



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan De Bezige Baarnsche Bij B.V.
(Huize Brandsen)
in Baarn op 25 september 2024

Utrecht, december 2024

V2054081

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Waar keek de inspectie naar 4
1.3	Beschrijving Huize Brandsen 4
1.4	Actuele ontwikkelingen bij Huize Brandsen 5
2	Conclusie 6
2.1	Samenvatting van de oordelen 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 6
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Conclusie bezoek 7
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	De vervolgacties die de inspectie van Huize Brandsen verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
Bijlage 1	Informatiebronnen 18
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 25 september 2024 een bezoek aan De Bezige Baarnsche Bij B.V. (Huize Brandsen) in Baarn. Het bezoek was onaangekondigd.

1.1 Aanleiding bezoek

Stichting Woon-Zorgflat Brandsen (kvk 60929782) is op 1 juni 2024, na een faillissement, overgenomen door De Bezige Baarnsche Bij B.V.

De reden voor het inspectiebezoek aan De Bezige Baarnsche Bij B.V. is dat deze zorgaanbieder recent veel organisatorische veranderingen onderging. De zorg voor alle cliënten en een groot deel van de zorgverleners is overgenomen door De Bezige Baarnsche Bij B.V. Deze nieuwe B.V. heeft de bestuurder gedeeltelijk overgenomen. Zowel het management, de cliënten als het personeel spreekt nog over Huize Brandsen. Daarom spreekt de inspectie in dit rapport over Huize Brandsen.

De inspectie bezoekt Huize Brandsen om te bepalen of de zorg voldoet aan wet- en regelgeving.

1.2 Waar keek de inspectie naar

De inspecteurs toetsten of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Ze verzamelden informatie door de zorg te bekijken, een rondleiding, documenten te bekijken en in gesprekken.

Zij toetsten tijdens dit bezoek vooral de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Waar de inspecteurs bij deze thema's precies naar kijken staat in een toetsingskader op www.igj.nl.

1.3 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 pantry 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 tuin. In de tuin staan verschillende zitjes. Sommige appartementen grenzen aan de tuin.

De Bezige Baarnsche Bij B.V. (Huize Brandsen) heeft als bestuurder Woon-Zorgflat Brandsen B.V. Deze B.V. heeft twee bestuurders waarvan één B.V.; de Hofstede B.V. Op de dag van het bezoek is de Raad van Commissarissen in oprichting. Er zijn drie leden, de inschrijving in de Kamer van Koophandel volgt nog. Huize Brandsen heeft 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 somatische 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 op particuliere basis middels factuur.

Op de dag van het inspectiebezoek wonen er 34 cliënten bij Huize Brandsen. Hiervan hebben veertien cliënten een Wlz-indicatie met een zorgzwaarte van 4 VV, 5 VV of 6 VV. De Wlz zorg wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget (pgb). Daarnaast krijgen zeventien cliënten zorg gefinancierd vanuit de Zvw. Drie cliënten hebben ongecontracteerde Zvw zorg, voor veertien cliënten wordt dit betaald met Zorg in Natura.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de zorg aan cliënten. Cliënten houden hun eigen huisarts. De organisatie werkt samen met acht verschillende huisartsenpraktijken. Huize Brandsen maakt gebruik van een vaste fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog. Allen zijn wekelijks (eventueel digitaal) aanwezig in Huize Brandsen.

Zorgverleners

Voor de dagelijkse aansturing is er een manager bedrijfsvoering en een manager zorg. Deze laatste functie is op dit moment vacant. De manager bedrijfsvoering geeft leiding aan vier teams. Dit zijn de teams zorg, huishouding, keuken en welzijn. Het team welzijn is een zelforganiserend team. Drie teamcoaches sturen de andere drie teams aan. In het team welzijn werken zeven medewerkers en in het team huishouding werken ongeveer acht medewerkers. Het team keuken heeft ongeveer twintig medewerkers in dienst. Het team zorg heeft tien zorgverleners in dienst. Dit zijn: twee zorgverleners met deskundigheidsniveau 4 (1,34 fte, waarvan 0,67 fte ook de teamcoach is), vier zorgverleners met deskundigheidsniveau 3 (3,19 fte), twee zorgverleners met deskundigheidsniveau 2 plus (1,52 fte), een oproepkracht met deskundigheidsniveau 2 en een zorgverlener in opleiding tot helpende (0.89 fte).

Daarnaast maakt Huize Brandsen gebruik van een vaste groep van veertien zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Twee hiervan hebben deskundigheidsniveau 4, de overige twaalf hebben deskundigheidsniveau 3. Het aantal uur dat de organisatie hen inzet is afhankelijk van de behoefte in de planning.

1.4 Actuele ontwikkelingen bij Huize Brandsen

Algemene ontwikkelingen

Gedurende de periode van het faillissement van Stichting Woon-Zorgflat Brandsen zijn twee zorgverleners en het management vertrokken. Op dit ogenblik bestaat een groot deel van de bezetting van Huize Brandsen uit zzp'ers. De organisatie is bezig met het werven van nieuwe zorgverleners in loondienst.

Ook geeft de bestuurder aan dat de eigenaar van zowel het gebouw als de organisatie de wens heeft uitgesproken om het gebouw op korte termijn te verkopen. Daarom zijn de investeringen in het gebouw op dit moment beperkt tot de noodzakelijke aanpassingen.

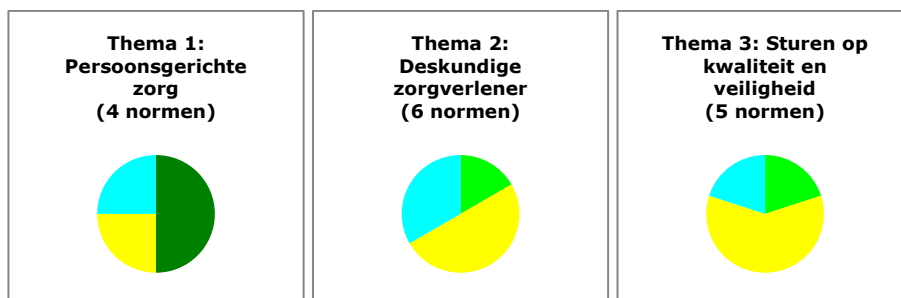
De inspectie stelde vast dat Huize Brandsen ten tijde van het inspectiebezoek niet is opgenomen in het openbare locatieregister voor de Wet zorg en dwang (Wzd).

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de oordelen. Daarna geeft de inspectie haar conclusie over Huize Brandsen.

2.1 Samenvatting van de oordelen

Onderstaande diagrammen en tabel 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
	voldoet	2	0	0
	voldoet grotendeels	0	1	1
	voldoet grotendeels niet	1	3	3
	voldoet niet	0	0	0
	niet getoetst	1	2	1

2.2 Wat gaat goed

Cliënten bij Huize Brandsen hebben inspraak in de zorg die ze krijgen. Ook kunnen ze zelf de regie voeren over het leven dat zij willen leiden. Zorgverleners stimuleren de zelfredzaamheid van de cliënten. Cliënten krijgen zorg van een multidisciplinair team van zorgverleners. Deze zorgverleners stemmen de zorg met elkaar af. Cliënten hebben inspraak in het beleid, volgens de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).

2.3 Wat kan beter

Zorgleefplanbesprekingen voor cliënten die vanuit de Zvw zorg krijgen, moeten weer plaats gaan vinden. De samenwerking tussen het bestuur en de cliëntenraad kan nog beter vorm krijgen.

2.4 Wat moet beter

Cliënten moeten op alle dagen kunnen rekenen op een passend aanbod van activiteiten. Cliënten moeten er ook vanuit kunnen gaan dat zorgverleners risico's tijdig signaleren en passend reageren. Zorgverleners moeten hierover en over de actuele toestand van de cliënt rapporteren. Daarbij moeten zorgverleners zorg verlenen volgens het zorgplan. Het zorgplan en de informatie in het cliëntdossier moeten overeenkomen met de actuele zorgvraag van de cliënt. De organisatie moet zicht hebben op de bevoegd- en bekwaamheden van de zorgverleners. Ook moet de organisatie een scholingsplan hebben voor zorgverleners. Dit plan moet passend zijn bij de zorgvragen van de cliënten die wonen in Huize Brandsen.

Daarbij moet de organisatie ervoor zorgen dat zorgverleners de zorg bieden, zoals Huize Brandsen dit omschrijft in zijn missie/visie. Huize Brandsen moet ook een Wet zorg en dwang (Wzd) beleid hebben dat passend is voor de organisatie. Het management van Huize Brandsen moet cyclisch sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

2.5

Conclusie bezoek

De inspectie toetste tijdens dit bezoek elf normen. Huize Brandsen voldoet aan vier normen (grotendeels). Aan zeven normen voldoet Huize Brandsen grotendeels nog niet. In het afgelopen jaar hebben veel veranderingen plaatsgevonden binnen Huize Brandsen. De organisatiestructuur veranderde, er zijn zorgverleners vertrokken en nieuwe zorgverleners gekomen. In de afgelopen maanden, sinds de zomer, is de rust meer teruggekeerd bij Huize Brandsen. De inspectie ziet ook dat Huize Brandsen op verschillende punten verbeteringen aan het doorvoeren is binnen de organisatie. Zo komen er kort na het inspectie bezoek nieuwe zorgverleners in dienst. Ook is er aandacht voor de tekortkomingen zoals het onvoldoende methodisch werken. De inspectie ziet echter dat het doorvoeren van de verbeteringen nog niet systematisch gebeurt. De organisatie heeft op dit moment niet voldoende overzicht op welke zaken verbetering nodig is, en wat het resultaat en de stand van zaken is van reeds ingezette verbeteringen. Interne tegenspraak in de vorm van de cliëntenraad en de RvC moet nog (meer) vorm krijgen. Dit maakt dat de inspectie nog geen vertrouwen heeft dat de organisatie zonder vervolgtoezicht de benodigde verbeteringen zal doorvoeren.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Huize Brandsen verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij doet naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgacties die de inspectie van Huize Brandsen verwacht

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De zorgaanbieder moet uiterlijk 19 juni 2025 aan de normen voldoen. De bevindingen in hoofdstuk 4 geven handvatten om gerichte verbetermaatregelen te nemen.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

De inspectie kreeg met dit bezoek een beeld van de kwaliteit en veiligheid bij Huize Brandsen. Zij gaat ervan uit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan alle normen te gaan voldoen. De inspectie zal Huize Brandsen na de verbetertermijn opnieuw bezoeken.

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 inspectie **toetste deze norm niet**.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en zorgbehoeften van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? En 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, zie je dit allemaal terug in de zorgverlening? Staan de wensen en zorgbehoeften van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie, en zijn naasten en de zorgverlener ondersteunen hierbij.

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 Huize Brandsen** aan deze norm.

Zorgverleners, cliënten (vertegenwoordigers) en de behandelaar vertellen dat de cliënt inspraak heeft in de zorg die de cliënt ontvangt.

Cliënten (vertegenwoordigers) zijn aanwezig bij het multidisciplinaire overleg (MDO) of bij het zorgleefplangesprek. In de verslagen van deze gesprekken in het cliëntdossier ziet de inspectie de aanwezigheid ook terug. Een zorgverlener vertelt dat zij het zorgplan altijd laat inzien aan de cliënt (vertegenwoordiger) voordat zij deze vastlegt in het cliëntdossier. Ook een cliënt vertelt dat een zorgverlener dit zorgplan met haar en haar dochter besprak.

Een cliënt vertelt dat zorgverleners haar wensen respecteren. Zo vertelt zij dat ze graag 's ochtends vroeg een kopje thee wil. Zorgverleners denken hier bijna altijd aan. Een andere cliënt vertelt dat zij door pijn 's nachts niet te lang in bed kan liggen. De cliënt geeft aan dat ze met zorgverleners afspraken maakt over de tijden waarop zorgverleners haar in en uit bed helpen. Zo helpen zorgverleners deze cliënt 's morgens als eerste en 's avonds als laatste. De cliënt vertelt dat zorgverleners hier bijna altijd aan denken. De inspectie ziet dat deze afspraak niet in het zorgplan staat.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners kunnen veel vertellen over de cliënten die zij verzorgen. De inspectie vraagt of zij deze informatie ophalen uit het cliëntdossier. De zorgverleners vertellen dat zij dit niet doen. Zorgverleners vertellen dat zij de cliënten leren kennen door vragen te stellen tijdens de verzorging. In het cliëntdossier ziet de inspectie wel levensverhalen terug van cliënten. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld in verschillende cliëntdossiers welke beroep cliënten vroeger uitoefenden.

De inspectie ziet dat cliënten gebruik kunnen maken van een gezamenlijke woonkamer. Hier kunnen zij activiteiten doen en 's middags eten. Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat een cliënt helpt met het afwassen. 's Middags ziet de inspectie dat er een filmmiddag is. De inspectie ziet en hoort dat dit passend is bij de wensen van cliënten. Twee cliënten maken gebruik hiervan. Andere cliënten vertellen dat zij ook regelmatig naar de filmmiddag gaan, maar vandaag niet. De inspectie hoort van gesprekspartners dat het aanbieden van activiteiten beperkt is (zie norm 3.1).

Zowel cliënten, cliëntvertegenwoordigers als zorgverleners vertellen dat één lift in het gebouw niet voldoende is. Zij vertellen ook dat de lift in het gebouw niet altijd goed functioneert. Cliënten vertellen regelmatig in de rij te moeten staan, voordat zij naar beneden kunnen. Een cliënt vertelt dat haar rolstoel soms klem komt tussen de deuren. Dit vindt zij spannend en durft daarom niet alleen met de lift. In de conceptnotulen van de cliëntenraad leest de inspectie terug dat deze problematiek bekend is bij de bestuurder. De inspectie leest in de notulen dat hiervoor geen investeringen volgen. Ook leest de inspectie niet welke andere oplossingen de organisatie hiervoor bedenkt.

Cliënten kunnen hun appartement naar eigen smaak inrichten, ziet de inspectie tijdens de rondgang. Rondom Huize Brandsen is een grote tuin. Een cliënt vertelt dat zij het jammer vindt dat de tuin niet goed toegankelijk is voor cliënten met een rollator. Een andere cliënt vindt het jammer dat als je in de tuin bent, er geen zorgverlener in de buurt is. De cliënt vertelt dat dit ervoor zorgt, dat zij minder snel van de tuin gebruik maakt.

Als reactie op het conceptrapport geeft de bestuurder aan dat de lift periodiek wordt gekeurd en dat een goedkeuringscertificaat hiervoor aanwezig is.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen** aan deze norm.

Een cliënt vertelt dat zorgverleners haar zelfredzaamheid stimuleren. Zorgverleners stimuleren haar om zelf te doen wat ze kan. Een zorgverlener vertelt dat cliënten zelf aangeven hoe zorgverleners hen moeten helpen. De zorgverlener vertelt dat zij cliënten stimuleert om zoveel mogelijk zelfstandig te doen. Zo vertelt de zorgverlener over een cliënt met gips om zijn arm.

De cliënt gaf aan dat hij niets meer zelf kon. De zorgverlener vertelt dat zij samen met de cliënt uitzocht wat hij nog wel zelf kon en waar hij hulp bij nodig had.

Verschillende zorgverleners vertellen dat er op de bezokedag geen sprake is van inzet van onvrijwillige zorg. Ook in cliëntdossiers leest de inspectie niets terug over onvrijwillige zorg. De behandelaar vertelt dat er op dit moment geen sprake is van inzet van onvrijwillige zorg bij cliënten.

In notulen van overleg van de cliëntenraad leest de inspectie dat er veel onvrede is over het eten. De inspectie leest dat de organisatie cliënten meer wil betrekken bij het samenstellen van het menu. Een cliënt vertelt dat zij in de menu commissie zit. Op dit moment stelt Huize Brandsen nog het menu samen, zo vertelt de manager bedrijfsvoering. Cliënten hebben wel altijd keuze tussen verschillende gerechten. Een cliënt vertelt dat het eten de laatste tijd beter is. Zij vindt het lekker en afwisselend.

De inspectie ziet dat zorgverleners en behandelaren aandacht hebben voor de eigen regie in de laatste levensfase van de cliënt. Zo ziet de inspectie in verschillende cliëntdossiers een wilsverklaring. Hierin staan wensen van de cliënt met betrekking tot reanimeren en bijvoorbeeld nog wel of niet behandelen met antibiotica.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zorgverleners behandelen hen met respect.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

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. Zij kunnen ook samen werken binnen het team en met andere disciplines.

Zorgverleners werken methodisch. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen 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 de verbeteringen het gewenste resultaat opleveren.
 - 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. Zij gebruiken bij de afwegingen gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

Meerdere cliëntvertegenwoordigers geven aan dat zij vinden dat zorgverleners onvoldoende inspelen op gesignaleerde risico signalen. Zo vertelt een cliëntvertegenwoordiger dat de cliënt achteruitging. Zij wilde graag contact met de psycholoog. Zorgverleners organiseerden dit niet. De cliëntvertegenwoordiger vertelt dat zij uiteindelijk zelf contact zocht met de psycholoog.

Een andere cliëntvertegenwoordiger vertelt dat zorgverleners de wond van een cliënt niet goed monitorden. Op initiatief van de cliëntvertegenwoordiger kwam er een extra controle, die leidde tot een nieuwe behandeling. In de rapportages bij deze cliënt leest de inspectie terug dat zorgverleners de wond verzorgden. De inspectie leest in de rapportages nauwelijks terug hoe het met de wond gaat. Een dag voordat de cliënt voor de extra controle naar de behandelaar gaat leest de inspectie in de rapportage wel dat de genezing van de wond minder goed verloopt.

Toch hoort de inspectie ook goede voorbeelden van het professioneel inschatten van risico's. Een zorgverlener vertelt bijvoorbeeld over een cliënt die was gevallen. De zorgverlener schakelde hulp in van een collega en de cliënt ging naar het ziekenhuis. De zorgverlener vertelt dat de cliënt haar medicatie niet adequaat innam. In de rapportage na de ziekenhuisopname leest de inspectie dat de zorgverlener een Beoordeling eigen beheer van medicatie (BEM) formulier invult. Hieruit komt naar voren dat cliënt nu wel ondersteuning krijgt bij de medicatie.

De behandelaar en een zorgverlener vertellen dat ter voorbereiding op het MDO de zorgverleners de gezondheidsrisico's opnieuw inventariseren. De inspectie ziet dit ook terug in het cliëntdossier.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat zorgverleners niet altijd methodisch werken. De manager bedrijfsvoering vertelt dat Huize Brandsen bezig is met het maken van aftekenlijsten. Hierop staan de taken die een zorgverlener moet uitvoeren bij een cliënt. De manager geeft aan dat zorgverleners het zorgplan vaak niet lezen en niet de taken uitvoeren die hierin staan. In reactie op het conceptrapport licht de bestuurder toe dat de organisatie de lijsten maakt om de overdracht en afstemming tussen collega's te vergemakkelijken. De zorgverlener die deze lijsten maakt kan niet aangeven hoe zij ervoor gaat zorgen dat de lijsten en de informatie uit de zorgplannen in het elektronische cliëntdossier blijven overeenkomen. De bestuurder geeft in reactie op het conceptrapport aan dat de organisatie deze taak nog moet beleggen. Daarbij ziet de inspectie dat de informatie in het cliëntdossier niet altijd in overeenstemming is.

Tijdens dossierinzage ziet de inspectie dat cliënten qua datum een actueel zorgplan hebben. Wel ziet de inspectie dat de informatie in het zorgplan, niet altijd overeenkomt met de zorg die de cliënt krijgt. Zo leest de inspectie in rapportages dat de wondverpleegkundige haar consult afsluit. Toch staat in het zorgplan nog dat de wondverpleegkundige betrokken is en elke drie weken de wond monitort. De inspectie leest ook in rapportages in het cliëntdossier dat de wondverpleegkundige na het afsluiten van het consult nog rapporteert over de wond.

Bij een andere cliënt is sprake van inzet van een sensor. Een zorgverlener vertelt dat deze cliënt erg wankel staat. Ook vertelt de zorgverlener dat de cliënt vaak incontinent is van ontlasting en dan uit bed stapt. Voor de veiligheid is de sensor belangrijk, vertelt ze. Deze afwegingen leest de inspectie niet terug in het zorgplan bij de inzet van de sensor.

De inspectie ziet in diverse cliëntdossiers dat zorgverleners wisselend rapporteren op de doelen uit het zorgplan.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch met elkaar te praten over wat zij goede, veilige en persoonsgerichte zorg vinden. Vanuit deze gesprekken kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn. De hoeveelheid zorgverleners en de deskundigheid van de zorgverleners past bij de cliënten en hun zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

De manager bedrijfsvoering vertelt dat er nog geen opleidingsplan is. In de afgelopen periode, sinds de overname op 1 juni 2024, hebben geen scholingen plaatsgevonden. De manager bedrijfsvoering vertelt dat de organisatie op dit moment bezig is met het in kaart brengen van de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners. Dit overzicht is er nu niet, omdat door de overname alle personeelsgegevens verloren zijn gegaan, zo licht de manager bedrijfsvoering toe. Ook moet de organisatie voor alle zorgverleners nieuwe Verklaringen Omtrent het Gedrag (VOG) aanvragen. Deze heeft de organisatie nog niet binnen voor alle zorgverleners, vertelt de manager bedrijfsvoering.

In notulen van overleg van de cliëntenraad leest de inspectie dat cliënten niet altijd de zorg ontvangen die zij wel zouden moeten krijgen. Ook de manager bedrijfsvoering vertelt dat zorgverleners niet altijd de zorg volgens het zorgplan geven (zie ook norm 2.2). De behandelaar en cliëntvertegenwoordigers vertellen dat zij de deskundigheid van een verpleegkundige deskundigheidsniveau 6 nu missen. Cliëntvertegenwoordigers vertellen dat zij soms zelf zaken moeten signaleren en oppakken. Terwijl zij vinden dat dit bij de taken van de zorgverleners hoort (zie norm 2.1). Ook de behandelaar vertelt dat zij zich de afgelopen periode zorgen maakte over het deskundigheidsniveau van zorgverleners. Daarom heeft zij de frequentie van haar visites verhoogd. Zij loopt nu wekelijks visite in plaats van éénmaal in de twee weken. Zij geeft wel aan dat het nu beter gaat.

Een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 4 maakt nu de zorgplannen voor alle Zvw-cliënten. Dit doet zij in samenspraak met de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde (SO), vertelt de manager bedrijfsvoering. De manager bedrijfsvoering vertelt dat in er in november 2024 een verpleegkundige met deskundigheidsniveau 4 start.

De inspectie ziet dat Huize Brandsen moeite heeft om alle diensten in het rooster te vullen. In het rooster ziet de inspectie dat het in september regelmatig voorkomt dat zorgverleners op dezelfde dag een korte ochtend en een avonddienst doen. De planner vertelt dat dit kwam door de vakanties van de vaste zzp-ers. In oktober en november heeft zij meer personeel om in te plannen. De planner vertelt dat er vanaf november een nieuwe vaste medewerker voor de avonden in dienst komt. Hierdoor kan de planner minder zzp-ers inzetten. Zorgverleners vertellen dat zij tijd genoeg hebben om de zorg aan de cliënt te geven.

Norm 2.6

Zorgverleners werken volgens afspraken in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair. Zij schakelen op tijd specifieke deskundigen in. Deze deskundigen kunnen al binnen organisatie werken. Als het nodig is kunnen zorgverleners samenwerken met deskundigen van buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels** aan deze norm.

De behandelaar, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners vertellen dat zij in de zorg aan cliënten samenwerken met meerdere disciplines. Bij alle cliënten met een Wlz-indicatie is de SO en de psycholoog betrokken. Deze betrokkenheid ziet de inspectie ook terug in het cliëntdossier. Bij meerdere cliënten ziet de inspectie ook de inzet van de fysiotherapeut terug. Een cliëntvertegenwoordiger vertelt over de inzet van een diëtist.

Van alle gesprekspartners hoort de inspectie dat de betrokken disciplines bij het MDO aanwezig zijn. Afspraken stemmen zij dan af, dit leest de inspectie ook terug in de rapportage van de behandelaar en zorgverleners in het cliëntdossier.

Een zorgverlener vertelt dat het MDO bij cliënten met een Zvw-indicatie plaatsvindt met de eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV) en de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. De zorgverleners halen van tevoren informatie op bij de huisarts. De manager bedrijfsvoering vertelt dat doordat cliënten verschillende huisartsen hebben, een MDO met aanwezigheid van de huisarts moeilijk te organiseren is. Een zorgverlener vertelt dat op dit ogenblik de zorgleefplanbesprekingen van de cliënten met een Zvw-indicatie niet plaatsvinden.

Toch hoort de inspectie ook dat zorgverleners niet altijd tijdig andere disciplines inschakelen (zie ook norm 2.1).

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg verlenen en zorgen dat de zorg goed blijft begint bij goed besturen van de organisatie. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, regelen de samenwerking en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer. Zorgverleners kunnen nadelige gevolgen van die risico's niet altijd voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder geeft aan dat er nog geen vastgesteld Wzd-beleid is. De inspectie ontvangt het document 'vrijheidsbeperkende maatregelen' van Huize Brandsen. Dit is het document van de vorige organisatie, geeft de bestuurder aan.

De bestuurder geeft aan dat de organisatie dit document nu gebruikt, samen met een document waarin informatie staat over de cliënt vertrouwenspersoon. De inspectie ziet dat in het document 'vrijheidsbeperkende maatregelen' Huize Brandsen de verouderde term 'BOPZ' nog gebruikt. Ook staat in het document dat de organisatie het document moet herzien.

De manager bedrijfsvoering vertelt dat er op dit ogenblik nog geen (interne) audits plaatsvinden. In het verleden had de organisatie een keurmerk van een kwaliteitsinstituut. De manager bedrijfsvoering vertelt dat deze nu is verlopen. Daarnaast vertelt zij dat Huize Brandsen niet op systematische wijze controleert of zorgverleners werken volgens de afspraken. De manager bedrijfsvoering geeft aan dit dat wel één van de taken van de manager zorg gaat worden. Van een zorgverlener hoort de inspectie ook een voorbeeld terug dat systematische controle om de veiligheid van cliënten te borgen soms ontbreekt. De zorgverlener vertelt dat op elke etage een noodbox hangt. Hierin zit onder andere een saturatiemeter. Toen zij deze box nodig had, bleek dat de box niet compleet was. Na dit incident controleerde de zorgverlener zelf alle boxen op de afdelingen. Toen bleek dat meerdere boxen niet compleet waren. De zorgverlener heeft dit verholpen. Echter maakte zij hier geen melding van, vertelt zij.

In gesprek met zorgverleners hoort de inspectie dat de missie en visie van Huize Brandsen 'de cliënt centraal' is. Op de website leest de inspectie dat Huize Brandsen de bewoners wil ondersteunen om zo zelfstandig mogelijk te leven, waarbij welzijn een belangrijk onderdeel vormt. Dit uitgangspunt ziet en hoort de inspectie nog niet altijd terug tijdens het bezoek. De inspectie hoort tijdens het bezoek bijvoorbeeld dat er niet elke dag welzijnsactiviteiten zijn. Zo hoort de inspectie van de manager bedrijfsvoering en zorgverleners dat er in de avonden en op zondag geen welzijnsmedewerker aanwezig is. Op maandag t/m vrijdag is er tussen 09:00-17:00 een welzijnsmedewerker aanwezig in de gezamenlijke woonkamer. Op zaterdag is dit tot 14:00 en op zondag is er geen welzijn medewerker aanwezig. Op de momenten dat er geen welzijnsmedewerker aanwezig is, is de gezamenlijke woonkamer gesloten. De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat zij de inzet van welzijn op deze momenten missen. Van de cliëntenraad hoort de inspectie dat cliënten op die momenten wel behoefte hebben aan begeleiding en een dagstructuur. Daarbij leest de inspectie in rapportages terug dat cliënten de dagbesteding in de woonkamer

prettig vinden. Ook een cliëntvertegenwoordiger vertelt over een cliënt die behoefte heeft aan structuur en het dag en nachtritme anders door elkaar haalt.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

De manager bedrijfsvoering vertelt dat de organisatie op dit ogenblik niet systematisch kwaliteitsinformatie verzamelt om te sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De manager bedrijfsvoering vertelt wel dat zij veel spreekt met cliënten en zorgverleners. Deze gesprekken gebruikt zij als informatie om verbeteringen door te voeren. De manager bedrijfsvoering vertelt dat ze de informatie en ingezette verbeteringen niet navolgbaar vastlegt. Wel zijn ze regelmatig onderwerp van gesprek met de bestuurder en zorgverleners, vertelt ze.

Ook in conceptnotulen van overleg van de cliëntenraad leest de inspectie dat er geen navolgbare informatie is over het sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie leest dat de cliëntenraad hierover informatie mist. Ook mist zij informatie over Melding Incident Cliënt (MIC). De manager bedrijfsvoering vertelt dat in het verleden de organisatie wel analyse deed naar MIC-meldingen en hier trends uithaalde maar dat dit op dit moment niet gebeurt. De manager bedrijfsvoering vertelt dat dit wel weer in de planning staat. De manager bedrijfsvoering vertelt dat zorgverleners wel meldingen doen. De inspectie ziet ook enkele meldingen terug in verschillende cliëntdossiers. Echter vertelt een zorgverlener over een valincident, waarover zij een melding deed. Deze melding ziet de inspectie niet terug in desbetreffend cliëntdossier.

De manager bedrijfsvoering vertelt dat zij begin juni 2024 een enquête hield onder cliënten en hun eerste contactpersoon. De inspectie ontvangt het verslag met de uitkomsten van deze enquête. Hierin leest de inspectie dat cliënten aangeven welke punten zij graag verbeterd zouden zien. Dit gaat onder andere over de maaltijden, betere afstemming tussen zorgvraag en geboden zorg en een tweede lift, zo leest de inspectie.

Zorgverleners en de manager bedrijfsvoering vertellen dat het laatste teamoverleg enkele maanden geleden was. De inspectie leest in een verslag uit juli 2024 dat onderwerp van gesprek de invoering van de ADL aftekenlijsten is en werken volgens de gedragscode.

Norm 3.3

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

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 3.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels niet** aan deze norm.

De Bezige Baarnsche Bij B.V. heeft een aanvraag gedaan voor een Wtza-vergunning, vertelt de bestuurder. De inspectie ziet in de aangeleverde documenten dat de organisatie zich wel als nieuwe zorgaanbieder aanmeldde maar nog geen Wtza-vergunning aanvroeg. De bestuurder geeft aan dat hij dacht dat dit met de aanmelding als nieuwe zorgaanbieder geregeld was. Hij vertelt dit direct op te pakken. De inspectie ontvangt enkele dagen na het inspectiebezoek alsnog een bevestiging van de aanvraag voor de Wtza-vergunning.

De manager bedrijfsvoering vertelt dat De Bezige Baarnsche Bij B.V. bezig is met de oprichting van een Raad van Commissarissen. Dit hoort de inspectie ook van de cliëntenraad terug. De bestuurder vertelt dat de eerste formele vergadering van de RvC in november plaatsvindt.

Norm 3.5

De zorgaanbieder regelt de inspraak van cliënten zoals bedoeld in de Wmcz 2018.

Volgens de inspectie **voldoet Huize Brandsen grotendeels** aan deze norm.

De inspectie spreekt met verschillende leden van de cliëntenraad van Huize Brandsen. Zij geven aan dat er inspraak is binnen Huize Brandsen. Een lid vertelt dat de cliëntenraad een lid voor de Raad van Commissarissen heeft voorgedragen.

De leden van de cliëntenraad geven aan dat het bestuur hen niet altijd goed informeert. Zo waren er bijvoorbeeld vragen over het organogram en het aantal vacatures. Hierop kreeg de cliëntenraad geen antwoord. In de notulen van het overleg tussen de cliëntenraad en het management leest de inspectie deze vragen niet terug. In reactie op het conceptrapport geeft de bestuurder aan dat hij dit niet herkent.

Bijlage 1 Informatiebronnen

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. Daarna beoordeelt de inspectie of de geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zij gebruikte om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek gebruikte de inspectie de volgende informatiebronnen:

Gesprekken met twee cliënten;

- Gesprekken met drie cliëntvertegenwoordigers;
- Gesprekken met drie uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met één behandelaar;
- Gesprekken met het management(team);
- Vier cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door de locatie.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Overzicht medewerkers + FTE + niveau;
- Overzicht bewoners IGJ;
- Uitslag enquête 06-06-2024;
- MIC procedure WI;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen;
- Cliëntvertrouwenspersoon WZD;
- Concept notulen vergadering CR – DBBB;
- Rooster september 2024;
- Brief aan medewerkers over zorguitsplitsing en gedragscode;
- Bevestigingsmail aanmelding als nieuwe zorgaanbieder;
- Bevestigingsmail aanmelding vergunning Wtza.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl