

**I AM  
ONE**

2025



*est. 2014*

**KWALITEITS  
VERSLAG**

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	4
<b>Terugblik</b> .....	4
<b>Over I Am One</b> .....	5
<b>Bouwstenen en Pijlers</b> .....	7
<b>Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele persoon</b> .....	7
1. MIC-meldingen.....	7
2. C-date.....	8
3. Risico-inventarisatie en signaleringsplan.....	10
4. Bergop.....	12
5. Ondersteuningsplannen, netwerkbetrokkenheid en doelgericht werken.....	13
<b>Bouwsteen 2: onderzoek naar de ervaringen van mensen met een verstandelijke beperking en/of GGZ-indicatie</b> .....	16
1. Medezeggenschap cliëntenraad.....	16
2. Bewoners overleggen.....	16
3. Cliënttevredenheid.....	18
4. Tevredenheidsonderzoek wettelijk vertegenwoordigers.....	26
5. Verslag gesprek met cliënten.....	29
<b>Bouwsteen 3: professionele ontwikkeling</b> .....	31
1. Strategisch jaarplan 2025-2026.....	31
2. Scholing en (team)ontwikkeling.....	32
3. Bestuurlijke (VG) regiotafel.....	38
4. Regionaal directieoverleg.....	39
5. Positief leef- en werkklimaat (OPCZ).....	40
6. Visie, missie en kernwaarden.....	42
7. Medewerkers-tevredenheidsonderzoek.....	44
<b>Bouwsteen 4: inzicht in kwaliteit</b> .....	48
1. Calamiteitenbeleid.....	48
<b>Bouwsteen 4: inzicht in kwaliteit</b> .....	52
1. Laatste audit interne en externe.....	52
2. Gezamenlijke samenvatting van bestuurlijke overleggen en contractbesprekingen.....	55



3. Visitatie Active4you.....	56
4. Kwaliteit en prestaties van zorgprocessen.....	59
5. Innovatie .....	63
<b>Slotwoord</b> .....	<b>66</b>

## Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag 2025 van I Am One. In dit verslag leggen wij verantwoording af over de kwaliteit en veiligheid van de door ons geleverde zorg en geven wij inzicht in de wijze waarop wij als organisatie leren en verbeteren.

I Am One biedt ondersteuning aan cliënten met een combinatie van psychiatrische en verstandelijke beperkingen, binnen zowel de Wlz als de Wmo. Vanuit een kleinschalige en betrokken setting werken wij dagelijks aan het versterken van eigen regie, stabiliteit en participatie van onze cliënten. De complexiteit van de zorgvragen vraagt om professioneel handelen, goede samenwerking en een voortdurende focus op kwaliteit.

Dit verslag is opgesteld in lijn met de uitgangspunten van het Kwaliteitskompas GGZ en VG. Dit betekent dat wij niet alleen terugkijken op resultaten, maar vooral inzicht geven in hoe wij als lerende organisatie functioneren. De PDCA-cyclus vormt hierbij de basis: wij stellen doelen, voeren uit, evalueren en sturen bij waar nodig.

Het jaar 2025 kenmerkte zich door een verdere toename van de complexiteit van zorgvragen, terwijl tegelijkertijd de druk op personeel en middelen zichtbaar bleef. In deze context is het ons gelukt om de continuïteit van zorg te waarborgen en stappen te zetten in de verdere professionalisering van onze organisatie.

In de volgende hoofdstukken beschrijven wij achtereenvolgens ons kwaliteitsbeleid, de uitkomsten van zorg, veiligheid en incidenten, medewerkers en organisatieontwikkeling, en onze verbeteragenda voor de komende periode.

## Terugblik

In 2025 heeft I Am One zich verder ontwikkeld als stabiele en betrokken zorgaanbieder binnen het domein van GGZ en VG. Het jaar kenmerkte zich door een toenemende complexiteit in de zorgvragen, waarbij cliënten vaker te maken hadden met een combinatie van psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen en sociaal-maatschappelijke uitdagingen. Ondanks deze ontwikkelingen is het gelukt om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen.

Binnen de cliëntenzorg lag de nadruk op stabilisatie, het versterken van zelfredzaamheid en het bevorderen van eigen regie. Cliënten en hun netwerk wisten de organisatie goed te vinden en de algemene tevredenheid bleef op een goed niveau. Tegelijkertijd werd zichtbaar dat duidelijke communicatie en verwachtingsmanagement blijvende aandacht vragen.

Op het gebied van kwaliteit en veiligheid is in 2025 ingezet op het versterken van de meldcultuur en het systematisch leren van incidenten. Het calamiteitenbeleid is geactualiseerd en uitgebreid met thema's zoals suïcidaliteit, huiselijk geweld en middelengebruik. Incidenten zijn zorgvuldig geanalyseerd en hebben geleid tot gerichte verbetermaatregelen.

Voor medewerkers stond 2025 in het teken van verdere professionalisering. Er is geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering, coaching van leidinggevenden en het versterken van het risicobewustzijn binnen teams. De organisatie heeft daarnaast aandacht gehad voor werkdruk

en duurzame inzetbaarheid, mede door het stimuleren van open communicatie en onderlinge ondersteuning.

Belangrijke verbeteringen in 2025 waren:

- Het actualiseren en verbreden van het calamiteitenbeleid
- Het versterken van risicomangement en interne sturing
- Het verbeteren van interne communicatie
- Het verder ontwikkelen van management en leiderschap
- Het actualiseren van onze missie en visie en het opstellen van kernwaarden.

## Over I Am One

Onze aanpak binnen I Am One is persoonlijk en gaat uit van een intensieve samenwerking. In een veilige omgeving nemen cliënten deel aan het maatschappelijk proces. Ondertussen werken zij aan sociale vaardigheden, openen zij hun gevoelsleven en leren ze emoties en impulsen te reguleren. Zo creëren we een gelijkwaardige werkrelatie en gaan we samen voor de hoogst haalbare vorm van zelfredzaamheid.

I Am One heeft verschillende woonlocaties in Eindhoven en omgeving. Het aanbod varieert van een kamer tot een 24 uren-woonlocatie met eigen voorzieningen. Ons hoofdkantoor bevindt zich in het bedrijfsverzamelgebouw BounceSpace in Eindhoven. Midden in deze ondernemende omgeving krijgen cliënten de kans om hun vaardigheden en zelfvertrouwen te vergroten met activering. Daarnaast biedt I Am One verschillende activeringsprojecten in de omgeving. Voorbeelden van ons activeringsaanbod zijn; de I Am One Kitchen, sport en vrije tijd.

Door middel van deelname aan het maatschappelijk proces én het creëren van gelijkwaardige werkrelatie gaan we op zoek naar een voor de cliënt zo'n prettige mogelijke invulling van het leven.

I Am One is een wettelijk toegelaten zorgaanbieder (Wtza) die zich ten doel stelt om (jong)volwassenen vanaf 18 jaar in een veilige omgeving te begeleiden en ondersteunen naar een zo zelfstandige manier van leven en hen te laten participeren in het maatschappelijk proces.

I Am One geeft studenten en vrijwilligers de kans om ervaring op te doen in de zorg. Ook mensen die moeite hebben met het vasthouden van een baan mogen bij ons ervaring op doen, omdat wij het belangrijk vinden dat iedereen een kans krijgt om te leren.

Clienten op 1 januari 2025		Clienten op 31 december 2025	
	WMO	15	17
	WLZ	22	22

Clienten in zorg 2025		Clienten uit zorg 2025	
	WMO	6	4
	WLZ	2	2

In 2025 hebben we ervaren dat we gemiddeld vijf aanmeldingen per week ontvangen. Daarbij zien we dat er veel vraag is naar een woonplek. Het vullen van onze woonlocaties verloopt goed; hiervoor hanteren wij een wachtlijst en screenen op voorhand. Voor onze ambulante begeleiding en dagbesteding hebben we in dezelfde periode juist ruimte gezien voor het aannemen van nieuwe cliënten.

We hebben o.a. tijdens het voordeuroverleg aangegeven dat er binnen onze organisatie ruimte is voor het aannemen van nieuwe cliënten. Het voordeuroverleg is een overleg geïndiceerd vanuit het zorgkantoor waarbij verschillende organisaties uit de regio samen komen om ingewikkelde casussen te bespreken en te onderzoeken of er ondersteuning voor elkaar kan plaatsvinden. Deze beschikbare capaciteit hebben we vervolgens ook gedeeld met o.a. belangrijke ketenpartners, Tribuo en Probewind. In de afstemming met hen hebben we expliciet benoemd dat wij mogelijkheden zien om nieuwe zorgtrajecten op te starten. Dit heeft geleid tot meerdere aanmeldingen. Echter krijgen we vaak aanmeldingen met een woonvraag tot ons. Daarnaast is in 2025 ingezet op een structurelere aanpak van de wachtlijst. Deze wordt sindsdien twee keer per jaar geactualiseerd, zodat we een actueel en realistisch beeld houden van de zorgvraag. Ook is de samenwerking met het zorgkantoor CZ geïntensiveerd. Hierdoor is de wachtlijst niet alleen intern inzichtelijk, maar ook regionaal beter in kaart gebracht. Dit draagt bij aan meer transparantie en een efficiëntere verdeling van zorg binnen de regio.

In 2026 komt er een plan van aanpak rondom het meer werven van cliënten.

Het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg heeft een aantal regels opgesteld en deze verdeeld in vier onderdelen, ook wel bouwstenen genoemd. In dit verslag beschrijven wij deze bouwstenen en hoe je dit terugziet binnen I Am One.

# Bouwstenen en Pijlers

## Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele persoon

### 1. MIC-meldingen

Begin 2025 werd binnen de organisatie geconstateerd dat er onvoldoende MIC-meldingen werden gedaan. Naar aanleiding hiervan hebben de gedragsdeskundige en de kwaliteitsmedewerker gezamenlijk een plan opgesteld om de bewustwording rondom MIC-meldingen te vergroten.

In dit plan werd opgenomen dat alle medewerkers tijdens een themabijeenkomst extra informatie zouden ontvangen over wanneer een MIC-melding gedaan moet worden. Hierbij werden verschillende praktijkvoorbeelden besproken om medewerkers meer inzicht en duidelijkheid te geven.

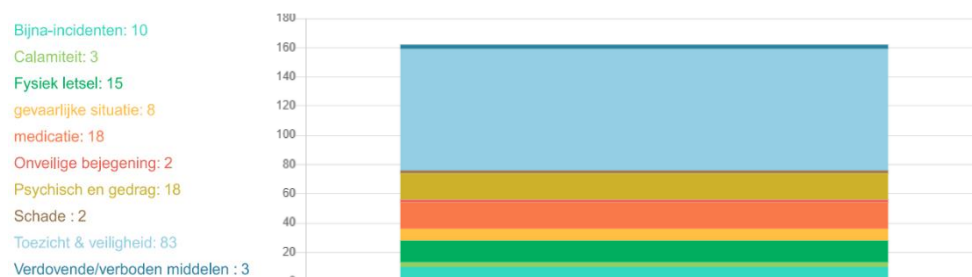
Na afloop van de themabijeenkomst werd zichtbaar dat medewerkers aanzienlijk beter en vaker MIC-meldingen deden. Vervolgens werd echter geconstateerd dat de MIC-meldingen nog onvoldoende werden geanalyseerd en opgevolgd. Daarom werd een aanvullend plan opgesteld. Binnen dit plan is afgesproken dat één gedragsdeskundige samen met de kwaliteitsmedewerker maandelijks overleg voert. Tijdens dit overleg worden alle MIC-meldingen gezamenlijk doorgelopen en beoordeeld. Hierbij wordt gekeken welke vervolgacties nodig zijn, zowel voor de melder als voor de betreffende cliënt.

De analyses en vervolgacties worden vervolgens gedeeld tijdens de stafvergadering. Door deze werkwijze is er meer inzicht ontstaan in de aard en inhoud van de MIC-meldingen. Daarnaast kunnen meldingen sneller en inhoudelijk sterker worden afgehandeld. Ook worden trends en terugkerende signalen eerder herkend, waardoor hier sneller en gericht op kan worden ingespeeld.

#### **Incidenten, klachten en risicomanagement**

- Aantal MIC meldingen: 162 meldingen
- Aantal klachten: 1, klacht over onjuiste bejegening, status: afgehandeld (zie hiervoor 'KAV-register melding 2025-158)
- Aantal signalen: 1, signaal over veiligheid locatie Best, status: afgehandeld (zie hiervoor 'KAV-register melding 2025-148)

In 2025 is er vastgesteld dat er vanaf Q4 maandelijks de incidenten worden geëvalueerd, dit wordt gedaan door de Kwaliteitsfunctionaris en de gedragskundige. In 2026 Q2 zal er geëvalueerd worden of deze methode heeft geleid tot een verbetering en indien nodig wordt bijgesteld.



**P:**

Binnen de organisatie werd begin 2025 vastgesteld dat er onvoldoende MIC-meldingen werden gedaan en dat meldingen onvoldoende werden geanalyseerd. Om dit te verbeteren is een plan opgesteld door de gedragsdeskundige en kwaliteitsmedewerker. Het doel was om medewerkers meer bewustwording en kennis te geven over het doen van MIC-meldingen en om de opvolging en analyse van meldingen te versterken.

**D:**

Er is een themabijeenkomst georganiseerd voor alle medewerkers waarin uitleg werd gegeven over het doel van MIC-meldingen, wanneer een melding gedaan moet worden en welke voorbeelden hierbij passend zijn. Daarnaast is afgesproken dat de gedragsdeskundige en kwaliteitsmedewerker maandelijks gezamenlijk alle MIC-meldingen analyseren en vervolgacties bepalen.

**C:**

Na de themabijeenkomst werd zichtbaar dat medewerkers vaker en beter MIC-meldingen deden. Tijdens de maandelijkse overleggen werd gecontroleerd of meldingen adequaat werden opgevolgd en of trends of terugkerende signalen zichtbaar werden binnen de organisatie.

**A:**

De analyses en vervolgacties worden structureel besproken tijdens stafvergaderingen. Hierdoor kunnen meldingen sneller en inhoudelijk sterker worden afgehandeld. Daarnaast kan de organisatie sneller inspelen op signalen en waar nodig processen of begeleiding aanpassen ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

## 2. C-date

In 2025 is I Am One gestart met het schrijven van zorgplannen en evaluaties volgens de CDATE-methodiek. In het derde kwartaal van 2024 heeft de Gemeente Eindhoven aangegeven dat het werken volgens deze methodiek noodzakelijk was. Naar aanleiding hiervan is in het vierde kwartaal van 2024 gestart met het ontwikkelen van een plan voor de implementatie van de CDATE-methodiek binnen de organisatie. Hierbij was het belangrijk dat naast de methodiek ook de eigen missie en visie van I Am One duidelijk terug zouden komen in zowel de evaluaties als de ondersteuningsplannen.

Na meerdere overlegmomenten tussen gedragswetenschappers en managers Zorg zijn er uiteindelijk een format voor evaluaties en een format voor ondersteuningsplannen ontwikkeld. Vervolgens hebben de gedragswetenschappers aanvullende richtlijnen en aanwijzingen opgesteld, zodat medewerkers een duidelijke leidraad hadden voor het schrijven van hun eerste evaluaties en ondersteuningsplannen volgens de nieuwe methodiek.

Gedurende heel 2025 heeft I Am One gewerkt aan de implementatie van deze nieuwe werkwijze. Hierbij is bewust gekozen om de bestaande roulatie aan te houden. Op deze manier werd voorkomen dat de werkdruk voor medewerkers plotseling zou toenemen en konden zij hun

bestaande routine behouden. Alle nieuwe evaluaties en ondersteuningsplannen werden vanaf dat moment volgens de CDATE-methodiek opgesteld.

Na het eerste kwartaal van 2025 heeft een evaluatie plaatsgevonden tijdens de stafvergadering. Hieruit werd geconcludeerd dat de nieuwe methodiek positief werd ervaren binnen de organisatie. Naar aanleiding daarvan is de implementatie verder voortgezet.

Aan het einde van het vierde kwartaal van 2025 beschikte iedere cliënt binnen I Am One over een evaluatie en ondersteuningsplan dat was opgesteld volgens de CDATE-methodiek.

Binnen het ECD-systeem is het mogelijk om rechtstreeks op doelen te rapporteren en deze middels smileys te beoordelen. Dit draagt bij aan een consequente en uniforme doelrapportage.

Daarnaast maakt deze werkwijze het rapporteren sneller en eenvoudiger voor medewerkers, waardoor cliëntdossiers actueel, volledig en beter op orde blijven.

**P:**

In het vierde kwartaal van 2024 is een plan opgesteld voor de implementatie van de CDATE-methodiek binnen I Am One. Hierbij is rekening gehouden met de eisen van de Gemeente Eindhoven en de visie van de organisatie

**D:**

Gedurende 2025 is de CDATE-methodiek stapsgewijs ingevoerd. Medewerkers werkten met nieuwe formats en richtlijnen voor ondersteuningsplannen en evaluaties.

**C:**

Na het eerste kwartaal van 2025 is de nieuwe werkwijze geëvalueerd tijdens de stafvergadering. Hieruit bleek dat de methodiek positief werd ervaren en goed aansloot bij de praktijk.

**A:**

Naar aanleiding van de positieve evaluatie is de implementatie voortgezet binnen de gehele organisatie. Eind 2025 beschikte iedere cliënt over een ondersteuningsplan en evaluatie volgens de CDATE-methodiek.

### 3. Risico-inventarisatie en signaleringsplan

Begin Q3 2025 is de wens uitgesproken dat uiterlijk eind 2025 ieder cliëntdossier voorzien zou zijn van een signaleringsplan en een risico-inventarisatie. Gedragsdeskundigen hebben hiervoor samen met de regiebehandelaar een plan opgesteld rondom de implementatie van zowel de risico-inventarisatie als het signaleringsplan. Daarnaast hebben regiebehandelaar en gedragsdeskundigen gezamenlijk een format ontwikkeld. Dit format is vervolgens getoetst en goedgekeurd door de managers zorg.

Om de implementatie binnen de organisatie goed te laten verlopen, is er een uitgebreide uitleg opgesteld voor alle medewerkers. Hierin werd helder toegelicht wat een signaleringsplan en risico-inventarisatie inhouden, welke onderdelen hierin opgenomen dienen te worden, hoe deze samen met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger ingevuld moeten worden en op welke wijze evaluatie na het invullen door de gedragsdeskundigen dient plaats te vinden.

Halverwege Q3 2025 is de opdracht uitgezet naar de teams met het verzoek om uiterlijk eind Q4 2025 alle cliëntdossiers van een signaleringsplan en risico-inventarisatie te voorzien. Alle opgestelde risico-inventarisaties en signaleringsplannen werden vervolgens gecontroleerd door de betrokken gedragsdeskundigen en voorzien van feedback. Na akkoord van de gedragsdeskundige werden de documenten opgenomen in het cliëntdossier.

Aan het einde van Q4 2025 bleek dat circa 80% van de cliëntdossiers volledig op orde was en voorzien was van zowel een risico-inventarisatie als een signaleringsplan. Voor de resterende 20% is vervolgens een aanvullend plan opgesteld, met als doel om deze dossiers uiterlijk na Q1 2026 volledig op orde te hebben.

In 2026 wordt daarnaast een borgingsplan opgesteld, zodat signaleringsplannen en risico-inventarisaties structureel tijdig worden geëvalueerd, geactualiseerd en waar nodig bijgesteld.

**P:**

Begin Q3 2025 is vastgesteld dat alle cliëntdossiers uiterlijk eind 2025 voorzien moesten zijn van een actuele risico-inventarisatie en een signaleringsplan. Hiervoor is door gedragsdeskundigen en regiebehandelaar een plan opgesteld. Ook is een uniform format ontwikkeld en ter toetsing voorgelegd aan de managers zorg. Daarnaast is een werkinstructie opgesteld voor medewerkers, waarin het doel, de inhoud, werkwijze, betrokkenheid van cliënten/wettelijk vertegenwoordigers en evaluatiemomenten zijn beschreven.

**D:**

Halverwege Q3 2025 is de implementatie daadwerkelijk gestart binnen de teams. Medewerkers zijn geïnformeerd en geïnstrueerd over het gebruik van het format en de werkwijze rondom het opstellen van de risico-inventarisaties en signaleringsplannen. De plannen zijn samen met cliënten en/of wettelijk vertegenwoordigers ingevuld. Gedragsdeskundigen hebben de opgestelde documenten gecontroleerd, feedback gegeven en na akkoord zijn de documenten opgenomen in de cliëntdossiers.

**C:**

Aan het einde van Q4 2025 is gecontroleerd in hoeverre de doelstelling was behaald. Uit deze controle bleek dat circa 80% van de cliëntdossiers volledig op orde was en voorzien was van zowel een risico-inventarisatie als een signaleringsplan. Ook werd zichtbaar welke dossiers nog ontbraken en waar aanvullende ondersteuning of opvolging nodig was.

**A:**

Op basis van de evaluatie is een vervolgplan opgesteld voor de resterende 20% van de cliëntdossiers, met als doel deze uiterlijk na Q1 2026 volledig op orde te hebben. Daarnaast wordt in 2026 een borgingsplan opgesteld om structureel te monitoren dat signaleringsplannen en risico-inventarisaties tijdig worden geëvalueerd, geactualiseerd en waar nodig bijgesteld.

## 4. Bergop

In 2025 hebben we binnen I Am One de licentie aangevraagd voor de BergOp-vragenlijsten ter ondersteuning van kwaliteitsverbetering, monitoring en evaluatie van zorg. De inzet van deze vragenlijsten helpt de organisatie om op een meer systematische en objectieve manier inzicht te krijgen in het functioneren, de ervaringen en de ondersteuningsbehoeften van cliënten.

De meerwaarde van het werken met vragenlijsten ligt onder andere in het versterken van professioneel handelen en het beter onderbouwen van zorginhoudelijke keuzes. Door periodiek informatie op te halen ontstaat meer zicht op ontwikkelingen binnen individuele trajecten, maar ook op bredere trends binnen de organisatie.

Daarnaast ondersteunen de vragenlijsten medewerkers bij het voeren van het gesprek met cliënten over voortgang, doelen en ervaren kwaliteit van ondersteuning. Hiermee dragen de vragenlijsten bij aan het vergroten van eigen regie en cliëntgericht werken.

Ook op organisatieniveau bieden de uitkomsten belangrijke informatie. De verzamelde gegevens helpen bij:

- Het signaleren van aandachtspunten en risico's;
- Het evalueren van de kwaliteit van zorg;
- Het monitoren van cliënttevredenheid en zelfredzaamheid;
- Het onderbouwen van verbetermaatregelen;
- Het ondersteunen van de PDCA-cyclus en kwaliteitsontwikkeling;
- Het meten van de effecten van de zorg;
- Het verantwoorden van resultaten.

De organisatie vindt het belangrijk dat het gebruik van vragenlijsten ondersteunend blijft aan de zorgpraktijk en niet leidt tot onnodige registratielast. Daarom wordt bewust gekeken naar passende instrumenten die aansluiten bij de doelgroep en de dagelijkse praktijk van medewerkers en cliënten. De verdere ontwikkeling in het zorgvuldig en doelgericht inzetten van deze meetinstrumenten ter ondersteuning van kwalitatief goede zorg zal in 2026 verder vorm krijgen.

## 5. Ondersteuningsplannen, netwerkbetrokkenheid en doelgericht werken

Binnen I Am One staat de cliënt centraal en wordt er gewerkt vanuit samenwerking, betrokkenheid en maatwerk. In het ondersteuningsproces vinden wij het belangrijk om, waar mogelijk en wenselijk, naasten en het netwerk van de cliënt actief te betrekken. Hierbij houden we altijd rekening met de wensen, mogelijkheden en toestemming van de cliënt.

Daarnaast werken wij doelgericht en transparant binnen het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD), waarbij doelen worden afgestemd op het niveau en de mogelijkheden van de cliënt. Door middel van evaluaties, rapportages en samenwerking met betrokkenen blijven wij de kwaliteit van ondersteuning bewaken en verbeteren.

### *Intake en betrokkenheid van netwerk*

Tijdens de intakefase wordt gekeken welke ondersteuning het beste aansluit bij de cliënt. De intake vindt plaats samen met de cliënt, betrokkenen uit het netwerk, de gedragskundige en een deskundige. De cliënt mag hierbij altijd iemand uit het eigen systeem meenemen, zoals familie, een mentor, curator of andere belangrijke betrokkene.

Wanneer de intake succesvol is afgerond, volgt het startgesprek. Tijdens dit gesprek worden de eerste afspraken gemaakt rondom begeleiding, ondersteuning en doelen. Ook hierbij worden, indien wenselijk en mogelijk, betrokkenen uit het netwerk uitgenodigd.

Wij vinden het belangrijk om samen te werken met het netwerk van de cliënt, omdat dit vaak bijdraagt aan stabiliteit, vertrouwen en een beter afgestemd ondersteuningsproces. Tegelijkertijd blijft de cliënt zelf regie houden over wie betrokken wordt en welke informatie gedeeld mag worden.

### *Opstellen van het ondersteuningsplan*

In het ondersteuningsplan staan alle afspraken tussen de cliënt en I Am One beschreven. Daarnaast wordt hierin vastgelegd welke ondersteuning nodig is om gezamenlijk aan de afgesproken doelen te werken.

Iedere cliënt heeft bij de start van zorg een startplan. Hier staan o.a. de doelen in voor de eerste periode.

Zes tot acht weken na de start van de zorg schrijft de persoonlijk begeleider samen met de cliënt het ondersteuningsplan. Hierbij wordt gekeken naar:

- De hulpvraag van de cliënt;
- De wensen en behoeften;
- De mogelijkheden en het niveau van functioneren;
- De doelen waaraan gewerkt gaat worden;
- De ondersteuning die hiervoor nodig is;
- De context en eerdere hulverlening.

De plannen worden altijd gedeeld met en beoordeeld door de gedragskundige en/of de regiebehandelaar. Na goedkeuring wordt het ondersteuningsplan ondertekend door de cliënt of, indien van toepassing, de wettelijke vertegenwoordiger zoals een curator of mentor.

### *Doelgericht werken binnen het ECD*

Binnen I Am One werken wij met doelen die samen met de cliënt worden opgesteld. Indien gewenst worden ook betrokkenen uit het netwerk hierbij meegenomen. De doelen worden afgestemd op het niveau, de mogelijkheden en de ontwikkeling van de cliënt.

Wij rapporteren binnen het ECD (Zilliz) op deze doelen. Tijdens begeleidings- en contactmomenten leggen begeleiders de voortgang vast in rapportages. De doelen staan standaard gekoppeld aan de rapportages, zodat inzichtelijk blijft hoe het met de cliënt gaat en welke ontwikkeling zichtbaar is.

Om de voortgang overzichtelijk te maken werken wij met smileys en kleurindicaties. Hierdoor kan op een eenvoudige en visuele manier worden weergegeven hoe het gaat met een doel en of er vooruitgang zichtbaar is.

De rapportages kunnen worden ingezien door betrokken collega's, de regiebehandelaar, gedragskundige en deskundige. Hierdoor blijft iedereen goed op de hoogte van belangrijke ontwikkelingen en kan tijdig ondersteuning worden geboden wanneer dit nodig is.

Met toestemming van de cliënt kunnen ook betrokkenen uit het netwerk toegang krijgen tot het dossier via een eigen account in Zilliz. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld familieleden, een mentor of curator de voortgang volgen en betrokken blijven bij het ondersteuningsproces. Cliënten behouden altijd zelf de regie over toestemming voor inzage in het dossier.

### *Evalueren en bijstellen*

Tijdens het zorgproces vinden regelmatig evaluatiemomenten plaats. Hierbij wordt samen met de cliënt gekeken hoe de ondersteuning verloopt en of de gestelde doelen nog passend zijn.

Bij evaluaties kunnen, indien wenselijk, ook betrokkenen uit het netwerk aansluiten. Tijdens deze gesprekken worden doelen besproken, voortgang geëvalueerd en waar nodig aangepast. Sommige doelen worden afgerond wanneer deze zijn behaald, terwijl andere doelen worden bijgesteld of opnieuw geformuleerd.

Bij een WLZ-indicatie en beschermd wonen wordt het ondersteuningsplan iedere zes maanden geëvalueerd en bijgesteld. Bij een WMO-indicatie vindt deze evaluatie iedere drie maanden plaats. Indien gewenst kan hierbij ook een generalist aansluiten. Jaarlijks wordt er een nieuw plan gemaakt.

Door deze structurele evaluaties blijven wij aansluiten bij de actuele ondersteuningsvraag van de cliënt en kunnen veranderingen tijdig worden gesignaleerd.

## Resultaten en ervaringen

Door cliënten actief te betrekken bij hun ondersteuningsplan ervaren zij meer regie over hun eigen traject. Ook de samenwerking met naasten en betrokkenen draagt bij aan betere afstemming, meer duidelijkheid en een stabielere begeleiding.

Het doelgericht rapporteren binnen het ECD zorgt ervoor dat medewerkers, behandelaren en betrokkenen inzicht hebben in de voortgang van de cliënt. Hierdoor kunnen signalen eerder worden opgepakt en kan ondersteuning sneller worden aangepast wanneer nodig.

Daarnaast ervaren cliënten en betrokkenen de smiley- en kleurensystematiek als overzichtelijk en toegankelijk, passend bij verschillende niveaus van functioneren.

## Vooruitblik

Ook in de komende periode blijven wij investeren in samenwerking met cliënten, hun netwerk en betrokken professionals. Het betrekken van naasten waar mogelijk, het doelgericht werken binnen het ECD en het regelmatig evalueren van ondersteuningsplannen blijven belangrijke aandachtspunten.

Daarnaast gaan wij in 2026 samen met OPCZ onderzoeken hoe wij het netwerk van cliënten nog actiever en structureler kunnen betrekken binnen het ondersteuningsproces. Hierbij wordt gekeken naar mogelijkheden om de samenwerking met familie, mentoren, curatoren en andere betrokkenen verder te versterken, altijd passend bij de wensen en toestemming van de cliënt.

Door continu te blijven kijken naar de behoeften van de cliënt en de kwaliteit van ondersteuning willen wij blijven werken aan passende, veilige en persoonlijke zorg.



## **Bouwsteen 2: onderzoek naar de ervaringen van mensen met een verstandelijke beperking en/of GGZ-indicatie**

### **1. Medezeggenschap cliëntenraad**

In 2025 is er voor de cliëntenraad een onafhankelijk ondersteuner aangesteld. Deze ondersteuner heeft kennisgemaakt met de leden en samen met de raad en de bestuurder het regelement opgesteld. Tot onze spijt heeft zich één lid teruggetrokken waardoor er nog maar twee leden overbleven. Hierdoor hebben we ons doel om in 2025 om een goed functionerende cliëntenraad te hebben niet behaald. De zoektocht naar een derde lid is in volle gang, we streven ernaar om in 2026 een goed functionerende cliëntenraad te hebben binnen I Am One.

### **2. Bewoners overleggen**

Binnen het trainingshuis van I Am One wordt maandelijks een bewonersvergadering georganiseerd door de Zorgcoördinator. Tijdens deze bijeenkomsten sloten alle bewoners aan en werden zowel lopende zaken vanuit de begeleiding als onderwerpen vanuit de bewoners besproken. Daarnaast werden gezamenlijke afspraken gemaakt in het belang van verbinding, prettig samenwonen en het stimuleren van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Door veranderingen in verantwoordelijkheden en functies binnen de organisatie in 2025 is in overleg met het team besloten om de uitvoering van de bewonersvergadering onder te brengen bij de dienstdoende medewerker. De Zorgcoördinator bleef verantwoordelijk voor het plannen van de vergaderingen en de communicatie richting bewoners, terwijl de dienstdoende medewerker de vergadering samen met de bewoners begeleidde.

Na drie maanden heeft een evaluatie plaatsgevonden. Hieruit bleek dat bewoners regelmatig kozen om niet aanwezig te zijn bij de bewonersvergadering. Het leek erop dat zij het belang van deze bijeenkomsten onvoldoende inzagen. Naar aanleiding hiervan is besloten om de bewonersvergadering te combineren met een gezamenlijk eetmoment. Voorafgaand aan de vergadering werd gezamenlijk gegeten, waarbij friet als gezamenlijke maaltijd werd aangeboden. De inhoud en opzet van de vergadering zelf bleven verder ongewijzigd.

Na opnieuw drie maanden is deze aangepaste werkwijze geëvalueerd tijdens een teamvergadering. Uit deze evaluatie bleek dat het gezamenlijke eetmoment een positieve stimulans vormde voor bewoners om deel te nemen aan de bewonersvergadering. Door de hogere opkomst ontstond er meer gezamenlijke verantwoordelijkheid en werd er op praktische onderwerpen, zoals huishoudelijke taken, meer verbinding tussen bewoners ervaren.

Tegelijkertijd werd geconcludeerd dat er op emotioneel en sociaal vlak nog ruimte was voor verdere ontwikkeling van de onderlinge verbinding tussen bewoners. Naar aanleiding van deze conclusie is besloten dat de verantwoordelijke gedragsdeskundige vanaf 2026 jaarlijks vier keer zal aansluiten bij de bewonersvergaderingen. Tijdens deze bijeenkomsten zal de focus meer komen te liggen op sociale interactie en emotionele verbinding, met als doel meer onderling begrip en verbondenheid tussen bewoners te creëren.

**P:**

Binnen het trainingshuis wordt maandelijks een bewonersvergadering georganiseerd om bewoners te betrekken bij gezamenlijke afspraken, verantwoordelijkheid en verbinding. Door veranderingen binnen de organisatie werd besloten dat de dienstdoende medewerker de vergaderingen zou begeleiden, terwijl de Zorgcoördinator verantwoordelijk bleef voor de planning en communicatie.

**D:**

De nieuwe werkwijze wordt gedurende drie maanden uitgevoerd. De bewonersvergaderingen vinden plaats onder begeleiding van de dienstdoende medewerker en de inhoud van de bijeenkomsten bleef hetzelfde.

**C:**

Uit de evaluatie blijkt dat bewoners regelmatig afwezig waren en het belang van de vergadering onvoldoende ervaarden. Daarom werd de vergadering gecombineerd met een gezamenlijk eetmoment. Een tweede evaluatie liet zien dat deze aanpak zorgde voor een hogere opkomst en meer verbinding rondom praktische zaken binnen de woning.

**A:**

Omdat er op sociaal-emotioneel gebied nog ontwikkelmogelijkheden worden gezien, is besloten dat vanaf 2026 de gedragsdeskundige vier keer per jaar aansluit bij de bewonersvergaderingen om extra aandacht te besteden aan sociale interactie en onderlinge verbinding

### 3. Cliënttevredenheid

In 2025 is de cliënttevredenheid binnen I Am One gemeten. De uitkomsten zijn/worden gebruikt als input voor kwaliteitsverbetering. Het uitgangspunt voor het cliënttevredenheidsonderzoek was de vragenlijst 'Cliënten aan het woord'. Deze is bedoeld voor de inventarisatie van cliëntervaringen in de gehandicaptenzorg. Voor toepassing bij cliënten van I Am One is de meest recente basisversie van de vragenlijst gebruikt met enkele kleine aanpassingen.

In totaal zijn gegevens van 24 cliënten ontvangen. Negen cliënten zijn geïnterviewd en 15 cliënten hebben de vragen zelfstandig beantwoord (of samen met een familielid).

Hieronder de resultaten:

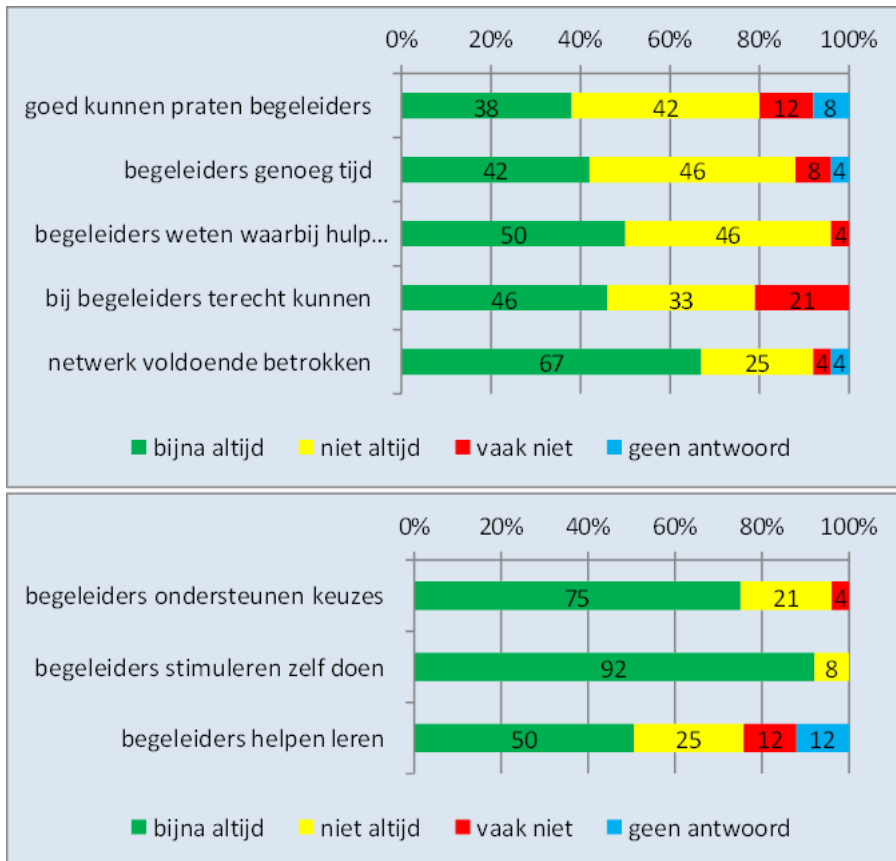
Onderstaande tabel toont de verdeling van de respondenten naar woonvorm.

*Tabel Verdeling respons naar woonvorm (n=24)*

	Respondenten	% van respons
Locatie Best	3	13%
Locatie Edenstraat	2	8%
Ambulant	9	38%
Ambulant zelfstandig	10	42%
Totaal	24	100%

#### *Antwoordverdeling thema (persoonlijke) begeleiding*

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over de **(persoonlijke) begeleiding** bij I Am One. De antwoordverdeling is in percentages.



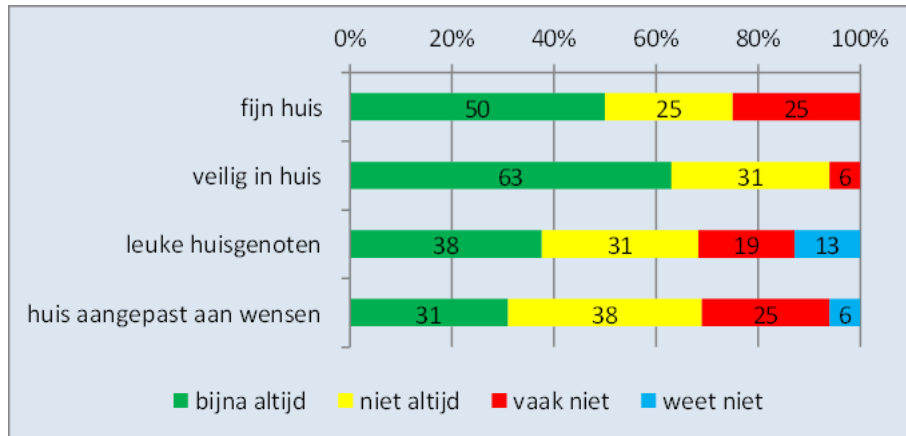
Aan de cliënten is ook gevraagd om hun oordeel over de begeleiding uit te drukken in een rapportcijfer. Gemiddeld geven de cliënten van I am One een 7,9 aan de begeleiders. Het vaakst gegeven cijfer is een 8, door de helft van de respondenten. Het laagste cijfer is een 5 (één keer gegeven). De volledige antwoordverdeling wordt in onderstaande tabel weergegeven:

Tabel Verdeling rapportcijfers over begeleiders (n=22)

Cijfer	aantal cliënten	percentage van totaal
<5	-	-
5	1	4%
6	1	4%
7	4	18%
8	11	50%
9	3	14%
10	2	9%

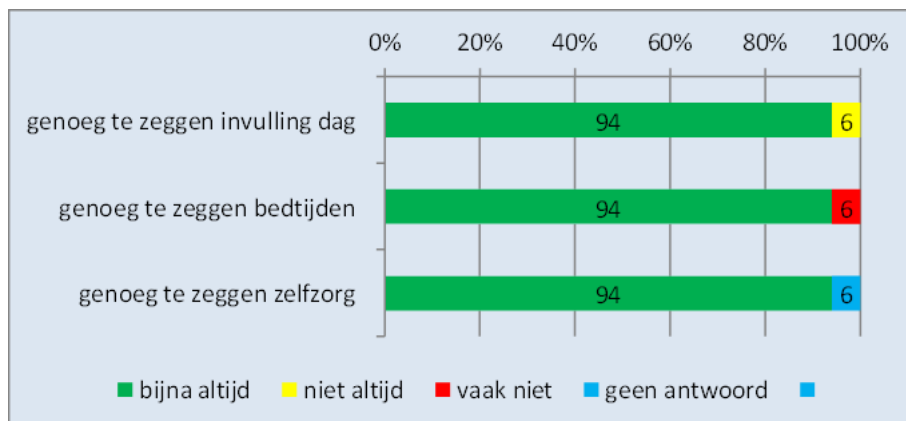
### Antwoordverdeling thema wonen

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Wonen bij I Am One. De antwoordverdeling is in percentages.



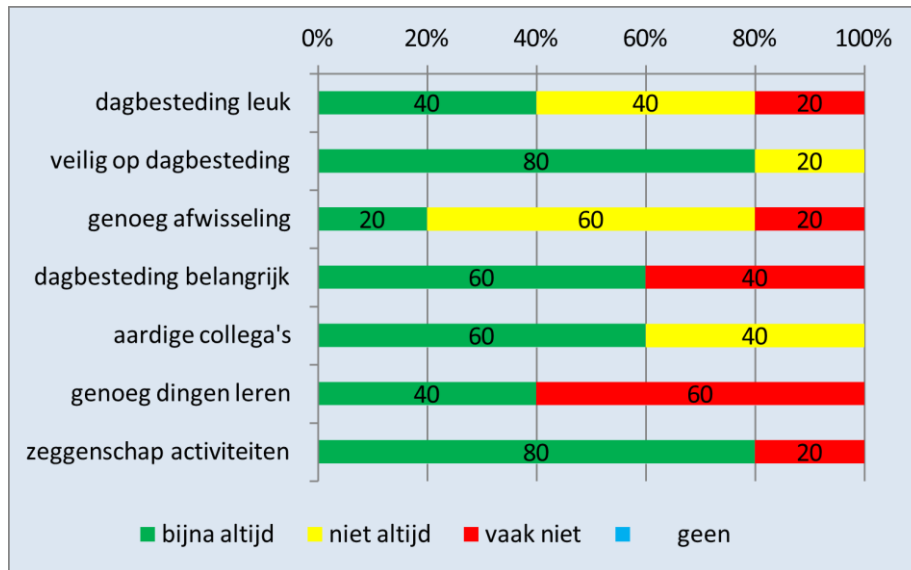
### Antwoordverdeling thema Beslissen en Huisregels

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Beslissen en Huisregels. De antwoordverdeling is in percentages.



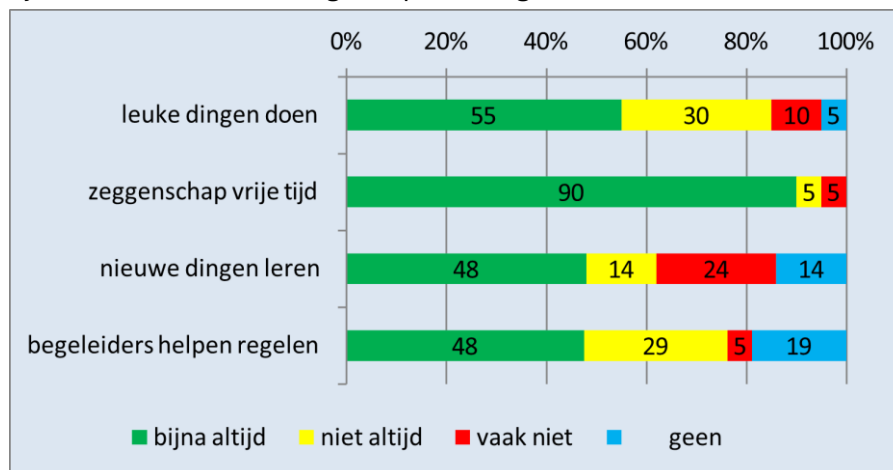
### Antwoordverdeling thema Dagbesteding

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Dagbesteding. De antwoordverdeling is in percentages.



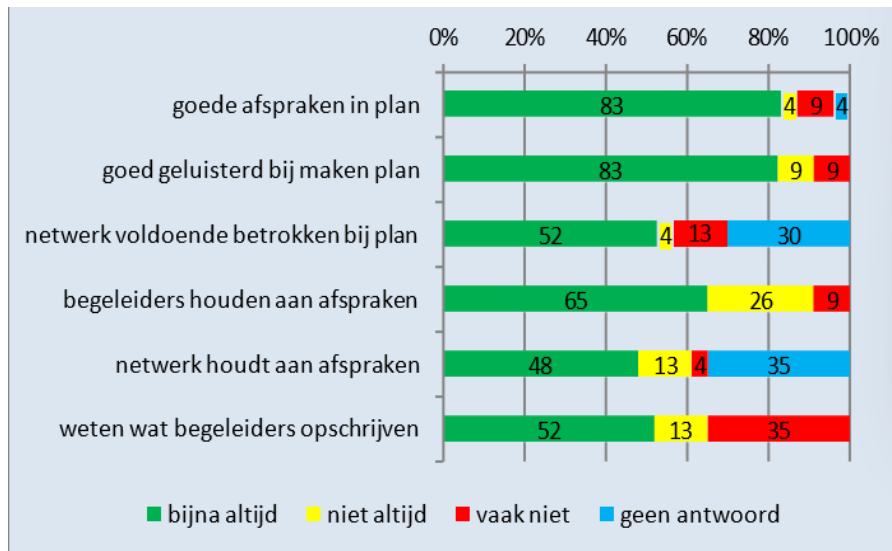
### Antwoordverdeling Vrije tijd

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Vrije tijd. De antwoordverdeling is in percentages.



### Antwoordverdeling Zorgplan

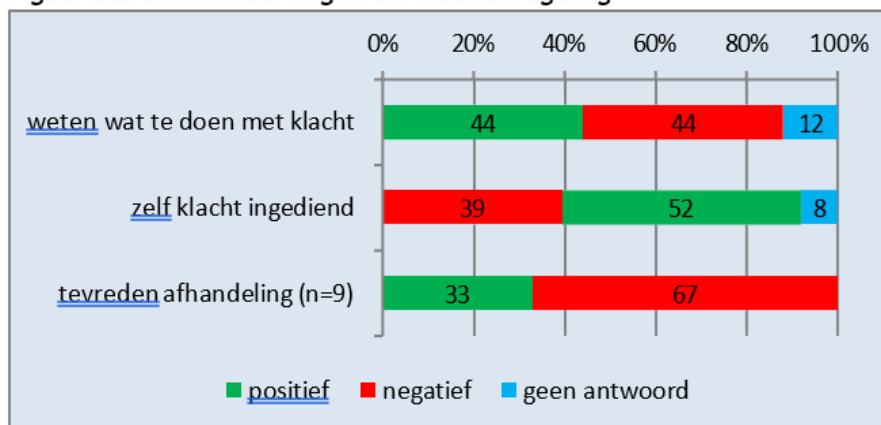
In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Zorgplan. De antwoordverdeling is in percentages.



### Antwoordverdeling Klachtenregeling

In onderstaande grafiek is de antwoordverdeling weergegeven bij de vragen over het thema Zorgplan. De antwoordverdeling is in percentages.

Figuur 8.2. Bekendheid en gebruik klachtenregeling



Belangrijkste uitkomsten uit het onderzoek.

Het onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de ervaringen van de cliënten met de zorg en dienstverlening van I Am One en aanknopingspunten te vinden voor verdere verbetering daarvan. Hieronder worden beknopt de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek op een rijtje gezet. We doen dat met de volgende overzichten:

- positieve punten op basis de antwoordverdeling
- verbeterpunten op basis van negatieve of 'kan beter' antwoorden
- algemeen oordeel in termen van rapportcijfers

### Positieve punten op basis de antwoordverdeling

Bij elkaar genomen laten onderstaande punten zien dat cliënten van I am One met name positief oordelen over de zeggenschap/autonomie en zelfstandigheid die zij hebben op diverse vlakken. Daarnaast oordelen zij meestal positief over de gemaakte afspraken in het zorgplan en hun eigen betrokkenheid daarbij.

Tabel 9.1. vragen die >80% van cliënten positief zijn beantwoord (na correctie weet niet/n.v.t.)

Vind je dat:	😊 bijna altijd
1. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij je lichaam verzorgt?	100
2. De begeleiders bij je dagbesteding jou goed helpen? (dagbesteding bij IamOne)	100
3. Je genoeg te zeggen hebt over hoe jij de dag invult?	94
4. Je genoeg te zeggen hebt over en wanneer je gaat slapen?	94
5. De begeleiders je genoeg stimuleren om dingen zelf te doen?	92
6. Je genoeg te zeggen hebt over wat je in je vrije tijd wilt doen?	90
7. Er goed naar je is geluisterd bij het maken van het zorgplan?	87
8. Er goede afspraken in het zorgplan staan?	83
9. Je veilig bent op je dagbesteding? (dagbesteding bij IamOne)	80
10. Je genoeg te zeggen hebt over wat je doet bij dagbesteding? (dagbesteding IamOne)	80

### Verbeterpunten op basis van negatieve of 'kan beter' antwoorden

In de bijlagen wordt per thema een opsomming gegeven van de mogelijke verbeterpunten zoals die uit de open vragen naar voren zijn gekomen. Een andere manier om inzicht te krijgen in mogelijke verbeterpunten, is door te kijken naar de vragen waarbij relatief vaak 'niet altijd' of 'vaak niet' is geantwoord (na correctie 'weet niet' en 'n.v.t.'). In deze paragraaf zetten we alle mogelijke verbeterpunten (op basis van de antwoordverdeling) wat meer systematisch op een rij. We hebben daarvoor het volgende selectie criterium gebruikt:

ten minste 50 % heeft 'niet altijd' of 'vaak niet' geantwoord (K + L ≥ 50%).

Aan de hand van dit criterium komen we tot de volgende vragen/aspecten:

Tabel 9.2. Mogelijke verbeterpunten op basis antwoordverdeling (in % na correctie)

Vind je dat:	totaal 'vaak niet' 'niet altijd'	😊 niet altijd	☹️ vaak niet
1. Je genoeg verschillende dingen te doen hebt bij dagbesteding?	80	60	20
2. Je huis goed is aangepast aan jouw wensen of situatie?	67	40	27
3. Je genoeg nieuwe dingen leert op je dagbesteding?	60	-	60
4. Je dagbesteding leuk is?	60	40	20
5. De begeleiders bij je dagbesteding genoeg tijd voor je hebben?	60	60	-
6. Je goed kunt praten met je begeleiders?	59	45	14
7. De begeleiders genoeg tijd voor je hebben?	57	48	9
8. Je met leuke mensen in huis woont?	57	36	21
9. Je genoeg keuze hebt in wat je eet en drinkt?	56	31	25
10. Je goed geholpen wordt als er iets stuk is in huis?	56	19	38
11. Je bij de begeleiders terecht kunt als je ergens mee zit?	54	33	21
12. Je een fijn huis hebt?	50	25	25
13. Het eten gezond is?	50	31	19
14. Het eten lekker is?	50	38	12
15. De begeleiders genoeg weten waar je hulp bij nodig hebt?	50	46	4

## Algemeen oordeel

Tot slot van deze rapportage zetten we de rapportcijfers per onderdeel nog een keer op een rijtje:

Tabel 9.3. Verdeling rapportcijfers per onderdeel

	Gemiddeld cijfer	Aantal onvoldoendes	Meest gegeven cijfer
Begeleiding	7,9	1	8
wonen bij lamOne (n=5)	7,4	-	7
dagbesteding lamOne (n=4)	7,3	-	7
vrije tijd	6,7	1	7

De tabel laat zien dat cliënten het hoogste cijfer geven aan de begeleiding. Dat geldt zowel voor cliënten wonen als de ambulante cliënten. Relatief het meest kritisch zijn ze over hun vrije tijd. Ambulante cliënten oordelen daarnaast ook tamelijk kritisch over het wonen, vooral de ambulant zelfstandige cliënten, zoals onderstaande tabel laat zien

Tabel 9.4. Gemiddelde rapportcijfers per woonvorm

	Begeleiding	Wonen	Vrije tijd
Locatie Best	7,7	7,3	8,7
Locatie Edenstraat	8,0	7,5	6,0
Ambulant	7,6	6,8	6,8
Ambulant zelfstandig	8,2	5,3	5,3
Totaal	7,9	6,7	6,7

Deze tabel laat zien dat cliënten die ambulant zelfstandig wonen het meest kritisch oordelen over het wonen en hun vrije tijd. Cliënten van locatie Best zijn opvallend tevreden over de invulling van de vrije tijd.

**P:**

In 2025 heeft I Am One een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in hoe cliënten de begeleiding en dienstverlening ervaren. Het doel van het onderzoek was om sterke punten te behouden en verbeterpunten tijdig te signaleren, zodat de kwaliteit van zorg verder ontwikkeld kan worden. Hiervoor is gebruikgemaakt van de vragenlijst 'Cliënten aan het woord', passend binnen de gehandicaptenzorg. De organisatie wilde specifiek evalueren hoe cliënten de thema's begeleiding, wonen, zelfstandigheid, dagbesteding, vrije tijd, zorgplan en klachtenregeling ervaren.

**D:**

Het onderzoek is uitgevoerd onder 24 cliënten van I Am One. Negen cliënten zijn persoonlijk geïnterviewd en vijftien cliënten hebben de vragenlijst zelfstandig of samen met een familielid ingevuld. De resultaten zijn verzameld en geanalyseerd per thema. Daarnaast is cliënten gevraagd om de begeleiding te beoordelen met een rapportcijfer. De uitkomsten zijn verwerkt in grafieken, tabellen en thematische analyses, zodat duidelijk zichtbaar werd waar cliënten tevreden over zijn en waar aandachtspunten liggen.

**C:**

Uit de evaluatie blijkt dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de ondersteuning van I Am One. De begeleiding wordt gemiddeld beoordeeld met een 7,9, waarbij een 8 het meest gegeven cijfer is. Vooral de ervaren zelfstandigheid, eigen regie en betrokkenheid bij het zorgplan worden positief gewaardeerd. Cliënten geven aan dat zij zich gehoord voelen en voldoende ruimte ervaren om eigen keuzes te maken.

Tegelijkertijd laat het onderzoek ook verbeterpunten zien. Binnen enkele thema's is relatief vaak geantwoord met 'niet altijd' of 'vaak niet'. Deze signalen geven aan dat cliënten op bepaalde onderdelen meer duidelijkheid, ondersteuning of betrokkenheid wensen. Met name de open antwoorden uit het onderzoek bieden waardevolle informatie over waar processen of communicatie verder verbeterd kunnen worden. De evaluatie maakt daarmee niet alleen zichtbaar wat goed gaat, maar geeft ook concrete aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering binnen de organisatie.

**A:**

Naar aanleiding van de resultaten worden de verbeterpunten besproken binnen het team en opgenomen in de kwaliteitsontwikkeling van I Am One. De organisatie blijft inzetten op het versterken van cliëntparticipatie, duidelijke communicatie en passende begeleiding afgestemd op individuele behoeften. Daarnaast worden de uitkomsten gebruikt bij evaluaties met medewerkers en bij het verder ontwikkelen van werkafspraken en begeleidingsmethodieken. Door het cliënttevredenheidsonderzoek periodiek te herhalen, blijft I Am One monitoren of de ingezette verbeteringen daadwerkelijk bijdragen aan een hogere cliënttevredenheid en betere kwaliteit van zorg.

## 4. Tevredenheidsonderzoek wettelijk vertegenwoordigers

In mei 2025 hebben zes van de vijftientig wettelijke vertegenwoordigers het tevredenheidsonderzoek ingevuld. Voor het eerst is het tevredenheidsonderzoek afgenomen via Survey, in plaats van het eerder gebruikte platform ZorgQdna.

De reacties van wettelijke vertegenwoordigers laten zien dat zij over het algemeen tevreden zijn over de begeleiding die I Am One biedt. Wat vooral naar voren komt, is de betrokkenheid en goede bereikbaarheid van de medewerkers. Vertegenwoordigers ervaren het contact als laagdrempelig, prettig en voelen zich serieus genomen.

Ook wordt de kwaliteit van de gesprekken gewaardeerd: medewerkers denken mee, zijn duidelijk in hun communicatie en tonen oprechte interesse in de situatie van de cliënt. Daarnaast geven meerdere respondenten aan dat hun cliënt zichtbaar positieve stappen heeft gezet in de ontwikkeling. Verder is er veel waardering voor de deskundigheid van de begeleiders en de positieve samenwerking met vertegenwoordigers.

### Gemiddeld cijfer:

Algemene tevredenheid over begeleiding 7,7

Vaardigheden versterken/behouden 7,7

Gevoel van veiligheid cliënt 8,0

Ondersteuningsplan 7,2

Contact met medewerkers 8,3

Deskundigheid medewerkers 7,8

Bereikbaarheid organisatie 8,3

Tevredenheid over aanbod 7,3

Aanbevelen aan anderen 8,5

Het totale gemiddelde alle onderdelen: 7,9



### Verbetervoorstellen

Uit het onderzoek kwamen naast positieve reacties ook een aantal verbeterpunten naar voren. Deze voorstellen bieden aanknopingspunten om de samenwerking met wettelijke vertegenwoordigers verder te versterken:

1. Betere onderlinge afstemming “In Best lijkt niet altijd volgens het ondersteuningsplan gewerkt en gerapporteerd te worden.”
  - Medewerkers dienen consequenter te werken en te rapporteren volgens het ondersteuningsplan.
  - Interne communicatie binnen teams, met name op locatie Best, kan verbeterd worden.
2. Meer inzicht in begeleiding “Graag meer inzicht in begeleidingsdoelen en werkwijze.”
  - Wettelijke vertegenwoordigers willen meer zicht op begeleidingsdoelen, werkwijze en de inhoud van ondersteuningsplannen.
3. Afstemming over begeleiding en planning “Stem aanpassingen in begeleidingstijden altijd af met de wettelijk vertegenwoordiger.”
  - Wijzigingen in begeleidingsuren of -dagen moeten altijd vooraf worden afgestemd met de wettelijk vertegenwoordiger, zeker bij PGB-financiering.
4. Verbetering van administratie en facturatie “Facturen kwamen erg laat en er was onduidelijkheid over de planning.”
  - Zorg voor duidelijke communicatie over geplande uren en uurtarieven.
  - Verstuur facturen op tijd en volledig, om frustratie en extra opvolgwerk te voorkomen.
5. Vaker en pro-actiever contact vanuit locaties
  - Sommige vertegenwoordigers gaven aan weinig contact te hebben met bepaalde locaties of te weinig updates te ontvangen.

### Conclusies

- Het tevredenheidsonderzoek onder wettelijke vertegenwoordigers van cliënten laat zien dat I Am One positief wordt beoordeeld. Met een gemiddeld totaalcijfer van 7,9 is de vooraf gestelde succesfactor van 7,5 behaald. Dit geeft aan dat vertegenwoordigers vertrouwen hebben in de begeleiding, de betrokkenheid van medewerkers waarderen en tevreden zijn over het contact, de veiligheid en de deskundigheid binnen de organisatie. Daarnaast biedt het onderzoek verbeterpunten die gericht zijn op transparantere communicatie, betere afstemming en versterking van administratieve processen.
- De analyse en de aanbevelingen worden door de Kwaliteitsfunctionaris gedeeld met het managementteam.

**P:**

Naar aanleiding van het tevredenheidsonderzoek onder wettelijke vertegenwoordigers worden verbeteracties opgesteld gericht op betere onderlinge afstemming, meer inzicht in begeleidingsdoelen, tijdige communicatie over wijzigingen in begeleiding, verbetering van administratie en facturatie en het vergroten van proactief contact vanuit locaties. Daarnaast wordt extra aandacht besteed aan het consequent werken volgens het ondersteuningsplan en het verbeteren van de interne communicatie binnen teams.

**D:**

De verbeterpunten worden besproken binnen de teams en het management. Medewerkers worden geïnformeerd over het belang van eenduidige rapportage en communicatie richting wettelijke vertegenwoordigers. Er worden afspraken gemaakt over tijdige afstemming bij wijzigingen in begeleiding en over het verbeteren van de administratieve processen, zoals facturatie en planning. Ook wordt gestimuleerd dat locaties vaker proactief contact opnemen met vertegenwoordigers.

**C:**

De voortgang van de verbeteracties wordt gemonitord door het management en de kwaliteitsfunctionaris. Daarbij wordt gekeken naar signalen van vertegenwoordigers, de kwaliteit van rapportages, tijdigheid van facturatie en de mate van contact tussen locaties en vertegenwoordigers. De resultaten worden meegenomen in het volgende tevredenheidsonderzoek.

**A:**

Op basis van de evaluatie worden verbeteracties waar nodig bijgesteld of verder aangescherpt. Succesvolle werkwijzen worden geborgd binnen de organisatie, zodat de kwaliteit van begeleiding en samenwerking met wettelijke vertegenwoordigers blijvend wordt verbeterd.

## 5. Verslag gesprek met cliënten

In 2024 is personeel van I Am One samen met een cliënt gestart met het ontwikkelen van een nieuwe website voor I Am One. Het doel hiervan was enerzijds om een zinvolle dag invulling te bieden aan de betreffende cliënt en anderzijds om een website te creëren waarop zichtbaar wordt wie wij zijn en waar wij als zorgorganisatie voor staan.

Omdat onze cliënten als geen ander kunnen vertellen hoe zij de zorg en hun proces binnen I Am One ervaren, hebben wij twee cliënten gevraagd om een stukje te schrijven over hun persoonlijke traject en de ondersteuning die zij hierbij hebben ontvangen.

Tijdens intern overleg is besloten om twee cliënten te benaderen die beiden al meerdere jaren zorg ontvangen, maar ieder een andere vorm van ondersteuning krijgen. De ene cliënt woont zelfstandig en ontvangt dagbesteding en ambulante begeleiding. De andere cliënt is vanuit het trainingshuis van I Am One, waar 24-uursbegeleiding werd geboden, doorgestroomd naar een appartement binnen I Am One met ambulante begeleiding en 24-uurs bereikbaarheid.

De persoonlijk begeleiders van de betreffende cliënten hebben hen gevraagd of zij bereid waren een tekst te schrijven voor plaatsing op de website. Beide cliënten hebben hiermee ingestemd en zelfstandig een persoonlijk verhaal geschreven.

Bij de lancering van de website in Q2 van 2025 heeft I Am One deze verhalen op de website geplaatst. Wij zijn trots op het proces en de groei die beide cliënten binnen hun traject bij I Am One hebben doorgemaakt.



### Verhalen

Juul

Simon

Suzanne

Ouders Emma & Gijs

Nu zo'n 3,5 jaar geleden kwam ik bij I Am One. Ik ging op de Edenstraat wonen, waar toen nog niet de begeleiding was die er nu is. Ik zag mezelf eigenlijk als verloren zaak toen ik hier kwam wonen. De keuze om bij I Am One te gaan wonen en aan mezelf te gaan werken bleek een hele goeie keuze. De persoonlijke begeleidingsstijl, betrokkenheid en de intensieve therapie heeft gemaakt dat ik nu kan zeggen dat ik mezelf eindelijk weer teruggevonden heb. Ik en de begeleiders hier hebben daar soms heel hard voor moeten vechten, maar ze bleven altijd naast me staan. Ook op de momenten dat ik het ze heel moeilijk maakte.

Ondertussen ben ik 9 maanden nuchter en woon ik inmiddels op mezelf. Ik ben therapie klaar en ga beginnen met vrijwilligerswerk in de verslavingszorg.  
Dankjewel I Am One, dat jullie mij niet hebben opgegeven en in mij zijn blijven geloven!

## Verhalen

Juul

Simon

Suzanne

Ouders Emma & Gijs

"Ik werd behandeld als nummer. Hoe minder men luisterde hoe minder ik vertelde. Het had toch geen zin. Ik werd boos op alles om me heen omdat ik het gevoel had dat niemand of niets met mij meewerkte. Als er niemand in mij geloofde waarom zou ik het dan doen? Inmiddels ligt die periode achter mij en heb ik pas zelf een vriend kunnen helpen. Het was maar een kleinigheidje, maar hij had het nodig dat iemand in hem geloofde, zoals ze toen eindelijk in mij geloofden. Het was het begin van een nieuw tijdperk!"

### **P:**

In 2024 is gestart met het ontwikkelen van een nieuwe website voor I Am One. Het doel was om een cliënt een zinvolle dag invulling te bieden door hem te betrekken in het maken van de website én om via de website zichtbaar te maken waar I Am One als organisatie voor staat. Daarnaast ontstond het idee om cliënten hun eigen ervaringen met de begeleiding en hun traject te laten delen.

### **D:**

Er zijn twee cliënten benaderd die beiden al langere tijd zorg ontvangen, maar verschillende vormen van begeleiding krijgen. Beide cliënten hebben ingestemd met het schrijven van een persoonlijk verhaal over hun traject binnen I Am One en hebben deze zelfstandig opgesteld voor plaatsing op de website.

### **C:**

Bij de lancering van de website in Q2 van 2025 zijn de persoonlijke verhalen gepubliceerd. Hiermee werd zichtbaar dat cliënten op een authentieke manier konden bijdragen aan de uitstraling van de organisatie en hun eigen ontwikkeling konden laten zien.

### **A:**

I Am One kijkt positief terug op zowel het ontwikkelproces van de website als de betrokkenheid van cliënten hierbij. De organisatie blijft inzetten op het actief betrekken van cliënten bij projecten en communicatie-uitingen om hun ervaringen en groei zichtbaar te maken.

## **Bouwsteen 3: professionele ontwikkeling**

### **1. Strategisch jaarplan 2025-2026**

Er is in 2025 een strategisch jaarplan opgesteld. De organisatie werkt gestructureerd volgens dit plan en bewaakt de voortgang op basis van vastgestelde KPI's (Kritische prestatie indicatoren). Voor elk doel zijn specifieke KPI's geformuleerd, ieder staf lid werkt actief aan zijn of haar eigen KPI's. Tijdens ieder stafoverleg wordt verantwoording afgelegd over de voortgang en status van de KPI's. Over de voortgang van de KPI's wordt gerapporteerd in het kwaliteits-management-systeem, Iso2handle.

Hieronder een overzicht van de onderwerpen uit het jaarplan 2025. De genoemde onderdelen worden omschreven in dit kwaliteitsjaarverslag.

#### *Kwaliteit van Zorg*

- Doelen t.a.v. zorginhoudelijke kwaliteit
- Borging
- Verbeteracties op basis van evaluaties of feedback

#### *Cliëntgericht werken*

- Versterking van eigen regie en participatie
- Aanpak voor inclusie en activering

#### *Samenwerking en Netwerkontwikkeling*

- Relatiebeheer met gemeenten, zorgkantoren en verwijzers
- Lokale en regionale positionering
- Deelname aan relevante samenwerkingsverbanden

#### *Organisatieontwikkeling en HR*

- Scholing en ontwikkeling van medewerkers
- Aandacht voor teamcohesie, leiderschap en vitaliteit
- Inzet van vaste krachten vs. Zzp'ers

#### *Financiën en Bedrijfsvoering*

- Financiële doelen en begroting
- Efficiënte bedrijfsvoering en procesoptimalisatie
- Digitalisering en inzet van ECD
- Risicomanagement en continuïteitsborging

#### *Innovatie en Digitalisering*

- Digitalisering van werkprocessen
- AVG, privacy en veilige communicatie
- ICT-bussinesspartner

#### *Toezicht, Governance en Verantwoording*

- Interne en externe verantwoording
- Klachten- en meldprocedures
- Voldoen aan jaarverantwoordingsplicht (WNT, WTZa, e.d.)

## Wet- en Regelgeving

- Vertaling van nieuwe of gewijzigde wetgeving (WMO, WLZ, Jeugdwet, AVG, meldcodes)

## 2. Scholing en (team)ontwikkeling

De managers Zorg hebben de training *Financieel Management voor Niet-financiële Managers in de Zorg* gevolgd. Deze tweedaagse training, verzorgd door de Q Academie, heeft hen geholpen om dezelfde financiële taal te spreken als financieel managers. Daarnaast hebben zij inzicht gekregen in de belangrijkste aspecten van financieel management binnen de zorgsector. Tijdens de training kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan bod: financiering in de zorg, de planning- en controlcyclus, het lezen en opstellen van jaarverslagen, het begrijpen en benutten van stuurinformatie, interne budgettering en kostprijzen, exploitatie en rapportages. Na afronding van de training zijn de managers Zorg beter in staat om financiële informatie te begrijpen en de organisatie op financieel gebied effectiever te sturen.

Verder stond het jaar 2025 binnen I Am One in het teken van het verder inzichtelijk maken en versterken van de kwaliteit die al aanwezig is binnen de organisatie. Daarbij lag de nadruk op het in balans brengen van de teams, onder andere op het gebied van leeftijdsopbouw, gender, culturele achtergrond en de balans tussen ervaren en lerende professionals. Door bewust aandacht te besteden aan diversiteit en complementariteit binnen teams, is gewerkt aan een stabiele en toekomstbestendige werkomgeving.

In juni en december zijn organisatie brede *informatiemiddagen* georganiseerd voor alle medewerkers. Tijdens deze bijeenkomsten werden medewerkers geïnformeerd over actuele ontwikkelingen binnen de organisatie en relevante wet- en regelgeving. Daarnaast werden verschillende thema's inhoudelijk verder verdiept, zoals de AVG, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en nieuwe methodieken binnen de begeleiding en behandeling.

In oktober vond de jaarlijkse *I Am One-dag* plaats. Deze dag stond in het teken van verbinding, teambuilding en ontmoeting tussen collega's vanuit de gehele organisatie. Het gezamenlijk stilstaan bij samenwerking, plezier en betrokkenheid heeft bijgedragen aan het versterken van de onderlinge verbondenheid en de organisatiecultuur.

In november zijn twee organisatie brede *BHV-trainingsdagen* georganiseerd. Er is bewust gekozen om deze trainingen breed toegankelijk aan te bieden voor alle medewerkers. Binnen de organisatie werken collega's regelmatig zelfstandig op locatie of alleen bij cliënten thuis in het kader van ambulante begeleiding. Daarnaast wordt gewerkt met wisselende diensten en werkdagen, waardoor medewerkers regelmatig als enige aanwezige op een locatie kunnen zijn. Vanuit het oogpunt van veiligheid en handelingsbekwaamheid acht de organisatie het daarom van groot belang dat zoveel mogelijk medewerkers beschikken over een geldige BHV-certificering.

Aan het einde van 2025 is de organisatie overgestapt naar een nieuwe ICT-partner. Gelijktijdig heeft de overgang plaatsgevonden naar een Cloud gebaseerde werkomgeving, inclusief een vernieuwde manier van digitaal samenwerken, onder andere via toepassingen binnen Microsoft

Teams. Ter ondersteuning van deze implementatie hebben alle medewerkers een *incompany training* gevolgd, zodat zij adequaat konden worden meegenomen in de nieuwe werkwijze.

De jaarlijkse *medicatiecursus* is doorgeschoven naar begin 2026, zodat ook nieuwe medewerkers hierbij konden aansluiten. De cursus wordt jaarlijks aangeboden en heeft een geldigheidsduur van twee jaar. Deelname is verplicht voor medewerkers die werkzaam zijn op de 24-uurslocatie en betrokken zijn bij het verstrekken van medicatie. Daarnaast hebben ook invalkrachten en enkele medewerkers in opleiding deelgenomen. De organisatie vindt het belangrijk dat zorgprofessionals beschikken over basiskennis omtrent medicatieveiligheid, ook wanneer dit niet direct tot hun primaire takenpakket behoort.

*De aandachts-functionaris huiselijk geweld en kindermishandeling was gedurende het gehele jaar 2025 arbeidsongeschikt. In de loop van het jaar werd duidelijk dat terugkeer binnen de organisatie waarschijnlijk niet meer mogelijk zou zijn. Om de continuïteit en deskundigheid op dit belangrijke thema te waarborgen, is een andere collega geselecteerd op basis van affiniteit en passende competenties. Deze medewerker heeft in 2025 de opleiding tot aandachts-functionaris huiselijk geweld en kindermishandeling gevolgd.*

### *Aandachtfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld*

In 2025 is binnen I Am One een medewerker aangesteld als aandachtfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld. Het eerste jaar stond voornamelijk in het teken van oriëntatie, positionering van de functie en deskundigheidsbevordering.

Gedurende deze periode is onderzocht wat de rol van aandachtfunctionaris binnen de organisatie inhoudt en welke verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden hierbij passend zijn. Daarnaast heeft de aandachtfunctionaris zich verdiept in de thema's kindermishandeling en huiselijk geweld en onderzocht op welke wijze deze problematiek zichtbaar kan zijn binnen de organisatie en binnen cliëntsituaties.

Om de benodigde kennis en vaardigheden verder te ontwikkelen, heeft de aandachtfunctionaris zich aangemeld voor de opleiding van het LVAK (Landelijke Vereniging Aandachtfunctionarissen Kindermishandeling en Huiselijk Geweld). Deze opleiding is gestart in maart 2026 en bestond uit drie theoriedagen in Utrecht.

Onderdeel van de opleiding was het opstellen van een plan van aanpak gericht op I Am One. Dit plan is tijdens de opleiding besproken met de docent en had als doel inzichtelijk te maken welke stappen nodig zijn om het beleid rondom kindermishandeling en huiselijk geweld binnen de organisatie verder te versterken, te borgen en toekomstbestendig te maken.

Tijdens het traject heeft de aandachtfunctionaris informatie verzameld over bestaande werkwijzen, protocollen en verantwoordelijkheden binnen de organisatie. Na afronding van de opleiding is in overleg met de staf verder gekeken naar de concrete inrichting van de functie binnen I Am One. Hierbij is aandacht besteed aan de positionering van de functie, het mandaat, de verantwoordelijkheden en de afbakening van taken.

De verdere implementatie en doorontwikkeling van de functie van aandachtfunctionaris zal in 2026 een vervolg krijgen.

## Boxchainge

In 2024 hebben de twee managers van I Am One deelgenomen aan een inloopochtend van Boxchainge in Kerkrade. Tijdens deze bijeenkomst werd uitleg gegeven over de visie en methodiek van Boxchainge, waarbij deelnemers niet alleen informatie ontvingen, maar ook zelf actief konden ervaren hoe de aanpak in de praktijk werkt door middel van fysieke oefeningen en het aantrekken van de bokshandschoenen. De combinatie van persoonlijke ontwikkeling, weerbaarheid, teamdynamiek en ervaringsgericht leren maakte direct een positieve indruk. De managers waren enthousiast over de laagdrempelige maar krachtige werkwijze en zagen duidelijke raakvlakken met de ontwikkelbehoeften binnen I Am One.

Vanuit de organisatie ontstond er in 2025 de wens om medewerkers niet alleen vakinhoudelijk, maar ook persoonlijk verder te ondersteunen in hun ontwikkeling. Daarbij lag de focus op het vergroten van veerkracht, zelfvertrouwen en stevigheid binnen de dagelijkse begeleiding van cliënten en samenwerking binnen teams.



Als vervolgstap organiseerde I Am One op 18 maart 2025 een gezamenlijke workshop in samenwerking met Boxchainge. Alle medewerkers namen deel aan deze bijeenkomst, die plaatsvond in Buurthuis Kadans in Best.

Voorafgaand aan de workshop zijn medewerkers geïnformeerd via de interne nieuwsbrief en uitgenodigd om actief deel te nemen aan deze vorm van teamontwikkeling. De workshop was gericht op samenwerking, persoonlijke groei, fysieke activatie en teamdynamiek. Binnen de organisatie werd deze bijeenkomst als zeer positief ervaren. Zowel medewerkers als management waren enthousiast over de laagdrempelige maar krachtige aanpak van Boxchainge, waarbij persoonlijke ontwikkeling en verbinding centraal stonden.

Naar aanleiding van de positieve ervaringen tijdens zowel de introductiebijeenkomst als de workshop heeft I Am One onderzocht hoe een vervolgtraject vormgegeven kon worden. Vanuit management en werkbegeleiding is gekeken welke medewerkers extra ondersteuning konden gebruiken op het gebied van weerbaarheid, persoonlijke stevigheid en functioneren binnen complexe werksituaties. Vervolgens zijn individuele gesprekken gevoerd met medewerkers om hun bereidheid en motivatie voor deelname aan een coaching traject te bespreken.

Op basis hiervan is besloten om in 2026 te starten met coaching trajecten voor zes medewerkers. De trajecten worden aangeboden in groepsverband, met ruimte voor individuele ontwikkeling en begeleiding. I Am One heeft hiervoor contact gezocht met Boxchainge om de mogelijkheden, inhoud en haalbaarheid van het traject verder uit te werken. Daarbij is een offerte opgevraagd zodat de organisatie kon beoordelen hoe het traject passend binnen de organisatie kan worden ingezet.

De coaching trajecten worden in 2026 opgestart. Tijdens jaargesprekken blijft daarnaast aandacht bestaan voor individuele scholings- en ontwikkelbehoeften van medewerkers, zodat ondersteuning zoveel mogelijk aansluit bij persoonlijke leerdoelen en de praktijk van het werk.

Om de voortgang en effectiviteit van het traject te bewaken, is afgesproken dat in mei 2026 een evaluatiemoment plaatsvindt tussen het management van I Am One en de coach van Boxchainge. Tijdens deze evaluatie wordt gekeken naar de ervaringen van medewerkers, de opbrengsten van het traject en eventuele vervolgstappen of aanvullende ontwikkelbehoeften. Op deze manier wordt structureel gemonitord of het traject bijdraagt aan de beoogde versterking van medewerkers en het team als geheel.

**P:**

I Am One wilde medewerkers niet alleen vakinhoudelijk, maar ook persoonlijk ondersteunen in hun ontwikkeling, met aandacht voor weerbaarheid, zelfvertrouwen, samenwerking en veerkracht binnen teams.

**D:**

De managers namen in 2024 deel aan een introductiebijeenkomst van Boxchainge. Vervolgens organiseerde I Am One op 18 maart 2025 een workshop voor alle medewerkers in Buurthuis Kadans in Best. Medewerkers werden actief betrokken bij oefeningen gericht op teamdynamiek, persoonlijke groei en fysieke activatie. Daarna is onderzocht welke medewerkers extra ondersteuning konden gebruiken en zijn gesprekken gevoerd over deelname aan coachingstrajecten.

**C:**

De workshop werd binnen de organisatie zeer positief ervaren. Medewerkers en management waren enthousiast over de laagdrempelige en praktijkgerichte aanpak. Er werd geconcludeerd dat de methodiek goed aansluit bij de ontwikkelbehoeften van medewerkers en teams. Dit werd namelijk na afloop aangegeven door de medewerkers zelf.

**A:**

In 2026 starten coachingstrajecten voor zes medewerkers in samenwerking met Boxchainge. Daarnaast vindt in mei 2026 een evaluatiemoment plaats om de effectiviteit, ervaringen en eventuele vervolgstappen te beoordelen. Tijdens jaargesprekken blijft aandacht bestaan voor persoonlijke ontwikkeling en scholingsbehoeften.

## *Intervisie*

Het doel voor 2025/2026 is om intervisie structureel te implementeren binnen de organisatie. Hiermee krijgen medewerkers regelmatig de mogelijkheid om te reflecteren op hun handelen, ervaringen en samenwerking. Intervisie draagt bij aan een positief werk- en leefklimaat en ondersteunt zowel de professionele als persoonlijke ontwikkeling van medewerkers.

De implementatie richt zich op drie niveaus:

- Persoonsniveau
- Teamniveau
- Organisatieniveau

In 2025 ligt de focus op voorbereiding, ontwikkeling en het creëren van draagvlak. Begin 2026 wordt intervisie verder uitgerold binnen de organisatie.

## *Belang van intervisie*

Intervisie levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van samenwerken en professioneel handelen. Door samen te reflecteren leren collega's beter communiceren en samenwerken. Daarnaast stimuleert intervisie medewerkers om kritisch naar hun eigen handelen te kijken en van elkaar te leren.

Ook helpt intervisie bij het bespreken en oplossen van complexe vraagstukken doordat verschillende perspectieven worden ingebracht. Dit zorgt vaak voor nieuwe inzichten en innovatieve oplossingen. Daarnaast versterkt intervisie het onderlinge vertrouwen, de teamspirit en de teamdynamiek.

In 2025 zijn de eerste voorbereidingen getroffen om intervisie binnen de organisatievorm te geven. Er is onderzocht welke werkwijze het beste aansluit bij de behoeften van medewerkers en teams. Daarnaast zijn medewerkers geïnformeerd over het doel en de meerwaarde van intervisie.

Binnen verschillende teams zijn eerste intervisiemomenten ingepland en is gestart met een pilotfase. Tijdens deze bijeenkomsten werden praktijkcasussen besproken en werd gezamenlijk gereflecteerd op communicatie, samenwerking en professioneel handelen.

Ook is gekeken naar medewerkers die een begeleidende rol kunnen vervullen tijdens intervisiebijeenkomsten.

De eerste ervaringen met intervisie zijn positief. Medewerkers geven aan dat er meer openheid ontstaat binnen teams en dat casusbesprekingen bijdragen aan wederzijds begrip en betere samenwerking.

Daarnaast wordt ervaren dat intervisie helpt bij het gezamenlijk bespreken van knelpunten en het vinden van passende oplossingen. Teams geven aan dat het delen van ervaringen zorgt voor meer verbinding en vertrouwen.

Tegelijkertijd zijn er aandachtspunten naar voren gekomen. Sommige medewerkers ervaren nog spanning bij het inbrengen van casussen. Daarnaast blijkt dat duidelijke structuur, vaste afspraken en voldoende begeleiding belangrijk zijn voor een succesvolle uitvoering.

Op basis van de eerste ervaringen wordt gewerkt aan verdere borging van intervisie binnen de organisatie. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over werkwijze, frequentie en vertrouwelijkheid. Daarnaast wordt gekeken naar extra ondersteuning en scholing voor medewerkers die intervisie begeleiden.

Voor begin 2026 staat de verdere uitrol van intervisie binnen alle teams gepland. Het doel is om intervisie een vast onderdeel te maken van de professionele ontwikkeling van medewerkers en van het positief werk- en leefklimaat binnen de organisatie.

**INTERVISIE: EEN verplichting  
OF verrijking?**

**INTERVISIE IS GERICHT OP EXPLORATIE,  
REFLECTIE EN ONTWIKKELING.  
DAAR IS EEN *gelijkwaardige, respectvolle en  
veilige samenwerking* MET ANDEREN VOOR  
NODIG.**

**P:**

Het doel voor 2025/2026 is om intervisie structureel binnen de organisatie te implementeren. In 2025 zijn de eerste voorbereidingen gestart. Er is onderzocht welke werkwijze aansluit bij de behoefte van de teams. Daarnaast zijn medewerkers geïnformeerd over het doel en de meerwaarde van intervisie. Binnen verschillende teams zijn pilotbijeenkomsten georganiseerd waarin praktijkcasussen werden besproken en medewerkers gezamenlijk reflecteerden op samenwerking en professioneel handelen.

**D:**

In 2025 zijn de eerste voorbereidingen gestart. Er is onderzocht welke werkwijze aansluit bij de behoeften van medewerkers en teams. Daarnaast zijn medewerkers geïnformeerd over het doel en de meerwaarde van intervisie. Binnen verschillende teams zijn pilotbijeenkomsten georganiseerd waarin praktijkcasussen werden besproken en medewerkers gezamenlijk reflecteerden op samenwerking en professioneel handelen.

**C:**

De eerste ervaringen blijken positief uit evaluaties die zowel binnen de stafvergadering als binnen de teamvergaderingen hebben plaatsgevonden. Medewerkers ervaren meer openheid, verbinding en betere samenwerking binnen teams. Casusbesprekingen dragen bij aan wederzijds begrip en het gezamenlijk oplossen van knelpunten. Tegelijkertijd blijkt dat sommige medewerkers spanning ervaren bij het delen van casussen en dat duidelijke structuur en begeleiding noodzakelijk zijn.

**A:**

Op basis van de ervaringen worden afspraken verder aangescherpt rondom werkwijze, frequentie en vertrouwelijkheid. Daarnaast wordt gekeken naar extra ondersteuning en scholing voor intervisiebegeleiders. Begin 2026 wordt intervisie verder uitgerold binnen alle teams, met als doel dit structureel te borgen binnen de organisatie.

### 3. Bestuurlijke (VG) regiotafel

De directeur bestuurder van I Am One neemt vier keer per jaar deel aan het overleg van de bestuurlijke (VG) regiotafel. I Am One is één van de twee kleine zorgaanbieders die hieraan deelnemen.

De aanleidingen voor de bestuurlijke regiotafel waren:

- Opgaves en de uitdagingen voor de sector en de aanbieders zijn groot. De aanbieders realiseren zich dat zij de actuele vraagstukken niet alleen kunnen oplossen en elkaar nodig hebben.
- Alleen samen kan in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning gegarandeerd worden. En alleen zo kan de maatschappelijke verantwoordelijkheid om er te zijn voor de meest kwetsbaren in de samenleving worden waargemaakt.

Het regionale overleg heeft geresulteerd in aantal leidende principes:

- We dragen bij aan de kwaliteit van leven van de meest kwetsbaren in onze regio.
- Het startpunt is de cliënt, we denken vanuit dit perspectief. Bij de gezamenlijke projecten, staat het belang van de cliënt bovenaan.
- We trekken als aanbieders samen op maar doen niet alles samen, we komen niet aan de autonomie van de organisaties.
- De samenwerking is een groeimodel. We starten samen en we beginnen klein. Werkende weg kan de samenwerking steviger en intensiever worden. Zo groeit het onderlinge vertrouwen.

Deelname aan de regionale bestuurstafel levert onze organisatie niet alleen inhoudelijke kennis en strategische inzichten op, maar versterkt ook de verbinding met de regio en de samenwerking met andere zorgaanbieders. Juist voor een kleinere organisatie biedt dit overleg een belangrijke basis voor verdere professionalisering, kwalitatieve ontwikkeling en toekomstbestendige zorg.

De meerwaarde en praktische opbrengsten op een rij:

Thema	Meerwaarde voor I Am One	Praktische opbrengst
Regionale positionering	Versterking van zichtbaarheid en vertegenwoordiging binnen de regio	Betere aansluiting bij regionale ontwikkelingen en samenwerkingsinitiatieven
Kennisdeling	Uitwisseling van ervaringen en expertise met grotere organisaties	Nieuwe inzichten op het gebied van governance, kwaliteit en bedrijfsvoering
Professionele reflectie	Bespreken van bestuurlijke vraagstukken en dilemma's,	Versterking van besluitvorming en strategisch denken
Netwerkversterking	Opbouwen en onderhouden van duurzame relaties met ketenpartners	Kortere lijnen en laagdrempeliger samenwerking
Strategische ontwikkeling	Verbreding van bestuurlijke blik en toekomstgericht denken	Ondersteuning bij duurzame organisatieontwikkeling
Belangenbehartiging	Mogelijkheid om ook het perspectief van kleine organisaties in te brengen	Betere vertegenwoordiging van kleinschalige zorg binnen regionale overleggen
Samenwerking in de keten	Betere afstemming tussen zorgaanbieders	Snellere samenwerking bij complexe casuïstiek of regionale vraagstukken
Risicomanagement	Vroegtijdig signaleren van trends en risico's binnen de sector	Tijdiger inspelen op veranderingen in wetgeving, arbeidsmarkt en financiering

## 4. Regionaal directieoverleg

In 2025 is gestart met een structureel overleg met directeuren van een aantal kleinere zorgaanbieders binnen de regio. De aanleiding hiervoor ligt onder andere in de toenemende complexiteit van wet- en regelgeving, de druk op tarieven en de groeiende behoefte om kennis en expertise met elkaar te delen.

De samenwerking richt zich nadrukkelijk op het versterken van kwaliteit, continuïteit en professionaliteit, met behoud van de eigen identiteit van iedere organisatie. Door gezamenlijk op te trekken ontstaat meer slagkracht en wordt voorkomen dat organisaties afzonderlijk telkens dezelfde vraagstukken moeten oplossen.

Daarnaast draagt de samenwerking bij aan een bredere professionele blik, versterking van netwerken en een grotere gezamenlijke weerbaarheid binnen een veranderend zorglandschap. Voor kleine zorgorganisaties vormt deze vorm van samenwerking een belangrijke basis voor duurzame en toekomstbestendige zorgverlening.

De meerwaarde en praktische opbrengsten op een rij:

Thema	Meerwaarde van samenwerking	Praktische opbrengst
Kennisdeling	Gezamenlijk delen van expertise, ervaringen en beleid	Minder tijdverlies en sneller komen tot werkbare oplossingen
Wet- en regelgeving	Samen interpreteren en implementeren van nieuwe eisen	Betere naleving van wetgeving en minder kwetsbaarheid
Efficiëntie	Niet iedere organisatie hoeft afzonderlijk beleid of formats te ontwikkelen	Besparing van tijd, capaciteit en kosten
Kwaliteitsverbetering	Uitwisseling van kwaliteitsbeleid, protocollen en werkwijzen	Professionalisering van processen en verhoging van kwaliteit
Risicobeheersing	Samen signaleren van ontwikkelingen en risico's	Vroegtijdiger kunnen anticiperen op veranderingen
Behoud van kleinschaligheid	Samenwerken zonder verlies van eigen identiteit	Combinatie van professionele slagkracht en nabijheid in zorg
Lerend netwerk	Reflecteren op elkaars aanpak en dilemma's	Versterking van professioneel en bestuurlijk handelen

## 5. Positief leef- en werkklimaat (OPCZ)

I Am One heeft zich op advies van het zorgkantoor aangemeld bij het ontwikkelprogramma complexe zorg. Het Ontwikkelprogramma Complexe Zorg ondersteunt zorgaanbieders om duurzame veranderingen door te voeren in hun werkwijze en organisatiecontext. Het doel is beter in te spelen op de behoeften van mensen met een intensieve zorgvraag en onbegrepen gedrag. Dit doet het programma door voort te bouwen op kennis en door lopende projecten te versterken, gericht op ontwikkeling binnen alle lagen van de organisatie. I Am One heeft een wisselende, complexe doelgroep in huis en heeft als wens zich hier de komende jaren verder in te ontwikkelen. Begin 2025 heeft I Am One een nieuwe visie aangesteld en I Am One kan ondersteuning gebruiken in het vertalen en doorvoeren van deze visie. Hier kan het ontwikkelprogramma ondersteuning in bieden en aansluiten op het project wat momenteel al loopt binnen I Am One. Het project duurt +/- 18 maanden en zal uiterlijk in september 2026 afgerond zijn.

### Het doel



Het Ontwikkelprogramma Complexe Zorg ondersteunt zorgaanbieders om duurzame veranderingen door te voeren in hun werkwijze en organisatiecontext.



Het doel is beter in te spelen op de behoeften van mensen met een intensieve zorgvraag en onbegrepen gedrag (VG6 en VG7 indicatie).



Dit doet het programma door voort te bouwen op bestaande kennis en door lopende projecten te versterken, gericht op ontwikkeling binnen alle lagen in de organisatie.

I Am One is in Q2 van 2025 gestart met het Ontwikkelprogramma Complexe Zorg en heeft in 2025 fase 0 en fase 1 doorlopen.

Fase 0 stond in het teken van de opstart van het project. In deze fase zijn samenwerkingsafspraken gemaakt, is richting en structuur gegeven aan het project en zijn de kaders vastgesteld.

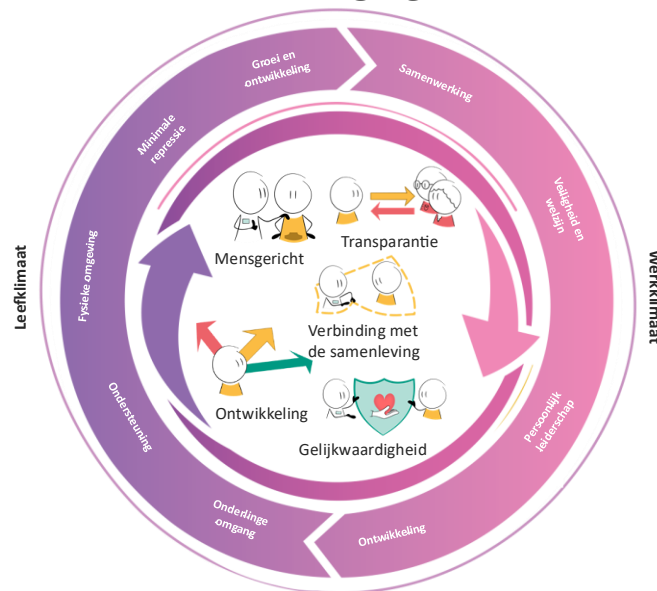
Fase 1 stond in het teken van het inzichtelijk maken van wat de organisatie nodig heeft om de visie en werkwijze te implementeren en duurzaam te borgen binnen de organisatie. Om de gehele organisatie hierbij te betrekken, heeft de werkgroep in samenwerking met het Ontwikkelprogramma Complexe Zorg een enquête opgesteld en uitgezet onder medewerkers. De resultaten van deze enquête hebben inzicht gegeven in de ontwikkelkansen binnen de organisatie. Deze ontwikkelpunten zijn verder opgepakt in 2026. Hieronder volgt het plan van aanpak voor 2026.

## Overzicht plan van aanpak

Hieronder vind je een overzicht van alle stappen die gemaakt worden tot afronding van het ontwikkelprogramma

	0-meting	Analyse	Vorbereiden implementatie	Themabijeenkomst	Trainingen	Afronding
Wanneer?	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni
<b>Doel</b>	Inzicht krijgen in huidige ervaringen en handelen m.b.v. vragen rondom positief werk/leefklimaat	Duiden van status quo en zichtbaar maken van visie en kernwaarden.	Vertalen van verbeterkansen naar concrete acties	Visie en kernwaarden introduceren bij het team	Versterken van handelen volgens positief werk- en leefklimaat	Duurzame inbedding in de organisatie
<b>Uitkomst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingevulde vragenlijst en daarmee het startbeeld (nulmeting)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0-meting</li> <li>Overzicht verbeterkansen &amp; kansrijke initiatieven</li> <li>Eerste visuele weergave visie &amp; kernwaarden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereiden initiatieven</li> <li>Opzet themabijeenkomst maken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medewerkers kennen de nieuwe visie en kernwaarden en worden meegenomen in de richting die de I am One op wil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Getrainde medewerkers</li> <li>Borgingplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geborgde visie en werkwijze en afgerond project</li> </ul>
<b>Acties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstellen vragenlijst</li> <li>Communicatie richting medewerkers + vragenlijst uitsturen</li> <li>Verzamelen respons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse resultaten</li> <li>Clusteren thema's</li> <li>Prioriteren verbeterpunten</li> <li>Ontwikkelen visuele weergaves (praatplaat en <b>visuuls</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitwerken initiatieven</li> <li>Ontwikkelen inhoud themabijeenkomst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Themabijeenkomst organiseren</li> <li>Toelichting visie en kernwaarden inclusief visuele weergave</li> <li>Uitreiken visiecadeau?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 trainingen uitvoeren (ideaaliter door <b>ipse</b> de Bruggen)</li> <li>Borgingsafspraken maken</li> <li>Koppeling aan dagelijks werk (praatplaat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afronden trainingen</li> <li>Vastleggen borging</li> <li>Evaluatie en eventuele overdracht</li> </ul>

## I Am One



## 6. Visie, missie en kernwaarden

In 2025 heeft I Am One opnieuw stilgestaan bij haar missie, visie en kernwaarden. De organisatie bevindt zich in een fase van verdere professionalisering, waarbij bewust is gekeken naar de vraag of onze uitgangspunten nog voldoende aansloten bij de dagelijkse praktijk, de behoeften van cliënten en de koers richting de toekomst. Ook wilden we graag verduidelijken waar we als organisatie voor staan.

Dit heeft uiteindelijk geleid tot de herformulering van onze missie en visie en het bepalen van een vijftal kernwaarden.

### *Missie*

I Am One is een wettelijk toegelaten zorginstelling (Wtza) die als missie heeft om (jong)volwassenen vanaf 16 jaar te begeleiden en ondersteunen in een veilige omgeving. Wij richten ons op het vergroten van hun zelfstandigheid, met het oog op een toekomst waarin zij zo zelfredzaam als mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij.

### *Visie*

I Am One gelooft in de kracht van persoonlijke ontwikkeling. Wij ondersteunen (jong)volwassenen bij het opdoen van sociale vaardigheden, het openen van hun gevoelsleven en het leren reguleren van emoties en impulsen. Door actieve deelname aan de maatschappij en het opbouwen van een gelijkwaardige werkrelatie, begeleiden we hen in het vinden van een zo prettig mogelijke invulling van hun leven.

### *Kernwaarden*

#### Mensgericht

Bij I Am One staat de mens altijd centraal. We zien de cliënt als uniek individu met eigen behoeften, krachten en dromen. We luisteren zonder oordeel, en sluiten aan bij wie iemand is en wat hij of zij nodig heeft.

*In de praktijk betekent dit: we nemen de tijd, bouwen aan vertrouwen, en stemmen begeleiding af op de cliënt.*

#### Ontwikkeling

Wij geloven dat iedereen kan groeien, op zijn of haar eigen tempo. We begeleiden cliënten in het opdoen van vaardigheden, het leren omgaan met emoties en het versterken van hun eigen regie. *In het dagelijks handelen richten we ons niet alleen op ondersteuning, maar vooral op wat iemand zelf (weer) kan leren en doen.*

#### Gelijkwaardigheid

We werken vanuit een gelijkwaardige relatie tussen begeleider en cliënt. Dat betekent dat we naast iemand staan, niet erboven. We nemen samen beslissingen en geven cliënten een stem in hun eigen traject.

*In gesprekken, begeleiding en plannen betrekken we de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger actief. Samenwerken betekent écht luisteren.*

#### Transparantie

We zijn open in ons handelen, communiceren helder en eerlijk met cliënten, collega's en samenwerkingspartners. Wat we zeggen, maken we waar.

*In de dagelijkse praktijk betekent dit dat we duidelijk zijn over wat we doen, waarom we iets doen, en wat iemand van ons kan verwachten.*

### Verbinding met de samenleving

Wij zien deelname aan het maatschappelijk leven als essentieel onderdeel van herstel en ontwikkeling. We stimuleren en ondersteunen cliënten om mee te doen in de samenleving. *Dat kan betekenen: vrijwilligerswerk, dagbesteding, een opleiding of het onderhouden van sociale contacten, altijd passend bij de cliënt.*

### Hoe zijn deze waarden leidend in ons dagelijks handelen?

Onze kernwaarden zijn niet alleen mooie woorden op papier, ze vormen het uitgangspunt voor alles wat we doen. Ze zijn zichtbaar:

- In hoe we begeleiden
- In hoe we samenwerken als team
- In hoe we beslissingen nemen
- En in hoe we omgaan met cliënten, elkaar en onze omgeving.



## 7. Medewerkers-tevredenheidsonderzoek

In maart 2025 hebben negentien medewerkers het medewerkers-tevredenheidsonderzoek van I Am One ingevuld. Voor het eerst is het medewerkers-tevredenheidsonderzoek afgenomen via Survey, in plaats van het eerder gebruikte platform ZorgQdna. Deze nieuwe manier van afnemen is positief ontvangen door de medewerkers én de organisatie.

De overstap naar Survey bracht een aantal duidelijke voordelen met zich mee:

- Gebruiksvriendelijkheid: De vragenlijst was eenvoudig te openen en in te vullen, zowel op desktop als mobiel.
- Flexibiliteit in vormgeving: De vragen, opbouw en opmaak konden gemakkelijk afgestemd worden op de organisatie, wat zorgde voor meer relevante uitkomsten.
- Snelle rapportage: De resultaten waren direct beschikbaar in overzichtelijke grafieken en tabellen, wat het analyseren en delen aanzienlijk versneld heeft.
- Betere responsmonitoring: De organisatie kon tussentijds het aantal reacties volgen, wat hielp bij het actief herinneren.
- Automatisering: Het was prettig dat het systeem geautomatiseerde berichten kon versturen naar medewerkers die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Dit heeft bijgedragen aan een hogere respons en minder handmatig werk.

Gezien deze positieve ervaringen is het aannemelijk dat I Am One ook in de toekomst gebruik zal blijven maken van Survey voor dit jaarlijkse onderzoek. Het draagt bij aan een open cultuur waarin feedback serieus genomen wordt en biedt een solide basis voor verdere verbeteringen.

### *Positieve bevindingen*

#### 1. Algemene tevredenheid en betrokkenheid

- Gemiddeld cijfer voor algemene tevredenheid over het werk: 8,3
- 95% van de medewerkers is van plan om de komende twee jaar bij de organisatie te blijven.
- 79% voelt zich verbonden met de organisatie.
- 63% voelt zich altijd onderdeel van het team.

#### 2. Duidelijkheid en ondersteuning

- Medewerkers beoordelen hun duidelijkheid over de functie met 100% “mee eens” of “helemaal mee eens”.
- Ze weten goed wie ze kunnen benaderen bij onverwachte situaties (100% “ja”).
- Cijfer voor toegang tot informatie: 8,2
- Cijfer voor snelheid van informatievoorziening: 7,4

#### 3. Werkbeleving

- Afwisseling in werk wordt door 84% als voldoende tot goed ervaren.
- Psychische en fysieke veiligheid op de werkvloer scoort hoog, met 100% positieve reacties.

#### 4. Zorgkwaliteit en middelen

- Gemiddeld cijfer voor kwaliteit van zorg die medewerkers leveren: 7,8
- 100% geeft aan voldoende of goede middelen te hebben om kwalitatieve zorg te leveren.

## Aandachtspunten

1. Werkdruk en balans
  - Cijfer voor werkdruk: 6,0
  - 84% van de medewerkers komt vaak of regelmatig niet aan pauzes toe.
  - 63% ervaart dat ze over hun grenzen gaan om het werk goed te kunnen doen.
  - Cijfer voor stress door werk: 3,1 (relatief laag cijfer geeft hoge stress aan).
2. Feedbackcultuur
  - Slechts 32% voelt zich altijd of vaak veilig om feedback te geven aan collega's.
  - 84% ontvangt zelden of onregelmatig feedback van collega's.
  - Cijfer voor gevoel van waardering: 8,5 (positief, maar contrasteert met feedbackscores).
3. Loopbaanontwikkeling
  - Gemiddelde cijfers voor:
    - Loopbaanperspectief: 7,6
    - Bespreekbaarheid met leidinggevende: 7,7
    - Ondersteuning werkgever bij loopbaanontwikkeling: 8,2
    - Toegang tot opleidingen/trainingen: 7,4
4. Communicatie en informatie
  - Tevredenheid over communicatie op de werkplek: 7,3
  - Er is ruimte voor verbetering in de consistentie en snelheid van updates aan medewerkers.

## Verbetervoorstellen

Tijdens het medewerkers-tevredenheidsonderzoek 2025 kregen medewerkers de kans om zelf ideeën en suggesties aan te dragen voor verbeteringen op de werkvloer. Daar is goed gebruik van gemaakt. De reacties geven een eerlijk en waardevol beeld van wat er goed gaat, maar ook van waar het in de dagelijkse praktijk beter kan.

Van duidelijke afspraken en rust op de werkplek tot ideeën over efficiënter werken, coaching en extra trainingen – het zijn punten die helpen om het werk prettiger, duidelijker en slimmer te maken. In deze samenvatting hebben we de belangrijkste thema's en suggesties op een rij gezet. Zo kunnen we gericht aan de slag met verbeteringen die écht uit de praktijk komen.

1. Werkdruk structureel aanpakken
  - Herverdeling van taken en inzet van extra personeel waar nodig.
  - Pauzes actief bewaken; eventueel met software of fysieke reminders.
  - Trainingen in prioriteren, timemanagement en stressreductie aanbieden.
2. Efficiënter werken
  - Tijdrovende computerwerkzaamheden beperken; suggesties zoals spraak gestuurd rapporteren.
  - Versimpeling van zorgplannen en administratieve lasten verlagen.
3. Werkstructuur en taakverdeling
  - Duidelijkere instructies voor specifieke diensten, zoals slaapdiensten.
  - Betere afstemming en consistentie in teamafspraken, vooral rondom de uitvoering van taken door persoonlijk begeleiders (Pb'ers).
  - Minder vaak wisselen van werkplek gedurende de dag, om onrust te beperken.
  - Meer ruimte om taken goed en rustig uit te voeren.
4. Versterken van feedback en waarderingcultuur
  - Regelmatige intervisie of feedbacksessies invoeren.
  - Coaching voor teams over open communicatie.
  - Medewerkers trainen in actief waarderen en constructieve feedback.
5. Opleiding en ontwikkeling

- Behoeftte aan specifieke trainingen, zoals:
- Cursus over drugs en beleid.
- Studie in contractmanagement.
- Meer aandacht voor individuele ontwikkelbehoefte, zoals extra coaching of begeleiding buiten reguliere werkbegeleiding om.

#### 6. Ondersteuning en communicatie

- Behoeftte aan lichte (strategische) sturing vanuit het bestuur bij nieuwe of complexe taken.
- Betere instructies voor externe partijen die werkzaamheden verrichten voor I Am One.

#### 7. Cliëntbetrokkenheid

- Meer cliënten stimuleren om mee te helpen in de keuken en andere dagelijkse activiteiten.

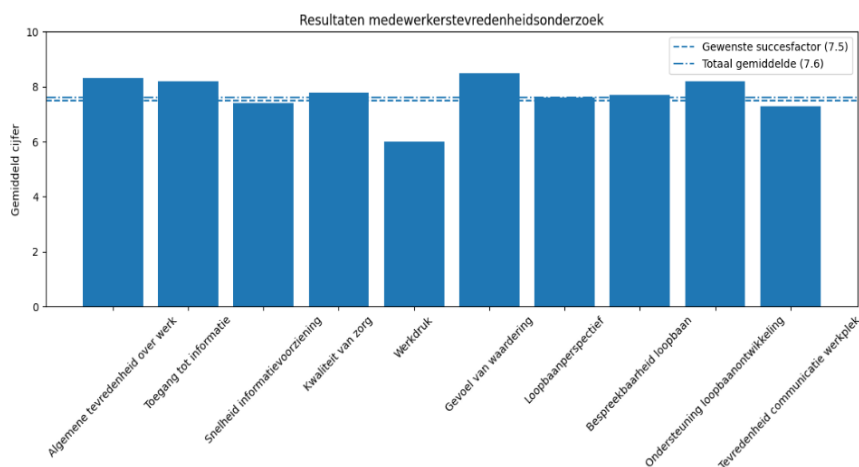
### Conclusie

De eerste afname van het medewerkers-tevredenheidsonderzoek via Survey is positief verlopen, met een hoge deelname en waardevolle inzichten. Medewerkers van I Am One zijn overwegend tevreden, betrokken en gemotiveerd, maar ervaren ook knelpunten zoals hoge werkdruk en beperkte feedback. Met gerichte verbeteracties kan de organisatie de medewerkerstevredenheid en werkbeleving verder versterken.

### Gemiddeld cijfer

- Algemene tevredenheid over werk 8,3
- Toegang tot informatie 8,2
- Snelheid van informatievoorziening 7,4
- Kwaliteit van zorg 7,8
- Werkdruk 6,0
- Gevoel van waardering 8,5
- Loopbaanperspectief 7,6
- Bespreekbaarheid loopbaan met leidinggevende 7,7
- Ondersteuning bij loopbaanontwikkeling 8,2
- Tevredenheid over communicatie op werkplek 7,3

Het totale gemiddelde, zonder stressniveau, is dus: 7,6



De gewenste succesfactor voor het onderzoek is een 7,5.

Geconcludeerd kan worden dat dit behaald is. Dit cijfer laat zien dat medewerkers over het algemeen tevreden zijn, met hier en daar ruimte voor verbetering met name rondom werkdruk. De analyse en de aanbevelingen zijn door de Kwaliteitsfunctionaris gedeeld met het management. Hier zijn acties uit voort gekomen.

**P:**

Op basis van de resultaten van het medewerkers-tevredenheidsonderzoek zijn verbeterpunten vastgesteld rondom werkdruk, feedbackcultuur, communicatie, werkstructuur en ontwikkeling van medewerkers. Het doel is om de medewerkerstevredenheid minimaal op het huidige niveau van 7,6 te behouden en waar mogelijk verder te verbeteren.

**D:**

De organisatie heeft acties ingezet zoals het bespreken van de resultaten met het management, het onderzoeken van mogelijkheden voor betere taakverdeling, het stimuleren van feedbackmomenten, het aanbieden van trainingen en coaching en het verbeteren van communicatie en werkafspraken binnen teams.

**C:**

De voortgang van de verbeteracties wordt besproken binnen het management en geëvalueerd aan de hand van signalen uit de praktijk, team overleggen en het volgende medewerkers-tevredenheidsonderzoek. Daarbij wordt gekeken of de ervaren werkdruk vermindert en of medewerkers meer tevredenheid ervaren op de benoemde aandachtspunten.

**A:**

Op basis van de evaluaties worden succesvolle acties voortgezet en waar nodig aangepast of uitgebreid. Nieuwe verbetermaatregelen worden opgenomen in het kwaliteitsbeleid, zodat de organisatie blijft werken aan een veilige, prettige en professionele werkomgeving.

## **Bouwsteen 4: inzicht in kwaliteit**

### **1. Calamiteitenbeleid**

#### *Calamiteitenplan*

In 2025 heeft I Am One het calamiteitenplan verder ontwikkeld en geactualiseerd, met als doel de veiligheid van cliënten, medewerkers en de continuïteit van zorg verder te versterken. Het calamiteitenplan beschrijft de werkwijze bij uiteenlopende crisissituaties en biedt medewerkers duidelijke handelingskaders voor zowel acute situaties als de nazorg en evaluatie achteraf.

Binnen het plan is aandacht besteed aan uiteenlopende calamiteiten en risico's, waaronder brand, bouwkundige incidenten, stroomuitval, overstromingen, bommeldingen, agressie of terreurdreiging, overlijden van cliënten, suïcide(pogingen), overdoses, signalen van huiselijk geweld, datalekken en uitval van cruciale functies. Per onderwerp zijn verantwoordelijkheden, communicatielijnen en concrete stappen uitgewerkt.

Daarnaast is een duidelijke crisisstructuur ingericht, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen operationele, tactische en strategische verantwoordelijkheden. Ook is aandacht besteed aan vervangingsregelingen bij ziekte of uitval van sleutelfunctionarissen, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft.

Het calamiteitenplan bevat tevens richtlijnen voor interne en externe communicatie, omgang met media en meldingen richting externe instanties zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hierbij staat transparantie, zorgvuldigheid en het leren van incidenten centraal.

Tot slot is binnen het plan nadrukkelijk aandacht voor nazorg en evaluatie. Na iedere calamiteit of ingrijpende gebeurtenis wordt gereflecteerd op het handelen, worden verbetermaatregelen geformuleerd en wordt bekeken welke lessen kunnen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van de organisatie en de kwaliteit van zorg.

#### *Calamiteitenapp en crisisorganisatie*

In 2025 heeft I Am One de interne crisiscommunicatie verder versterkt door het inrichten van een calamiteitenapp voor stafleden. Deze applicatie wordt gebruikt bij (dreigende) calamiteiten of crisissituaties waarbij snelle afstemming en besluitvorming noodzakelijk zijn.

Binnen de app zijn de privételefoonnummers van de stafleden opgenomen, zodat ook buiten reguliere werktijden direct contact gelegd kan worden. De applicatie is uitsluitend bedoeld voor crisis- en calamiteitencommunicatie en wordt zorgvuldig gebruikt binnen de kaders van privacy en vertrouwelijkheid.

Wanneer sprake is van een (dreigende) crisis kan via de calamiteitenapp snel worden opgeschaald. Afhankelijk van de aard en ernst van de situatie kan de staf, of een deel daarvan, samen het crisisteam vormen. Vanuit deze crisisstructuur worden rollen verdeeld, acties afgestemd en besluiten genomen rondom veiligheid, continuïteit van zorg en communicatie.

Met de inzet van deze calamiteitenapp heeft I Am One de bereikbaarheid, onderlinge afstemming en slagkracht tijdens calamiteiten verder geprofessionaliseerd. Hiermee wordt bijgedragen aan een snelle en zorgvuldige aanpak van incidenten en aan het waarborgen van de continuïteit en veiligheid van cliënten en medewerkers.

### *Preventie en (brand)veiligheid*

Binnen I Am One vervult één medewerker de rollen van hoofd BHV (bedrijfshulpverlening) en preventiemedewerker. Vanuit deze rollen is zij verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en borging van de bedrijfshulpverlening en veiligheid op alle locaties. Daarbij is zij het centrale aanspreekpunt voor medewerkers en cliënten op het gebied van brandveiligheid, ontruiming en calamiteiten.

Naast de dagelijkse coördinatie ligt de focus op het vergroten van de veiligheid, het verbeteren van het welzijn van medewerkers en cliënten en het versterken van de kwaliteit binnen de organisatie.

### *Ontwikkeling en deskundigheid*

Om de kwaliteit van de bedrijfshulpverlening te waarborgen hebben alle Bhv'ers het afgelopen jaar opnieuw met succes de Bhv-cursus afgerond. Hiermee blijft de kennis en paraatheid van het team op peil.

Daarnaast heeft de hoofd BHV zelf de cursus Brandmeldinstallatie (BMI) gevolgd en succesvol afgerond. Door deze aanvullende scholing beschikt zij over extra kennis met betrekking tot meldingen, storingen en procedures rondom de brandmeldinstallatie. Hierdoor kunnen situaties sneller en adequater beoordeeld en begeleid worden.

Binnen de organisatie heeft de preventiemedewerker met alle medewerkers individuele gesprekken gevoerd en een RI&E opgesteld. Tevens is er aandacht besteed aan verdere deskundigheidsbevordering van medewerkers. Zo zijn verschillende cursussen aangeboden, waaronder een onlinetraining over het gebruik van verslavende middelen en het herkennen van risico's en signalen. Medewerkers geven aan zich hierdoor zekerder en beter ondersteund te voelen in hun werkzaamheden.

### *Veiligheid en voorzieningen*

Om de brandveiligheid verder te verbeteren zijn op alle locaties vetblussers aangeschaft. Deze blussers zijn geschikt voor branden die veroorzaakt worden door olie en vetten. Daarnaast zijn duidelijke stickers geplaatst, zodat medewerkers en Bhv'ers snel kunnen zien waar de vetblussers zich bevinden.

Ook is extra aandacht besteed aan het vrijhouden van nooduitgangen. Zowel cliënten als medewerkers zijn hierover voorgelicht. Tijdens vergaderingen blijft dit onderwerp structureel terugkomen om iedereen bewust en alert te houden op de gezamenlijke veiligheid.

Bij de locatie in Best zijn storingen aan de BMI-installatie aangepakt, waardoor deze inmiddels weer goed functioneert.

Naast brandveiligheid is ook geïnvesteerd in de fysieke werkomgeving van medewerkers. Zo zijn in Best een nieuwe topper voor het bed aangeschaft, krukken geplaatst in de keuken en

hoog/laagkrukken neergezet op kantoor. Tevens is het kantoor aan de Edenstraat naar de voorkant van het pand verplaatst om een veiliger werkgevoel te creëren.

### Welbevinden van medewerkers en cliënten

Het belangrijkste speerpunt binnen het RI&E beleid voor 2025 was het verbeteren van het welbevinden van medewerkers. Daarbij stonden zowel het lichamelijke als mentale welzijn centraal.

Door de komst van nieuwe collega's is de werkdruk verminderd. Daarnaast hebben cursussen en ondersteunende materialen zichtbaar bijgedragen aan het verminderen van fysieke klachten en het vergroten van het zelfvertrouwen van medewerkers.

Voor cliënten lag de nadruk vooral op het vergroten van het woongenot en de kwaliteit van de leefomgeving. Woningen en tuinen zijn opgeknapt en er is kritisch gekeken of iedere cliënt op de juiste plek woont.

Met de komst van een nieuwe gedragskundige binnen I Am One is bovendien extra ondersteuning beschikbaar gekomen op het gebied van gedrag en mentale begeleiding. Zij is meerdere dagen per week inzetbaar en vormt een waardevolle aanvulling binnen het team.

Daarnaast is actief ingezet op het vergroten van de zelfstandigheid van cliënten en is veel aandacht besteed aan teambuilding binnen de organisatie.

### Oefeningen, evaluatie en verbeteringen

Gedurende het afgelopen jaar zijn opnieuw brandoefeningen georganiseerd om de paraatheid van medewerkers en Bhv'ers te toetsen en verder te verbeteren. Deze oefeningen leveren waardevolle inzichten op en maken duidelijk waar procedures aangescherpt kunnen worden.

Na iedere oefening en situatie is gekeken naar wat goed ging en welke verbeterpunten aandacht vragen. Hierdoor blijven processen voortdurend in ontwikkeling en kunnen risico's steeds eerder worden gesignaleerd en aangepakt.

### Resultaten

De genomen maatregelen hebben geleid tot positieve resultaten. Zowel medewerkers als cliënten geven positieve feedback over de verbeteringen binnen de organisatie.

Medewerkers ervaren minder fysieke klachten door betere werkhoudingen en hulpmiddelen. Daarnaast voelen zij zich zekerder door de gevolgde cursussen en de extra ondersteuning binnen het team.

Bij cliënten is meer rust ontstaan, wat merkbaar is in het dagelijks contact en de sfeer binnen de woonlocaties. Ook worden risico's eerder gesignaleerd, waardoor problemen sneller opgelost kunnen worden voordat zij leiden tot uitval, onveilige situaties of schade.

### Inzichten en toekomstige aandachtspunten

Het afgelopen jaar heeft laten zien hoe belangrijk het is om opleidingen en ondersteuning zoveel mogelijk af te stemmen op de individuele behoeften van medewerkers. Daarnaast is duidelijk geworden dat het plaatsen van de juiste mensen op de juiste plek essentieel is voor zowel medewerkers als cliënten.

Hoewel er altijd verbeterpunten blijven bestaan, kan worden teruggekeken op een positief jaar waarin veiligheid, welzijn en kwaliteit zichtbaar zijn versterkt.

Voor 2026 blijft de focus liggen op veiligheid, preventie en het tijdig signaleren van risico's. Door blijvend te investeren in scholing, samenwerking, voorzieningen en evaluatie willen we de organisatie verder ontwikkelen tot een veilige en stabiele omgeving voor medewerkers, cliënten en bezoekers.

**P:**

Binnen de organisatie was het doel om veiligheid, welzijn en kwaliteit verder te versterken voor zowel medewerkers als cliënten. De focus lag op brandveiligheid, deskundigheidsbevordering, preventie en het verbeteren van de fysieke en mentale werkomgeving.

**D:**

Alle Bhv'ers hebben opnieuw hun Bhv-cursus afgerond en Betty heeft aanvullend de BMI-cursus gevolgd. Er zijn RI&E-gesprekken gevoerd, cursussen aangeboden en veiligheidsmaatregelen genomen, zoals het plaatsen van vetblussers, stickers en verbeteringen aan nooduitgangen en de BMI-installatie. Daarnaast zijn werkplekken aangepast en is extra ondersteuning ingezet, onder andere met de komst van gedragskundige Bianca. Ook zijn brandoefeningen georganiseerd en geëvalueerd.

**C:**

De maatregelen hebben geleid tot meer veiligheid, minder fysieke klachten en meer zelfvertrouwen bij medewerkers. Cliënten ervaren meer rust en een prettigere leefomgeving. Door evaluaties en oefeningen worden risico's sneller gesignaleerd en verbeterpunten tijdig aangepakt.

**A:**

Voor 2026 blijft de focus liggen op veiligheid, preventie, scholing en evaluatie. Brandoefeningen blijven structureel plaatsvinden en de organisatie blijft investeren in passende ondersteuning, voorzieningen en deskundigheidsbevordering om een veilige en stabiele omgeving te waarborgen.

## Bouwsteen 4: inzicht in kwaliteit

### 1. Laatste audit interne en externe

#### *Interne audit*

- Uitgevoerd door: Ovezo op 30 september 2025.

#### Sterke punten:

- Naar aanleiding van de interne audit van vorig is een aantal verbeterpunten benoemd die inmiddels grotendeels zijn opgevolgd of in uitvoering zijn.
- De organisatie beschikt over een duidelijke klachtenprocedure die wordt toegelicht aan cliënten en op de website staat vermeld. Er was het afgelopen jaar één interne klacht, die is vastgelegd en afgehandeld. Een aanvullend signaal via TÜV betrof de toegankelijkheid van de medicijnkast; dit is direct opgepakt door het plaatsen van een nieuw kluisje en melding bij de inspectie. Er zijn geen trends zichtbaar, maar de opvolging laat zien dat signalen serieus worden genomen en leiden tot verbetering.
- Incidenten worden geregistreerd in het meldsysteem en elk kwartaal geëvalueerd door de gedragswetenschapper en de Kwaliteitsfunctionaris. De definitie van een incident is vastgelegd in beleid. Medewerkers zijn het afgelopen jaar meer verantwoordelijk gemaakt voor opvolging en leren van meldingen. Er zijn geen structurele trends zichtbaar, maar incidenten worden waar nodig besproken op individueel- en teamniveau.

Alle punten die aandacht vragen die staan vermeld in ons kwaliteitsmanagementsysteem met bijbehorende acties. De voortgang wordt hierin gerapporteerd.

### Externe audit

- Uitgevoerd door: TÜV Nederland op 23 en 24 oktober 2024.

#### Sterke punten:

- Op basis van onder meer de interviews, gedocumenteerde informatie en gecontroleerde dossiers kan geconstateerd worden dat de organisatie heeft aangetoond de processen te beheersen om consequent te kunnen voldoen aan de eisen voor de levering van de diensten uit de scope.
- De organisatie blijkt in staat om zich continue proactief af te stemmen op haar omgeving en haar onderscheidend vermogen te benadrukken, waardoor de in kaart gebrachte (grootste) risico's grotendeels worden ondervangen.
- De interne organisatie heeft zich afgelopen jaren geprofessionaliseerd en gestabiliseerd, wat blijkt uit o.a. een werkbaar KMS waarin een duidelijke taakverdeling is aangebracht, en een hoge mate van betrokkenheid van medewerkers.
- Transparantie en vertrouwen behoren tot de kern van de organisatie.
- Complimenten voor de wijze waarop de visie en missie doorklinken in de gehele organisatie.

Alle punten die aandacht vragen die staan vermeld in ons kwaliteitsmanagementsysteem met bijbehorende acties. De voortgang wordt hierin gerapporteerd.

## 2. Gezamenlijke samenvatting van bestuurlijke overleggen en contractbesprekingen

In 2025 vonden meerdere bestuurlijke overleggen plaats tussen ons, I Am One, de gemeente Eindhoven en het zorgkantoor CZ. In deze gesprekken stond de verdere professionalisering, stabilisering en toekomstbestendigheid van de organisatie centraal. Gedurende het jaar is zichtbaar geworden dat I Am One steeds meer grip krijgt op de bedrijfsvoering, kwaliteit van zorg, financiële sturing en strategische ontwikkeling.

Een belangrijk terugkerend thema in alle overleggen was het versterken van de interne organisatie. I Am One heeft ingezet op het verbeteren van processen, het creëren van structureel financieel inzicht en het verminderen van afhankelijkheid van individuele medewerkers. Daarbij zijn kwartaalrapportages verder uitgebreid met informatie over zorginhoud, cliënt- en medewerkersstromen, scholing, risicoanalyses, begrotingen en kwaliteitsindicatoren. Deze rapportages worden actief gebruikt om ontwikkelingen te monitoren, tijdig bij te sturen en strategische keuzes te onderbouwen. Ook is het strategisch jaarplan verder geïmplementeerd binnen ISO2Handle, waardoor doelstellingen en KPI's beter gevolgd kunnen worden.

Op financieel vlak heeft de organisatie belangrijke stappen gezet. Hoewel er in 2024 sprake was van een relatief hoog positief resultaat, is toegelicht dat dit voortkwam uit een reorganisatieperiode waarin stevig gestuurd is op kostenbeheersing zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg. Zowel de gemeente als CZ hebben aandacht gevraagd voor verdere professionalisering van de financiële sturing, waaronder het opstellen van duidelijke begrotingen, liquiditeitsprognoses en maandrapportages. In de loop van 2025 ontstond steeds beter inzicht in de financiële situatie per locatie en zorgvorm. Daarnaast werd gewerkt aan een nieuwe begrotingsstructuur met kostenplaatsen om beter te kunnen sturen op bezetting, opbrengsten en uitgaven. Ondanks eerdere liquiditeitsproblemen laat de organisatie inmiddels een stabielere financiële ontwikkeling zien en worden schulden afgebouwd.

Ook de kwaliteit van zorg en organisatieontwikkeling vormden een belangrijk onderdeel van de gesprekken. I Am One investeerde in kwaliteitsbewaking, deskundigheidsbevordering en het versterken van de samenwerking tussen gedragswetenschappers, kwaliteitsfunctionarissen en begeleiding. Incidentmeldingen worden maandelijks geëvalueerd, wat heeft geleid tot meer inzicht en verbeterd beleid. Daarnaast zijn audits succesvol doorlopen waardoor we de certificering voor NEN15224 als onderdeel van ISO9001 behouden. Het cliënttevredenheidsonderzoek laat positieve resultaten zien en de respons van cliënten is toegenomen. Er zijn in de besproken periode geen significante klachten gemeld.

Binnen de zorginhoudelijke ontwikkelingen bleef de begeleiding van complexe cliënten een belangrijk aandachtspunt. Er werd regelmatig gesproken over beperkte uitstroommogelijkheden en de uitdagingen rondom passende vervolgplekken voor cliënten. I Am One heeft daarom de samenwerking met ketenpartners zoals Futuris, GGzE, Huischmeesters en andere regionale aanbieders verder versterkt. Ook deelname aan regionale initiatieven rondom schaarste in expertise, innovatie en samenwerking kreeg steeds meer vorm. Binnen AWIZ wordt gewerkt met spraak gestuurd rapporteren en via OPCZ wordt ingezet op versterking van organisatiecultuur, leefklimaat en methodisch werken.

Personeel en deskundigheid kwamen eveneens structureel terug in de bestuurlijke gesprekken. De organisatie groeide in omvang en breidde het team uit met aanvullende expertise, waaronder gedragskundige ondersteuning en regiebehandeling. Tegelijkertijd bleef het lastig om ervaren medewerkers en regiebehandelaren duurzaam aan de organisatie te verbinden. Het ziekteverzuim bleef relatief hoog door langdurige uitval van enkele medewerkers. Om continuïteit te waarborgen werd deels gebruikgemaakt van externe ondersteuning en werd actief gezocht naar samenwerking met grotere organisaties voor specialistische functies.

Daarnaast is gedurende het jaar veel aandacht besteed aan innovatie, ICT en huisvesting. I Am One maakte succesvol de overstap naar een nieuwe ICT-omgeving via IRIS One en werkt inmiddels volledig in de Cloud, met verbeterde cybersecurity en veilig mailverkeer. Deze ontwikkeling draagt bij aan verdere professionalisering en stabiliteit van de organisatie. Op huisvestingsgebied werd gewerkt aan plannen voor uitbreiding, waaronder de mogelijke ontwikkeling van een potentiële nieuwe locatie met studio's, kantoorruimte en dagbesteding. Tegelijkertijd bleven bestaande locaties aandacht vragen vanwege wachtlijsten, beperkte doorstroom en praktische knelpunten zoals onderhoud en regelgeving rondom wooncomponenten.

Tot slot werd in de overleggen regelmatig vooruitgekeken naar toekomstige ontwikkelingen binnen het zorglandschap. Zowel de gemeente als CZ benadrukten het belang van regionale samenwerking, betaalbaarheid, toegankelijkheid van zorg en verdere professionalisering van aanbieders. I Am One volgt deze ontwikkelingen actief en onderzoekt samenwerkingsmogelijkheden met andere (kleinschalige) organisaties om kennisdeling, audits, wachtlijstbeheer en specialistische zorg gezamenlijk vorm te geven.

De bestuurlijke overleggen laten over het geheel genomen een duidelijke ontwikkeling zien waarin I Am One stapsgewijs werkt aan verdere stabiliteit, professionalisering en duurzame groei. Door structureel resultaten te monitoren, verbeterpunten te signaleren en concrete acties uit te zetten, ontstaat steeds meer grip op zowel de dagelijkse praktijk als de strategische koers van de organisatie.

### 3. Visitatie Active4you

Tijdens de visitatie tussen I Am One en Active4you is gekeken naar verschillende onderdelen van het kwaliteitsbeleid binnen beide organisaties. Deze visitatie vond plaats vanuit het kwaliteitskader gehandicaptenzorg en stond in het teken van reflectie op kwaliteit, veiligheid, cliëntparticipatie en het continu verbeteren van de zorg.

Tijdens het gesprek zijn documenten, werkwijzen en processen van beide organisaties besproken. De visitatie had een open en lerend karakter, waarbij ervaringen, aandachtspunten en verbeterinitiatieven met elkaar zijn gedeeld. Door deze uitwisseling hebben beide organisaties nieuwe inzichten opgedaan die bijdragen aan verdere kwaliteitsontwikkeling.

#### *Incidentmeldingen en verbeterprocessen*

Binnen Active4you worden incidentmeldingen volgens een vaste werkwijze geregistreerd en opgepakt. Meldingen komen eerst binnen bij de teammanager, die beoordeelt of verdere actie nodig is. Wanneer dat nodig blijkt, wordt samen met de cliënt en het netwerk een verbeterplan opgesteld. De afspraken en doelen hieruit worden opgenomen in het zorgplan van de cliënt. Bij terugkerende incidenten wordt het zorgplan opnieuw bekeken en aangepast.

Tijdens de visitatie is besproken dat er in 2023 sprake was van een hoog aantal incidentmeldingen. Dit vormde aanleiding om kritisch te kijken naar het intake- en plaatsingsproces. Daarbij bleek dat sommige cliënten niet goed aansloten bij het aanbod of de setting van de organisatie. Naar aanleiding hiervan is meer aandacht gekomen voor contra-indicaties en passende plaatsingen. Wanneer blijkt dat er geen goede match is, wordt samen gezocht naar een andere passende zorgorganisatie.

Active4you werkt met het elektronisch cliëntendossier Carefriend. Incidentmeldingen worden structureel geëvalueerd door de bestuurder, kwaliteitsfunctionaris en manager. Ter voorbereiding ontvangen zij een overzicht van de incidenten per cliënt. De eerste beoordeling van een melding ligt bij de teammanager. Binnen I Am One kan ook de gedragswetenschapper hierin een eerste rol hebben.

De organisatie gaf aan dat sinds 2023 een duidelijke verandering zichtbaar is in het aantal incidenten. Er is meer structuur aangebracht binnen de organisatie en de huisregels zijn aangescherpt. Deze regels zijn pedagogisch onderbouwd en bedoeld om cliënten duidelijkheid en voorspelbaarheid te bieden. Volgens de organisatie hebben onder andere meer structuur, bewustwording, intervisie en team overleggen geleid tot een afname van incidentmeldingen.

Tijdens de visitatie zijn ervaringen rondom incidentmeldingen en verbeterprocessen tussen beide organisaties uitgewisseld. Daarbij werd besproken hoe incidenten niet alleen worden geregistreerd, maar ook gebruikt worden als leermoment voor teams en voor de verdere ontwikkeling van de organisatie.

### *Cliënttevredenheid*

Ook cliënttevredenheid kwam tijdens de visitatie aan bod. Active4you gaf aan dat eerdere vragenlijsten onvoldoende respons opleverden, waardoor de resultaten niet bruikbaar waren. Daarom worden vragenlijsten inmiddels samen met cliënten ingevuld tijdens begeleidingsmomenten.

Daarnaast is gekozen voor een eenvoudiger opzet. Waar eerder gebruik werd gemaakt van een uitgebreide vragenlijst met ongeveer 75 vragen, werkt de organisatie nu met een kortere lijst van 23 vragen met eenvoudige ja- en nee-antwoorden. Hiermee wil Active4you de toegankelijkheid vergroten en betrouwbaardere resultaten verkrijgen.

Nieuwe medewerkers ontvangen daarnaast een vragenlijst over hoe zij hun start binnen de organisatie hebben ervaren. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van Google Forms.

Ook ervaringen vanuit I Am One rondom cliënttevredenheid en cliëntparticipatie zijn besproken. Door het delen van werkwijzen en ervaringen ontstonden nieuwe ideeën over hoe cliënten beter betrokken kunnen worden bij evaluaties en kwaliteitsverbetering.

### *Directiebeoordeling en kwaliteitsbeleid*

Tijdens de visitatie zijn verschillende onderdelen van de directiebeoordeling besproken. Hierbij kwamen onder andere het ISO2Handle KAV-register, personeelsveranderingen binnen Active4you, de rol van de cliëntenraad en cliëntparticipatie aan bod.

Daarnaast is gesproken over:

- De Raad van Commissarissen (RVC), waaronder de werkzaamheden, bevindingen, rollen en belangrijke thema's;
- Nieuwe functies binnen de organisatie;
- Functioneringsgesprekken;
- Het scholingsplan;
- Leveranciersbeoordelingen.

Active4you deelt de directiebeoordeling actief binnen de organisatie om medewerkers te informeren en betrokken te houden bij kwaliteitsontwikkelingen.

Tijdens de visitatie werd daarnaast opgemerkt dat op de website van I Am One nog een verouderd kwaliteitsverslag staat. Dit dient aangepast te worden.

Beide organisaties hebben tijdens de visitatie ervaringen gedeeld rondom kwaliteitsborging, interne evaluatie en het monitoren van verbeteringen. Dit werd door beide partijen als waardevol ervaren.

### *Cliëntinspraak en cliëntenraad*

Binnen Active4you wordt veel waarde gehecht aan cliëntinspraak. De cliëntenraad wordt actief betrokken bij belangrijke onderwerpen en besluitvorming binnen de organisatie. De raad bestaat uit zowel ouders als cliënten. De bestuurder sluit aan bij iedere vergadering, die vier tot vijf keer per jaar plaatsvindt.

Tijdens deze bijeenkomsten worden verschillende onderwerpen besproken. Wanneer de cliëntenraad het niet eens is met een voorstel, wordt het plan niet doorgezet. De organisatie ervaart de betrokkenheid van ouders als positief en ondersteunend.

Om de cliëntenraad meer onder de aandacht te brengen, zijn flyers ontwikkeld. Daarnaast worden cliënten actief gevraagd om mee te denken over de zorg en ontwikkelingen binnen de organisatie.

Ook op het gebied van cliëntparticipatie hebben beide organisaties ervaringen en ideeën met elkaar gedeeld. De visitatie bood ruimte om met elkaar in gesprek te gaan over manieren waarop cliënten en verwanten nog beter betrokken kunnen worden.

### *Overige aandachtspunten*

Daarnaast zijn tijdens de visitatie nog enkele aanvullende onderwerpen besproken:

- Een themabijeenkomst over privacy;
- De opleiding van keurmeesters voor het keuren van apparatuur.

### *Conclusie*

De visitatie tussen I Am One en Active4you verliep in een open, transparante en lerende sfeer. Beide organisaties hebben niet alleen documenten en processen besproken, maar ook actief ervaringen, verbeterpunten en successen met elkaar gedeeld.

De visitatie laat zien dat Active4you actief werkt aan kwaliteitsverbetering en veiligheid binnen de organisatie. Vooral op het gebied van incidentmanagement zijn sinds 2023 duidelijke verbeteringen zichtbaar. Daarnaast wordt ingezet op cliëntparticipatie, deskundigheidsbevordering en voortdurende ontwikkeling van kwaliteit.

Door de onderlinge uitwisseling van kennis en ervaringen hebben zowel I Am One als Active4you van elkaar geleerd. Daarmee heeft de visitatie bijgedragen aan verdere professionalisering en gezamenlijke kwaliteitsontwikkeling binnen beide organisaties.

## 4. Kwaliteit en prestaties van zorgprocessen

### *Beleid Achterwacht*

In Q4 van 2025 is besloten dat er een helder en eenduidig beleid voor de achterwacht ontwikkeld moet worden. Hiervoor is in 2025 een plan opgesteld met als doel om uiterlijk per 1 juli 2026 nieuw beleid te implementeren.

In Q4 van 2025 is een werkgroep samengesteld en zijn concrete doelstellingen vastgesteld. Deze doelstellingen dienen vóór het einde van Q2 2026 gerealiseerd te zijn, zodat er een volledig en uitvoerbaar achterwachtbeleid beschikbaar is.

Daarnaast is in Q4 van 2025 gestart met het bijhouden van een logboek om situaties, knelpunten en bevindingen rondom de achterwacht helder te krijgen waardoor er een zo compleet mogelijk beleid gemaakt kan worden.

Voor het einde van Q2 2026 zijn de volgende onderdelen uitgewerkt en vastgesteld:

- Een achterwachtbeleid dat passend is binnen de geldende CAO;
- Een duidelijke procedure voor ziekmeldingen buiten kantooruren;
- Een noodkaart met belangrijke contactgegevens en handelingsinstructies;
- Een draaiboek voor medewerkers op de groep, zodat zij weten hoe te handelen en welke stappen ondernomen moeten worden voorafgaand aan het inschakelen van de achterwacht;
- Een calamiteitenapp waarin alle medewerkers zijn opgenomen die onderdeel uitmaken van de achterwachtdienst.

Het uiteindelijke doel is om te komen tot een duidelijke en praktisch uitvoerbare werkwijze, zodat medewerkers weten wat er van hen verwacht wordt en er adequaat gehandeld kan worden in nood- en ondersteuningssituaties buiten reguliere werktijden.

In Q4 van 2026 wordt het nieuwe achterwachtbeleid geëvalueerd. Hierbij wordt beoordeeld of de gemaakte afspraken, procedures en hulpmiddelen in de praktijk voldoende werkbaar en effectief zijn. Eventuele knelpunten en verbeterpunten worden meegenomen in een verdere doorontwikkeling van het beleid.

**P:**

In Q4 van 2025 is vastgesteld dat er behoefte is aan een duidelijk en eenduidig achterwachtbeleid. Het doel is om medewerkers heldere afspraken en handvatten te bieden voor situaties buiten reguliere werktijden. Daarbij moet het beleid aansluiten bij de geldende CAO en bijdragen aan veilige en adequate zorg.

**D:**

In Q4 van 2025 is een werkgroep samengesteld en gestart met het ontwikkelen van het nieuwe beleid. Ook is begonnen met het bijhouden van een logboek om situaties en knelpunten rondom de achterwacht in kaart te brengen. Voor het einde van Q2 2026 worden onder andere een achterwachtbeleid, ziekmeldprocedure, noodkaart, draaiboek en calamiteitenapp uitgewerkt en ingevoerd.

**C:**

In Q4 van 2026 wordt het nieuwe beleid geëvalueerd. Hierbij wordt gekeken of medewerkers voldoende weten hoe zij moeten handelen en of de afspraken en procedures in de praktijk werkbaar en effectief zijn. Het logboek en ervaringen van medewerkers worden meegenomen om verbeterpunten inzichtelijk te maken. Daarnaast worden medewerkers uit alle lagen van de organisatie betrokken bij zowel de uitvoering als de evaluatie van het beleid, zodat ervaringen vanuit verschillende functies en verantwoordelijkheden meegenomen worden in de doorontwikkeling.

**A:**

Op basis van de evaluatie worden waar nodig aanpassingen gedaan in procedures, afspraken of hulpmiddelen. Hiermee blijft I Am One werken aan een duidelijke en praktisch uitvoerbare achterwachtstructuur die aansluit bij de praktijk.

### *Externe cliëntvertrouwenspersoon Mee de Meentgroep*

In het najaar van 2025 heeft I Am One stappen gezet om de onafhankelijke cliëntondersteuning verder te professionaliseren door de inzet van een externe cliëntvertrouwenspersoon. Vanuit wet- en regelgeving bestaat de verplichting om cliënten toegang te bieden tot onafhankelijke ondersteuning. Om hier passend invulling aan te geven is onderzocht welke partij aansluit bij de visie en werkwijze van de organisatie. Vanwege eerdere positieve samenwerkingen is contact gelegd met MEE De Meent Groep om de mogelijkheden voor samenwerking te bespreken.

Na afstemming met de regiomanager van MEE De Meent Groep is Amanda van Dulken voorgesteld als mogelijke cliëntvertrouwenspersoon. Op 28 november 2025 vond een kennismakingsgesprek plaats tussen Amanda, regiomanager MEE De Meentgroep en manager zorg. Tijdens dit gesprek is stilgestaan bij de rol, verwachtingen en werkwijze van de externe cliëntvertrouwenspersoon. Amanda bracht ruime ervaring mee als pedagoog en cliëntondersteuner, met specifieke kennis van jeugd en psychiatrie. Haar rol richt zich op het bieden van een luisterend oor, het ondersteunen van cliënten bij vragen of knelpunten en het waar nodig betrekken van het netwerk of passende hulpverlening.

Tijdens het overleg is gezamenlijk vastgesteld dat er een goede aansluiting bestaat tussen Amanda, MEE De Meent Groep en de visie van I Am One. Besloten is dat Amanda vanaf 3 februari 2026 officieel start als externe cliëntvertrouwenspersoon voor de organisatie. Daarbij zijn afspraken gemaakt over bereikbaarheid, aanwezigheid op locaties en de wijze waarop cliënten contact kunnen opnemen via telefoon, WhatsApp, e-mail of fysieke gesprekken op locatie.

Om de samenwerking zorgvuldig te implementeren zijn meerdere concrete acties uitgezet. Het contract is voorbereid en ondertekend. Daarnaast is afgesproken dat Amanda in de startfase kennismaakt met de staf, cliëntenraad en alle cliënten binnen de organisatie. Ook is vastgelegd dat jaarlijks een evaluatiemoment plaatsvindt tussen I Am One en MEE De Meent Groep om de samenwerking, bereikbaarheid en toegevoegde waarde van de cliëntvertrouwenspersoon te bespreken en waar nodig bij te stellen.

Om cliënten tijdig te informeren is een persoonlijk voorstelstuk van Amanda opgenomen in de nieuwsbrief voor cliënten. Hierin stelt zij zichzelf voor, licht zij haar onafhankelijke rol toe en informeert zij cliënten over haar bereikbaarheid en aanwezigheid binnen de locaties. Ook heeft inmiddels een eerste kennismaking met de cliëntenraad plaatsgevonden. Voor 2026 worden verdere bezoeken op de locaties ingepland zodat cliënten laagdrempelig kennis kunnen maken en ondersteuning kunnen vinden wanneer nodig.

Door de inzet van een externe cliëntvertrouwenspersoon geeft I Am One verdere invulling aan onafhankelijke cliëntondersteuning, versterking van de positie van cliënten en het toegankelijk maken van ondersteuning binnen de organisatie. Tegelijkertijd wordt de samenwerking structureel gemonitord en geëvalueerd om te beoordelen of de werkwijze aansluit bij de behoeften van cliënten en de kwaliteitsdoelen van de organisatie.



**P:**

I Am One wilde onafhankelijke cliëntondersteuning verder professionaliseren en cliënten laagdrempelige toegang bieden tot een externe cliëntvertrouwenspersoon, passend bij wet- en regelgeving en de visie van de organisatie.

**D:**

Er is contact gelegd met MEE De Meent Groep om de mogelijkheden voor samenwerking te bespreken. Na een kennismakingsgesprek met Amanda van Dulken en Walter Teunissen is besloten dat Amanda vanaf februari 2026 start als externe cliëntvertrouwenspersoon. Er zijn afspraken gemaakt over bereikbaarheid, aanwezigheid op locaties en kennismaking met cliënten, medewerkers en de cliëntenraad.

**C:**

Tijdens de gesprekken werd vastgesteld dat de werkwijze van Amanda en MEE De Meent Groep goed aansluit bij de visie van I Am One. Door cliënten actief te informeren en kennismakingsmomenten te organiseren wordt onafhankelijke ondersteuning toegankelijker en laagdrempeliger gemaakt. We zien al terug dat er door cliënten naar Amanda gevraagd wordt.

**A:**

In 2026 worden verdere bezoeken ingepland en vindt jaarlijks een evaluatie plaats tussen I Am One en MEE De Meent Groep om de samenwerking, bereikbaarheid en toegevoegde waarde van de cliëntvertrouwenspersoon te beoordelen en waar nodig bij te stellen.

## 5. Innovatie

### *Spraak gestuurd rapporteren*

Binnen de organisatie is onderzocht of spraak gestuurd rapporteren een waardevolle aanvulling kan zijn binnen het dagelijkse zorgproces. Aanleiding voor dit onderzoek was de wens om de administratieve belasting voor medewerkers te verminderen en tegelijkertijd de kwaliteit en actualiteit van rapportages te verbeteren. Daarbij is gekeken naar de technische en praktische toepasbaarheid binnen het huidige Elektronisch Cliëntendossier (ECD) en de mogelijkheden van externe spraakherkenningstools.

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat spraak gestuurd rapporteren verschillende voordelen kan bieden voor zowel medewerkers als cliënten. Zo kan sneller gerapporteerd worden dan bij handmatig typen, waardoor tijd wordt bespaard en de administratieve druk afneemt. Daarnaast kan dit bijdragen aan meer werkplezier, doordat medewerkers meer tijd en aandacht kunnen besteden aan de cliënt. Ook biedt het de mogelijkheid om direct na een cliëntcontact rapportages vast te leggen, wat kan zorgen voor actuelere en inhoudelijk sterkere verslaglegging. Bovendien sluit de methode aan bij een meer cliëntgerichte werkwijze, omdat rapportages eventueel samen met cliënten kunnen worden opgesteld.

Om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden is het onderzoek uitgevoerd in samenwerking met een werkgroep van verschillende zorgorganisaties. Daarbij is gekeken naar gebruikerservaringen, technische haalbaarheid en mogelijke leveranciers, waaronder Attendi. Vanuit deze samenwerking zijn verschillende bevindingen naar voren gekomen over het huidige ECD-systeem Zilliz. Zo blijkt de installatie van een dicteerfunctie technisch ingewikkeld en ondersteunt de huidige oplossing geen automatische toevoeging van leestekens. Daarnaast maakt Zilliz momenteel geen gebruik van AI-ondersteunde spraakherkenning. Een belangrijk knelpunt is bovendien dat de online werkplek geen toegang biedt tot lokale microfoons, waardoor dicteren binnen de huidige omgeving niet mogelijk is. Wel bleek dat lokaal geïnstalleerde Office 365-programma's deze functionaliteit ondersteunen.

In overleg tussen Zilliz en Attendi is vervolgens onderzocht of een koppeling tussen beide systemen mogelijk is. Hieruit bleek dat een technische integratie op termijn relatief eenvoudig gerealiseerd kan worden, mits aanvullende afspraken worden gemaakt, zoals een verwerkingsovereenkomst en Zilliz akkoord gaat. Attendi biedt daarbij verschillende functionaliteiten, waaronder AI-gestuurde spraakherkenning via web en mobiel, toekomstige mogelijkheden voor eigen templates en rapporteren rechtstreeks vanuit het ECD. Ook werd een mogelijk implementatieproces uitgewerkt, inclusief inrichting per medewerker en kostenstructuur.

Na het verzamelen en analyseren van alle informatie concludeerde de organisatie dat spraak gestuurd rapporteren inhoudelijk veel kansen biedt, maar dat de huidige technische mogelijkheden binnen Zilliz nog onvoldoende aansluiten op de behoeften van de organisatie. Hierdoor is besloten om de ontwikkeling voorlopig te blijven volgen in plaats van direct over te gaan tot implementatie. Een geplande pilot met Attendi werd uiteindelijk niet doorgezet, omdat de benodigde tijdsinvestering groot werd geacht in verhouding tot de beperkte periode voordat

de functionaliteit breder beschikbaar zou komen.

In het derde kwartaal van 2026 zal I Am One opnieuw evalueren in hoeverre spraak gestuurd rapporteren aansluit bij de behoeften van de organisatie en welke technische mogelijkheden er op dat moment beschikbaar zijn. Op basis van de ontwikkelingen binnen het huidige ECD, de ervaringen uit de markt en mogelijke alternatieve systemen wordt opnieuw bekeken welke vervolgstappen passend en haalbaar zijn. Hiermee blijft de organisatie gericht werken aan innovatie, kwaliteitsverbetering en het verminderen van administratieve belasting binnen de zorgverlening.

**P:**

I Am One onderzocht of spraak gestuurd rapporteren kan bijdragen aan minder administratieve belasting, actuelere rapportages en meer tijd voor cliëntgerichte zorg.

**D:**

Samen met een werkgroep van zorgorganisaties werd onderzoek gedaan naar de technische en praktische mogelijkheden van spraak gestuurd rapporteren binnen het ECD. Hierbij werd onder andere gekeken naar Attendi en mogelijke koppelingen met Zilliz. Er zijn gebruikerservaringen, technische knelpunten en implementatiemogelijkheden onderzocht.

**C:**

Uit het onderzoek bleek dat spraak gestuurd rapporteren veel voordelen biedt, zoals tijds winst, actuelere rapportages en meer werkplezier. Tegelijkertijd werd vastgesteld dat de huidige technische mogelijkheden binnen Zilliz nog onvoldoende aansluiten op de behoeften van de organisatie.

**A:**

In het derde kwartaal van 2026 wordt opnieuw geëvalueerd welke technische mogelijkheden beschikbaar zijn en of spraak gestuurd rapporteren op dat moment passend en haalbaar is binnen de organisatie. Daarbij blijft I Am One inzetten op innovatie, kwaliteitsverbetering en vermindering van administratieve lasten.

## 6. ICT

Begin 2025 werd duidelijk dat de toenemende eisen op het gebied van informatiebeveiliging en digitale veiligheid aanleiding gaven om de bestaande ICT-omgeving van I Am One kritisch te herzien en verder te professionaliseren. Ontwikkelingen binnen wet- en regelgeving, waaronder de toenemende aandacht voor cyberveiligheid en de NIS2-richtlijn, maakten duidelijk dat verdere versterking van de digitale infrastructuur noodzakelijk was.

In eerste instantie is een traject gestart met de toenmalige ICT-leverancier om te komen tot een vernieuwde en toekomstbestendige ICT-omgeving. Hoewel hierover in een vergevorderd stadium overeenstemming was bereikt, is het traject uiteindelijk vastgelopen door diverse organisatorische en inhoudelijke knelpunten. Hierdoor ontstond onvoldoende vertrouwen dat de leverancier op langere termijn kon blijven voldoen aan de behoeften en veiligheidseisen van de organisatie.

Naar aanleiding hiervan is besloten over te stappen naar een nieuwe ICT-partner: Iris-One. De overgang naar deze nieuwe omgeving heeft in december 2025 plaatsgevonden.

Met deze overstap verwacht I Am One te beschikken over een meer eenduidige, stabiele en professioneel ingerichte ICT-structuur, passend bij de eisen die aan moderne zorgorganisaties worden gesteld. Hierbij is nadrukkelijk aandacht besteed aan informatiebeveiliging, continuïteit, gebruikersveiligheid en compliance met actuele wet- en regelgeving op het gebied van cybersecurity.

De verdere optimalisatie en doorontwikkeling van de ICT-omgeving zal ook in 2026 een belangrijk aandachtspunt blijven.

### Procedure – in en uit dienst melden personeel – iris one

Bevoegden (HR, Finance en Manager zorg) kan een personeelslid via het klantenportal in en uit zorg melden.

#### Stappen plan:

- Klik op de tegel 'Klantenportal' in je werkomgeving
  - Klik op 'in- en uitdienst melden'
  - Je kan vervolgens kiezen uit 3 opties. Kies de juiste opties en vul de lege velden in.
    - In dienst
    - Uit dienst
    - [Maatwerk\\_in](#) / uit dienst
  - Klik op aanvraag indienen.
- Bij het in of uit dienst melden van een medewerker wordt ook altijd de vraag gesteld of er een laptop overgenomen wordt. I Am One kiest er in alle gevallen voor om de optie laptop schoonmaken aan te vinken zodat iedere nieuwe werknemers ten alle tijden een schone laptop ontvangt met de juiste rechten.
- De aanvrager ontvangt altijd de inloggegevens van de nieuwe medewerker. De nieuwe medewerker moet altijd nadat hij/zij voor het eerst inlogt zijn wachtwoord wijzigen.
- Bij bijvoorbeeld wisselingen functie of tijdelijk uit dienst kies je voor de maatwerk in / uit dienst. |

### Procedure Iris One – klantenportal → Melden problemen

Iris One is [IT partner](#) van I Am One en [regeld](#) alle [IT zaken](#) voor ons.

Als er problemen plaatsvinden rondom de IT kan er telefonisch contact opgenomen worden ([prio.1](#) meldingen) of via het klantenportal een melding gemaakt worden.

Een probleem wordt enkel telefonisch gemeld op het moment dat je niet in het systeem kan (dus niet kan werken) of omdat er op het gebied van cybersecurityzaken spelen.

De helpdesk van Iris One is bereikbaar op: **088-2477777** (werkdagen van 8:30-17:00 uur)

Alle zaken die geen spoed hebben kunnen gemeld worden in het klantenportaal van Iris one. Iedere medewerker van I Am One heeft een tegel in zijn werkomgeving waarmee hij naar het klantenportal kan gaan.

#### Stappenplan:

- Klik op de tegel 'klantenportal' in je werkomgeving. |
  - Klik op 'ticket aanmaken'
  - Vul alle venteren in
 

urgentie hoog	= moet opgelost worden binnen 1 uur
urgentie gemiddeld	= +/- 4 uur oplossingstijd
urgentie laag	= 8-16 uur oplossingstijd, maar maximaal binnen 5 werkdagen.
  - Klik op indienen op het moment dat je alle venteren ingevuld hebt.
  - Je ontvangt een mail waarin staat dat je ticket verstuurd is en opgepakt wordt.
- Als je ticket opgelost is wordt je ticket gesloten. Je kan dan nog 2 dagen het ticket heropenen mocht hetzelfde probleem weer optreden. Dit doe je door in het klantenportal naar alle 'alle tickets' te gaan en het gesloten ticket aan te klikken en wijzigingen aan te brengen.
- Als een probleem weer terugkeert en je eerdere ticket kan niet meer heropenen moet je een nieuw ticket indienen. Om het probleem sneller te op te lossen is het prettig om het ticketnummer van je eerdere ticket bij het nieuwe ticket te vermelden.

## Slotwoord

Wanneer wij terugkijken op 2025, zien wij een jaar waarin onze organisatie zich verder heeft ontwikkeld in een zorglandschap dat voortdurend verandert. De complexiteit van zorgvragen nam toe, de druk op de sector bleef voelbaar en tegelijkertijd werd opnieuw duidelijk hoe belangrijk betrokken, professionele en mensgerichte zorg is.

Ondanks deze uitdagingen is het gelukt om de continuïteit en kwaliteit van zorg te behouden en verder te versterken. Niet alleen vanwege de resultaten die zijn bereikt, maar vooral vanwege de wijze waarop medewerkers zich dagelijks hebben ingezet voor onze cliënten.

In het afgelopen jaar hebben wij bewust geïnvesteerd in verdere professionalisering van de organisatie. We hebben stilgestaan bij onze missie, visie en kernwaarden, gewerkt aan het versterken van risicobewustzijn en kwaliteit, en geïnvesteerd in samenwerking (zowel intern als regionaal). Juist als kleinschalige organisatie ervaren wij hoe waardevol verbinding, kennisdeling en gezamenlijk leren zijn.

Wat daarbij positief stemt, is de betrokkenheid en bevologenheid die binnen de organisatie zichtbaar blijft. De bereidheid om kritisch te kijken naar ons eigen handelen, om van incidenten te leren en om samen te blijven ontwikkelen, vormt een belangrijke basis voor goede zorg.

Ook de komende jaren blijven wij werken aan verdere versterking van onze organisatie, met aandacht voor veiligheid, professionaliteit, samenwerking en toekomstbestendigheid.

Graag wil ik alle medewerkers, cliënten, verwanten en samenwerkingspartners bedanken voor hun inzet, vertrouwen en betrokkenheid in het afgelopen jaar.

Robert Keeris  
Directeur-bestuurder  
I Am One