



15-4-2026

# Stichting DOA

Kwaliteitsverslag 2025



Stichting DOA  
2026

## **Inhoudsopgave**

1 Doel van het kwaliteitsverslag.....	2
2. Clientgerichtheid.....	3
3. Kwaliteit en veiligheid.....	4
4. Medewerkers.....	8
5.Processen en resultaten.....	10
6. Doelstellingen en behaalde resultaten.....	11

## 1. Doel van het kwaliteitsverslag

Middels dit kwaliteitsverslag wil het bestuur van Stichting DOA inzicht krijgen in het functioneren, de kwaliteit en de toekomstbestendigheid van Stichting DOA.

De volgende onderdelen worden zorgvuldig getoetst:

- Doelstelling en maatschappelijke opdracht.
- Passende en kwalitatief verantwoorde dagbesteding.
- Het voldoen aan Wet -en regelgeving.
- Continue werken aan verbetering en ontwikkeling.
- Sterke punten en ontwikkelpunten vertalen naar het jaarplan.
- Risico's tijdig signaleren.
- Transparantie naar stakeholders (zorgkantoor, ouders en wettelijke vertegenwoordigers en andere belanghebbenden en samenwerkingspartners).

Stichting DOA heeft als doel het bieden van kleinschalige, zinvolle en gestructureerde dagbesteding aan (jong) volwassenen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Stichting DOA richt zich op het bevorderen van zelfredzaamheid, sociale participatie, persoonlijke ontwikkeling en welzijn van de deelnemers, binnen een veilige en stimulerende omgeving. Het team streeft ernaar dat iedere deelnemer zich gezien, gewaardeerd en betrokken voelt, met aandacht voor individuele mogelijkheden en talenten.

- Het aanbieden van begeleide dagbesteding op maat.
- Het stimuleren van arbeidsmatige en creatieve vaardigheden.
- Het bevorderen van sociale vaardigheden en vertrouwen.
- Het bieden van structuur, ritme en persoonlijke begeleiding.
- Samenwerking met ouders/ wettelijke vertegenwoordigers/ woningen en andere belanghebbenden.

Doelgroep Deelnemers Stichting DOA

### **Doelgroep Stichting DOA.**

<b>Client</b>	<b>IQ</b>	<b>Leeftijd</b>
Verstandelijke beperking	50-85	16 tot 50+ (Max 60)
Verstandelijke en of lichamelijke/ visuele/auditieve beperking	50-85	16 tot 50+ (Max 60)
<b>Contra-indicatie</b>	Psychische problematiek/Agressie	

Stichting DOA heeft op 31 december 38 deelnemers (PGB en ZIN).

## **2. Cliëntgerichtheid**

### **Cliënttevredenheidsonderzoek en cliënttevredenheid**

In de tweede helft van 2026 zal een CTO afgenomen worden volgens het 3-jaarlijkse cyclus. Tussentijds zijn er halfjaarlijkse evaluatie momenten, waarin ook de tevredenheid wordt uitgevraagd, daarnaast zijn er de informele gesprekken, die heel waardevol zijn voor extra input. Uit de uitgevoerde evaluaties zijn enkele aandachtspunten naar voren gekomen die betrekking hebben op de activiteiten, wensen en het gedrag binnen de groep. Deze signalen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling en afstemming van het activiteiten aanbod en de begeleiding. De uitvoering van activiteiten worden in het jaarplan meegenomen.

### **Signalering vanuit clientcontacten.**

Aan de hand van rapportages, signalen, en observaties kan er gemeten worden of en hoe er op bepaalde vlakken verbeterpunten of acties uitgezet kunnen worden. Stichting DOA is laagdrempelig en de lijntjes met ouders/wettelijke vertegenwoordigers en collega woningen dagbestedingen zijn kort. Er wordt bij onduidelijkheden of signalen die opgevangen worden vaak even gebeld om te verifiëren of hetgeen dat gehoord wordt op de groep, ook contextueel daadwerkelijk klopt. Indien nodig kan er dan meteen actie op uitgezet worden.

### **Klachten en meldingen**

Er zijn in 2025 geen klachten of meldingen gemeld. De klachtenprocedure staat vermeld op de website.

### **Cliëntenraad**

De cliëntenraad vergadert gemiddeld 6x per jaar. De samenstelling van de cliëntenraad is onveranderd gebleven. De bijeenkomsten op maandag of vrijdag worden ondersteund door een vrijwilliger, zij maakt ook de notulen. Er is in 2025 een enquête uitgezet onder de vrijwilligers die op de bus rijden. Die ritten ervaren de vrijwilligers en deelnemers die er gebruik van maken als positief.

Het bestuur merkt wel dat de onderwerpen die aan bod komen in de cliëntenraad vaak random op de agenda komen en dat er geen eenduidigheid in zit. Onderwerpen komen regelmatig uit de ervaringen van de leden, zonder dat andere deelnemers om hun mening wordt gevraagd. Dit zal meer gestimuleerd moeten worden. De vergaderingen kunnen soms gezien worden als klaagurtje en dan schiet het zijn doel voorbij.

Het bestuur heeft besloten dat de cliëntenraad geprofessionaliseerd moet worden en dat de PDCA-cyclus meer zichtbaar moet zijn, dit zal in het jaarplan 2026 als doel worden gesteld. Een teamlid zal dit in het eerste kwartaal verder gaan opzetten en ondersteunen.

### 3. Kwaliteit en veiligheid

#### Incidenten meldingen + analyses

FOBO-meldingen worden door het team gemeld in Q-link en komen direct binnen bij het bestuur, zodat er indien nodig direct actie op uitgevoerd kan worden. De FOBO-meldingen worden in de teamvergaderingen besproken.

Overzicht FOBO-meldingen 2025

Agressie	9 (4 tussen begeleider en deelnemer en 5 tussen deelnemers onderling)
Vallen	2
Verslikking	0
Medicatie	1
Weglopen	0
Grenzen bewaken	0
Stoten/knellen /botsen	0
Overige	2
Complimenten	3
<b>Totaal Fobo meldingen</b>	<b>14</b>
<b>Totaal complimenten</b>	<b>3</b>

In de periode jan-dec 2025 zijn er in totaal 14 FOBO meldingen geregistreerd in Qlink. Hiervan hadden 9 meldingen betrekking op agressie, 2 valincidenten 1 medicatie incident en 2 overige meldingen. Een groot deel van de meldingen betreft agressie, wat aangeeft dat dit binnen de groep een belangrijk aandachtspunt is.

De val- en medicatie incidenten komen in beperkte mate voor, maar blijven relevante aandachtspunten in het kader van veiligheid en zorgvuldigheid van de zorgverlening. De overige meldingen zijn incidenteel van aard.

De meldingen worden maandelijks geëvalueerd in de teamvergaderingen, om mogelijke oorzaken en patronen te signaleren. Op basis hiervan worden waar nodig, maatregelen of aanpassing in de begeleidingswijze/ werkwijze toegepast, met als doel herhaling te voorkomen en de kwaliteit van veiligheid van de ondersteuning te waarborgen.

De complimenten dienen weer onder de aandacht gebracht te worden, het melden hiervan heeft in 2025 minder prioriteit gehad bij het team.

Conclusie; op basis van het aantal meldingen lijkt agressie het belangrijkste aandachtspunt binnen de incidenten registratie van 2025 te zijn. Het heeft te maken met bejegening (team), overprikkeling en onderlinge onbegrip tussen bepaalde deelnemers. De situaties zijn vaak meteen opgelost, maar wanneer we kijken naar het aantal agressie meldingen van 2024 zijn de aantallen niet verminderd. Dit betekent dat het bestuur in haar visie iets te doen heeft en er gezamenlijk met het team op gereflecteerd dient te gaan worden. De nieuwe locatie heeft wel als positief effect dat mensen elkaar gedurende de dag meer zien dan voorheen. Hierdoor ontstaat er een andere sociale situatie die tot nu toe nog niet tot onderlinge

frustratie en agressie heeft geleid. Ook is er op de nieuwe locatie meer toezicht door de verschillende begeleiders, mogelijke conflictsituaties worden hierdoor sneller onderschept. Verbeterpunten van verleden jaar moeten geïnventariseerd en toegepast gaan worden. Dit punt zal toegevoegd worden in het jaarplan.

## **RI&E**

Gezien de verhuizing naar de locatie medio januari 2026 zal er voor 1 maart 2026 een geheel nieuw RI&E uitgevoerd worden. De RI&E op de oude locatie is volgens schema nagelopen. Hieruit zijn geen opmerkingen naar voren gekomen.

## **WZD**

Er wordt actief ingezet op bewustwording van de WZD, door scholing en bespreking van casuïstiek. Medewerkers weten wat de WZD inhoudt, doordat het onderwerp cyclus wordt besproken tijdens teamvergaderingen. Indicatoren die betrekking zouden kunnen hebben op de WZD, zijn in beeld. Voorbeelden hiervan zijn: rolstoel op de rem, een extra riem, deuren open, bedhek omhoog, tijdens het rusten op bed, enz.

## **Medicatieveilig**

Stichting DOA geeft invulling aan de medicatieveiligheid conform de handleiding medicatieveiligheid in de gehandicaptensector. Deelnemers nemen volgens protocol medicatie mee in een backsterzakje met een actuele aftekenlijst van de apotheek. Deze wordt in een afgesloten medicatiekast bewaard en op de afgesproken tijd uitgedeeld, door de zorg coördinator. Stichting DOA heeft 3 BIG geregistreerde verpleegkundigen in dienst en 1 verzorgende-IG. Risico's binnen het medicatieproces worden herkend en besproken, tijdens casuïstiek bespreking, als vast thema op de agenda. Elke twee jaar volgt het team de training voorbehouden handelingen, die specifiek op maat gemaakt is toegespitst op Stichting DOA. Dit wordt gefaciliteerd door Zorgleren uit Oss.

## **Zorgplannen**

Elke deelnemers heeft een zorgplan op maat en is betrokken bij het opstellen en evalueren van zorgdoelen Elk half jaar is er een evaluatiemoment, waarbij ouders/wettelijke vertegenwoordigers en eventueel de betrokken woningen uitgenodigd worden.

## **Risico-inventarisaties**

Voor elke deelnemer is er een individueel risico-inventarisatie, deze wordt jaarlijks geëvalueerd. Eventuele risico's die midden of hoog scoren, worden verwerkt in het zorgplan, volgens de PDCA-cyclus.

## **Rapporteren**

Er wordt door het team dagelijks structureel volgens de SOAP methode gerapporteerd. De navolgbaarheid van de p(plan) ontbreekt in sommige rapportages. Het bestuur is hier nog niet tevreden over en wil hier meer diepgang in terugzien, met name de zichtbaarheid van de PDCA-cyclus, dient systematischer terug te komen. In 2026 zal hier nog extra op ingezoomd worden en zullen er steekproefsgewijs controles worden uitgevoerd. Dit punt komt terug op de agenda. Zie jaarplan 2026.

## **BHV/ontruiming 2025**

14 oktober 2025 heeft een ontruimingsoefening plaatsgevonden. Hiervan is verslag gemaakt en zijn aandachtspunten naar voren gekomen (reacties van begeleiders en acties op de nacontrole), zie verslag ontruiming. Deze zullen meegenomen worden in een ontruiming op de nieuwe locatie in 2026.

Zes teamleden hebben volgens planning een herhalingscursus gevolgd. Twee teamleden zullen in 2026 de opleiding gaan volgen. Dit zal voor september 2026 gerealiseerd worden.

Brandblussers enz. worden jaarlijks medio september gekeurd door Ceno brandbeveiliging. De afspraken zullen met hetzelfde bedrijf, Ceno worden voortgezet voor de nieuwe locatie. Dit staat in de jaarplanning.

Op de nieuwe locatie zullen 2 ontruiming met team en deelnemers gepland gaan worden. Doel is ook om samen met de brandweerman van CENO een ontruiming op locatie te gaan uitvoeren, met het team en vrijwilligers.

## **Evaluatie van protocollen en werkinstructies.**

In Qlink worden de protocollen 2x per jaar nagelopen en daar waar nodig aangepast. In 2026 zullen er twee protocollen worden toegevoegd:

- Protocol identiteitsbewijzen
- Protocol VOG

In het personeelsbeleid stonden deze punten al wel beschreven, maar zijn niet als zodanig terug te vinden in Qlink.

## **Duurzaamheid**

Stichting DOA wil een bijdrage leveren aan een schonere wereld en zal het onderwerp duurzaamheid meenemen in haar beleid (uitschrijven in de loop van 2026) Op kleine schaal zijn er al een aantal zaken, dat een bijdrage levert. Deelnemers worden met een elektrische bus vervoerd. Verder zetten we in op het hergebruiken van spullen, niet onnodig printen en het scheiden van plastic afval. Het bestuur kan op kort termijn ook nadenken over bewegingssensoren en tijdschakelaars, allemaal kleine verbeterstappen, die kunnen bijdragen aan een minder grote voetafdruk!

In samenspraak met SAVER zal er op de nieuwe locatie meegedaan worden aan het scheiden van bedrijfsafval. De gemeente Halderberge stimuleert bedrijven om kosteloos gebruik te maken van een PD bak. Stichting DOA heeft zich hiervoor opgegeven. Het nieuwe pand heeft een energielabel A. In overleg met het Woonkwartier zal er in de nabije toekomst ingezet gaan worden op verduurzaming van het pand. Stichting DOA zou graag zien dat er zonnepanelen op het dak worden geplaatst.

## **4 Medewerkers**

### **Ontwikkelgesprekken analyse**

In totaal heeft elke medewerker 2 ontwikkelgesprekken gehad in 2025. De focus is met name gelegd op de persoonlijke leerdoelen, de taken, samenwerking en tevredenheid. Uit de gesprekken blijkt dat de medewerkers actief en bewust hebben gewerkt aan de persoonlijke leerdoelen. Daarnaast is de samenwerking binnen het team besproken. Dit wordt over het algemeen als positief ervaren, waarbij open communicatie en onderlinge ondersteuning als belangrijke factoren worden genoemd. Waar nodig durven medewerkers dit meer bespreekbaar te maken.

Over de taakverdeling is men tevreden, de verantwoordelijkheden en werkzaamheden sluiten goed op elkaar aan. Aandachtspunten worden in de teamvergaderingen besproken.

### **Inzet en beschikbaarheid**

Medewerkers werken volgens een vast rooster op vaste tijden, dit geeft veel duidelijkheid aan de deelnemers. Er is geen inzet van ZZP'ers of invalkrachten. In geval van ziekte of vakantie worden de groepen onderverdeeld. Elke medewerker kan de groep van een collega overnemen. De continuïteit is hiermee geborgd, daar is Stichting DOA trots op!

### **Verzuim en verloop**

Het verzuim was in 2025 gemiddeld zo'n 15%. Er waren 2 langdurig zieken in 2025. Vitaliteit blijft een aandachtspunt op de agenda en blijft ook als punt staan in het jaarplan 2026.

1 medewerker is per 1 januari 2026 uit dienst getreden. De contracturen (22,5) zijn overgenomen door een oud stagiaire Social Work. Er hoefde geen vacature uitgezet te worden.

### **Stagiaires**

In 2025 had stichting DOA gemiddeld 4 stagiaires in dienst, zij volgden o.a. de opleiding verpleegkundige-4, verzorgende 3-IG, Social work-4, HBO Social Work. In 2026 is het voornemen om maximaal 2 stagiaires aan te nemen. Gezien de locatie, de kleinere ruimten en de rooster technische indeling op de groepen.

### **Vrijwilligers**

In 2025 is er 1 vrijwilliger(chauffeur) vertrokken, op 31-12-2025 waren er in totaal 11 vrijwilligers actief voor Stichting DOA. Gezien de leeftijd (70+) van de vrijwillige chauffeurs, is het wenselijk om een wervingscampagne op te zetten, zodat de continuïteit van vervoer geborgd blijft. Jaarlijks wordt er een vrijwilligersbijeenkomst georganiseerd en op de dag van de vrijwilliger worden zij extra in het zonnetje gezet!

## **Hoe borgen we continuïteit van het bestuur?**

Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt beheerd door de bestuurders en de zorg coördinator. Ieder heeft hierin zijn eigen taken en verantwoordelijkheden. De taken processen en procedures zijn vertaald naar duidelijke werkwijzen. De informatie die nodig is voor toegang tot belangrijke sites zoals Vecozo, NZA-inkoopportaal, PGB portaal, E-herkenning enz. is helder uitgelegd in het document taakomschrijving, zodat de bestuursleden en de zorg coördinator de werkwijzen kunnen beheren en toegang hebben tot deze processen.

De benodigde certificaten staan op naam en inlogprocedures zijn helder. In geval van afwezigheid (langdurig) blijft de continuïteit van alle processen geborgd, doordat er altijd teruggepakt kan worden op de werkwijzen.

De taken binnen het team zijn onderling verdeeld, zoals o.a. het vervoer, verkopen winkel, sport en spel en koken waardoor er meer eigenaarschap en verantwoordelijkheid is ontstaan binnen het team en het bestuur deze taken volledig los heeft kunnen laten.

## **Deskundigheid en scholing**

Medio Juni 2025 heeft het team een training van zorgscholing gevolgd op locatie. Hierin zijn een aantal voorbehouden en risicovolle handelingen afgetoetst en door iedereen behaald.

Deze training zal om het jaar gevolgd worden en is verplicht voor het hele team.

Zorgscholing is tevens van belang voor het behouden en borgen van de bevoegdheid en bekwaamheid van de verpleegkundigen (3) en verzorgenden (1).

## **Teamvergaderingen**

2x per maand zijn er teamvergaderingen, pedagogisch en team+ intervisie. Er is een vaste jaarplanning met onderwerpen die systematisch aan bod komen, bijvoorbeeld o.a. medicatie, bejegening& visie, WZD, meldcode ect. Het notuleren gebeurt via een vast format. Dit format zal voor 2026 aangepast worden, om nog efficiënter te kunnen notuleren.

## **Intervisie**

Intervisie is onderdeel van de vaste vergaderstructuur en staat gemiddeld 1x per 6-8 weken op de agenda.

## **VOG-registratie.**

De VOG-registratie wordt zorgvuldig bijhouden. Volgens beleid zijn alle VOG, s voor medewerkers en vrijwilligers 3 jaar geldig.

## 5. Processen en resultaten

### Evaluatie primaire zorgprocessen

#### Activiteiten

Activiteiten worden afgestemd op zowel de individuele behoeften als groepsactiviteiten, waarbij keuzevrijheid en eigen regie van de deelnemer centraal staan. Dit staat in lijn met eisen van bouwsteen 1 uit het kwaliteitskompas en de visie van Stichting DOA.

Sport, educatie, productie en sociale vaardigheden vormen de basis voor uitvoering van activiteiten.

#### Buitenprojecten

In 2025 heeft Stichting DOA de volgende buitenprojecten: Albert Heijn (2x per week), De Blokhut (1x per twee weken), de Herbergier (1x per week), de Molencaten (1x per week), afval prikken (1x per week). In 2026 zal er een nieuw project worden toegevoegd, het sportpark in Oosterhout. De buitenprojecten verlopen volgens schema. De betreffende deelnemers die meegaan met een buitenproject geven tijdens de evaluaties aan dat zij tevreden zijn en plezier hebben tijdens het uitvoeren van het werk. De buitenprojecten bieden de deelnemers kans om actief bij te dragen aan het dorpse leven, wat direct bijdraagt aan het maatschappelijk doel van Stichting DOA, participatie en inclusie vergroten.

#### Wet- en regelgeving

Naleving van wet -en regelgeving, waaronder de ARBO regelgeving, WZD, WKKGZ, medicatieveiligheid gehandicaptenzorg, WLZ, WGBO, AVG, NEN 7510 is aantoonbaar geborgd middels beleid procedures en interne controle. Dit blijkt uit;

- Beleid en protocollen
- Controles
- Incidentenmeldingen
- Informatiebeveiligingsmaatregelen

Voor de ondersteunende processen wordt o.a. gebruik gemaakt van een twee stap verificatie systeem, dit betreft Siilo, Zivver, VECOZO, NZA, Adcase berichtenverkeer, Daarnaast wordt altijd toestemming gevraagd voor het plaatsen van beeldmateriaal op Social media. Zie beleid NEN 7510 in Qlink

## 6. Doelstellingen en behaalde resultaten

De doelstellingen voor 2025 zijn SMART beschreven in het jaarplan.

Behaalde doelen hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

- De dagdelen zijn uitgebreid met nieuwe deelnemers.
- De takenverdeling van het bestuur is helder omschreven.
- De training voorbehouden handelingen is gerealiseerd.
- Er wordt veelvuldig volgens SOAP methode gerapporteerd.
- Medewerkers hebben gemiddeld 3 ontwikkelgesprekken gehad, formeel en informeel.

Er zijn een aantal doelen die deels of niet behaald zijn, deze worden bijgesteld en meegenomen in het nieuwe jaarplan 2026 (zie jaarplan 2026). Dit komt met name doordat de focus op andere zaken heeft gelegen, zoals het continueren van Stichting DOA. Zowel het bestuur als het team heeft in een overlevingsmodus gezeten.

### Successen 2025

- Het primaire proces is aantoonbaar op niveau gebleven, ondanks interne en externe uitdagingen. Het bestuur is trots op het team!
- Het team heeft stabiel gefunctioneerd, de personele bezetting is behouden, er was slechts sprake van 1 medewerker die elders gesolliciteerd heeft.
- Er is uiteindelijk een passende nieuwe locatie gevonden, die voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen, waarmee de continuïteit van Stichting DOA geborgd is.

### Verbeterpunten voor 2026

- Inzetten op het professionaliseren van de cliëntenraad.
- Het verminderen van de agressiemeldingen.
- Meer complimenten registeren, de successen nog meer benadrukken.
- Bejegening en begeleidingsstijl thematisch bespreken.
- Verminderen van verzuim, vitaliteit op de agenda houden.
- Beleid uitschrijven over duurzaamheid van Stichting DOA.
- Navolgbaarheid en verdieping van de SOAP methode.

### Conclusie KMS-systeem

Op basis van interne controles en feedback van deelnemers, medewerkers, de RVT, blijkt dat het kwaliteitsmanagementsysteem effectief is geïmplementeerd en naar behoren functioneert. Processen zijn geborgd en dragen aantoonbaar bij aan continue verbetering van de zorg- en dienstverlening.

