

Auditrapport
Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum,
Ontmoetingscentrum Maarn,
Ontmoetingscentrum Amerongen,
Ontmoetingscentrum Doorn,
Ontmoetingscentrum Bunnik,
Ontmoetingscentrum Veenendaal,
Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede

02 september 2025

Stichting Perspekt



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Registratieadvies	3
Behaalde prestaties.....	3
Advies	3
Vervolg	4
Samenvatting bevindingen	5
Algemene conclusie	5
Aandachtspunten.....	5
Toelichting per prestatie	7
Bijlage 1. Methodische verantwoording	20
Bijlage 2. Kerngegevens.....	22
Bijlage 3. Auditprogramma	30
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht	35

Inleiding

Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede heeft een initiële audit aangevraagd bij Stichting Perspekt. Met deze audit geeft Perspekt een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VVT '17 v1.

De audit verschaft ontwikkelingsgerichte informatie voor Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering. Bij een positief resultaat leidt de audit tot de toekenning van een keurmerk en opname in het keurmerkregister van Perspekt.

Registratieadvies

Op 2 september 2025 heeft er een initiële audit plaatsgevonden binnen Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Dagbesteding. De kerngegevens van deze organisatieonderdelen staan in bijlage 2.

Behaalde prestaties

Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede heeft 11 van de 11 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede aan het wegingskader van PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

Advies

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef met voldoende diepgang is getoetst. Daarom adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om Stichting QuaRijn, Ontmoetingscentrum Leersum, Ontmoetingscentrum Maarn, Ontmoetingscentrum Amerongen, Ontmoetingscentrum Doorn, Ontmoetingscentrum Bunnik, Ontmoetingscentrum Veenendaal, Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede te voorzien van het

PREZO VV&T keurmerk in de zorg.

Vervolg

Na een positief registratiebesluit vindt er na 1 jaar een tussentijdse audit en na 2 jaar een eindaudit plaats. Tijdens deze audits toetst Perspekt de Pijlers en de genoemde aandachtspunten uit de voorgaande audits.

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusie

Quarijn is een organisatie in ontwikkeling. Het afgelopen jaar is er een wisseling op managementniveau geweest wat ook een verandering van koers met zich mee brengt. De koers, vertaalt in de ontwikkellijnen van de Ontmoetingscentra (OC's) is voor de client "leven in de wijk en eigen regie bevorderen" en "gewoon wonen en leven met informele zorg". Voor medewerkers is de ontwikkellijn vertaald in "waardering en autonomie, met steun dichtbij" en "goed werk- en organisatieklimaat, gewoon leuk werken". De ambitie voor de OC's is een plek in de wijk waar ontmoeten centraal staat voor de ouderen van vandaag. Uitdagingen hierbij zijn een omslag in denken, van zorgen naar begeleiden en welzijn, samen met de informele zorg. En de medewerkers de instrumenten en de ruimte geven dit samen te kunnen doen, dus van top-down naar bottom-up.

De bezoekers van de OC's zijn tevreden, het is er gezellig, er is ruimte om jezelf te zijn en er wordt niet getwijfeld aan de deskundigheid van de medewerkers. Toch is de organisatie er zich van bewust dat er iets moet veranderen, want het bezoekers aantal neemt af en dat staat haaks op de landelijke ontwikkelingen en de ontwikkellijnen die zijn vastgesteld. De kernwaarden dichtbij, gedreven, nieuwgierig en met vertrouwen zijn in alle gesprekken teruggekomen. Vooral de gedrevenheid is het wiel wat alles laat draaien, waarbij er met nieuwgierigheid en met vertrouwen de juiste ideeën komen om het welzijn voor de bezoekers dichtbij te kunnen en willen organiseren.

Complimenten

- De complimenten van het auditteam zijn: - Domein 2; De aandacht voor reablement en 'samen' doen; - Domein 3; De aandacht voor mentaal welbevinden, het goede gesprek wordt gevoerd, zoals bij de mannenactiviteiten, met mooie filosofische gesprekken in kleine groepjes; - Pijler 2; Het heldere informatiepakket en de glossy; - Voorwaarde 2; De visie en focus voor de OC's wordt ontwikkeld en heeft heldere lijnen. - Voorwaarde 4; Quarijn hanteert AVG-richtlijnen, waar ook de OC's aan gehouden zijn.

Aandachtspunten

- Uitdagingen voor de toekomst, die hebben geleid tot puntenaftrek, zijn: - Domein 2; Onvoldoende participatie van het sociaal netwerk; - Pijler 1; Het methodisch werken in zorgleefplan is onvoldoende vorm gegeven, waardoor geen duidelijke PDCA aanwezig is; - Pijler 1; Het levensverhaal ontbreekt in merendeel van de dossiers; - Voorwaarde 1; Inhoudelijke achtergrond van medewerkers is wisselend, waardoor op onderdelen onvoldoende kennis en uitvoering is op methodisch handelen; - Voorwaarde 3; sturen op kwaliteit wordt vooral buiten de teams gedaan, medewerkers binnen de teams hebben geen duidelijk toebedeelde taken (bijv. aandachtsvelder). Aanvullende opmerkingen die niet leiden tot puntenaftrek zijn: - Domein 1; Bereikbaarheid en herkenbaarheid van de

locaties kan beter; - Domein 4; Vraagtekens bij de theoretische mogelijkheid om voorbehouden handeling als insuline spuiten uit te voeren.

Toelichting per prestatie

Hieronder ziet u per prestatie de beoordeling inclusief het aantal toegekende punten. Onder elke tabel vindt u een toelichting. Deze toelichting is gebaseerd op:

- uitkomsten van cliëntervaring;
- observatie van praktijk en instrumenten;
- het inzien van registraties;
- het reflecterend en verbetervermogen van medewerker en organisatie;
- het hanteren van wet- en regelgeving.

Per beoordelingscriterium worden punten toegekend. De verdeling is als volgt:

Puntenverdeling	Beoordelingscriteria		
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
	Voldoende	20	●
	Matig	10	●
	Onvoldoende	5	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn tot stand gekomen conform het vigerende wegingskader.

Domeinen

Waarde Comfort		100	●	Behaald
Prestatie D1 Woon- en leefsituatie				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Het auditteam heeft van alle bezoekers gehoord dat de accommodaties mooi en prettig om naar toe te gaan. Bezoekers worden merendeels met een busje opgehaald, waardoor de bereikbaarheid geen problemen geeft. De ruimte in de OC's is zo ingedeeld dat er ook de mogelijkheid is om apart te zitten. Bezoekers vinden dit prettig om bijvoorbeeld tussen de middag een plekje te hebben om uit te rusten. De lunch wordt gezamenlijk klaar gemaakt wat bezoekers de mogelijkheid geeft om zelf te kiezen wat men wil eten. QuaRijn organiseert jaarlijks een clienttevredenheidsonderzoek (CTO). Uit de laatste versie (december 2024) blijkt dat bezoekers zeer tevreden zijn over de accommodatie en het activiteitsaanbod. De gemiddelde score is 8,9 (2023: 9,0) en de NPS is 73. Verbeterpunten zijn praktisch, zoals een kussentje in een slaapstoel of de wens om de zonnenschermen eerder naar beneden te laten bij warm en zonnig weer. Het auditteam kent de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft 4 verschillende OC's bezocht. De OC's zijn aanwezig in een multifunctioneel gebouw of onderdeel van een woonzorglocatie van QuaRijn. Dit maakt dat het OC in principe midden in de samenleving staat. Niet alle OC's zijn direct herkenbaar en vindbaar, wat bij verschillende OC's door het auditteam wordt ervaren. Daarmee vinden de auditoren dat een kans wordt gemist om een goede verbinding te maken met andere gebruikers van het gebouw. De OC's heeft de beschikking over alle faciliteiten, zoals een (grote) keuken, een buitenplaats en de ruimte is gezellig ingericht met plek voor rust en reuring. In een OC wordt maandelijks een kookactiviteit georganiseerd voor bewoners uit de wijk. De bezoekers van het OC worden hier vooralsnog niet in betrokken. In een andere OC wordt dagelijks met de bezoekers boodschappen gedaan en samen gekookt. De bezoeker kan zelf aangeven of hij een warme maaltijd of broodmaaltijd wenst. Het auditteam kent de volledige punten toe.

Reflecteren en verbeteren

De organisatie heeft de visie om de OC's onderdeel uit te laten maken van de samenleving in de wijk. Gesproken wordt over de ontwikkeling van een 'Huis van de Wijk'. Hiermee speelt het duidelijk in op een ontwikkeling die breder wordt herkend, waarin de ontmoeting centraal staat

vanuit de gedachte van Community Care (gemeenschapskracht) en de ontwikkellijn “leven in de wijk en eigen regie bevorderen”. Medewerkers laten zien dat zij gevoelig zijn voor sfeer en momenten op de dag waar bijvoorbeeld rust of activiteit nodig is voor de groep en de individuele bezoeker. Op een vraag wat de voor de toekomst zou wensen dan is het verhuizen naar een locatie met meer buiten en een minder drukke straat het eerste wat genoemd wordt (en waar ook plannen voor zijn).

Het auditteam kent te volledige punten toe.

Waarde Samen		90	Behaald
Prestatie D2 Participatie			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Bezoekers vinden het prettig om naar het OC te komen, met uitspraken als “dan ben ik er even lekker uit” of “ik vind het leuk om andere mensen te ontmoeten”. De auditoren zien dat bezoekers opfleuren als zij binnen komen en contact maken met de andere deelnemers. Uit het CTO blijkt dat bezoekers het op prijs stellen dat medewerkers hun behoeften en zorgen kennen, en dat hier ondersteuning op gegeven wordt. Zij voelen zich op hun gemak. Aangegeven wordt dat zij hierdoor beter om kunnen gaan met hun situatie, waaronder eenzaamheid. Een voorbeeld van participeren in het dagelijks leven is het verhaal dat de bezoekers meegingen winkelen en “jury” mochten spelen bij het kopen van kleding. Dit werd met de het grootste plezier verteld aan de auditor.

Het auditteam kent de volledige punten hiervoor toe.

Praktijk en instrumenten

De OC's hebben verschillende openingstijden en zijn op verschillende dagen open. Hier wordt aangesloten op het aantal bezoekers en de beschikbaarheid van medewerkers. Het auditteam ziet in de praktijk dat er aandacht is voor de individuele situatie van bezoekers. Eenzaamheid of sociaal isolement worden opgemerkt. Indien gewenst wordt de casemanager benaderd of vindt er uitbreiding van het aantal dagdelen plaats. Het beleid van de OC's is erop gericht om de samenleving concreet te betrekking bij de dagelijkse situatie, onder andere door de inzet van vrijwilligers. Elke locatie heeft vrijwilligers voor de ondersteuning van groepsactiviteiten of een individuele activiteit als een wandeling. Compliment: Er is veel aandacht voor reablement (ook vanuit de visie) en nadruk op 'samen doen'. Wel valt het de auditoren op dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de hulp en ondersteuning van familie op de locatie, terwijl dit wel een van de ontwikkellijnen is. Er is een goed contact met de achterban, maar dit zou beter kunnen worden uitgenut.

Op een OC wordt er een andere manier van aanbod uitgewerkt. Het aanbod ligt vast en is heel divers. Bezoekers kunnen zich daar op inschrijven naar eigen interesse. Voorbeelden zijn: creatieve

bezigheden, bewegingsactiviteiten. Beweegsessies worden begeleid door het NBSS (Nationaal Bureau Sport Stimulering). Recent zijn de bijeenkomsten voor 'breed-geïnteresseerden' over verschillende thema's zoals 'de kunst van het kijken'. Zo is er een gespreksgroep voor mannen en een vrouwengroep. Het auditteam geeft puntenaftrek omdat het gebruik maken van familie op locatie nog minimaal is.

Reflecteren en verbeteren

De auditoren zien voorbeelden van sensitiviteit voor de sociale situatie van individuele bezoekers. Ook wordt goed gekeken hoe een bezoeker zich in de groep ten opzichte van anderen verhoudt. Met elkaar wordt besproken hoe hier mee om te gaan om contact en verbinding te stimuleren. Reflectie vindt plaats waarbij de ervaring leerde van de begeleiders dat er behoefte is aan een andere invulling dan het traditionele programma. Men is nu aan het 'pionieren' om te kijken wat de 'senioren van nu' nodig hebben. De omslag is dat "wij niet meer bedenken wat de deelnemers gaan doen maar vooral luisteren naar waar de behoefte ligt". Hiervoor is geen onderliggend projectplan, wel een brief voor deelnemers en mantelzorgers. Om de vraag wat je graag als droom zou realiseren wordt de ontschotting genoemd tussen de verschillende doelgroepen van Quarijn en de wijk.

In het jaarplan wordt gesproken over een doel om de rol van naasten in het OC verder te duiden en ontwikkelen.

Het auditteam kent de volledige punten op dit onderdeel toe.

Waarde Genieten		100	●	Behaald
Prestatie D3 Mentaal welbevinden				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Uit CTO blijkt dat bezoekers zich over het algemeen op hun gemak voelen op het OC. Dit wordt als sterk punt benoemd. In gesprek met bezoekers worden de activiteiten als gezellig en zinvol ervaren. Bezoekers vinden het bezoek aan het OC waardevol, naast hun dagelijkse leven in de thuissituatie. De auditoren zien een warm contact tussen de medewerkers en de bezoekers, lastige onderwerpen worden niet uit de weg gegaan en er is veel ruimte om al dan niet in de een groep een goed gesprek met elkaar te voeren.

Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

In de ZLP's (10 stuks gezien) zijn doelen op gebied van cognitie terug te vinden. Zo wordt bij in de plannen vergeetachtigheid genoemd en acties uitgewerkt. Dit zijn wel algemene beschrijvingen. De activiteiten zijn divers en afhankelijk van het OC wordt het programma van de dag in de ochtend samen bepaald of ligt het in grote lijnen vast. Bij meerderheid van stemmen en soms de

wens van een individuele cliënt wordt het dagprogramma opgesteld. De groepen die op de auditdag aanwezig waren had geen diversiteit aan culturele achtergrond, een auditee vertelde dat dit op andere wel kan zijn en er rekening mee wordt gehouden. Er is aandacht voor onbegrepen gedrag. Een auditee vertelde te maken hebben gehad met agressief gedrag van een deelnemer. Dit kwam voort uit psychiatrische problematiek. Met hulp van de casemanager is dit in goede banen geleid. De begeleiders weten te handelen zodra een dergelijke situatie zich weer voordoet. Ook wordt onrust en loopdrang genoemd. De reactie van de groep op specifiek gedrag wordt gemonitord. 1-op-1 contact wordt ingezet om onbegrepen gedrag te beïnvloeden. Elk ZLP heeft een aantekening over wel/niet reanimeren. Hiervoor wordt ook een beknopte lijst gehanteerd die bij calamiteit snel geraadpleegd kan worden. In niet elk dossier werd de huisarts benoemd. In de groep wordt het gesprek over levenseinde, wanneer dit ter sprake komt, niet uit de weg gegaan. Compliment: Veel aandacht voor mentaal welbevinden, met specifieke aandacht voor 'mannen-activiteiten'. Mooie filosofische gesprekken in kleine groepjes bezoekers. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Reflecteren en verbeteren

Het OC-team bespreekt hoe specifieke situaties rond mentaal welbevinden kunnen worden begeleid, al dan niet met casemanager of in het teamoverleg. Op een OC is een lijst ontwikkeld die gebruikt wordt om een casus te bespreken met de casemanager. Een andere auditee vertelde dat onlangs intervisie is geïntroduceerd binnen het team. Dit wordt nu verder uitgebouwd. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Waarde Vitaliteit		100	●	Behaald
Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Uit het CTO blijkt dat bezoekers vinden dat de medewerkers hun lichamelijke gezondheidssituatie goed in de gaten houden. Er is een score van een 8,8 op de vraag of de medewerkers de gezondheidstoestand in de gaten houden. Het auditteam heeft gehoord van bezoekers dat "Ze houden goed in de gaten of ik voldoende eet en drink" of "ze weten dat ik niet zo ver kan lopen daar houden ze rekening mee als ik mee boodschappen doe". Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft in de ZLP's doelen gezien op gebied van activeren en mobiliseren. Er zijn geen risicosignaleringen teruggevonden. Auditee geeft aan dat dit niet hun directe focus is, mede gezien hun professionele achtergrond. In de opbouw van het dagprogramma wordt rekening gehouden met de fysieke belastbaarheid van bezoekers en een goede balans tussen activiteiten en

rustmomenten (zoals na de lunch). In de verschillende OC's zijn er diverse mogelijkheden en faciliteiten voor beweging. Voorbeelden zijn; een thera-bike, deze is erg populair. Of er is een duo-fiets beschikbaar, evenals een fietsvrijwilliger. Tijdens de audit werd door een groep een leuk spel gedaan met een bal in de lucht. Het was een vrolijk gezicht, de mensen genoten zichtbaar. Bij individuele behoeftes wordt hier op ingespeeld. Zo vindt een bezoeker het prettig om een stevige wandeling te maken, een medewerker gaat in de ochtend met hem boodschappen doen. Op bezochte OC zijn geen contacten met paramedici gezien. Wel is een nauw contact met betrokken casemanagers, waarmee elke 6 weken individueel overleg is over cliënten. Verder is er een lijn met huisartsen/POH's.

Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

Op leerplatform REIN worden verschillende trainingen en handleidingen aangeboden, onder andere over valgevaar en transfers begeleiding. Ook vanuit het contact met de casemanager worden soms specifieke aandachtspunten over lichamelijk welbevinden gemonitord op het OC (bijvoorbeeld valgevaar of eten/drinken). Dit geldt ook voor mentale aspecten. De organisatie heeft ook geconstateerd dat er nog onvoldoende aanbod is in cursussen omtrent welzijn en het werken in een OC. Met vaststelling van het jaarplan wordt dit voor 2026 meegenomen.

Het auditteam erkent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Pijlers

Waarde Uniciteit		80	Behaald
Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Matig	15	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Uit het CTO blijkt dat bezoekers tevreden zijn over kennis die medewerkers hebben over hun persoonlijke situatie. Op de vraag: "Kennen de medewerkers u en uw verhaal?" wordt een 8,9 gescoord. In gesprek met bezoekers wordt dit bevestigd. Het auditteam heeft gehoord dat de medewerker de bezoeker kent en ook iemands achtergrond. Voorbeeld is een bezoeker die jaren in het buitenland heeft gewoond werd uitgenodigd hier iets over te vertellen. Of de namen van kinderen en/of een partner zijn bekend of het beroep van een bezoeker. Uit een van de gesprekken kwam wel weerstand bij het gebruik van het zorgleefplan, met name vanuit de deelnemers zelf. Zij ervaren zichzelf niet als zorgbehoefstig.

Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe

Praktijk en instrumenten

Bij de start van een deelname wordt een voorlopig zorgleefplan (in ONS) opgesteld, dat in 6 weken wordt aangevuld tot een definitieve versie. Met de betrokken casemanager wordt de voortgang in principe elke 6 weken besproken en indien nodig aangepast. Het auditteam constateert dat de opgestelde doelen merendeels algemeen zijn beschreven. Persoonsgerichte aspecten zijn meer bij de beschreven acties terug te vinden. Rapportage is weinig doelgericht, het is meer een algemene indruk van de bezoeker die dag. Het auditteam heeft gezien dat evaluaties (met de casemanager) op papier worden gezet en later digitaal worden uitgewerkt en per (beschermende) mail naar de teamleden wordt toegestuurd (mails zijn ingezien). De informatie is echter niet terug te vinden in het ZLP. Ook is er in de steekproeven niet overal een uitgewerkt levensverhaal gevonden, waardoor de achtergrond van de individuele bezoekers in dossier niet bekend is. Het instrument ONS wordt als minder geschikt ervaren door de auditees, mogelijk is daardoor er een grote diversiteit aan gebruik van het instrument. Medewerkers kennen elke bezoeker echter in de praktijk goed.

Het auditteam geeft een dubbele aftrek van punten wegens het gebrek aan cyclische methodiek (PDCA) en het ontbreken van het levensverhaal.

Reflecteren en verbeteren

Het auditteam heeft gehoord dat de medewerkers zich bewust zijn van (gebrek aan) methodisch werken. De beperkte deskundigheid vanuit de verschillende achtergronden van medewerkers (zorg of sociaal work) wordt erkend. De organisatie biedt leerondersteuning en zijn zich er van bewust dat het instrument zijn hiaten heeft voor deze doelgroep. Nieuwe teamleider en kwaliteitsteam is hier ook scherp op en samen wordt gezocht naar passende manier hoe hier mee om te gaan. Het reflecteren en verbeteren is voldoende aanwezig waardoor de volledige punten op dit onderdeel worden toegekend.

Waarde Transparantie		100	●	Behaald
Prestatie P2 Communicatie en informatie				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Het CTO geeft aan dat zowel bezoekers als hun achterban zich goed geïnformeerd voelen. Op de vraag "Kan uw mantelzorger bij de medewerkers terecht met vragen en advies?" wordt gescoord met een 9,1. Zowel over het algemeen als op de dag zelf geven bezoekers aan dat ze geïnformeerd worden over activiteiten (dagprogramma) en andere praktische zaken.

Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft gehoord dat de casemanager de belangrijke verwijzer naar de OC's is. Zij gaat, of mantelzorg, mee om kennis te maken zodat de toekomstige bezoekers zelf kan zien hoe het is op een locatie. De bezoeker kan ook even mee proefdraaien voordat de plek definitief is. Nieuwe bezoekers krijgen een uitgebreid informatiepakket, waaronder een informatiebrochure en een zorgverleningsovereenkomst. Het valt wel op dat er 5 handtekeningen op de verschillende formulieren moeten worden gezet. Achterban kan eventueel in ZLP en rapportages meelesen via CarenZorgt, maar hier wordt beperkt gebruik van gemaakt. Hiernaast is er Familienet waar in groepsverband leuke foto's of anekdotes worden gedeeld. Op de website is diverse informatie over de OC's terug te vinden. Elke locatie heeft een eigen webpagina, waarop onder andere een informatief filmpje en sfeerfoto's zijn te vinden. Hiernaast zijn er flyers en visitekaartjes per locaties. QuaRijn heeft een klachtenreglement voor de gehele organisatie. Klachten kunnen online middels een formulier worden ingediend, maar insteek is dit ter plekke op te lossen. De organisatie heeft een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Compliment is de mooie glossy die voor medewerkers en cliënten/bezoekers wordt gemaakt en intern bekend staat als "de Linda van QuaRijn".

Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Reflecteren en verbeteren

De locaties kunnen indien nodig zelf hun communicatiemiddelen aanpassen. Wel is er een eenduidige huisstijl, waaraan moet worden gehouden. OC-team onderhoudt korte lijnen met bezoekers en achterban, waardoor snel kan worden ingespeeld op wensen en behoeften op dit gebied. Reflectie vindt plaats zowel door medewerker als door organisatie. Met de term Ontmoetingscentrum is een belangrijke eerste stap gezet.

Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Waarde Veiligheid		100	●	Behaald
Prestatie P3 Cliëntveiligheid				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Uit CTO blijkt dat bezoekers zich op hun gemak voelen bij het OC: "Voelt u zich op uw gemak bij de medewerkers?" scoort hoog 9,4. Ook is er groot vertrouwen in hun deskundigheid: 9,3. In gesprek met een bezoeker geeft deze aan het eerst wel spannend te hebben gevonden, maar na een paar bezoeken al helemaal gewend te zijn en nu geen enkele spanning meer te ervaren. Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft gezien dat er op alle OC's aandacht is voor clientveiligheid. Er is genoeg ruimte om te bewegen evt met hulpmiddel, er zijn geen vreemde obstakels in de ruimte. De MIC (7

in geheel 2025) en MIM (1 in geheel 2025) registratie laat zien dat er weinig incidenten plaatsvinden op de OC's. Het gaat dan vooral om valincidenten of een enkele vermissing door weglopen. Medewerkers zijn hier van bewust en op gefocust, waaronder gebruik van hulpmiddelen als rollators en wandelstokken. Betreffende medicatieveiligheid heeft het OC in principe alleen een faciliterende rol bij inname (pillen aangeven bij de lunch). Omdat er een formulier Beheer Eigen Medicatie in het informatiepakket zit kwam het voorbeeld dat er een theoretische mogelijkheid is om een voorbehouden handeling uit te voeren (insuline injecteren), indien een medewerker hierin is geschoold. Het auditteam stelt dat hiervoor voldoende kennis en ondersteuning vereist is en vraagt om zorgvuldige afweging hierin. Gesproken medewerkers zijn zich bewust van de WZD. Er wordt duidelijk aangegeven dat de OC's een open deur beleid hebben en er een risico is dat een bezoeker zelf naar buiten gaat. Bij onbegrepen gedrag wordt een omgangsadvies gevraagd aan de casemanager. Tijdens het bezoek aan de OC's ziet het auditteam diverse voorbeelden van oog voor veilige omgeving, zoals afsluiten kast voor chemische middelen en gevaarlijke situaties in de keuken. Elk team heeft een BHV-medewerker. BHV wordt geoefend en voorzieningen als brandmeldingen e.d. vallen onder de eigenaar van het vastgoed (i.v.m. multifunctionele gebouwen). Elk OC doet zelf boodschappen (en klaarmaken) voor dagelijks eten/drinken. Hierbij wordt gelet op houdbaarheid.

Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

Zowel het team werkzaam op een OC als de organisatie reflecteren actief op het onderwerp veiligheid en vooral in relatie met de toekomst waarbij het OC een functie in de wijk krijgt en daardoor een diversiteit aan bezoekers. Voorbeeld is dat medewerkers aangeven inzake valincidenten bijvoorbeeld een transfertraining wenselijk is. Dit kan binnen QuaRijn georganiseerd worden. Een andere voorbeeld is de behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van onbegrepen gedrag of specifieke ziektebeelden. Het initiatief komt hiervoor kan van zowel team als organisatie komen. Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Voorwaarden

Waarde Vakkundigheid		90	Behaald
Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

In het CTO wordt er op de vraag "heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de medewerker" 9.3 gescoord. Het auditteam heeft met bezoekers gesproken die zich prettig en veilig voelen en de medewerker "heel deskundig" vinden en ook gelijk aangeven "dat ze ook zelf nog kunnen

nadenken". Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft met een grote groep enthousiaste mensen gesproken. Medewerkers zijn afkomstig uit de zorg en hadden behoefte aan een andere werkomgeving. Of medewerkers hebben een achtergrond/opleiding in Welzijn, zoals MMZ of Sociale Work. De diversiteit aan achtergronden is terug te zien in de OC's, zo zijn er geen scholingen gevolgd over hoe om te gaan met dementie en onbegrepen gedrag. De organisatie geeft zelf aan in gesprekken dat zij een verschil zien bij OC's waar meer medewerkers met een welzijnsachtergrond werken, waardoor er anders gekeken wordt naar de bezoekers en het programma van de dag. Kruisbestuiving tussen de OC's is minimaal. Het opleidingsaanbod sluit niet aan bij de behoefte qua toekomstontwikkeling van de OC's. Er zijn reeds nieuwe functieprofielen geschreven en vastgesteld voor de Welzijnsbegeleider A, B, C. Naast de medewerkers zijn er een groot aantal vrijwilligers (60-80) die een belangrijke rol hebben bij de hand en spandiensten zoals koken, knutselen, fietsen, enz. Deze vrijwilligers zijn vaak al jarenlang verbonden met het centrum en naderen zelf ook de leeftijd van de deelnemers. Het auditteam heeft geen vrijwilligersbeleid gezien, bij navraag is dit in ontwikkeling.

Het auditteam geeft puntenaftrek omdat de inhoudelijke achtergrond van een groot deel van de medewerkers niet is toegespitst op de specifieke doelgroep.

Reflecteren en verbeteren

Het auditteam heeft gehoord dat de organisatie ruim voldoende reflecteert op het onderdeel kwaliteit van de medewerker. Een voorbeeld is de realisatie dat afgelopen Leerplein (soort mini congres) veel te veel op zorg gericht was en minimaal op welzijn. Er wordt druk gewerkt aan een visie over de OC's en vanuit daar worden de gewenste kwaliteiten verder uitgewerkt. Het risico hierbij is dat de "basis op orde" moet wachten op de visie.

Omdat de organisatie zich voldoende bewust is van de noodzakelijke verbeteringen worden de volledige punten toegekend.

Waarde Ontwikkelen		100	●	Behaald
Prestatie V2 Management en Governance				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

QuaRijn heeft een centrale cliëntenraad en ondernemingsraad. Ook ken elke organisatieonderdeel een eigen CR en OR, zoals ook de ontmoetingscentra. In gesprek met de vertegenwoordiger van de CR voor OC's wordt aangegeven dat zij nog niet zo lang in functie is, maar wel al elke OC heeft bezocht. De CR is tevreden over de samenwerking met de aansturing van de OC's. Er is een korte lijn met het management (teamleider, regiocoördinator) en directie. Elke maand is er een

overlegmoment. Er wordt een grote betrokkenheid vanuit het management van QuaRijn bij de OC's gevoeld. Er is geen afvaardiging van de OR gesproken. Beide organen worden door de bestuurder uitgenodigd om actief mee te denken in de ontwikkelingen die worden ingezet. Het auditteam kent de volledige punten toe op dit deel.

Praktijk en instrumenten

QuaRijn heeft de afgelopen periode een grote verschuiving in het management gekend. Zo is er onlangs een nieuwe bestuurder aangetreden, is zijn alle managementfuncties binnen het onderdeel Wijk en Revalidatiezorg (waaronder de OC's vallen) vernieuwd of tijdelijk vervangen. Dit geeft de mogelijkheid om de visie en missie te verversen. Zo is er een nieuwe visiedocument voor de OC's in de maak die binnenkort zal worden gepresenteerd. Daarin staat o.a. dat de ketensamenwerking in de wijk verder moet worden versterkt. De OC's maken hier een belangrijk onderdeel van uit. Gesproken managers spreken van een verandering van managementstijl. Voorheen was er sprake van een meer top/downbenadering, waar nu veel meer faciliterend leiderschap wordt ervaren. Een uitspraak: "Als een manager geen regie kan geven aan de medewerker, kan een medewerker ook geen regie geven aan de cliënt". Voor de OC's staan diverse ontwikkelingen opgelijnd. Dit past in de visie van 'hechte wijkgemeenschappen'. QuaRijn staat nog wel aan het begin van dit proces en kenmerkt zich als 'een organisatie in opbouw'. De organisatie houdt zich aan de richtlijnen vanuit de Governance Code Zorg. Bestuurder participeert in diverse overleg- samenwerkingsstructuren. De RvT is betrokken, maar niet direct erg nabij. Contact met bestuur en management is goed, maar zij zijn niet direct zichtbaar voor medewerkers op de werkvloer. De bestuurder heeft deze behoefte wel duidelijk, maar is pas kort geleden aangetreden (april 2025). In een 100 dagen reflectiedocument heeft zij aangegeven graag 'samen' te werken en procesgericht te werk wil gaan. QuaRijn heeft goede samenwerkingsverbanden in de regio, waarmee gezamenlijke projecten worden uitgevoerd. Voor de OC's zijn de lijnen naar gemeentelijke organisaties en het sociaal domein belangrijk. Hier liggen nog wel uitdagingen om verder te ontwikkelen, maar waar ook kleine stappen in worden gezet zoals deelname de kunstroute en contacten met Gemeente over versnelling van de WMO-indicaties. De grootste uitdagingen die door de bestuurder voor de OC's worden genoemd zijn: 1. positionering in de regio/gemeente en ketensamenwerking 2. professionalisering van de teams. Het auditteam kent de volledige punten toe op dit deel.

Reflecteren en verbeteren

Visiestuk en benoemen van uitdagingen geven aan dat er een nieuwe wind waait door de OC's. Geeft vertrouwen dat de organisatie in staat is te leren van de huidige situatie/maatschappelijke ontwikkelingen en te ontwikkelen naar een toekomstbestendige aanbieder in de keten. Op de vraag welke droom graag werkelijkheid moet worden is het een OC in elke Gemeente zonder restrictie van indicatie, doelgroep of leeftijd.

Het auditteam kent de volledige punten toe op dit deel.

Waarde Kwaliteit		90 ● Behaald
Prestatie V3 Sturen op kwaliteit		
Cliëntervaring	Goed op orde	30 ●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25 ●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35 ●

Cliëntervaring

Het is niet mogelijk om specifiek een waardering achter te laten op ZorgKaartNederland voor de OC's van QuaRijn. De NPS score afkomstig uit het CTO is 73. Uit alle gesprekken met de bezoekers wordt deze tevredenheid en ervaren kwaliteit bevestigd. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam ziet een organisatie in ontwikkeling, dit is ook zichtbaar bij het sturen op kwaliteit. Dit gebeurt nu nog erg top-down. Teams hebben onvoldoende inzicht in hun eigen kwaliteit en kunnen geen instrumenten benoemen die ze in kunnen zetten om te sturen. Binnen de teams heeft het auditteam geen activiteiten gezien of gehoord die horen bij sturen op kwaliteit. Hierbij valt te denken aan functies als aandachtsvelden of deelname aan een lerend netwerk door uitvoerende medewerkers. Het auditteam heeft een kwaliteitsdashboard gezien waar oa ingezoomd kan worden op de MIC-meldingen en KPI's benoemd zijn op verzuim, verloop en % MIC. Een KPI "aantal bezoekers" zou een waardevolle aanvulling zijn hierop. Er is geen informatie over de ervaren kwaliteit uit MDO's of evaluatiegesprekken. Ze gebruiken Q-doc (Zenya) als documentbeheersysteem en zijn pas overgestapt naar een nieuwe werkomgeving. Er is een klachtenreglement en klachtenfunctionaris binnen QuaRijn. En het auditteam heeft een jaarplan met periodieke oplossing ontvangen van de organisatie.

Het auditteam geeft puntenaftrek omdat de sturing op kwaliteit voornamelijk plaats vindt op managementniveau en de teams hierin (nog) geen inzage in hebben.

Reflecteren en verbeteren

Het auditteam ziet een organisatie in ontwikkeling, dit zie je op alle fronten. Er is een visie op de OC's in ontwikkeling en ook op het gebied van kwaliteit is er reflectie en verbetering. Verbeteringen die er aan komen zijn een nieuw kwaliteitsdashboard, nieuw documentbeheersysteem en gaan teams beter ondersteunt worden in de uitvoering van hun functie met de geleverde kwaliteit. Het auditteam kent de volledige punten toe op dit onderdeel.

Waarde Betrouwbaarheid		100	●	Behaald
Prestatie V4 Bedrijfsresultaten				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Quarijn geeft heldere informatie aan nieuwe bezoekers over benodigde administratie, zoals zorgovereenkomst en individuele kosten die bij deelname spelen. Hier zijn geen opmerkingen over gehoord of gelezen vanuit cliënten/achterban of cliëntenraad. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Praktijk en instrumenten

Quarijn heeft een gezonde exploitatie, welke ook de laatste jaren specifieke voor de OC's geldt. Alleen dit jaar is er een negatieve ontwikkeling te zien, veroorzaakt door een daling van de productie (minder deelnemers en minder dagdelen). De organisatie heeft een overzichtelijk dashboard om dit nauwgezet te monitoren. Auditee vertelt dat er een nieuw dashboard in ontwikkeling is wat binnenkort wordt verwacht. Managers zijn op de hoogte van deze situatie en zetten acties op om producties te verhogen. Zo wordt contact gezocht met verwijzers als huisartsen, maar ook de wijkzorg wordt hierin betrokken. Vooral casemanagers zijn een belangrijke factor. Daarnaast worden inspanningen gedaan om subsidies te krijgen voor specifieke activiteiten ter ondersteuning van de mantelzorgers. Verder spelen er binnen de OC's aan aantal vastgoedontwikkelingen, zoals een mogelijke overname en uitbreiding van capaciteit op een locatie. Compliment: Quarijn hanteert AVG-richtlijnen, waar ook de OC's aan gehouden zijn. In de praktijk ziet het auditteam dat medewerkers hier consequent rekening mee houden. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Reflecteren en verbeteren

Met behulp van een overzichtelijk dashboard en ondersteuning van staffuncties als financiële administratie kunnen teams hun eigen bedrijfsresultaten monitoren. De organisatie onderneemt stappen om de ontstane onderproductie aan te pakken. Hiervoor worden diverse mogelijkheden bekeken en ingezet. Onder andere schuiven met beschikbaar personeel behoort tot de mogelijkheden. Zo worden incidenteel medewerkers tijdelijk naar andere OC's verplaatst of wordt er nagedacht over tijdelijk inzet intramuraal. Het auditteam kent op dit onderdeel de volledige punten toe.

Bijlage 1. Methodische verantwoording

Audits vinden plaats onder toezicht van het College van Belanghebbenden. Dit college bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Zij bewaken de kwaliteit van alle audits die Perspekt uitvoert.

De datum, scope en het soort audit vindt u in hoofdstuk Registratieadvies van dit rapport. Er waren geen bijzonderheden voor deze audit van toepassing.

Het auditteam bestond uit:

- Auditor (Erna Ruiter)
- Secretaris (Regine Huijsmans)
- Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
- Boventallige Auditor (Carolina Bartelds)

Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
Domeinen	
D1 Woon- en leefsituatie	Behaald
D2 Participatie	Behaald
D3 Mentaal welbevinden	Behaald
D4 Lichamelijk welbevinden	Behaald
Pijlers	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
Voorwaarden	
V1 Kwaliteit medewerkers	Behaald
V2 Management en Governance	Behaald
V3 Sturen op kwaliteit	Behaald
V4 Bedrijfsresultaten	Behaald

Totaal aantal prestaties getoetst en behaald

Getoetst: 11 prestaties
Behaald: 11 prestaties



Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum

Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd? 01 mei 2025

Bestuursstructuur

Bestuursstructuur Raad van Bestuur, Raad van Toezicht
Zorgbrede Governance Code Ja
Toelichting:

Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Onder verscherpt toezicht IGJ Nee
Toelichting:

Datum laatste inspectieverslag

Leveringsvoorwaarden

Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)? Ja
Toelichting:

Identiteit

Identiteit

Samenwerkingsverbanden

Relevante samenwerkingsverbanden Community care in gemeentes en ketendementie.

Diensten die zijn uitbesteed

Lokatie Ontmoetingscentrum Leersum

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 18

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar
Overlijden 0
Ontslag / overig 2

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (*Bij zelfstandig wonen – Zvw*)

Ondersteuning en begeleiding
(*Wmo, hulp bij het huishouden*)

Verblijf (*Wlz*)

Verblijf inclusief behandeling
(*Alleen behandeling wordt niet getoetst*)

Dagbesteding 18
(*Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten*)

Revalidatie
(*o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel*)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten

Totaal: 18

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Ja
Toelichting:
Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie Nee
Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum
Personen: 6
FTE: 3,2

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 2
FTE: 0,7

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 0,0 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Maarn

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 11

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar
Overlijden 0
Ontslag / overig 0

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (*Bij zelfstandig wonen – Zvw*)

Ondersteuning en begeleiding
(*Wmo, hulp bij het huishouden*)

Verblijf (Wlz)

Verblijf inclusief behandeling
(*Alleen behandeling wordt niet getoetst*)

Dagbesteding 11
(*Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten*)

Revalidatie
(*o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel*)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten	Totaal: 11
-------------------------------	-------------------

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Ja
Toelichting:	Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie	Nee
Toelichting:	

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 2
	FTE: 1,3

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 0
	FTE: 0,0

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 0
	FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	0,0 %
--	-------

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 0
	FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Amerongen

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum	33
--------------------------------------	----

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden 0
	Ontslag / overig 3

Scope	Aantal cliënten
--------------	------------------------

Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)	
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	
Verblijf (<i>Wlz</i>)	
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	33
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)	

Informele zorg

Totaal aantal cliënten **Totaal: 33**

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Ja
 Toelichting:
Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie Nee
 Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum
Personen: 5
FTE: 3,5

Instream personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 2
FTE: 1,1

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 1
FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 4,3 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Doorn

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 15

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar
Overlijden 0
Ontslag / overig 0

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (*Bij zelfstandig wonen – Zvw*)

Ondersteuning en begeleiding
(*Wmo, hulp bij het huishouden*)

Verblijf (*Wlz*)

Verblijf inclusief behandeling
(*Alleen behandeling wordt niet getoetst*)

Dagbesteding 15
(*Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten*)

Revalidatie

(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten **Totaal: 15**

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Ja
Toelichting:
Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie Nee
Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum
Personen: 4
FTE: 1,9

Instream personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 0,0 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar
Personen: 0
FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Bunnik

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 10

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar
Overlijden 0
Ontslag / overig 0

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (Bij zelfstandig wonen – Zvw)

Ondersteuning en begeleiding
(Wmo, hulp bij het huishouden)

Verblijf (Wlz)

Verblijf inclusief behandeling
(Alleen behandeling wordt niet getoetst)

Dagbesteding 10
(Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)

Revalidatie
(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten **Totaal: 10**

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Ja
Toelichting:
Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie Nee
Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum

Personen: 6
FTE: 2,4

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 0
FTE: 0,0

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 1
FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 9,1 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen: 0
FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Veenendaal

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 10

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar
Overlijden 0
Ontslag / overig 0

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (Bij zelfstandig wonen – Zvw)

Ondersteuning en begeleiding
(Wmo, hulp bij het huishouden)

Verblijf (Wlz)

Verblijf inclusief behandeling
(Alleen behandeling wordt niet getoetst)

Dagbesteding

(Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)

Revalidatie 10

(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten Totaal: 10

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Ja

Toelichting:

Vervoer en warme maaltijden

Wzd-Registratie

Wzd-Registratie Nee

Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum

Personen: 7

FTE: 3,8

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 1

FTE: 0,5

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 0

FTE: 0,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 15,3 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen: 0

FTE: 0,0

Lokatie Ontmoetingscentrum Wijk bij Duurstede

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum 18

Uit zorg

Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar

Overlijden 0

Ontslag / overig 3

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (Bij zelfstandig wonen – Zvw)

Ondersteuning en begeleiding

(Wmo, hulp bij het huishouden)

Verblijf (Wlz)

Verblijf inclusief behandeling

(Alleen behandeling wordt niet getoetst)

Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	18
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	
Informele zorg	
Totaal aantal cliënten	Totaal: 18
Specifieke kenmerken doelgroepen	
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Ja
Toelichting:	Vervoer en warme maaltijden
Wzd-Registratie	
Wzd-Registratie	Nee
Toelichting:	
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 6 FTE: 3,3
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 2 FTE: 0,7
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 2 FTE: 0,7
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	0,0 %
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 0 FTE: 0,0

Dit formulier is ingevuld door:

Naam en functie: Robert Dominicus (Business Controller)
Carleen Laloli (Kwaliteitsadviseur)

Toelichting gegevens organisatieonderdelen: reden van uitstroom cliënten wordt niet geregistreerd, vandaar geen inzicht in aantallen uitstroom door overlijden. FTE vrijwilligers wordt niet geregistreerd, vandaar geen inzicht in aantallen. Dit is wel beschikbaar op de locaties zelf.

Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Voorbespreking auditteam De scope van de audit is: dagbesteding		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
09:00	09:30	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	directeur, manager, adviseur dag activering, teamleider, Kwaliteitsadviseur	Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
09:30	10:00	Reistijd naar de verschillende dagbestedingslocaties		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
10:00	10:45	Ontmoetingscentrum A Observaties, registraties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	twee welzijnmedewerkers en een gastheer	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
10:00	10:45	Ontmoetingscentrum C Observaties, registraties en gesprekken over de domeinen: D1.	Wezlijnsmedewerkers	Auditor (Erna Ruiter)

		D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden		
10:00	10:45	Ontmoetingscentrum B Observaties, registraties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden	twee welzijnmedewerkers	Secretaris (Regine Huijsmans)
10:45	11:30	Gesprekken en registraties over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Unicitéit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	twee welzijnsmedewerkers	Secretaris (Regine Huijsmans)
10:45	11:30	Gesprekken en registraties over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Unicitéit – Persoonsgerichte zorg	welzijnmedewerkers	Auditor (Erna Ruiter)

		P2. Transparantie - Communicatie en informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid		
10:45	11:30	Ontmoetingscentrum A Registraties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Unicitéit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	twee welzijnmedewerkers	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
11:30	12:00	Reistijd voor een ieder naar De Hoeve		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
12:00	13:00	Lunch en werkbepreking.		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
12:45	13:15	Telefonisch gesprek CR V2. Ontwikkelen - Management en Governance	Lid cliëntenraad	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
13:00	13:15	Reistijd naar dagbestedingslocatie		Auditor (Erna Ruiter)
13:00	14:00	Gesprekken en registraties over: V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers V3. Kwaliteit - Sturen op kwaliteit	Manager OC en adviseur dagactivering	Boventallige Auditor (Carolina Bartelds) Secretaris (Regine Huijsmans)
13:15	14:00	Gesprekken en registraties over: V2. Ontwikkelen - Management en	Directeur en teamleider OC	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))

Governance				
V4. Betrouwbaarheid – Bedrijfsresultaten				
13:15	14:00	Ontmoetingscentrum d Observaties, registraties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Welzijnmedewerkers	Auditor (Erna Ruiter)
14:00	14:45	Gesprek casemanager over: P2. Transparantie - Communicatie en informatie	casemanager	Boventallige Auditor (Carolina Bartelds) Secretaris (Regine Huijsmans)
14:00	14:45	Gesprekken en registraties over: V4. Betrouwbaarheid – Bedrijfsresultaten	Business Controller	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
14:00	14:30	registraties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en informatie	Welzijnsmedewerker	Auditor (Erna Ruiter)

P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid				
14:30	14:45	Reistijd terug naar De Hoeve		Auditor (Erna Ruiter)
14:45	15:30	Openstaande punten en documentenonderzoek		Secretaris (Regine Huijsmans)
14:45	15:30	Gesprekken en registraties over: V2. Ontwikkelen - Management en Governance V4. Betrouwbaarheid – Bedrijfsresultaten	Raad van Bestuur	Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
14:45	15:30	Gesprekken en registraties over: V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers	HR Business Partner	Boventallige Auditor (Carolina Bartelds) Auditor (Erna Ruiter)
15:30	16:30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
16:30	16:45	Eindgesprek en registratieadvies	Directeur, Manager, Adviseur Dagactivering, Teamleider, Kwaliteitsadviseur	Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))
16:45	17:00	Evaluatie auditteam		Auditor (Erna Ruiter) Secretaris (Regine Huijsmans) Voorzitter (John Reimerink (LEAD))

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Inge vulde ARI (instrumentenoverzicht)	Ja	Ja
Organogram	Ja	Ja
(Strategisch) Jaarplan/activiteitenplan & begroting	Ja	Ja
Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen) inclusief jaarrekening, accountantsverklaring	Ja	Ja
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van uitkomsten (valide) cliëntervaringsonderzoek	Ja	Ja
Inzicht in de wijze van reflecteren en verbeteren m.b.t. de prestaties	Ja	Ja
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	Ja	Ja
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	Nee	

Domeinen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over de woon- en leefsituatie, tenminste tav wooncomfort, gezamenlijke (binnen en buiten)ruimten, maaltijden en privacy	Ja	Ja
Registratie en opvolging van privacy/privacyafspraken	Ja	Ja

Inbraakpreventie, waaronder legitimatie en sleutelbeleid	Ja	Ja
Huur-/zorgovereenkomsten	Ja	Ja
Inzet van passende technologische hulpmiddelen	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. participatie, tenminste ten aanzien van geboden ondersteuning bij het onderhouden van sociale contacten en deelname aan de samenleving, betrokkenheid bij hun zorg, inzet van vrijwilligers en de mate van inspraak	Ja	Ja
Ouderenmishandeling (signaleren, melden, opvolgen)	Ja	Ja
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. mentaal welbevinden, tenminste ten aanzien van zinvolle tijdsbesteding en geestelijke ondersteuning	Ja	Ja
Risicosignalering en –opvolging m.b.t. mentaal welbevinden: depressie/sociaal isolement/vergeetachtigheid/onbegrepen gedrag	Ja	Ja
Afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: onder andere reanimeren/geestelijke zorg	Ja	Ja
Psychosociale of gedragsinterventie (tenminste voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. lichamenlijk welbevinden	Ja	Ja
Periodieke risicosignalering en –opvolging: medicijnen (inclusief polyfarmacie)/mobiliteit/voeding/incontinentie/huidletsel/mondzorg	Ja	Ja
Passende ondersteuning bij (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang, rust en slaap, pijn, mobiliteit en beweging, seksualiteit en levenseinde	Ja	Ja
Relevante betrokkenheid disciplines/deskundigen (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, pedicure, verpleegkundige, aandachtsvelders)	Ja	Ja

Pijlers

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. persoonsgerichte zorg	Ja	Ja
10% van de Zorgleefplannen (ZLP) met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie over de 4 domeinen (inventarisatie van wensen, afgestemd op waarden/behoefte/afspraken en doelen/evaluatie/rapportage/bijstelling)	Ja	Ja

Structurele en periodieke ZLP besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. communicatie en informatie	Ja	Ja
Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) zoals informatie over zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap	Ja	Ja
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten zoals zorgplannen opstellen en evalueren, inzagerecht, wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. veiligheid	Ja	Ja
Systematiek waarbij alle risico's (basisveiligheid) van cliënten in kaart zijn gebracht, reflectie hierop en waar relevant preventieve en corrigerende maatregelen	Ja	Ja
Aandacht voor fysieke veiligheid: brandveiligheid inclusief BHV, hulpmiddelen, voedsel-/drinkwaterveiligheid, infectiepreventie	Ja	Ja
Aandacht voor sociale veiligheid: eenzaamheid, ouderenmishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	Ja	Ja
Bescherming persoonsgegevens	Ja	Ja

Voorwaarden

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over deskundigheid, voldoende beschikbaarheid en bejegening van medewerkers	Ja	Ja
Bekwaam en bevoegdheid t.a.v. risicovolle en voorbehouden handelingen op basis van vigerende protocollen	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Scholing, deskundigheidsbevordering en reflecteren of intervisie van medewerkers	Ja	Ja
Periodieke gesprekken over competenties en loopbaanontwikkeling	Ja	Ja
Beschikbaar- en/of oproepbaarheid van interne en externe deskundigen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig team, psycholoog en andere paramedici) en samenwerkingsafspraken	Ja	Ja
Arbo, RI&E en verzuimbeleid en uitvoering	Ja	Ja
Medewerkerstevredenheidsonderzoek en opvolging daarvan	Ja	Ja

Ervaren inspraak van cliënten en medewerkers	Ja	Ja
Besproken en onderschreven visie en missie	Ja	Ja
Periodieke managementreviews	Ja	Ja
Hanteren en reflecteren op Governance Code inclusief de klokkenluidersregeling	Ja	Ja
Inspraak en medezeggenschap van OR en CR, beschikbaarheid vertrouwenspersoon, klachtencommissie	Ja	Ja
Leiderschapsstijl en overlegstructuur	Ja	Ja
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, andere zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen)	Ja	Ja
Ervaren kwaliteit van leven	Ja	Ja
Net promotorscore/aanbevelingsvraag Zorgkaart Nederland	Ja	Ja
Sturinginstrumenten kwaliteit voor cliënten en medewerkers, waaronder registratie en opvolging van incidenten, registratie en opvolging van klachten, inzicht in persoonsgerichte zorg, tevredenheidsmetingen en sturen op prestaties, interne audits, open houding t.o.v. reflecteren en verbeteren.	Ja	Ja
Reflecteren en verbeteren met betrokkenheid van medewerkers, lerend netwerk	Ja	Ja
Periodieke toetsing van kwaliteitssysteem	Ja	Ja
Administratieve processen en controles, waaronder geldig indicatiebesluit en eigen bijdrage cliënten	Ja	Ja
Financiële bedrijfsvoering, sturingsinformatie en risicoanalyse	Ja	Ja
Databeveiliging, waaronder persoonlijke gegevens	Ja	Ja
Gebouwenbeheer, huisvesting en duurzame investeringen	Ja	Ja

Overige instrumenten: - informatiepakket nieuwe bezoekers OC

- format casemanagers overleg 1x per 6 weken
- functieomschrijving Welzijnsbeleider A, B, C
- overzicht aantal medewerkers en vrijwilligers

Het auditteam heeft 7 cliëntendossiers ingezien.

Het auditteam heeft 10 cliënten/naasten gesproken.