang van begeleiding en doelrealisatie
- Tevredenheid over begeleiding en samenwerking
- Organisatiebrede ontwikkelingen

Onderwerpen zijn aangedragen door zowel deelnemers/ouders (ervaringen en verbeterpunten) als door de organisatie (informatie en ontwikkelingen).

#### Wat is er in algemene zin uit de inspraakmomenten gekomen:

- Bewonersvergaderingen en individuele gesprekken bieden structurele ruimte voor inspraak op zowel groeps- als individueel niveau.
- De cliëntenraad functioneerde in 2025 onvoldoende, wat heeft geleid tot een concrete actie: herstart in januari 2026 met 7 nieuwe leden.
- Er wordt opnieuw ingezet op structurele kwartaalbijeenkomsten van de cliëntenraad.
- Het CTO biedt inzicht in tevredenheid en verbeterpunten en vormt input voor bijsturing waar nodig.

In algemene zin is inspraak op meerdere niveaus georganiseerd, met als aandachtspunt het blijvend actief en structureel borgen van de cliëntenraad.

#### **Bijlagen**

- Uitkomsten CTO 2025

## **5.4 Conclusies uit de inspraakmomenten**

### **Conclusies uit de inspraakmomenten**

Uit de inspraakmomenten kan worden geconcludeerd dat inspraak op individueel en (bij wonen) groepsniveau structureel plaatsvindt en bijdraagt aan passende begeleiding en afstemming op de behoeften van cliënten/deelnemers. Met name evaluatiegesprekken en bewonersvergaderingen bieden hierin continu ruimte voor input, ervaringen en verbeterpunten.

Tegelijkertijd blijkt dat de formele, gezamenlijke inspraak via de cliëntenraad in 2025 onvoldoende tot stand is gekomen. Door het wegvallen van leden vanwege privéomstandigheden hebben er geen structurele bijeenkomsten plaatsgevonden.

Dit heeft geleid tot een concrete herstelactie: in januari 2026 is de cliëntenraad opnieuw opgestart met 7 nieuwe leden. Hiermee is een belangrijke stap gezet richting het opnieuw borgen van structurele, organisatiebrede inspraak.

### **Leerpunten en/of verbeterpunten**

- Het structureel organiseren en borgen van gezamenlijke inspraakmomenten (minimaal twee keer per jaar) via de cliëntenraad.
- Het verminderen van afhankelijkheid van individuele leden, zodat continuïteit van de cliëntenraad beter gewaarborgd is.
- Het tijdig signaleren van uitval binnen de cliëntenraad en hier proactief op handelen.
- Het versterken van de koppeling tussen individuele inspraak (evaluaties) en gezamenlijke inspraak (cliëntenraad).
- Het vergroten van betrokkenheid van cliënten en ouders/verzorgers bij gezamenlijke inspraakmomenten.

### **Wat is gedaan en wat gaat nog gebeuren**

#### Wat is gedaan:

- De situatie rondom het wegvallen van de cliëntenraad is gesignaleerd en geëvalueerd.
- In januari 2026 is een nieuwe bijeenkomst georganiseerd om de cliëntenraad opnieuw op te starten. Er zijn 7 nieuwe cliëntenraadsleden geworven.
- Inspraak via evaluatiegesprekken en (bij wonen) bewonersvergaderingen is gecontinueerd.

#### Wat gaat nog gebeuren:

- Het structureel organiseren van cliëntenraadbijeenkomsten (minimaal twee keer per jaar).
- Het opstellen van een jaarplanning voor inspraakmomenten.
- Het actief bewaken van continuïteit en bezetting van de cliëntenraad.
- Het beter verbinden van signalen uit evaluaties en bewonersvergaderingen met de cliëntenraad.
- Het verder borgen van inspraak binnen het kwaliteitsbeleid.

### **Acties**

Aan de hand van dit onderwerp zijn 2 acties opgenomen in de actielijst.

## 5.5 Tevredenheidsmeting deelnemers

### Tevredenheidsmeting deelnemers

#### Wanneer heeft de meting plaatsgevonden:

Het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) is afgenomen in november en december 2025.

#### Methode:

De meting is uitgevoerd via een digitale vragenlijst (SurveyMonkey). De vragenlijst bestond uit meerkeuzevragen (bijvoorbeeld: altijd/meestal/soms/nooit of helemaal mee eens/mee eens/etc.) en open vragen voor toelichting.

#### Aantal respondenten:

Het onderzoek is ingevuld door 36 respondenten.

#### Onderwerpen:

De vragenlijst bevat vragen over onder andere:

- Type respondent (jeugd, Wmo, Wlz, ouder/verzorger)
- Soort zorg (dagbesteding/begeleiding, wonen, beide)
- Gevoel van veiligheid
- Luisteren en uitleg door begeleiders
- Passendheid van begeleiding
- Mogelijkheid om ergens mee terecht te kunnen
- Plezier en passendheid van activiteiten
- Leren van nieuwe vaardigheden
- Meedenken en keuzevrijheid
- Specifieke woonvragen (thuis voelen, privacy, schoon en prettig wonen, bereikbaarheid begeleiding, maaltijden)
- Sfeer op de boerderij
- Respectvolle omgang
- Acceptatie
- Netheid van ruimtes en materialen
- Algemene tevredenheid
- Aanbevelingsvraag
- Open vragen over verbeterpunten en aanvullende opmerkingen

#### Uitkomsten:

In algemene zin komt een positief beeld naar voren:

- Het merendeel voelt zich altijd of meestal veilig.
- Begeleiders worden overwegend als luisterend en respectvol ervaren.
- De meeste respondenten geven aan passende begeleiding te ontvangen.
- De algemene tevredenheid is hoog (het overgrote deel is tevreden of zeer tevreden).
- 83% zou Flevo Zon aanbevelen aan anderen

Uit de open antwoorden komen met name verbeterpunten naar voren op het gebied van:

- Communicatie (met ouders/verzorgers, onderling tussen medewerkers, bereikbaarheid).
- Informatievoorziening bij start van zorg.
- Bereikbaarheid (met name in de nacht bij wonen).
- Praktische zaken zoals inrichting, aankleding of materialen.
- Behoeft aan meer ontspanningsmogelijkheden of voorspelbaarheid.

Samenvattend laat de meting zien dat cliënten en ouders overwegend tevreden zijn over de begeleiding, sfeer en bejegening, met als belangrijkste aandachtspunt het verder verbeteren en verduidelijken van communicatie en bereikbaarheid.

## Bijlagen

- Uitkomsten CTO 2025

## 5.6 Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting

### Conclusies uit de deelnemerstevredenheidsmeting

#### Conclusies:

Uit de meting kan worden geconcludeerd dat cliënten en ouders/verzorgers overwegend tevreden tot zeer tevreden zijn over Flevo Zon. De algemene tevredenheid is hoog (ruim 90% is tevreden of zeer tevreden) en 83% geeft aan Flevo Zon te zullen aanbevelen.

Daarnaast blijkt dat:

- Het merendeel zich altijd of meestal veilig voelt.
- Begeleiders overwegend als luisterend, respectvol en betrokken worden ervaren.
- De begeleiding in de meeste gevallen als passend wordt gezien.
- De sfeer als positief wordt beoordeeld.
- Cliënten aangeven nieuwe dingen te leren en zich geaccepteerd te voelen.

#### Leerpunten:

Uit de open antwoorden komen duidelijke aandachtspunten naar voren:

##### 1. Communicatie

- Communicatie met ouders/verzorgers (planning, bereikbaarheid).
- Interne communicatie en overdracht tussen medewerkers.
- Duidelijkheid bij start van zorg (informatievoorziening).
- Bereikbaarheid, met name in de avond/nacht bij wonen.

##### 1. Structuur en voorspelbaarheid

- Behoeft aan meer stabiliteit en duidelijkheid.
- Meer zichtbaarheid van begeleiding.
- Betere afstemming rondom vervoer.

##### 1. Omgevings- en praktische punten

- Aankleding en inrichting van ruimtes.
- Netheid en praktische voorzieningen.
- Meer mogelijkheden voor ontspanning.
- Minder schermtijd, meer actieve betrokkenheid.

Het belangrijkste overkoepelende verbeterpunt is daarmee het versterken en verduidelijken van communicatie en bereikbaarheid.

Daarnaast blijkt uit de beoordeling dat het responspercentage op het tevredenheidsonderzoek lager is dan 40%. Dit vormt een aandachtspunt, omdat een hogere respons nodig is om een representatief en betrouwbaar beeld te verkrijgen van de tevredenheid van cliënten en ouders/verzorgers.

#### Wat is gedaan en wat gaat nog gebeuren:

Wat is gedaan:

- De uitkomsten zijn besproken binnen het team en meegenomen in teamoverleggen.
- Er is extra aandacht besteed aan duidelijke communicatie richting ouders/verzorgers.
- Er is intern aandacht voor betere overdracht tussen medewerkers.
- Bereikbaarheid en aanspreekbaarheid zijn opnieuw onder de aandacht gebracht binnen de woonvoorziening.
- Signalen rondom praktische zaken (ruimte, aankleding, materialen) zijn geïnventariseerd.
- Daarnaast is gereflecteerd op het lage responspercentage en mogelijke oorzaken hiervan, zoals beperkte bekendheid met het onderzoek, het moment van uitzetten en mogelijke drempels bij het invullen.

Wat gaat nog gebeuren:

- Verdere structurele verbetering van communicatie, onder andere door helderdere informatie bij start van zorg (bijvoorbeeld dagplanning, contactgegevens, afspraken).
- Versterken van interne overdrachtmomenten en teamafstemming.
- Onderzoeken hoe bereikbaarheid (met name bij wonen) duidelijker en betrouwbaarder kan worden ingericht.
- Blijvende aandacht voor sfeer, inrichting en ontspanningsmogelijkheden.
- De resultaten worden meegenomen in het kwaliteitsbeleid en vormen input voor het jaarplan 2026.
- Daarnaast worden gerichte acties ingezet om het responspercentage te verhogen, zoals het actiever uitzetten van de vragenlijst, het versturen van herinneringen, het mondeling toelichten van het belang van deelname en het bieden van ondersteuning bij het invullen. Ook wordt gekeken naar het gebruik van meerdere kanalen (digitaal en papier) en een betere timing van het onderzoek. Hiermee wordt beoogd bij een volgende meting een hogere en meer representatieve respons te realiseren.

# 6 Meldingen en incidenten

## 6.1 Ongevallen en bijna ongevallen

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

## 6.2 Medicatie

### Medicatie

#### Begeleiding en behandeling Jeugd

##### Medicatie-incidenten:

In 2025 zijn 7 medicatie-incidenten gemeld via het MIC-systeem (zie bijlage). Bij geen van de incidenten is lichamelijke schade ontstaan.

De meldingen betroffen:

- Medicatie niet gegeven (3x)
- Verkeerde dosering gegeven (2x)
- Medicatie op verkeerd tijdstip/niet ingenomen (2x)

##### Analyse:

De analyse is uitgevoerd door de betrokken begeleider, in overleg met collega's en waar nodig de zorgcoördinator. In alle gevallen is contact opgenomen met ouders voor risico-inschatting en afstemming. De MIC-meldingen zijn geregistreerd en geëvalueerd.

##### Oorzaken:

De belangrijkste oorzaken waren:

- Drukke en afleiding
- Onvoldoende controle van medicatielijst
- Onvolledige overdracht (met name bij nieuwe cliënt)
- Externe factor (ouder vergat medicatie mee te geven)

##### Directe acties en nazorg:

- Ouders direct geïnformeerd
- Observatie op mogelijke bijwerkingen
- Overleg met zorgcoördinator indien nodig
- In één geval medicatie later toegediend in overleg
- Registratie via MIC

Nazorg bestond uit monitoring van de cliënt en interne evaluatie.

##### Beoordeling handelen:

Na constatering is in alle gevallen zorgvuldig en transparant gehandeld. Verbeterpunten liggen met name in de preventieve controle vóór toediening.

#### Wat hebben we geleerd:

- Altijd dubbelchecken vóór toediening
- Direct aftekenen bij inname
- Begeleiding loopt mee bij medicatiemoment
- Extra alertheid bij nieuwe cliënten
- Mondelinge afspraken zijn onvoldoende

#### Verbetermaatregelen 2026:

- Gebruik van medicatiebakjes met tijdsaanduiding
- Strikte naleving van aftekenlijst
- Meer rust en structuur tijdens medicatierondes
- Extra aandacht voor overdracht bij start zorg

#### **Dagbesteding Jeugd en Volwassenen**

Er hebben in 2025 geen incidenten plaatsgevonden met betrekking tot medicatie.

#### **Wonen Volwassenen**

##### Medicatie-incidenten:

In 2025 zijn 5 medicatie-incidenten gemeld via het MIC-systeem (zie bijlage). Bij geen van de incidenten is lichamelijke schade ontstaan.

De meldingen betroffen:

- Cliënt heeft medicatie niet ingenomen
- Verkeerde dosering verstrekt
- Medicatie niet gegeven
- Onduidelijkheid rondom levering/apotheek
- Medicatie kwijtgeraakt (tussen bank gevallen)

##### Analyse:

De analyse is uitgevoerd door de betrokken begeleider, in overleg met collega's. In sommige gevallen is de kwaliteitsmedewerker betrokken en is contact geweest met apotheek of AVG-arts.

De analyse bestond uit:

- Controle van toedienregistratie (NCare/Nedap)
- Overleg binnen team (dag- en nachtdienst)
- Contact met apotheek
- Observatie van cliënt
- Evaluatie overdracht

##### Oorzaken:

De belangrijkste oorzaken waren:

- Onvoldoende overdracht tussen dag- en nachtdienst
- Onduidelijke afspraken over wie medicatie verstrekt
- Medicatie in eigen beheer van cliënt
- Onoplettendheid (medicatie laten vallen)
- Onzekerheid over levering door apotheek
- Cliënt weigert of vergeet medicatie in te nemen

#### Directe acties en nazorg:

- Cliënt geobserveerd op bijwerkingen
- Team geïnformeerd
- Contact met apotheek indien nodig
- Overleg met AVG-arts
- Extra medicatie verstrekt waar nodig
- Incident geregistreerd via MIC

Nazorg bestond uit monitoring van gedrag, alertheid en lichamelijke signalen. Er zijn geen bijzonderheden geconstateerd.

#### Beoordeling handelen:

Na constatering is zorgvuldig gehandeld:

- Situaties zijn besproken in het team
- Cliënten zijn gemonitord
- Waar nodig is overleg gevoerd met arts of apotheek

Verbeterpunten liggen met name in structuur, overdracht en medicatiebeheer.

#### Wat hebben we geleerd:

- Duidelijke taakverdeling tussen dag- en nachtdienst is noodzakelijk
- Medicatiebeheer bij voorkeur via begeleiding en niet in eigen beheer
- Toediening direct registreren in NCare
- Medicatie niet los overhandigen maar onder toezicht laten innemen
- Leveringen van apotheek altijd registreren bij ontvangst

#### Verbetermaatregelen 2026:

- Duidelijke afspraken over wie medicatie verstrekt (dag-/nachtdienst)
- Controle in NCare vóór en na toediening
- Extra aandacht voor overdracht
- Medicatiemomenten aan tafel om verlies te voorkomen

#### **Bijlagen**

- Incidenten (medicatie) Begeleiding en behandeling Jeugd 2025
- Incidenten (medicatie) Wonen Volwassenen 2025

## **6.3 Agressie**

### **Agressie**

#### **Begeleiding en behandeling Jeugd**

#### Agressie-incidenten:

In 2025 zijn meerdere agressie-incidenten gemeld via het MIC-systeem (zie bijlage).

De meldingen betroffen:

- Jeugdige tegen medewerker
- Jeugdige tegen jeugdige
- Jeugdige tegen voorwerp (materiële schade)
- Verbale agressie en bedreiging

Het betrof onder andere slaan, schoppen, knijpen, haren trekken, bijten, dreigen met voorwerpen en het gooien met materialen.

Er zijn geen ziekenhuisopnames geweest. Wel kwamen lichte verwondingen (blauwe plekken, krassen, bijtonden) en emotionele impact (angst, spanning) voor

#### Analyse:

De analyse is uitgevoerd door de betrokken begeleider, met nabespreking in het team. Waar nodig zijn de kwaliteitsmedewerker, coördinerend begeleider en gedragskundige betrokken. Ouders zijn geïnformeerd. Incidenten zijn geregistreerd via MIC (en waar passend MIM).

#### Oorzaken:

- Overprikkeling
- Uitdaging/pestgedrag tussen jeugdigen
- Overgangsmomenten (bijv. naar huis, taak, schermtijd)
- Onvoldoende emotieregulatie
- Wisseling van begeleiders
- Groepsdruk of onveilige combinaties

#### Directe acties:

- Betrokkenen uit elkaar halen
- Rustmoment op gang of aparte ruimte
- Fysiek begrenzen ter bescherming
- Gesprek voeren na de-escalatie
- Ouders informeren
- MIC-melding opstellen

#### Nazorg:

- Observatie op letsel
- Gesprek met jeugdige en/of medewerker
- Teamreflectie
- Inzet gedragskundige observatie bij terugkerend gedrag

#### Beoordeling handelen:

In de meeste situaties is snel ingegrepen om veiligheid te waarborgen. Er is gehandeld volgens protocol, met aandacht voor begrenzing en nazorg. Verbeterpunten liggen vooral in vroegtijdige signalering en preventie.

#### Wat hebben we geleerd:

- Overprikkeling is een belangrijke trigger
- Overgangsmomenten vragen extra begeleiding
- Bepaalde groepscombinaties versterken negatief gedrag
- Consequenties (bijv. volledig schermtijd afnemen) kunnen escalatie versterken
- Meer vaste begeleiders zorgen voor rust en voorspelbaarheid

#### Verbetermaatregelen 2026:

- Meer vaste begeleiders per jeugdige
- Vroegtijdige signalering van spanning
- Verscherpt toezicht bij risicocombinaties
- Duidelijke en consistente grenzen
- Herziening consequentiebeleid

#### **Dagbesteding Jeugd en Volwassenen**

#### Agressie-incidenten:

In 2025 zijn 4 agressie-incidenten gemeld via het MIC-systeem (zie bijlage).

De incidenten betroffen:

- Deelnemer tegen deelnemer (meerdere keren)
- Deelnemer tegen voorwerp (gooien met stenen, planten uit tuinen trekken)
- Bedreiging met een mes
- Wegloopgedrag met escalatie (politie betrokken)

Gevolgen:

- Lichte verwondingen (schrammen, spugen op kleding)
- Emotionele impact (angst, boosheid, onveiligheidsgevoel)
- Materiële schade

Er zijn geen ziekenhuisopnames geweest

#### Analyse:

De analyse is uitgevoerd door de betrokken begeleider, met nabespreking in het team. In enkele situaties zijn directie en ouders betrokken. Bij één ernstig incident is politie ingeschakeld.

De analyse bestond uit:

- Terugkijken naar aanleiding (woordenwisseling, pestgedrag, roddel)
- Beoordelen van groepsgeschiktheid
- Evaluatie van toezicht en signalering
- Overleg met ouders en externe partijen (o.a. Kwintes)

#### Oorzaken:

De belangrijkste oorzaken waren:

- Woordenwisselingen en pestgedrag
- Onvoldoende emotieregulatie
- Wegloopgevaar en impulsiviteit
- Onvoldoende signalerings- of bejegeningplan (nieuwe cliënt)
- Groepsdynamiek en grensoverschrijdend gedrag

#### Directe acties:

- Betrokkenen uit elkaar gehaald
- Gesprekken gevoerd met deelnemers
- Ouders geïnformeerd
- Politie ingeschakeld bij ernstige escalatie
- Cliënt naar huis begeleid
- Team en directie betrokken

#### Nazorg:

- Gesprekken met betrokken deelnemers
- Contact met ouders
- Monitoring van emotionele veiligheid
- Onderzoek naar mogelijkheid 1-op-1 begeleiding
- Extra toezicht binnen groep

#### Beoordeling handelen:

In de escalaties is veiligheid vooropgesteld. Bij het ernstige incident is tijdig politie ingeschakeld. Ouders zijn betrokken en situaties zijn geëvalueerd. Verbeterpunten liggen vooral in voorafgaande signalering en groepsmatching.

### Wat hebben we geleerd:

- Nieuwe cliënten moeten direct beschikken over een signalerings- en bejegeningplan
- Pestgedrag vraagt snelle en duidelijke begrenzing
- Sommige deelnemers hebben baat bij 1-op-1 begeleiding
- Groepsdynamiek vraagt actief toezicht
- Emoties kunnen snel escaleren bij onduidelijkheid of roddels

### Verbetermaatregelen 2026:

- Snellere opstelling signaleringsplan bij start cliënt
- Strakker toezicht bij risicogedrag
- Overwegen van 1-op-1 begeleiding bij complexe casussen
- Actieve inzet op sociale veiligheid binnen groep
- Duidelijke afspraken en directe interventie bij pestgedrag

## **Wonen Volwassenen**

### Agressie-incidenten:

In 2025 zijn meerdere agressie-incidenten gemeld via het MIC-systeem (zie bijlage). Het betrof onder andere:

- Bewoner tegen medewerker (dreiging, slaan, duwen, vastgrijpen, spugen)
- Bewoner tegen medebewoner (slaan, duwen, ruzies, bedreiging met voorwerp)
- Bewoner tegen voorwerp (gooien met glas, vernielingen, auto beschadigen)
- Grensoverschrijdend gedrag/pesten
- Incidenten waarbij politie is ingeschakeld

Gevolgen:

- Lichte tot matige verwondingen (blauwe plekken, kneuzingen, tand door lip)
- Emotionele impact bij medewerkers (angst, stress, slecht slapen)
- Emotionele impact bij bewoners
- Materiële schade

Er zijn geen ziekenhuisopnames gemeld.

### Analyse:

De analyse is uitgevoerd door de betrokken begeleiders, met nabespreking in het team. In diverse situaties zijn zorgcoördinator, kwaliteitsmedewerker, AVG-arts en/of wijkagent betrokken. Incidenten zijn geregistreerd via MIC/MIM. De analyse bestond uit:

- Terugkijken naar aanleiding (overprikkeling, ruzie, overgangsmoment)
- Evaluatie van begeleiding en overdracht
- Beoordelen van groepsdynamiek
- Bespreken van herhaald patroon bij specifieke bewoners

### Oorzaken:

- Overprikkeling en spanningsopbouw
- Onvoldoende emotieregulatie
- Onverwachte verandering (planning, invaller, overgangsmoment)
- Directieve benadering die als confronterend werd ervaren
- Medicatie niet ingenomen (in enkele gevallen)
- Groepsdynamiek en onderlinge irritaties
- Sensatie zoeken/grensoverschrijdend gedrag

#### Directe acties:

- Bewoners uit elkaar gehaald
- Fysiek begrensd ter bescherming
- Gesprek gevoerd na de-escalatie
- Officiële waarschuwing gegeven (in meerdere gevallen)
- Politie ingeschakeld bij ernstige escalatie
- Contact met ouders/verwanten waar passend
- Contact met AVG-arts
- Extra collega ingeschakeld

#### Nazorg:

- Gesprekken met betrokken medewerkers
- Gesprekken met bewoners
- Monitoring van emotioneel herstel
- Teamreflectie
- In enkele situaties inzet externe behandeling (bijv. PMT/traumatherapie)
- Afspraken over aangepaste begeleiding

#### Beoordeling handelen:

In de meeste situaties is veiligheidsgericht en volgens protocol gehandeld. Bij ernstige incidenten is tijdig politie of extra ondersteuning ingeschakeld.

Verbeterpunten liggen in:

- Vroegtijdige signalering van spanningsopbouw
- Voldoende bezetting bij risicomomenten
- Consistente benadering door alle medewerkers

#### Wat hebben we geleerd:

- Overprikkeling en overgangsmomenten zijn belangrijke risicofactoren
- Eén begeleider op de groep kan onvoldoende zijn bij escalatie
- Duidelijke en eenduidige benadering door het hele team is noodzakelijk
- Sommige bewoners hebben intensievere of gespecialiseerde begeleiding nodig
- Medicatie-inname kan invloed hebben op gedrag

#### Verbetermaatregelen 2026:

- Eerder ingrijpen bij oplopende spanning
- Extra begeleiding inzetten bij hoog-risico bewoners
- Heldere teamafspraken over benadering en grenzen
- Structurele evaluatie van medicatie en behandeling
- Duidelijke overdracht tussen diensten
- Aandacht voor veiligheid van medewerkers

#### **Bijlagen**

- Incidenten (agressie) Begeleiding en behandeling Jeugd 2025
- Incidenten (agressie) Dagbesteding Jeugd en Volwassenen 2025
- Incidenten (agressie) Wonen Volwassenen 2025

## **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

### Conclusies uit meldingen en incidenten

#### Conclusies

Er is sprake van een open meldcultuur; incidenten worden geregistreerd via MIC/MIM.

Na constatering is zorgvuldig en transparant gehandeld.

Er hebben geen ziekenhuisopnames plaatsgevonden.

De meeste incidenten hangen samen met:

- Onvoldoende preventieve controle (medicatie)
- Overprikkeling en spanningsopbouw (agressie)
- Onvoldoende overdracht of taakduidelijkheid
- Overgangsmomenten en groepsdynamiek

Fysiek ingrijpen wordt zo terughoudend en kort mogelijk toegepast. Dit heeft aantoonbaar bijgedragen aan meer bewust handelen en professionele afwegingen in de dagelijkse praktijk.

#### Medicatie:

##### *Begeleiding en Behandeling Jeugd*

- 7 medicatie-incidenten.
- Geen lichamelijke schade.
- Oorzaken: drukte, afleiding, onvoldoende controle, onvolledige overdracht, externe factoren.

##### *Wonen Volwassenen*

- 5 medicatie-incidenten.
- Geen lichamelijke schade.
- Oorzaken: onduidelijke taakverdeling, eigen beheer medicatie, overdrachtsproblemen, apotheekonduidelijkheid, weigering inname.

##### *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen*

Geen medicatie-incidenten. Dit lijkt structureel door beperkte medicatieverstrekking, vaste momenten en direct toezicht.

Daarnaast zijn inmiddels aanpassingen doorgevoerd in het medicatieproces. Deze zijn zichtbaar in de praktijk door meer structuur, duidelijkere taakverdeling en verbeterde registratie. Hoewel het aantal incidenten nog aandacht vraagt, wordt verwacht dat deze maatregelen zullen leiden tot een verdere afname van medicatiefouten. Dit wordt in de komende periode gemonitord.

#### Agressie:

##### *Begeleiding en Behandeling Jeugd*

- Meerdere agressie-incidenten (tegen medewerker, jeugdige, voorwerpen).
- Geen ziekenhuisopnames.
- Hoofdoorzaken: overprikkeling, overgangsmomenten, groepsdynamiek, wisseling begeleiders.

### *Dagbesteding Jeugd en Volwassenen*

- 4 agressie-incidenten.
- Eén ernstig incident met politie-inzet.
- Hoofdoorzaken: pestgedrag, impulsiviteit, onvoldoende signaleringsplan bij nieuwe cliënt.

### *Wonen Volwassenen*

- Meerdere agressie-incidenten, waaronder fysieke agressie tegen medewerkers.
- Lichte tot matige verwondingen en emotionele impact.
- Hoofdoorzaken: overprikkeling, medicatie niet ingenomen, onverwachte veranderingen, groepsdynamiek.

Het proces rondom agressie wordt organisatiebreed steeds meer gestructureerd vormgegeven. Dit begint bij de aanmelding, waarbij risico's en aandachtspunten (in samenspraak met de gedragsdeskundige) in kaart worden gebracht. Vervolgens vindt het intakegesprek plaats en wordt een persoonlijk zorgplan en een persoonlijke risico-inventarisatie opgesteld. Tijdens de introductie en begeleiding wordt hier actief op gestuurd en wordt het zorgplan waar nodig bijgesteld. Binnen teams wordt gewerkt aan een eenduidige aanpak en duidelijke afspraken. Indien de veiligheid onvoldoende gewaarborgd kan worden, wordt in samenspraak met de gedragsdeskundige gekeken naar aanvullende maatregelen.

### Leerpunten:

#### Medicatie

- Altijd dubbelcheck vóór toediening.
- Direct registreren bij toediening.
- Duidelijke taakverdeling tussen diensten.
- Nieuwe cliënten direct volledig registreren.
- Medicatie bij voorkeur niet in eigen beheer.

#### Agressie

- Vroegtijdige signalering voorkomt escalatie.
- Overgangsmomenten vragen extra begeleiding.
- Groepsmatching is bepalend voor veiligheid.
- Consistente benadering door het hele team is noodzakelijk.
- Consequenties moeten de-escalerend werken.

Daarnaast is het leerpunt dat het proces rondom agressie nog explicieter en eenduidiger gevolgd en vastgelegd moet worden, zodat in alle fasen (intake, begeleiding, evaluatie) dezelfde werkwijze wordt gehanteerd.

### Wat is er al gedaan:

#### Medicatie

- Ouders, apotheek en arts betrokken waar nodig.
- Medicatiebakjes met tijdsaanduiding geïntroduceerd.
- Registratie in NCare aangescherpt.
- Medicatiebeheer meer onder begeleiding gebracht.
- Teamreflecties uitgevoerd na incidenten.

#### Agressie

- Incidenten structureel nabesproken.
- Officiële waarschuwingen waar nodig.
- Politie ingeschakeld bij ernstige escalatie.
- Inzet gedragskundige/AVG-arts.
- Extra toezicht bij risicocombinaties.
- Casusoverleggen en externe afstemming waar nodig.

### Wat gaat er nog gebeuren:

## Medicatie

- Strikte naleving van aftekenlijsten en vaste dubbelcheck vóór toediening.
- Medicatie zoveel mogelijk in beheer van begeleiding (geldend voor Begeleiding en behandeling Jeugd).
- Duidelijke taakverdeling en zorgvuldige overdracht tussen diensten.
- Medicatiemomenten in rust en met duidelijke structuur uitvoeren.
- Blijvende monitoring of het aantal medicatie-incidenten afneemt.

## Agressie

- Tijdig opstellen en actualiseren van signaleringsplannen.
- Vroegtijdige signalering van spanningsopbouw en preventief handelen.
- Meer vaste begeleiders en consistente teamaanpak.
- Extra toezicht en passende inzet bij hoog-risico cliënten.
- Het verder uitwerken en borgen van een eenduidig proces rondom agressie (van intake tot evaluatie en eventuele uitstroom).
- Blijvende aandacht voor veiligheid en ondersteuning van medewerkers.

# 7 Acties

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

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

#### Conclusies:

Uit de voortgang van de actielijst blijkt dat:

- Het merendeel van de geplande acties tijdig is uitgevoerd en afgerond.
- Acties voortkomend uit audits, IGJ-constateringen, cliënttevredenheidsonderzoek en interne kwaliteitsbewaking actief zijn opgepakt.
- Werkbeschrijvingen en protocollen zijn aangepast naar aanleiding van toetsingen.
- Scholing en deskundigheidsbevordering rondom agressie daadwerkelijk hebben plaatsgevonden.
- Het medicatieproces is aangescherpt (medicatieoverzichten).
- Interne audits en praktijktoetsen tijdig zijn voorbereid en uitgevoerd.
- Er wordt aantoonbaar gewerkt volgens de PDCA-cyclus (signaleren – aanpassen – toetsen – borgen).

#### Leerpunten:

Uit de voortgang komen de volgende leerpunten naar voren:

##### *1. Structurele aandacht voor agressie*

Scholing, protocolaanpassing en inzet van deskundigheid hebben plaatsgevonden. Agressie blijft echter een thema dat blijvende aandacht vraagt via intervisie, casuïstiekbesprekingen en evaluaties.

##### *2. Borging van normwijzigingen*

Normwijzigingen vragen snelle toetsing en implementatie. Het bewaken van deze vertaalslag blijft een aandachtspunt, zodat tijdig wordt voldaan aan actuele eisen.

#### Wat is gedaan en wat gaat nog gebeuren:

##### *Wat is reeds gedaan:*

- Scholing agressie uitgevoerd.
- Agressieprotocol aangevuld met criteria en afwegingsstappen.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven en afgestemd.
- Medicatieproces aangescherpt.
- Dossiervoering (Meldcode) opgenomen in ONS.
- Werkbeschrijvingen aangepast naar aanleiding van audit en toetsing.

##### *Wat wordt verder geborgd in 2026:*

- Structurele evaluatie van agressie-incidenten en trends.
- Vaste momenten voor toetsing van nieuwe of gewijzigde normen.

# 8 Doelstellingen

## 8.1 Doelstellingen voor de komende vijf jaar

### Doelstellingen voor de komende vijf jaar

Binnen nu en vijf jaar zijn alle medewerkers binnen Flevo Zon in staat om op een lerende manier te werken door bewust te zijn van hun competenties en daarin eigenaarschap nemen.

Binnen nu en vijf jaren staat Flevo Zon bekend als een lerende organisatie. Een lerende organisatie is een organisatie die bewust gericht is op het vergroten en met elkaar verbinden van het lerend vermogen van medewerkers, ook wel inzet van kennis en kunde, als team en de organisatie als geheel. De medewerkers worden aldoor gestimuleerd tot ontwikkeling. Doormiddel van ontwikkeling raakt de medewerker zich bewust van zijn/haar competenties en waarin groeimogelijkheden liggen. Vanuit groei in competenties wordt gekomen tot een vergroting in eigenaarschap over de eigen loopbaan en tevens over de eigen taken en verantwoordelijkheden. Zowel individueel als gezamenlijk als team wordt tot groei gekomen, waarmee de zelfstandigheid per team en de kwaliteit als organisatie wordt verhoogd.

Binnen nu en vijf jaar werkt Flevo Zon met een methodiek gericht op zelfstandigheid, waardoor maatschappelijke participatie wordt verhoogd.

In de komende vijf jaren zal Flevo Zon zich richten op de uitwerking en implementatie van een methodiek, waarin zelfstandigheid en maatschappelijke participatie centraal staan. Flevo Zon komt vanaf dat moment bekend te staan als organisatie waar maatschappelijke participatie aldoor wordt gestimuleerd. Met iedere cliënt wordt binnen Flevo Zon toegewerkt naar groei en ontwikkeling, waarna de overstap naar gedeeltelijke of volledige terugkeer binnen de maatschappij wordt gemaakt. Deze gedeeltelijke of volledige terugkeer sluit te allen tijde aan bij de mogelijkheden van de cliënt. Er wordt gericht op diens krachten en mogelijkheden, van waaruit een passende terugkeer binnen de maatschappij wordt vormgegeven.

Binnen nu en vijf jaar staan de onderwerpen gezondheid en participatie centraal in onze manier van werken zowel intern in onze processen en werkvormen als extern als onderscheidende factor.

In de komende vijf jaren zal Flevo Zon de elementen gezondheid en participatie verweven in de wijze van werken, waarmee Flevo Zon zich zal onderscheiden van concurrenten. Flevo Zon gelooft dat gezond leven, zowel fysiek als mentaal, kan bijdragen aan het behalen van zorgdoelen en aan een prettiger leven. Door bewust om te gaan met het onderwerp positieve gezondheid, ligt de focus niet enkel op iemand zijn beperking, maar juist ook in mogelijkheden en veerkracht om betekenisvol in het leven te staan. Flevo Zon denkt graag in mogelijkheden en talenten en niet in beperkingen.

## 8.2 Doelstellingen voor het komende jaar

### Doelstellingen voor het komende jaar

Uiterlijk 31 december 2026 werkt Flevo Zon aantoonbaar als een lerende organisatie, doordat 100% van de teams structureel gebruikmaakt van een vast leer- en verbeterproces (zoals intervisie, casuïstiek, kennisdeling).

Toelichting voor teams (richtinggevend, niet verplicht):

- Focus ligt op continu verbeteren, niet op fouten vermijden.
- Vastleggen = zichtbaar maken wat geleerd is en wat is aangepast.

Uiterlijk 31 december 2026 stimuleert Flevo Zon positieve gezondheid zodanig dat alle teams werken volgens de uitgangspunten van positieve gezondheid en dit zichtbaar is in hun dagelijkse begeleiding en activiteiten.

Toelichting:

- Het gaat niet alleen om fysieke gezondheid, maar ook mentaal, sociaal en zingeving.
- Teams kiezen zelf hun focus (bijv. dagstructuur, eigen keuzes, balans, meedoen).

Uiterlijk 31 december 2026 hanteren alle teams een mogelijkheden-gerichte werkwijze, waarbij:

- minimaal 90% van de teamplannen en cliëntdoelen is geformuleerd in termen van mogelijkheden, talenten en ontwikkeling. Dit wordt aantoonbaar gemaakt in plannen, verslagen en evaluaties.

Toelichting:

- Van probleemgericht naar ontwikkelgericht denken.
- Niet “wat kan niet?”, maar “wat kan wél, en wat is daarvoor nodig?”.

Uiterlijk 31 december 2026 werken alle teams van Flevo Zon doel- en ontwikkelingsgericht met cliënten/deelnemers, waarbij:

- bij 100% van de cliënten actief wordt gekeken naar de onderliggende behoeften en oorzaken achter gedrag,
- voor iedere cliënt ontwikkelingsdoelen zijn geformuleerd die aansluiten bij zijn/haar mogelijkheden, wensen en draagkracht,
- en deze doelen worden ondersteund door gerichte, passende activiteiten die gericht zijn op groei, ontwikkeling en zelfregie.

## 8.3 Plan van aanpak

### Plan van aanpak

#### Korte termijn (0 – 6 maanden)

Doel: Fundament leggen en kaders vaststellen.

Acties lerende organisatie:

- Vaststellen van een organisatiebreed leer- en verbeterproces (interview, casuïstiekbespreking, kennisdeling).
- Inplannen van vaste interviewmomenten per team.
- Ontwikkelen van een eenvoudige format voor verslaglegging (wat hebben we geleerd, wat passen we aan?).
- Teams informeren over doel en werkwijze (focus op continu verbeteren).

Acties positieve gezondheid:

- Scholingsmoment over positieve gezondheid voor alle medewerkers.
- Teams kiezen eigen focus (bijv. dagstructuur, eigen regie, balans).
- Opnemen van positieve gezondheid als vast agendapunt in teamoverleggen.

Acties mogelijkheidengericht werken:

- Aanpassen van formats voor teamplannen en cliëntdoelen (formuleren in mogelijkheden en ontwikkeling).
- Bespreken van verschil tussen probleemgericht en ontwikkelgericht denken in teamoverleg.
- Start interne dossieraudit (nulmeting).

Acties doel- en ontwikkelingsgericht werken:

- Vastleggen dat bij iedere cliënt onderliggende behoeften standaard worden besproken.
- Herformuleren van bestaande doelen waar nodig.
- Koppelen van activiteiten expliciet aan ontwikkeldoelen.

#### Middellange termijn (6 – 18 maanden)

Doel: Implementeren, oefenen en zichtbaar maken.

Acties lerende organisatie:

- Structurele uitvoering van interview en casuïstiek.
- Teams leggen verbeterpunten vast en koppelen terug wat aangepast is.
- Jaarlijkse evaluatie van het leer- en verbeterproces.
- Interne kennisdeling tussen teams (bijv. themabijeenkomsten).

#### Acties positieve gezondheid:

- Positieve gezondheid zichtbaar maken in begeleidingsplannen.
- Teams evalueren hun gekozen focus en stellen deze bij.
- Praktijkvoorbeelden verzamelen en delen.

#### Acties mogelijkheidengericht werken:

- Tussentijdse controle op percentage doelen geformuleerd in mogelijkheden.
- Coaching on the job bij teams waar dit nog onvoldoende zichtbaar is.
- Bespreken van goede voorbeelden in teamoverleggen.

#### Acties doel- en ontwikkelingsgericht werken:

- Periodieke evaluaties met cliënten over voortgang en doelen.
- Monitoren of bij 100% van de cliënten onderliggende behoeften worden meegenomen.
- Activiteitsaanbod expliciet koppelen aan groei en zelfregie.

### **Lange(re) termijn (18 maanden – 31 december 2026)**

#### Doel: Borging en aantoonbaarheid.

#### Acties lerende organisatie:

- 100% van de teams werkt aantoonbaar met het vaste leer- en verbeterproces.
- Jaarlijkse rapportage over leeropbrengsten en verbeteringen.
- Opnemen van lerend werken in functieprofielen en jaargesprekken.

#### Acties positieve gezondheid:

- Positieve gezondheid volledig geïntegreerd in werkwijze en beleid.
- Dagelijkse begeleiding aantoonbaar volgens uitgangspunten positieve gezondheid.
- Evaluatie via cliënt- en medewerkerstevredenheid.

#### Acties mogelijkheidengericht werken:

- Minimaal 90% van teamplannen en cliëntdoelen geformuleerd in mogelijkheden en ontwikkeling.
- Interne audit ter bevestiging.
- Structurele opname in kwaliteitscyclus.

#### Acties doel- en ontwikkelingsgericht werken:

- 100% van de cliënten heeft passende ontwikkeldoelen.
- Activiteiten aantoonbaar gekoppeld aan groei, ontwikkeling en zelfregie.
- Borging in werkprocessen, scholing en kwaliteitsbeleid.

#### **Acties**

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

# 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.

5.3 Uitkomsten CTO 2025

5.5 Uitkomsten CTO 2025

6.2 Incidenten (medicatie) Begeleiding en behandeling Jeugd 2025  
Incidenten (medicatie) Wonen Volwassenen 2025

6.3 Incidenten (agressie) Begeleiding en behandeling Jeugd 2025  
Incidenten (agressie) Dagbesteding Jeugd en Volwassenen 2025  
Incidenten (agressie) Wonen Volwassenen 2025

## Actielijst

### Voortgang actielijst, afgesloten acties

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

**Geplande uitvoerdatum:** 12-12-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 12-12-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**Evalueer met de ouders periodiek of de door hun gevraagde vrijheidsbeperkende maatregel nog nodig is of afgeschaald kan worden.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-11-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 09-10-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**Vraag van de deelnemers waarvan de gegevens in nCare niet rechtstreeks zijn overgenomen uit het systeem van de apotheek een medicatie overzicht op.**

**Geplande uitvoerdatum:** 15-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 18-08-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Medewerker Medicatiebeheer heeft deze aangevraagd bij ouders/ apotheek voor de cliënten. Medewerker Medicatiebeheer houdt zicht op de aanvraag van het medicatieoverzicht bij nieuwe cliënten/ wijzigingen in medicatie en zal op een vast moment in het jaar voor iedereen een nieuw overzicht aanvragen en controleren of alle medicatie nog klopt.

**Stel richtlijnen op voor één op één contact tussen begeleider en deelnemer.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-06-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 10-06-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Er zijn richtlijnen opgesteld in protocol 'alleen werken' o.a. met betrekking tot het werken met cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag.

**Neem in het protocol m.b.t. ingrijpen (holding) bij fysiek geweld op wat de werkwijze is als blijkt dat er herhaaldelijk moet worden ingegrepen bij dezelfde deelnemer(s)**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 10-06-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** In agressieprotocol zijn afspraken, criteria en afwegingsstappen opgenomen rondom herhaaldelijke agressie en holding.

**Bepaal of er exclusie-criteria zijn ten aanzien terugkerend excessief gedrag (agressie grensoverschrijdend) bij jeugdigen.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-04-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** De exclusie-criteria van Flevo Zon zijn opnieuw bekeken voor de Jeugdigen. Conclusie: deze criteria worden niet aangepast, aangezien de zorg voor de jeugdigen maatwerk is en per kind/ situatie moet worden afgewogen of Flevo Zon passende zorg kan leveren voor deze specifieke cliënt.

**Kennis en kunde rondom agressie herhalen**

**Geplande uitvoerdatum:** 30-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 23-04-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Medewerkers hebben verdeeld over 2 groepen op 22 en 23 april 2025 een avondcursus gedaan (4 uur) met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag en agressie.

**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:** 04-04-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 27-03-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**Neem de dossieropbouw van de aandachtsfunctionaris meldcode huiselijk geweld op in de afgeschermd dossiergegevens van ONS**

**Geplande uitvoerdatum:** 15-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 11-03-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**Audit Begeleiding en Wonen. Rond de audit (twee locaties: Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 B & loc. Hondsdraf 60 W) af voor de uitvoerdatum, bereid u voor op de audit (zie de kennisbank voor het auditprogramma)** Audit

**Geplande uitvoerdatum:** 09-02-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 04-03-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** 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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 23-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**In JV 2023 bij 3.2 heeft u de constatering van de inspectie en uw plan van aanpak beschreven. Beschrijf in JV2024 bij 3.2 wat het resultaat is van de uitvoering van dit plan van aanpak. Wat gaat goed en wat heeft nog aandacht nodig?**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 23-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

**In jaarverslag 2023 schrijft u over het treffen van maatregelen om het aantal agressie incidenten te verminderen: 'Agressie: In 2024 zullen we meer kennis en kunde voor agressie verwerven. Daarnaast wordt er meer ingezet op het inzetten van een gedragswetenschapper. Tevens vindt er een verhoging plaats van momenten ter reflectie en intervisie. Ook het aantal casuïstiek besprekingen zal toenemen. In 2024 zal er wat betreft kennis van ASS en GGZ ook vanuit Flevo Zon worden gefaciliteerd. Door een verhoging van kennis en meer momenten van dialoog hopen we preventiever te werk te gaan om het aantal incidenten rondom agressie omlaag te brengen'. Reflecteer in jaarverslag 2024 over deze genomen maatregelen en het resultaat.**

**Geplande uitvoerdatum:** 01-01-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 23-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Wordt op andere wijze vorm aan gegeven, daarom voor nu op 'afgerond'.

Vink in de werkbeschrijving bij 1.3.4. "geen onvrijwillige zorg maar passen wel vrijheidsbeperkende maatregelen toe" aan en beschrijf bij 6.3.7 welke situaties zich voor doen (CloudCuddle, het scheurpak en incidenteel het op een zo terughoudend mogelijke manier fysiek ingrijpen ´holding´) Geef aan hoe de afspraken hierover zijn

**Geplande uitvoerdatum:** 01-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 18-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

Vraag van de deelnemers die medicatie verstrekt krijgen door een bevoegd en bekwame medewerkers een uitvoeringsverzoek op bij de BIG-geregistreerde verantwoordelijke behandelaar

**Geplande uitvoerdatum:** 01-03-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 18-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

De afspraak voor de praktijktoets t.b.v. de audit is gemaakt op 31-01-2025, 08:45 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:** 31-01-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** 01-02-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** 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:** 28-01-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** 20-01-2025 (Afgerond)  
**Toelichting:** Afgerond.

#### Voortgang actielijst, openstaande acties

Getekend huishoudelijk reglement cliëntenraad uploaden.

**Geplande uitvoerdatum:** 19-05-2026  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, 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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)

**Actualiseer uw werkbeschrijving en dien deze in ten behoeve van de audit** Indienen werkbeschrijving

**Geplande uitvoerdatum:** 09-11-2027  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)

**Rond de audit (2 locaties, B en W) af voor de uitvoerdatum, bereid u voor op de audit (zie de kennisbank voor het auditprogramma)** Audit

**Geplande uitvoerdatum:** 09-01-2028  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)

**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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 20-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026  
**Toelichting:** Afgerond.

**Reflecteer in het kwaliteitsjaarverslag 2025 op het en resultaatverslag aan de IGJ en de reactie van de IGJ**

**Geplande uitvoerdatum:** 31-12-2025  
**Geldt voor locatie(s):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 60 (2471, sub.)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 21-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026  
**Toelichting:** Afgerond.

**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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 21-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026  
**Toelichting:** 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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 28-02-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026  
**Toelichting:** Afgerond.

**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):** Zorgbureau Flevo Zon B.V. loc. Hondsdraf 58 (2408)  
**Actie afgerond op:** Actie is afgerond op 01-04-2026 (als Afgerond) en wordt verantwoord in jaarverslag 2026