



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting QuaRijn,  
locatie Het Zonnehuis in Doorn  
op 1 april 2025

Utrecht, juli 2025

V2054807



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 4</b>
1.1	Aanleiding bezoek 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 7</b>
2.1	Wat gaat goed 7
2.2	Wat kan beter 7
2.3	Wat moet beter 7
2.4	Conclusie bezoek 7
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 8</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van QuaRijn verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
<b>4</b>	<b>Resultaten 9</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
4.4	Thema Continuïteit van zorgverlening 15
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 16</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 17</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 1 april 2025 een onaangekondigd bezoek aan de geriatrische revalidatie afdeling van Stichting QuaRijn (QuaRijn), locatie Het Zonnehuis (Het Zonnehuis) in Doorn.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende [woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en continuïteit van zorgverlening. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Het Zonnehuis om zich een beeld te vormen of de geboden zorg en ondersteuning voldoet aan wet- en regelgeving. Ook zijn er een aantal meldingen geweest. Deze meldingen onderzoekt de inspectie apart van dit bezoek, maar zijn wel mede aanleiding voor het bezoek.

### 1.2 Beschrijving QuaRijn en locatie Het Zonnehuis

QuaRijn is een zorgaanbieder die (verpleeghuis)zorg biedt in twaalf locaties. Daarnaast biedt QuaRijn zorg aan cliënten thuis via QuaRijn Zorg aan huis. QuaRijn heeft een toelatingsvergunning in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). QuaRijn heeft een éénhoofdige raad van bestuur en een raad van toezicht met vijf leden. Het directieteam bestaat uit de bestuurder, de directeur Wonen met zorg, directeur Wijk en revalidatiezorg en de directeur Servicecentrum, bestuurssecretaris en manager Kwaliteit en onderzoek en manager Organisatieontwikkeling.

#### *Het Zonnehuis*

Het Zonnehuis in Doorn ligt in een bosrijke omgeving. Op het terrein waar het Zonnehuis zich bevindt, staan ook twee andere locaties van QuaRijn. Deze bieden langdurige zorg aan cliënten. Het Zonnehuis biedt orthopedische, cardiologische, cognitieve en neurologische revalidatie en daarnaast ook revalidatie voor overige aandoeningen. Het Zonnehuis bestaat uit drie etages. Op de begane grond bevinden zich gedeelde ruimtes, zoals het restaurant, de receptie en de kapsalon, therapieruimtes, een MRI-ruimte, en verschillende vergaderruimtes. Op de eerste en tweede etage bevinden zich de kamers van de cliënten, behandel- en overleg ruimtes. Op de eerste etage bevinden zich de afdeling orthopedie/ cardiologie. Op de eerste etage is ook nog een kleine unit Wlz voor zes bewoners met een somatische zorgvraag. Op de tweede etage bevinden zich cliënten met een neurologische of revalidatie-plus zorgvraag. Cliënten met een

revalidatie-plus zorgvraag hebben naast een lichamelijke zorgvraag ook vaak cognitieve klachten. Op termijn zullen er alleen cliënten met een tijdelijke verblijf indicatie bij Het Zonnehuis verblijven.

#### *Cliënten*

In het Zonnehuis is er plaats voor 58 cliënten met een tijdelijk verblijf indicatie (DBC, ELV, VV9b). Daarnaast is er nu nog plaats voor zes bewoners met een VV6.

#### *Zorgverleners, behandelaren en aansturing*

Elke afdeling krijgt zorg van één team zorgverleners. Op elke etage is één teamleider werkzaam. Elke teamleider stuurt twee zorgteams aan. De manager geriatrische revalidatie (GR) stuurt de teamleiders en de kwaliteitsverpleegkundige aan. De kwaliteitsverpleegkundige ondersteunt de manager GR, de teamleiders en de teams inhoudelijk. Er is één kwaliteitsverpleegkundige verbonden aan Het Zonnehuis.

Binnen de teams zijn de revalidatie coördinatoren eerste aanspreekpunt voor cliënten. Dit zijn verpleegkundigen deskundigheidsniveau, 5 of 6 of verzorgenden-IG.

#### *Zorgverleners werkzaam in Het Zonnehuis*

Type	Totaal		Met arbeids-contract		Zonder arbeids-contract (bv ZZP, uitzend-krachten.		leerlingen (exclusief stagiaires)	
	Aantal	(gemiddeld) FTE	Aantal	FTE	Aantal	FTE	Aantal	FTE
<b>Totaal</b>	<b>181</b>	<b>59,47</b>	<b>93</b>	<b>47,18</b>	<b>78</b>	<b>4,88</b>	<b>10</b>	<b>7,41</b>
Niveau 0/1 (bv gastvrouw)	19	7,88	19	7,88				
Niveau 2	28	4,39	7	3,36	21	1,03		
Niveau 3	40	15,58	21	14,49	19	1,09		
Niveau 4	31	16,19	13	9,14	9	0,49	9	6,56
Niveau 5	-	-						
Niveau 6	4	1,54	3	0,70			1	0,85
<b>Behandelteam</b>								
Specialist ouderengeneeskunde/ PA/ artsen	6	3,44	6	3,44				
Psycholoog	4	0,56	2	0,29	2	0,27		
Ergotherapeut	4	3,66	4	3,66				
Fysiotherapeut	10	2,76	10	2,76				
Dietist	3	0,54	3	0,54				
Logopedist	2	0,51	2	0,51				
Maatschappelijk Werker	1	0,42	1	0,42				
Beweegagogen	2	0,01	2	0,01				
Vrijwilligers	26	1,00			26	1,00		
Mantelzorgers	1	1,00			1	1,00		

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is medisch eindverantwoordelijk voor de cliënten. Bij het Zonnehuis zijn een kaderarts (SO), een SO, een psysician assistant (PA) en een verpleegkundig specialist werkzaam. Daarnaast werken er basisartsen en co-assistenten.

Het vaste behandelteam dat betrokken is bij de revalidatiezorg bij Het Zonnehuis bestaat uit fysiotherapeuten, medische maatschappelijk werkers, psychologen, logopedisten, diëtistes en ergotherapeuten.

#### *Organisatieontwikkelingen*

Op 1 april 2025 startte de nieuwe bestuurder. De vorige bestuurder ging per 1 februari 2025 met pensioen. De directeur Wonen met zorg was in de tussenliggende periode aangesteld als interim bestuurder.

Het Zonnehuis heeft momenteel te maken met een hoog ziekteverzuim

(kortdurend) van 14%. De teams op de tweede etage kennen een hoger verloop in personeel, dan de teams op de eerste etage. Wel kan Het Zonnehuis tot nu toe de vacatures vullen. Het Zonnehuis zet vaste uitzendkrachten in via een detacheringsbureau. Ook maakt het gebruik van zorgverleners uit de flexpool van QuaRijn.

## 2 Conclusie

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusie over Het Zonnehuis. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

### 2.1 Wat gaat goed

Cliënten kunnen rekenen op zorgverleners die hen stimuleren om te revalideren. Zij krijgen daarbij zorg en ondersteuning van een multidisciplinair team van zorgverleners en behandelaren. Zorgverleners brengen gezondheidsrisico's in beeld en handelen hierbij passend. Zorgverleners passen de revalidatiedoelen en de zorg en ondersteuning aan op de voortgang van de revalidatie van de cliënt. De organisatie heeft een systeem voor het sturen op en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

### 2.2 Wat kan beter

Het revalidatieklimaat op de afdeling kan de organisatie nog verbeteren. Zo kan de inrichting nog beter aansluiten op de revalidatiebehoefte van de cliënten. De verschillende zorg- en behandelteams kunnen verder nog beter samenwerken. Het Zonnehuis kan verder nog meer rekening houden met de wensen van cliënten. De organisatie kan daarnaast verbeterpunten nog tijdiger oppakken en beter borgen binnen de organisatie.

### 2.3 Wat moet beter

Zorgverleners en behandelaren moeten de cliënt meer betrekken en inspraak geven bij het opstellen en evalueren van de persoonlijke- en revalidatiedoelen gedurende het hele revalidatietraject. QuaRijn moet zorgdragen voor een cliëntdossier dat ondersteunend is voor methodische werken. Informatie moet makkelijker terug te vinden zijn voor alle betrokken zorgverleners en behandelaren. Dit is nodig zodat cliënten erop moeten kunnen rekenen dat zij altijd de zorg krijgen die past bij hun zorgbehoefte. Cliënten moeten er daarnaast op kunnen rekenen dat zij ook passende zorg krijgen in drukke periodes. QuaRijn moet organiseren dat zorgverleners passende scholingen krijgen. De kennis van de professionals met betrekking tot de Wet zorg en dwang (Wzd) en de toepassing hiervan moet beter.

### 2.4 Conclusie bezoek

De inspectie toetste zeven normen. Het Zonnehuis voldeed grotendeels niet aan vier van de zeven normen. Aan drie normen voldeed Het Zonnehuis grotendeels. De inspectie constateert dat bij het Zonnehuis de revalidatie van de cliënt centraal staat. Een multidisciplinair team van professionals zet zich hiervoor in. Ondanks een systeem van cyclisch sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, concludeert de inspectie dat Het Zonnehuis nog niet voldoet aan alle normen van goede en veilige zorg. Verbeterpunten die uit het bezoek naar voren komen, waren bekend bij het management. Het Zonnehuis is op het moment dat de inspectie de locatie bezoekt al bezig met het invoeren van verschillende verbeteringen, zoals de nieuwe wijze van visite lopen. Om te beoordelen of de invoering van de verbeteringen leidt tot het voldoen aan de normen, wil de inspectie het verbeterproces van Het Zonnehuis blijven volgen.

### 3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van QuaRijn verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### 3.1 **De vervolgactie die de inspectie van QuaRijn verwacht**

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht dat u binnen zes maanden aan alle normen voldoet. De inspectie verwacht dat u uiterlijk 24 januari 2026 een resultaatverslag opstuurt over de normen waar Het Zonnehuis nu nog niet volledig aan voldoet.

In dit resultaatverslag neemt de organisatie per norm de volgende informatie op:

- Welke aanpak en acties u heeft ingezet om aan de norm te voldoen; de inspectie wil daarbij graag inzicht krijgen in de uitkomsten van eventuele audits/toetsen.
- Hoe u weet dat u aan de norm voldoet.
- Op welke wijze u borgt dat u blijft voldoen aan deze norm.

De inspectie verwacht dat QuaRijn de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

#### 3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij Het Zonnehuis. Zij gaat ervan uit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te gaan voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locaties van QuaRijn.

Op basis van het resultaatverslag bepaalt de inspectie haar vervolgtoezicht.

## 4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet** getoetst.

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Behandelaren en zorgverleners vertellen dat de cliënt bij opname een intakegesprek heeft. De inhoud van dit gesprek vertalen de zorgverleners naar doelen in het behandelplan. Behandelaren, de SO en zorgverleners vertellen dat zij het behandelplan opstellen tijdens het eerste revalidatieoverleg (RO). Na dit RO bespreekt de arts met de zorgverleners dit plan. Cliënten vertellen ook dat zij een intakegesprek hebben aan het begin van de opname. Cliënten geven aan dat zij het behandelplan echter niet samen opstellen met het zorgteam. De zorgverlener en de arts vertellen hoe het behandelplan, met revalidatiedoelen, er uitziet. Cliënten geven aan dat zij hier geen inspraak in hebben. Ook geven cliënten aan dat zij de arts alleen spreken als er een medische noodzaak is. Tussentijdse afstemming missen zij. De cliënten geven aan dat zij wel af en toe een co-assistent spreken. Ze missen echter de afstemming met de behandelend arts. Een cliënt vertelt over een vochtbeperking die zij kreeg. Dit vertelden zorgverleners aan haar, de arts gaf in eerste instantie geen uitleg hierover. Later, op verzoek van familie en cliënt zelf, volgde er wel een gesprek met de arts.

De kwaliteitsverpleegkundige vertelt dat de organisatie sinds kort niet alleen revalidatiedoelen opstelt, maar ook persoonlijke doelen. Hierin krijgen persoonlijke revalidatiewensen (wensdoelen) van de cliënt een plek. Ook de arts en zorgverleners vertellen over deze wensdoelen. Een voorbeeld is dat een cliënt graag wil fietsen als ze weer thuis is. De arts licht toe dat kunnen fietsen niet per se noodzakelijk is om thuis te kunnen functioneren. De organisatie kijkt wel wat daarvoor nodig is. Revalidatiedoelen hebben de hoogste prioriteit, geeft de organisatie aan in reactie op het conceptrapport.

De inspectie ziet een behandelplan van een cliënt in, dit ligt op haar kamer. Hierin ziet de inspectie voorbeelden van persoonlijke doelen terug. Zo wil de cliënt graag zich zelfstandig kunnen wassen en aan- en uitkleden. Daarnaast wil ze haar persoonlijke grenzen van fysieke belasting goed kunnen aangeven.

De inspectie zit bij een RO. Tijdens dit RO bespreekt het zorgteam vier cliënten. Het behandelplan is inzichtelijk via een groot scherm. Bij geen van deze vier cliënten ziet de inspectie persoonlijke doelen staan. In het overleg spreken zorgverleners wel over wensen van een cliënt. Zo wil een cliënt graag thuis wonen, maar lukt dit nu niet vanwege een trap. Het zorgteam bespreekt wat er nodig is, om de trap wel op te kunnen. Een andere cliënt wil niet naar huis. Het zorgteam bespreekt welke mogelijke zorgen er zijn, waardoor de cliënt niet naar huis wil.

### Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over hun leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels** aan deze norm.

Alle gesprekspartners vertellen over het uitgangspunt 'alles is revalidatie'. Een cliënt vertelt dat zorgverleners de cliënt tijdens de zorg en ondersteuning zoveel mogelijk zelf laten doen. Ze vertelt dat ze hierin ook een groot verschil ziet tussen de zorgverleners in het ziekenhuis en in de revalidatie. De cliënt noemde als voorbeeld dat in het ziekenhuis de verzorging bijvoorbeeld soms even je trui rechtekt, nadat je hem hebt aangedaan. Op de revalidatieafdeling kijkt het zorgteam of en hoe je dit ook zelf kan doen.

Zorgverleners en management vertellen dat er een pilot loopt 'lunch naar boven'. Cliënten ontbeten op de eigen afdeling en lunchten in het restaurant. Nu doen ze dit op de etage waar ook de kamers zijn. Voor de lunch en het ontbijt staan hier nu buffetten klaar. Cliënten kunnen nu zelf alles pakken en zelfstandig klaarmaken. Voorheen hielpen zorgverleners hier veel meer bij, vertellen zij. Zorgverleners vertellen dat bij dit moment nu ook een behandelaar aanwezig is, zoals bijvoorbeeld een ergotherapeut. Die kan dan ook meteen zien waar nog extra training of ondersteuning bij nodig is. Het avondeten is nog wel in het restaurant, vertellen alle gesprekspartners. De teamleider vertelt dat dit nog meer 'bediend' wordt. Cliënten vertellen dat ze geen keus hebben in het menu 's avonds. Alleen met dieetwensen houdt de organisatie rekening, vertellen het management en zorgverleners. Als cliënten iets niet lusten, dan is er geen alternatief beschikbaar. Meerdere cliënten geven aan het avondeten niet erg smakelijk te vinden. Een cliënt geeft aan dat het niet altijd te herkennen is welke groente ze eet. Dit komt door de lange bereidingswijze van het eten, vertelt zij. De manager GR geeft aan dat ze dit vaker terug hoort. De directeur wijkzorg en revalidatie vertelt dat ze het voedingsconcept op dit moment binnen de organisatie aan het herzien zijn.

De inspectie ziet dat alle afdelingen en de voordeur open zijn. Daar waar mogelijk hebben cliënten een sleutel (tag) van hun kamer, zodat deze alleen voor hen en zorgverleners toegankelijk is. Op de afdeling voor cliënten met cognitieve klachten ziet de inspectie dat de deuren altijd open zijn.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat de gangen nog niet uitnodigen voor het zelfstandig uitvoeren van de revalidatie-oefeningen. Wel zijn er langs alle muren grepen voor steun. De teamleider vertelt dat de organisatie op dit moment de

gangen aan het inrichten is om hier oefengangen van te maken. De inspectie ziet ook dat bouwvallers bezig zijn met deze herinrichting. Deze oefengangen moeten de cliënten meer uitdagen in het doen van oefeningen, vertelt de teamleider. De inspectie ziet ook enkele hometrainers staan waarop cliënten aan het oefenen zijn. De inspectie ziet dat dit gebeurt onder begeleiding van een behandelaar.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

### 4.2.1

#### *Resultaten*

##### Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners vertellen dat zij bij één cliënt onvrijwillige zorg geven. De inspectie leest in het cliëntdossier een verslag van een spoedoverleg terug. De cliënt heeft mogelijk een delier. De cliënt was erg verward, vertellen zorgverleners. In de rapportage leest de inspectie dat de cliënt ook onbegrepen gedrag liet zien. De arts en zorgverleners vertellen dat deze cliënt verdekt medicatie krijgt. Dit leest de inspectie ook terug in de rapportage. Daarnaast ziet de inspectie in het medicatie overzicht dat de cliënt psychofarmaca buiten de richtlijn krijgt. De inspectie leest dat de cliënt enkele dagen antibiotica onder dwang via een injectie kreeg. Na enkele dagen lijkt het delier op te knappen en stopt het onder dwang geven van antibiotica. De afweging over de inzet van alternatieven, zoals geen medicatie, leest de inspectie niet terug in het cliëntdossier. De inspectie leest in het cliëntdossier geen informatie of de cliënt op bepaalde zaken wilsonbekwaam was. Ook leest de inspectie niet of de cliënt onder de Wet zorg en dwang (Wzd) valt of dat zorgverleners deze zorg geven op basis van andere wetgeving.

De inspectie hoort en ziet daarentegen ook dat zorgverleners afwegingen maken die passend zijn bij de behoefte van de cliënt. Bij het opnamegesprek vullen zorgverleners een risicosignalering in. Als ze een risico constateren, dan geven de zorgverleners hier opvolging aan in het behandelplan, vertelt de kwaliteitsverpleegkundige. In een behandelplan leest de inspectie dat een cliënt bijvoorbeeld een energie en eiwitrijkdieet krijgt. Dit om spieropbouw en gewichtstoename te realiseren.

##### Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van zorgverleners dat informatie niet altijd inzichtelijk is in één cliëntdossier. Zorgverleners vertellen bijvoorbeeld dat zij informatie op verschillen plekken vastleggen. Zo is er een looplijst. Dit is een korte weergave van wat er moet gebeuren in de zorg en ondersteuning aan de cliënt. De uitgebreide informatie staat weergegeven in het cliëntdossier. In het cliëntdossier zit de afsprakenkaart en het behandelplan. De inspectie ziet dat niet alle relevante informatie in het cliëntdossier staat. In het behandelplan ziet de inspectie bijvoorbeeld niet altijd doelen voor elke zorgvraag terug. Zo ziet de

inspectie geen doel voor het gewicht bij een cliënt die hier wel een zorgvraag over heeft. Ook op de afsprakenkaart ziet de inspectie hier geen afspraak over terug. Een opdracht voor wegen ziet de inspectie wel terug op de looplijst.

Een zorgverlener (zzp'er) vertelt dat ze de rapportages leest. Ze gebruikt de looplijst voor het uitvoeren van de werkzaamheden. Zorgverleners vertellen dat de meeste invalkrachten op deze wijze werken. De inspectie ziet op de looplijst praktische zaken terug. Voorbeelden zijn het doen van controles en op welke wijze de transfer plaatsvindt. De revalidatiedoelen leest de inspectie niet terug. Een behandelaar geeft ook aan dat hierdoor bijvoorbeeld belangrijke informatie uit behandeldoelen kan ontbreken. Zoals de informatie welke zorg zorgverleners moeten bieden. Of informatie over welke handelingen tijdens de zorg de cliënt zelf moet oefenen.

Zorgverleners vertellen dat zij indien nodig twee keer per dag de looplijst bijwerken. De teamleider vertelt dat de organisatie binnenkort stopt met het werken met de looplijst. Elke zorgverlener krijgt een persoonlijke device. Dan kunnen zij direct het behandelplan en de afsprakenkaart in het cliëntdossier raadplegen. Op een afsprakenbord ziet de inspectie de komst van de nieuwe devices ook terug.

De inspectie ziet dat zorgverleners rapporteren op de doelen. Dit zijn veelal korte rapportages over hoe zelfstandig een cliënt is. Rapportages over welzijn en de beleving van de zorg leest de inspectie niet terug. Hierover ziet de inspectie ook geen doelen staan bij cliënten.

Bij de cliënt met het delier bijvoorbeeld (zie norm 2.1) leest de inspectie geen doelen terug over omgaan met haar gedrag. Ook over de verdeckte medicatie leest de inspectie geen doelen terug.

Een cliënt vertelt dat ze in huis verschillende kleine trappetjes heeft. Hiervoor ziet de inspectie geen aandacht terug in de (wens)doelen. Wel leest de inspectie in de rapportage van een behandelaar dat ze hiermee gaat oefenen.

De inspectie ziet tijdens het RO vier cliëntdossiers in. De inspectie ziet dat al deze cliënten een actueel behandelplan hebben. Tijdens het RO bespreekt het zorgteam of de doelen actueel zijn. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners eventueel doelen aanpassen, als het RO hier aanleiding voor geeft. Zo krijgt een cliënt ondersteuning bij de medicatiezorg. Zorgverleners bespreken dat de cliënt dit weer zelfstandig kan. De afspraak is dat de zorgverleners het doel aanpassen. De cliënt krijgt de medicatie weer in eigen beheer.

Tijdens het RO is de voorlopige ontslagdatum (VOD) bij elke cliënt onderwerp van gesprek. Het zorgteam past deze aan indien de VOD niet haalbaar is. De inspectie ziet dat tijdens het RO een medewerker direct een verslag in het cliëntdossier schrijft. Tijdens de inzage in cliëntdossiers ziet de inspectie deze verslagen ook terug.

### Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners vertellen dat zij niet altijd voldoende tijd hebben om de zorg volgens plan te kunnen geven. Ook cliënten geven aan dat zij soms erg lang moeten wachten, voordat een zorgverlener reageert op de bel. Een cliënt vertelt

dat dit wel eens een half uur duurt. Een andere cliënt vertelt dat ze tijdelijk incontinentiemateriaal droeg, omdat ze niet alleen naar het toilet kon. Ze moest dan soms zo lang wachten op hulp.

Zorgverleners vertellen wel dat er op het moment van het inspectiebezoek voldoende tijd en ruimte is om de zorg te geven. Dit is ook erg afhankelijk van de zorgzwaarte van cliënten geven zij aan. Op piekmomenten lukt het de organisatie niet altijd om extra ondersteuning te bieden, vertellen de zorgverleners. Op de tweede etage is de druk vaak hoger dan op de eerste etage. Het doel is dat de verschillende etage elkaar helpen bij drukte. De zorgverleners geven aan dat dit echter maar zelden lukt.

De behandelaren vertellen dat het deskundigheidsniveau van zorgverleners wisselend is. Sommige zorgverleners hebben voldoende kennis over ziektebeelden en signaleren risico's tijdig. Anderen signaleren niet altijd tijdig risico's, vertelt de behandelaar. Ook de kennis en omgang met de cliënten van neuro en revalidatie plus is wisselend, vertelt een behandelaar. De manager GR vertelt dat alle revalidatiecoördinatoren binnenkort starten met een scholing over klinisch redeneren. Zorgverleners vertellen dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het bevoegd en bekwaam blijven. Zij vertellen dat de organisatie hier scholingen voor aanbiedt.

Het management vertelt dat de organisatie op het moment van het inspectiebezoek geen zicht heeft op de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners. De organisatie zit in een overgang van systemen, waardoor dit overzicht er nu niet is. Met het nieuwe leermanagementsysteem zal er zicht komen op wie welke scholing heeft gevolgd. Ook is er dan zicht op wanneer zorgverleners scholing moeten herhalen.

Zorgverleners vertellen dat zij op eigen initiatief scholingen kunnen volgen via een digitaal leerplein. Ze geven aan dat de organisatie geen verplichte scholingen heeft. De kwaliteitsverpleegkundige vertelt dat bij aanvang van een dienstverband zorgverleners wel enkele scholingen verplicht moet volgen. Dit leest de inspectie ook terug in de documenten over scholing van Quarijn.

De inspectie leest het 'Beleid L&O1 2023-2028', dit is het scholingsbeleid van QuaRijn. Hierin leest de inspectie de visie van QuaRijn op leren en ontwikkelen terug. In het Ontwikkel-/Leerplan GR 2024-uitlopend naar 2025 leest de inspectie dat QuaRijn de afgelopen jaren te weinig aandacht besteedde aan deskundigheidsontwikkeling binnen de GR. Hierin ziet de inspectie aandacht terug voor het delen van de visie, het verbeteren van methodisch werken met andere disciplines, de 'Alles is revalidatie' scholing en de scholing voor de revalidatie coördinatoren. Ook ziet de inspectie aandacht terug voor klinische lessen en basiskennis over neurologie/cardiologie/orthopedie/cognitieve stoornissen. In reactie op het conceptrapport stuurt QuaRijn het document 2025 Q1 en T2. Hierin leest de inspectie dat klinisch redeneren een jaarlijks terugkerende training voor alle afdelingen is. Ook leest de inspectie dat verschillende afdelingen meerdere scholingen per jaar krijgen. Dit is afhankelijk van behoefte, doelgroep, casuïstiek en verandertrajecten.

#### Norm 2.4

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels** aan deze norm.

Cliënten, zorgverleners en management vertellen dat de cliënt zorg krijgt van een multidisciplinair team. In het cliëntdossier ziet de inspectie ook terug dat de zorgverleners werken met één behandelplan. Hierin stelt elke disciplines zijn eigen doelen op. Cliënten vertellen dat de intake ook gebeurt door verschillende disciplines. In het cliëntdossier ziet de inspectie ook de rapportages van alle betrokken disciplines terug.

Tijdens het RO overleg hoort de inspectie dat de verschillende disciplines de zorg met elkaar afstemmen. Zorgverleners en het management vertellen dat alle medewerkers die betrokken zijn bij de zorg, van schoonmaak tot SO, nu gezamenlijk een scholing volgen 'alles is revalidatie'. Zorgverleners vertellen dat deze scholing bijdraagt aan een betere samenwerking. Verschillende gesprekspartners geven aan dat in het verleden de samenwerking niet altijd goed verliep. De betrokken disciplines hadden niet altijd goed zicht op de werkzaamheden van elkaar, vertellen zorgverleners.

Toch geven verschillende gesprekspartners aan dat de samenwerking tussen de verschillende teams nog beter kan. Een behandelaar vertelt dat de samenwerking soms wat moeizaam verloopt tussen de behandelaren en de zorgteams. Dit komt omdat niet iedereen op de hoogte is van welke zaken er binnen de verschillende teams spelen. De dagelijkse praktijk sluit niet op elkaar aan. De samenwerking is wel al verbeterd, geeft de behandelaar aan. Met name door het bijwonen van de dagstart op de maandag en de gezamenlijke scholing over 'alles is revalidatie'.

Gezamenlijke reflectie op de geboden zorg vindt nog niet plaats, vertelt de SO. Hij vertelt wel over een overleg met de behandelaren en het management over de samenwerking. Dit is het geriatrische revalidatie organisatie overleg (GROO). De inspectie ziet notulen in van dit overleg. Hierin leest de inspectie ook terug dat de samenwerking binnen de verschillende teams nog moeilijk gaat. De inspectie leest dat de organisatie een analyse gaat doen naar de oorzaken hiervan. Verder leest de inspectie in deze notulen praktische onderwerpen. Zaken zoals DBC's, afspraken met verzekeraars en doorstroom naar de Wlz zijn onderwerp van gesprek.

### **4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid**

#### *4.3.1 Resultaten*

##### **Norm 3.1**

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels** aan deze norm.

Het management vertelt dat zij verschillende bronnen van kwaliteitsinformatie gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De inspectie hoort en leest dat er aandacht is voor het meten van de medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid en de inspraak van cliënten. Zo zijn er rondetafelgesprekken

met cliënten die in Het Zonnehuis aan het revalideren zijn. Ook cliënten vertellen dat zij hieraan deelnemen en dat zij positieve en verbeterpunten bespreken. De inspectie ziet dat alle tips vanuit de rondetafelgesprekken in een lijst staan, met daarin de acties benoemd. Zo leest de inspectie in dit overzicht bijvoorbeeld dat een cliënt de dienbladen niet fijn vindt. De organisatie onderneemt geen actie, omdat de bladen in overleg met meerdere gebruikers zijn besteld en net nieuw zijn. Een andere opmerking gaat over het ontbreken van kledinghaakjes. Deze heeft de organisatie besteld en laten ophangen. In 2024 vonden er ook twee medewerkertevredenheidsonderzoeken plaats, leest de inspectie in het Kwaliteitsbeeld 2024. Ook leest de inspectie dat er cliënttevredenheidsonderzoeken plaatsvinden.

In het Kwaliteitsbeeld 2024 leest de inspectie ook over plannen voor het jaar 2025. Deze plannen koppelt de organisatie aan de uitkomsten van ingezette acties in 2024. Zo leest de inspectie dat QuaRijn wil inzetten op passende activiteiten voor bewoners. Ook wil QuaRijn de actieve regie van mantelzorgers vergroten.

De inspectie ziet het QuaRijn jaarplan Geriatrische Revalidatie 2025 in. Hierin ziet de inspectie dat er binnen Het Zonnehuis aandacht is voor de verschillende verbeterpunten die de inspectie tijdens het bezoek ook ziet. Zo ziet de inspectie dat er een doel is 'medewerkers zijn goed in staat om met de wisselende werkdruk om te gaan' (zie norm 2.5). Acties die de inspectie ziet zijn: de dagstart op alle afdelingen, het toepassen van methodische probleemanalyse en het vieren van successen. De inspectie leest in het jaarplan geen plan-do-check-act (PDCA) systematiek terug. Het is onduidelijk hoe de organisatie de beschreven veranderingen invoert en borgt. Ook leest de inspectie niet terug óf en wanneer ze de ingezette verbeteracties evalueert en eventueel bijstelt.

De inspectie ziet dat zorgverleners in het cliëntdossier incident cliënt melding (MIC) maken. De kwaliteitsverpleegkundige vertelt dat er per afdeling een zorgverlener de MIC maandelijks verwerkt. In de teamoverleggen bespreken zij met elkaar bijzonderheden die voortkomen uit de MIC. Bij navraag geven de kwaliteitsverpleegkundige en zorgverleners aan dat er nog niet structureel een analyse plaatsvindt op trends en locatie-brede verbetermatregelen. In het overzicht wat de inspectie ontvangt ziet de inspectie een overzicht waarbij de focus met name op de aantallen ligt. Een analyse naar trends en basisoorzaken van incidenten ontbreekt. De inspectie leest in de notulen van verschillende overleggen, zoals een teamoverleg, dat uitkomsten of bijzonderheden van MIC niet aan de orde komen. Wel staat het onderwerp op elke agenda van het teamoverleg als vast punt.

De behandelaar vertelt dat behandelaren nog niet betrokken zijn bij analyse van de meldingen. Zorgverleners stellen behandelaren wel op de hoogte van individuele meldingen. In de notulen van het GROO leest de inspectie dat de organisatie meldingen ook op dit overleg wil bespreken. Daarnaast wil zij behandelaren meer betrekken bij de meldingen, leest de inspectie.

#### **4.4 Thema Continuïteit van zorgverlening**

Dit thema is niet getoetst.

## Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de geboden zorg door Het Zonnehuis voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met vier cliënten (waarvan twee al waren ontslagen);
- Bijwonen dagstart tweede etage;
- Bijwonen revalidatie overleg tweede etage;
- Gesprekken met 1 cliëntvertegenwoordiger van afdelingen;
- Gesprekken met twee uitvoerende medewerkers van afdeling en de kwaliteitsverpleegkundige van locatie;
- Gesprekken met twee behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door de locatie.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment bijwonen.

## Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Beleid Leren en Ontwikkelen\_QuaRijn
- 2024-09 Agenda VPK overleg + notulen GR\_QuaRijn
- 2024-09 tm 2025-03 TIM meldingen GR\_QuaRijn
- 2024-2025 Ontwikkel- Leerplan GR\_QuaRijn
- Beleid bekwaam is inzetbaar\_QuaRijn
- Beleid onvrijwillige zorg QuaRijn
- 2025 Jaarplan Geriatrische Revalidatie QuaRijn
- 2025 Overzicht punten vanuit rondetafelgesprekken - alle afdelingen GR\_QuaRijn
- 2025-01 Agenda VPK overleg GR\_QuaRijn
- 2025-01 tm 2025-02 Maandelijks overzicht MICC meldingen Neuro GR\_QuaRijn
- 2025-01 tm 2025-02 Maandelijks overzicht MICC meldingen Reva+ GR\_QuaRijn
- 2025-02 Agenda teamoverleg Reva+ GR\_QuaRijn
- 2025-03 Agenda teamoverleg Neuro GR\_QuaRijn
- 2025-03-11 Agenda-verslag GROO GR\_QuaRijn
- 2025-03-24 Weekstart verslag GR\_QuaRijn
- 2025-03-27 Agenda-verslag GROO GR\_QuaRijn2025-03-31 Weekstart verslag GR\_QuaRijn
- Overzicht van huidige pilots op GR\_QuaRijn
- Contextvragen op locatieniveau GR\_QuaRijn
- Trend aantallen MIC tweede etage GR\_QuaRijn

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)