



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

Rapport van het
vervolgbezoek aan De Bezige
Baarnsche Bij B.V. (Huize Brandsen)
in Baarn op 1 april 2026

Utrecht, mei 2026

V2059374

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Beschrijving Huize Brandsen 5
1.3	Actuele ontwikkelingen bij Huize Brandsen 6
2	Conclusie 8
2.1	Overzicht van de resultaten 8
2.2	Wat gaat goed 8
2.3	Wat kan beter 8
2.4	Conclusie bezoek 9
3	Vervolg 10
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Huize Brandsen verwacht 10
3.2	Vervolgacties van de inspectie 10
4	Resultaten 11
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
4.1.1	Resultaten 11
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 12
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
Bijlage 1	Methode 19
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 1 april 2026 een vervolfbezoek aan De Bezige Baarnsche Bij B.V. (Huize Brandsen) in Baarn. Het bezoek was aangekondigd.

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

1.1 Aanleiding bezoek

Op 29 september 2025 stelde de inspectie Huize Brandsen voor een periode van zes maanden onder verscherpt toezicht. Die verbetertermijn liep tot 29 maart 2026. Daarom brengt de inspectie dit vervolfbezoek op 1 april 2026, om te toetsen of Huize Brandsen voldoet aan de normen.

Voorgeschiedenis

Op 25 september 2024 bracht de inspectie een inspectiebezoek aan Huize Brandsen. De inspectie constateerde toen dat de zorg bij Huize Brandsen onvoldoende voldeed aan de getoetste normen. Zeven van de elf getoetste normen voldeden grotendeels niet. De inspectie gaf Huize Brandsen een verbetertermijn tot uiterlijk 19 juni 2025.

Op 2 juli 2025 bracht de inspectie een vervolfbezoek aan Huize Brandsen. De inspectie keek tijdens dit vervolfbezoek naar de zeven normen waaraan Huize Brandsen grotendeels niet voldeed tijdens het bezoek op 25 september 2024. De inspectie constateerde dat vijf van de zeven getoetste normen grotendeels niet voldeden. De bevindingen tijdens dit vervolfbezoek waren aanleiding voor de inspectie om op 18 september 2025 de gevolmachtigd bestuurder, de voorzitter van de raad van commissarissen (RvC), de beleidsmedewerker/projectmanager verbetering zorg (die ook de beoogd bestuurder was) en de kwaliteitsverpleegkundige van Huize Brandsen te spreken. De inspectie besprak met hen haar aanhoudende zorgen over de kwaliteit en veiligheid van zorg bij Huize Brandsen.

Op 29 september 2025 stelde de inspectie Huize Brandsen onder verscherpt toezicht voor een periode van zes maanden. Huize Brandsen moet uiterlijk op 29 maart 2026 voldoen aan de normen voor goede en veilige zorg. Dit moet Huize Brandsen doen door de tekortkomingen, zoals opgenomen in het inspectierapport van het inspectiebezoek op 2 juli 2025, weg te nemen.

Op 13 januari 2026 bracht de inspectie een tussentijds inspectiebezoek aan Huize Brandsen. De inspectie bracht dit tussentijdse bezoek om zich een beeld te vormen over de voortgang van de vereiste verbeteringen die de zorgaanbieder treft sinds Huize Brandsen onder verscherpt toezicht staat.

De inspectie keek tijdens dit bezoek naar de vijf normen die op 2 juli 2025 grotendeels niet voldeden. Tijdens het bezoek zag en hoorde de inspectie dat binnen Huize Brandsen verbeteringen in gang zijn gezet. De inspectie zag en hoorde dat Huize Brandsen verbeteringen doorvoerde op het gebied van het maken van professionele afwegingen, methodisch werken, inzicht in bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners en systematisch sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg. Sommige plannen hebben al geleid tot veranderingen en andere plannen moest Huize Brandsen nog oppakken. Tegelijkertijd zag de inspectie op alle thema's nog aandachtspunten voor verdere verbetering. De inspectie hoorde van de gesprekspartners dat zij het afgelopen half jaar veel last hadden van managementwisselingen en veranderingen in beleid. De gesprekspartners gaven aan dat zij zich hierdoor pas de laatste maanden beter konden focussen op het doorvoeren van verbeteringen. Huize Brandsen hoefde tijdens dit tussentijdse inspectiebezoek nog niet te voldoen aan alle normen. De verbetertermijn liep namelijk tot 29 maart 2026.

Samenvatting

Dit vervolfbezoek brengt de inspectie naar aanleiding van het opgelegd verscherpt toezicht na eerdere inspectiebezoeken op 25 september 2024 en 2 juli 2025. Op 29 september 2025 stelde de inspectie Huize Brandsen voor een periode van zes maanden onder verscherpt toezicht. Op 13 januari 2026 bracht de inspectie een tussentijdsbezoek aan Huize Brandsen. De inspectie brengt dit vervolfbezoek op 1 april 2026, om te toetsen of Huize Brandsen voldoet aan de normen.

Dit rapport is niet los te zien van de rapporten van de inspectiebezoeken op 25 september 2024 en 2 juli 2025. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder [publicaties](#).

1.2 Beschrijving Huize Brandsen

Huize Brandsen is een huis dat in 1946 is opgericht als ouderenpension. Huize Brandsen ligt dichtbij het centrum van Baarn. Het gebouw bestaat uit vier woonlagen. Het gebouw heeft 51 appartementen die allemaal bereikbaar zijn via de trap en één lift. De appartementen zijn van verschillende grootte. Ieder appartement bezit een eigen keukenblokje en badkamer met toilet. Enkele appartementen hebben een balkon. In het gebouw bevinden zich verschillende ontmoetingsplekken. Cliënten kunnen elkaar ontmoeten in 'de Huiskamer' en 'de Ontmoeting'. Ook is er een ruimte voor dagbesteding, een bibliotheek en een kapsalon. Om het gebouw heen ligt een gezamenlijke tuin. In de tuin staan verschillende zitjes. Sommige appartementen grenzen aan de tuin.

Huize Brandsen heeft een Raad van Commissarissen (RvC) met drie leden en een cliëntenraad.

Cliënten

Huize Brandsen biedt de cliënten huisvesting en zo nodig persoonlijke verzorging en verpleging. Alle cliënten huren een appartement. Cliënten met psychogeriatrische (PG) en/of lichamelijke zorgvragen kunnen zorg krijgen van Huize Brandsen. Ook kunnen cliënten tijdelijk in Huize Brandsen verblijven en zorg ontvangen. De geleverde zorg is op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of particulier.

Op de dag van het inspectiebezoek wonen 34 cliënten bij Huize Brandsen. Hiervan hebben 12 cliënten een Wlz-indicatie met een zorgprofiel verpleging en verzorging (VV). Vier cliënten hebben zorgprofiel 4 VV, vijf cliënten zorgprofiel 5 VV en drie cliënten zorgprofiel 6 VV. Deze cliënten ontvangen zorg op basis van een persoonsgebonden budget. Daarnaast krijgen 22 cliënten zorg gefinancierd vanuit de Zvw.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de zorg aan cliënten. Cliënten met een huisarts in Baarn houden hun eigen huisarts wanneer zij komen wonen bij Huize Brandsen. Met cliënten van buiten de gemeente Baarn overlegt de organisatie om passende huisartszorg te vinden. De organisatie werkt samen met drie verschillende huisartsenpraktijken. Huize Brandsen maakt gebruik van een vaste fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde (SO) en psycholoog. Allen zijn wekelijks (eventueel digitaal) aanwezig in Huize Brandsen.

Zorgverleners

Huize Brandsen heeft zes zorgverleners in dienst. Dit zijn: twee verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 (2 fte), twee verzorgenden-IG met deskundigheidsniveau 3 (1 fte), twee helpenden met deskundigheidsniveau 2 (plus) (2 fte).

Daarnaast maakt Huize Brandsen gebruik van een uitzendbureau dat een vaste groep uitzendkrachten levert. Verder werkt Huize Brandsen met een vaste groep van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Het gaat in totaal om één verpleegkundige deskundigheidsniveau 6 (1 fte) en drie verzorgenden-IG deskundigheidsniveau 3 (2 fte).

De organisatie zet daarnaast op projectbasis twee indicierend wijkverpleegkundigen in, via een extern bureau. Zij zorgen voor passende indicaties en geven scholingen aan de zorgverleners. Zij zijn niet betrokken in de directe zorgverlening.

De manager zorg geeft leiding aan twee teamcoaches. Zij sturen het team zorg aan en stellen de zorgplannen op. De manager bedrijfsvoering stuurt de teams huishouding, keuken, welzijn en de afdeling administratie aan.

1.3 Actuele ontwikkelingen bij Huize Brandsen

Algemene ontwikkelingen

Op 29 september 2025 vertelde de gevolmachtigd bestuurder dat de verkoop en overname van De Hofstede B.V. door een andere partij, binnen ongeveer twee tot drie weken zou plaatsvinden. Tijdens het bezoek op 1 april 2026 hoort de inspectie dat de verkoop en overname (nog) niet plaatsvond.

Op 23 november 2025 is een nieuwe bestuurder aangetreden bij De Hofstede B.V. De Hofstede B.V. (KvK 31027551) is de bestuurder van Woon Zorgflat Brandsen B.V. (KvK 58206159). Op haar beurt is Woon Zorgflat Brandsen B.V. de bestuurder van De Bezige Baarnsche Bij (Huize Brandsen, KvK 76827119).

De manager zorg werkt sinds juli 2025 bij Huize Brandsen. De manager bedrijfsvoering is sinds oktober 2025 uitgevallen en aan het re-integreren. De manager bedrijfsvoering is wel bij het inspectiebezoek van 1 april 2026 aanwezig.

De manager zorg vertelt dat Huize Brandsen naar aanleiding van het verscherpt toezicht een adviesbureau in de arm nam. Het adviesbureau begeleidt de manager zorg en de manager bedrijfsvoering bij het doorvoeren van de noodzakelijke verbeteringen. Het adviesbureau levert onder andere een projectmanager verbetering zorg.

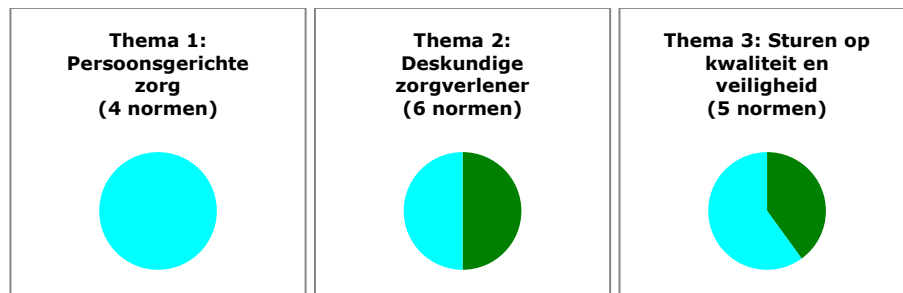
De bestuurder vertelt dat de huidige eigenaar zowel het gebouw als de organisatie wil verkopen. Daarom zijn investeringen in het gebouw nu beperkt tot noodzakelijke aanpassingen. Er is een potentiële koper, maar dit verkooptraject duurt langer dan gedacht, vertelt de bestuurder. De bestuurder vertelt dat hij de cliënten over de voortgang van dit verkooptraject informeert. Hij vertelt dat hij de cliënten ook informeert over het toezichttraject van de inspectie.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Huize Brandsen. 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. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 25 september 2024 en 2 juli 2025.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Huize Brandsen beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3
voltoet	0	3	2
voltoet grotendeels	0	0	0
voltoet grotendeels niet	0	0	0
voltoet niet	0	0	0
niet getoetst	4	3	3

2.2 Wat gaat goed

Zorgverleners maken professionele afwegingen over risico's in de zorg en werken methodisch. Zorgverleners maken individuele afwegingen over (onvrijwillige) zorg aan cliënten en leggen dit navolgbaar vast in de cliëntdossiers. Huize Brandsen investeert in opleidingen en heeft actuele overzichten van de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners.

De organisatie heeft een visie op persoonsgerichte zorg. Met haar nieuwe beleid op onvrijwillige zorg versterkt de organisatie de eigen regie van cliënten. Huize Brandsen verzamelt kwaliteitsinformatie over de zorg en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

2.3 Wat kan beter

Bij het eerste bezoek in september 2024 en het vervolfbezoek in juli 2025 waren er normen waaraan Huize Brandsen grotendeels voldeed. Daar liggen voor Huize Brandsen uitdagingen om verder te verbeteren. Zorgverleners kunnen de cliënten en hun wensen en behoeften nog beter leren kennen. Ook kunnen zorgverleners het multidisciplinair samenwerken nog verbeteren. Verder kan de organisatie de inspraak en medezeggenschap van cliënten verder versterken.

2.4 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de zorg bij Huize Brandsen voldoet aan de normen. Huize Brandsen voldoet nu aan alle vijf normen waaraan zij bij eerdere bezoeken (grotendeels) niet voldeed.

De inspectie concludeert dat Huize Brandsen gedurende de periode van verscherpt toezicht hard heeft gewerkt om de noodzakelijke verbeteringen door te voeren. Huize Brandsen heeft hiermee de tekortkomingen en risico's voor de cliëntenzorg weggenomen.

Alle gesprekspartners stelden zich tijdens het inspectiebezoek transparant, toetsbaar en lerend op. Zij zijn gemotiveerd om de kwaliteit en veiligheid van de zorg blijvend te verbeteren. De inspectie vertrouwt erop dat het management zicht houdt op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en dat zij indien nodig tijdig bijstuurt. De inspectie verwacht dat huize Brandsen de doorgevoerde verbeteringen borgt, om aan de normen te blijven voldoen.

3 Vervolg

In dit hoofdstuk leest u wat de inspectie van Huize Brandsen verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van Huize Brandsen verwacht

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De bevindingen in hoofdstuk 4 geven handvatten om aan de normen te blijven voldoen en gerichte verbetermaatregelen te nemen.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

De inspectie heeft met dit vervolgbezoek opnieuw een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij Huize Brandsen. Op basis van de bevindingen tijdens dit vervolgbezoek en bovenstaande conclusie, beëindigt de inspectie het verscherpt toezicht bij Huize Brandsen. De zorgaanbieder wordt hierover apart geïnformeerd. De inspectie blijft de borging van de doorgevoerde verbeteringen volgen via regulier toezicht.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 25 september 2024 en 2 juli 2025 beoordeelde. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt tijdens van dit bezoek.

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

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij¹ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

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 **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 aan deze norm.

Deze norm is tijdens de vervolfbezoeken **niet getoetst**.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens de verdere vervolfbezoeken **niet getoetst**.

¹ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 aan deze norm.

Deze norm is tijdens de vervolfbezoeken **niet getoetst**.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Deze norm is tijdens de bezoeken **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
 - Do: de verbeteringen uitvoeren.
 - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
 - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** op 1 april 2026 aan deze norm.

Zorgverleners vertellen dat zij nu meer aandacht hebben voor het opvolgen van metingen en afspraken.

Ze geven aan dat de zorgverleners tijdens de dagelijkse ochtendevaluatie bespreken welke metingen zorgverleners die dag moeten uitvoeren. De inspectie ziet in cliëntdossiers dat zorgverleners metingen nu volgens afspraak (of soms vaker) uitvoeren.

Tijdens het vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat niet alle zorgverleners wisten welke meetinstrumenten gebruikt werden voor het inventariseren van risico's bij cliënten. Zorgverleners vertellen dat hier nu wel aandacht voor is. Zij vertellen dat er in het cliëntdossier nu één formulier is voor het beoordelen en beschrijven van gesignaleerde risico's, zoals ondervoeding, depressie en incontinentie. Een zorgverlener vertelt dat de Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundigen (Evv'ers) dit formulier bij elk multidisciplinair overleg (MDO) invullen. Dit ziet de inspectie terug bij inzage van de cliëntdossiers. Daarin leest de inspectie ook dat de Evv'ers de gesignaleerde risico's vertalen naar een doel in het zorgplan.

In tegenstelling tot eerdere inspectiebezoeken leest de inspectie dat zorgverleners de afspraken rond de Wzd vastleggen in het cliëntdossier. Zorgverleners vertellen dat zij verbeteringen doorvoerden na een scholing van de Wzd-functionaris. De inspectie leest in een zorgplan dat de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger instemmen met de inzet van een sensor in de nacht. Een zorgverlener vertelt ook dat zorgverleners de sensor verwijderden bij een cliënt die de sensor niet prettig vond.

Het management en zorgverleners vertellen dat ten opzichte van het vorige inspectiebezoek zorgverleners de wondgenezing van cliënten nu beter monitoren. Zorgverleners vertellen dat zij een klinische les volgden over het beoordelen en rapporteren van de wondgenezing volgens een vaste methode. Eén van de zorgverleners vertelt dat Huize Brandsen sinds het vorige inspectiebezoek met een wondverpleegkundige werkt. Deze wondverpleegkundige helpt met het opstellen en evalueren van de wondplannen voor cliënten. De wondverpleegkundige komt elke week langs om de wondgenezing te beoordelen. De wondverpleegkundige maakt daar een verslag van en past zo nodig het wondplan op de wondkaart aan. De inspectie ziet een cliëntdossier in van een cliënt die wondzorg krijgt. De inspectie ziet dat de wondkaart in het cliëntdossier aanwezig is. De inspectie ziet ook dat het cliëntdossier inzicht geeft in de voortgang van de genezing van de wond. Zo ziet de inspectie foto's van de wond. Ook leest de inspectie rapportages over de wondgenezing volgens de afgesproken methode.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** op 1 april 2026 aan deze norm.

De manager zorg vertelt dat er sinds het vorige inspectiebezoek meer aandacht is voor methodisch werken. Zo organiseerde Huize Brandsen voor alle zorgverleners scholing over rapporteren.

De manager zorg en zorgverleners vertellen dat zij ook tijdens de ochtendevaluaties en teamoverleggen met elkaar spreken over methodisch werken. Dit leest de inspectie ook terug in verslagen van teamoverleg. Zorgverleners vertellen dat zij in een scholing methodisch werken leerden hoe zij moeten rapporteren. Daarnaast leerden zij ook over het rapporteren op doelen en rapporteren volgens de SOEP-methodiek.

Zorgverleners vertellen dat het de bedoeling is dat zij minimaal één keer per dag over een cliënt rapporteren. Ook is de afspraak dat zij op doelen rapporteren, geven zorgverleners aan. De inspectie leest in verschillende cliëntdossiers de rapportages. In tegenstelling tot eerdere bezoeken ziet de inspectie dat zorgverleners nu wel dagelijks rapporteren. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners op doelen rapporteren. In tegenstelling tot eerdere bezoeken ziet de inspectie dat zorgverleners ook over het welzijn van cliënten rapporteren. Zo leest de inspectie hoe een cliënt een dagje uit met familie heeft ervaren. Verder ziet de inspectie dat zorgverleners afspraken uit het zorgplan opvolgen. Zo leest de inspectie dat zorgverleners moeten rapporteren over smetplekken bij een cliënt. De inspectie ziet dat zorgverleners op meerdere dagen in de rapportage beschrijven hoe het met de smetplekken gaat.

De inspectie bekijkt in een aantal cliëntdossiers de zorgplannen. In tegenstelling tot eerdere bezoeken ziet de inspectie dat alle zorgplannen actueel zijn. Zorgverleners vertellen dat Huize Brandsen nu duidelijke afspraken heeft over de taken van de EVV'er en wie voor welke cliënten het eerste aanspreekpunt is. De manager zorg vertelt dat de EVV'ers na het vorige inspectiebezoek alle zorgplannen doornamen, aanpasten en bespraken met de cliëntvertegenwoordiger of de cliënt zelf. Hij vertelt ook dat door de scholing over methodisch werken zorgverleners nu beter weten welke doelen in het zorgplan moeten komen. Een zorgverlener vertelt dat zij nu beter op de hoogte is wat de actuele gezondheidssituatie van de cliënten is. Ze geeft aan dat het cliëntdossier opnieuw is ingericht waardoor de informatie nu overzichtelijker en makkelijker te lezen is. In tegenstelling tot eerdere inspectiebezoeken ziet de inspectie nu ook verslagen van de MDO's terug in de cliëntdossiers.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

Deze norm is tijdens de bezoeken **niet getoetst**.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** op 1 april 2026 aan deze norm.

Tijdens eerdere inspectiebezoeken constateerde de inspectie dat Huize Brandsen de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners niet volledig in beeld had.

De manager zorg vertelt dat hij nu wel actuele overzichten heeft met daarin de bevoegd- en bekwaamheden van alle zorgverleners. De inspectie ziet de overzichten van de vaste medewerkers, van de uitzendkrachten en van de zzp'ers. De inspectie ziet daarbij ook bekwaamheidsverklaringen van zorgverleners. In tegenstelling tot eerdere bezoeken leest de inspectie daarin terug wanneer de bekwaamheden getoetst zijn. Ook leest de inspectie terug wanneer de zorgverlener deze opnieuw moet toetsen. Ook vertelt de manager zorg dat hij nu wel zelf zicht houdt op de diploma's en VOG's van zorgverleners die Huize Brandsen via een bemiddelingsbureau of op zzp-basis inzet.

De manager zorg vertelt over de afspraak dat zorgverleners de scholing voor verpleegtechnische vaardigheden elke twee jaar verplicht moeten herhalen. De manager zorg vertelt dat Huize Brandsen verschillende scholingen en e-learnings aanbiedt, zoals rapporteren (SOEP), wondrapportage via de TIME-methode, medicatieveiligheid, klinisch redeneren, bedrijfshulpverlening, Wzd en verpleegtechnische vaardigheden. De manager zorg vertelt dat de coördinerend verpleegkundige bijhoudt wie welke scholing volgt. Zorgverleners vertellen dat Huize Brandsen sinds het vorige inspectiebezoek verschillende scholingen organiseerde. Ze vertellen dat zij een lijst kregen waarop staat welke e-learnings ze moeten volgen. Zorgverleners vertellen dat zij bijvoorbeeld scholing volgden over het inbrengen van een blaaskatheter, medicatieveiligheid en rapporteren.

De manager zorg en zorgverleners vertellen over de scholing over de Wzd in januari 2026. Zorgverleners vertellen dat de Wzd-functionaris deze scholing verzorgde. De Wzd-functionaris gebruikte daarbij praktijkvoorbeelden van cliënten van Huize Brandsen. De manager zorg en zorgverleners vertellen dat dit veel duidelijkheid gaf. Zij stelden vast dat Huize Brandsen op dit moment geen gedwongen zorg toepast.

Zorgverleners vertellen dat in alle diensten voldoende deskundige zorgverleners aanwezig zijn. Ze geven aan dat de zorgverleners van het bemiddelingsbureau nu ook vaste gezichten zijn geworden. Zorgverleners vertellen dat het niet meer nodig is om dubbele diensten te draaien. Zij vertellen dat er nu elke dienst minimaal één zorgverlener met deskundigheidsniveau 3 aanwezig is.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

Deze norm is tijdens de bezoeken **niet getoetst**.

Norm 2.7

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 **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens de verdere vervolfbezoeken **niet getoetst**.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze op niveau houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgmedewerkers niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** op 1 april 2026 aan deze norm.

De inspectie ziet dat Huize Brandsen per 22 september 2025 voor de Wzd als locatie is opgenomen in het openbare locatieregister.

Zorgverleners vertellen dat zij een verplichte e-learning over de Wzd volgden. Ook weten zij nu wie de Wzd-functionaris en de cliëntvertrouwenspersoon van Huize Brandsen zijn. Zorgverleners vertellen over de scholing die de Wzd-functionaris in januari 2026 gaf. Zij vertellen dat zij nu beter weten wanneer de Wzd wel of niet van toepassing is. De manager zorg en zorgverleners vertellen dat Huize Brandsen op dit moment geen cliënten heeft waarbij zij onvrijwillige zorg bieden. Zorgverleners vertellen dat zij door de scholing van de Wzd-functionaris weten welke stappen zij moeten doorlopen als onvrijwillige zorg toch nodig is. Zorgverleners vertellen verder dat de scholing van de Wzd-functionaris duidelijk maakte hoe zij (on)vrijwillige zorg moeten registeren in het cliëntdossier (zie ook norm 2.1).

In tegenstelling tot eerdere bezoeken heeft Huize Brandsen een vastgesteld Wzd-beleid. De inspectie ontvangt het 'protocol Wet zorg en dwang Wzd' uit januari 2026. De inspectie ziet dat dit protocol is voorzien van bijlagen met afspraken over het vastleggen van (on)vrijwillige zorg bij Huize Brandsen. Ook leest de inspectie wat de visie van Huize Brandsen is op (on)vrijwillige zorg.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** op 1 april 2026 aan deze norm.

De manager zorg vertelt dat Huize Brandsen naar aanleiding van de bevindingen uit het vorige inspectiebezoek een verbeterregister opstelde.

Dit deed hij samen met de kwaliteitsverpleegkundige en de projectmanager verbetering zorg (zie ook inleiding 1.3). De manager zorg vertelt dat hij dit verbeterregister gebruikt om zicht te houden op de ingezette verbeteringen. Hij vertelt dat hij de voortgang maandelijks bespreekt in het overleg met de twee teamcoaches. Ook bespreekt hij dit in het managementteam. Verder ziet de inspectie in het verbeterregister wie er verantwoordelijk is, en wanneer het punt afgerond moet zijn.

Het management vertelt dat Huize Brandsen in december 2025 een externe audit liet uitvoeren. Zij vertellen dat zij hiervoor een adviesbureau inschakelden. De inspectie leest in het verbeterregister resultaten van deze externe audit terug. De manager zorg vertelt dat Huize Brandsen nu ook interne audits doet. De manager zorg vertelt over recent uitgevoerde interne audits op het rapporteren en hygiëne.

De manager zorg vertelt dat een adviesbureau Huize Brandsen helpt om het kwaliteitshandboek op orde te krijgen. De manager zorg vertelt dat het adviesbureau aangeeft welke beleidsstukken nodig zijn. Dit pakt hij samen op met zorgverleners. De manager bedrijfsvoering vertelt dat zij ook onderdelen van het kwaliteitshandboek beschrijft en actualiseert. De inspectie ziet het 'Opnameproces Huize Brandsen versie februari 2026', dat zij recent opstelde.

Tijdens een vorig inspectiebezoek constateerde de inspectie dat zorgverleners onvoldoende zicht hadden op medicatie incidenten (met name het niet aftekenen van medicatie). Zorgverleners vertellen dat zij hier nu wel MIC-meldingen van maken, en dit ziet de inspectie ook terug. De inspectie ontvangt de kwartaalrapportages 'Incidentmeldingen Q4-2025' en 'Incidentmeldingen Q1-2026'. Daarin leest de inspectie welke acties Huize Brandsen doorvoerde naar aanleiding van MIC-meldingen over medicatieveiligheid en mobiliteit.

Zorgverleners vertellen dat er elke zes weken teamoverleg is. Zij geven aan dat zij zelf punten kunnen aandragen voor het teamoverleg. Zij vertellen dat er een verslag wordt gemaakt. Ook vertellen zij dat de manager zorg snel reageert op vragen en afspraken naar aanleiding van het teamoverleg. De inspectie leest in verslagen van teamoverleg dat er ruimte is om cliënten te bespreken. Zo leest de inspectie in een verslag van een recent teamoverleg dat zorgverleners met elkaar spraken over de specifieke benadering van twee cliënten.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Deze norm is tijdens de bezoeken **niet getoetst**.

Norm 3.4

De zorgaanbieder heeft (indien vereist) een Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)-toelatingsvergunning en een interne toezichthouder.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels niet** aan deze norm.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het vervolfbezoek op 2 juli 2025 aan deze norm.

Deze norm is tijdens de verdere vervolfbezoeken **niet getoetst**.

Norm 3.5

De zorgaanbieder regelt de inspraak van cliënten zoals bedoeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz) 2018.

Volgens de inspectie **voldeed Huize Brandsen** tijdens het eerste inspectiebezoek op 25 september 2024 **grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens de verdere vervolgbezoeken **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 door geboden zorg 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:

- Gesprek met bestuurder, manager zorg en manager bedrijfsvoering;
- Gesprek met twee zorgverleners;
- Inzage drie cliëntdossiers;
- Inzage documenten, genoemd in bijlage 2;
- Afsluitend gesprek met bestuurder en manager zorg.

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.

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Contextvragenlijst cliënten;
- Contextvragenlijst zorgverleners;
- Kwartaalrapportage incidentmeldingen Q4-2025 en Q1-2026;
- MIC-analyse ondernomen acties Q1;
- Wzd protocol versie 22 februari 2026;
- Wzd-functionaris, informatiefolder voor cliënten;
- Cliëntvertrouwenspersoon onvrijwillige zorg, informatiefolder voor cliënten;
- Reglement klachtencommissie Wzd;
- Proces van in tot uit zorg, februari 2026;
- Notulen intervisie februari 2026;
- Notulen teamoverleg 29 april 2025;
- Totaaloverzicht bevoegd en bekwaam vaste zorgverleners;
- Totaaloverzicht bevoegd en bekwaam uitzendkrachten (via bureau);
- Bekwaamheidsverklaring uitzendkracht (via bureau);
- Totaaloverzicht bevoegd en bekwaam zzp'ers;
- Bekwaamheidsverklaring zorgverlener, zzp'er.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl