



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting PollyWood, locatie Nijeveen en
Zuidwolde
**op 8 december 2022 en
20 februari 2023**

Utrecht, mei 2023

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Taak inspectie 4
1.2	Aanleiding bezoek 4
1.3	Aanpak 5
1.4	Beschrijving PollyWood 5
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 7
2.4	Wat moet beter 7
2.5	Eindconclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 9
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Stichting PollyWood verwacht 9
3.2	Vervolgacties van de inspectie 9
4	Resultaten 10
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 10
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 13
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.4	Thema Medicatieveiligheid 18
Bijlage 1	Methode 19
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 21

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 8 december 2022 een onaangekondigd bezoek aan Stichting PollyWood, locatie Nijeveen en Zuidwolde. Op 20 februari 2023 bracht de inspectie een aangekondigd bezoek aan locatie Zuidwolde.

1.1 Taak inspectie

De inspectie ziet toe op goede zorg. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. Wij houden onder andere toezicht door het brengen van inspectiebezoeken. Hierbij beoordeelt de inspectie of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals voorgeschreven in wetten, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Wij stimuleren en agenderen waar het kan en handhaven waar nodig. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

1.2 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Stichting PollyWood (verder in dit rapport: PollyWood) om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving.

Op 16 januari 2019 en 31 mei 2022 bracht de inspectie een bezoek aan PollyWood. Tijdens deze bezoeken toetste de inspectie op randvoorwaarden voor goede en veilige zorg. De inspectie concludeerde dat PollyWood niet voldeed aan een aantal randvoorwaarden. Daarom verzocht de inspectie PollyWood om verbetermaatregelen te treffen en de inspectie hierover schriftelijk te informeren.

De inspectie bezoekt Stichting PollyWood op 8 december 2022 opnieuw onaangekondigd naar aanleiding van een melding. Deze melding riep de vraag op of Stichting PollyWood voldoende verbetermaatregelen heeft genomen om de zorg op orde te brengen.

De inspectie bezoekt de locatie in Nijeveen en Zuidwolde om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Tijdens het bezoek aan locatie Zuidwolde laat de bestuurder weten verbaasd te zijn dat de inspectie juist in deze week op bezoek komt. Hij vertelt dat hij de inspectie per brief had laten weten dat deze periode vanwege een verhuizing niet zou uitkomen. Vanwege de verhuizing zitten de zorgdossiers van cliënten nog elders in verhuisdozen. Er zijn geen digitale dossiers waardoor onder andere de normen over dossiervorming niet kunnen worden getoetst. De inspectie heeft de brief van de bestuurder over de verhuizing niet ontvangen.

Op 20 februari 2023 bezocht de inspectie PollyWood nogmaals om de cliëntdossiers te toetsen en om met de bestuurder te spreken over een recente melding. Tussen 8 december 2022 en 20 februari 2023 zijn meldingen gedaan aan de inspectie over gedragingen van zorgverleners richting cliënten.

1.3

Aanpak

De inspectie gebruikt voor dit bezoek het bezoekinstrument voor kleine en nieuwe zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg. Dit instrument is afgeleid van het [Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben](#). Dit kader is gebaseerd op wet- en regelgeving, veldnormen (gemaakt door beroepsorganisaties), professionele standaarden en het [Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg](#). Het toetsingskader bestaat uit vier thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverleners en sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid. Per thema beoordeelt de inspectie welke zorg goed is, beter kan of beter moet.

Voor de bezoeken aan zeer kleine zorgaanbieders gebruikt de inspectie een bezoekinstrument afgeleid van het toetsingskader.

Tijdens het bezoek ontving de inspectie enkele documenten (bijlage 3) en verzamelden informatie tijdens een rondleiding. Ook sprak de inspectie met:

- de bestuurder van Stichting PollyWood;
- drie zorgverleners;
- een medewerker kwaliteit;
- een vrijwilliger;
- twee cliënten;
- gedragsdeskundige;
- een mentor van cliënten;
- een ex-mentor van cliënten.

1.4

Beschrijving¹ PollyWood

Locatie

Stichting PollyWood is gestart met zorgverlening in januari 2014. Tijdens het inspectiebezoek op 8 december 2022 is in dezelfde week de definitieve verhuizing van alle administratie uit de locatie Oldemarkt naar Zuidwolde.

De locatie in Zuidwolde is een rustig gelegen hotel en dagbestedingslocatie en is bewoond sinds augustus 2022. Naast de cliëntkamers zijn vier hotelkamers beschikbaar voor gasten en een eetzaal voor gasten.

De zorgaanbieder levert persoonlijke verzorging en begeleiding aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. In het hotel woont ook één van de drie bestuurders met zijn gezin.

Cliënten

Op de locatie wonen acht cliënten tussen de 18 en 54 jaar. De cliënten zijn geïndiceerd voor de zorgprofielen VG-05 en VG-06 en GGZ-3C. De cliënten hebben een eigen appartement of kamer. Een cliënt woont in een portacabin op het terrein bij een voormalige dagbestedingslocatie van PollyWood in Nijeveen.

Team en aansturing

Het team zorgverleners bestaat uit tien zorgverleners, tien vrijwilligers, en vier ZZP'ers. De drie bestuurders sturen de locaties aan.

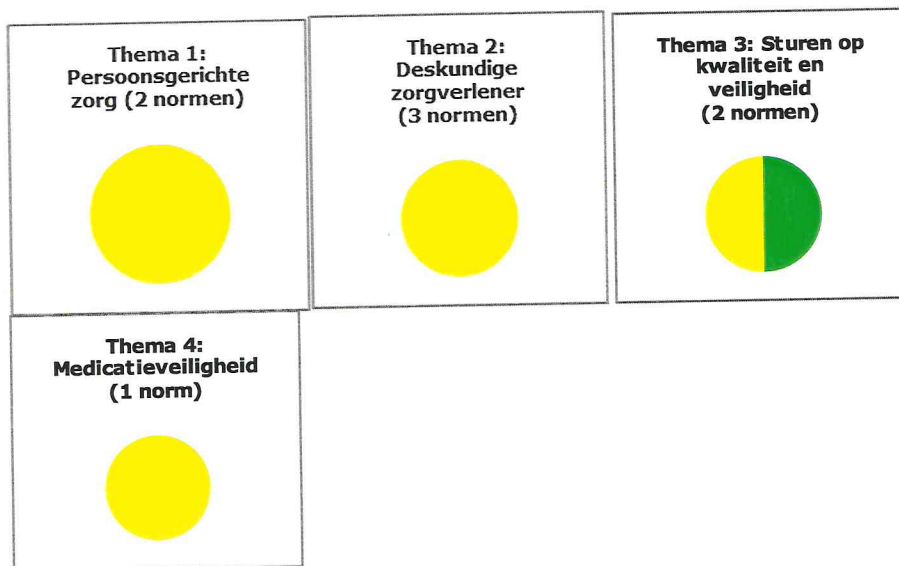
¹ Deze informatie is aangeleverd door de zorgaanbieder en bewerkt door de inspectie.

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 Stichting PollyWood. 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 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Stichting PollyWood beoordeelt.



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

2.2 Wat gaat goed

Er is bij PollyWood een eerste aanzet om bepaalde aspecten van tekortkomingen op te pakken. De inspectie ziet dat PollyWood na het bezoek in mei 2022 stappen heeft gemaakt in het verhogen van de deskundigheid. Zo startte in mei 2022 een psychologisch consulent twee dagdelen per week om de zorgverleners te ondersteunen. In juni 2022 startte een gedragsdeskundige voor een dag per week om begeleidingsplannen op te stellen. Het contract van de gedragsdeskundige werd na een aantal maanden uitgebreid naar twee dagen per week. Tijdens het bezoek van 8 december 2022 vertelt de bestuurder dat hij van plan is twee verzorgenden in dienst te nemen.

2.3 Wat kan beter

Registeren medicatie en medicatieveiligheid

Het is van belang dat medicatie direct na verstreken wordt afgetekend en actuele verdeellijsten aanwezig zijn. PollyWood moet haar medicatiebeleid en de uitvoering daarvan in lijn brengen met de Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg (VGN juli 2020).

2.4 Wat moet beter

Dossiervoering op orde

Om de voortgang van de zorg van alle cliënten goed te volgen is het van belang dat de dossiervoering op een geordende wijze plaatsvindt en dat zorgverleners consequent over de voortgang schriftelijk rapporteren. Zo kunnen zorgverleners tijdig inspelen op veranderingen bij cliënten. PollyWood heeft plannen om een elektronisch cliëntendossier in te richten waarin zorgverleners dagelijks rapporteren. Deze plannen hebben nog niet geleid tot het door PollyWood gewenste resultaat. Hierdoor zijn zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers volledig afhankelijk van de (veelal mondelinge) informatie die de bestuurder hen geeft. De wijze van dossiervoering bemoeilijkt het bijhouden van de voortgang op de doelen. De huidige wijze van dossiervoering leunt te sterk op de bestuurder wat de continuïteit van zorg kwetsbaar maakt. PollyWood moet de dossiervoering zo snel mogelijk op orde brengen.

Deskundigheid personeel laten aansluiten op de zorgbehoefte

De bestuurder geeft aan dat cliënten met een actieve verslaving of zware gedragsproblematiek niet bij PollyWood in zorg kunnen komen omdat PollyWood daar niet de expertise voor in huis heeft. Toch constateert de inspectie dat PollyWood meerdere cliënten met verslavingsproblematiek of zware gedragsproblematiek in zorg heeft.

Voor cliënten met een gedragscomponent in hun indicatie heeft PollyWood in juni 2022 een gedragsdeskundige in dienst genomen maar tijdens het bezoek van de inspectie in december 2022 blijkt dat zij een cliënt met psychische problemen en verslavingsproblematiek nog nooit heeft gezien of gesproken.

De inspectie constateert dat de deskundigheid van de zorgverleners en vrijwilligers die bij PollyWood werken onvoldoende aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënten. Het is nodig dat PollyWood op korte termijn stappen neemt om deze situatie te veranderen.

Implementeren van de Wzd

Het is van belang dat zorgverleners meer kennis hebben over de toepassing van de Wet zorg en dwang (Wzd), zodat zij weten wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg. Het is belangrijk om de deskundigheid op peil te brengen zodat zorgverleners in bepaalde situaties de juiste inschatting kunnen maken of zij cliënten in hun vrijheid (zouden moeten) beperken. Het toedienen van medicatie zonder dat de cliënt hier weet van heeft mag alleen als het stappenplan Wzd is doorlopen en de maatregel is vastgelegd.

VOG

PollyWood moet voor alle zorgverleners en vrijwilligers voor aanvang van hun werkzaamheden in het bezit zijn van een geldige VOG² die past bij het type werkzaamheden.

² Verklaring Omtrent het Gedrag

Registreren en leren van incidenten

Stichting PollyWood maakt geen gebruik van een incidentenregistratiesysteem, individuele incidenten worden wel in het team besproken. Door gebeurtenissen te registreren én te analyseren, kan PollyWood trends zien en mogelijk incidenten voorkomen of verminderen.

Persoonsgerichte zorg

De bestuurder geeft aan maatregelen te nemen om fysiek of verbaal geweld richting cliënten te voorkomen maar moet zich nog bewuster worden van hoe bepaalde gedragingen of woorden op hen overkomen. Zorgverleners van PollyWood geven cliënten veel ruimte voor eigen regie. Als een cliënt die zorg weigert of als deze een gevaar voor zichzelf vormt verwacht de inspectie dat zorgverleners hun professionele verantwoordelijkheid nemen.

2.5

Eindconclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de geboden zorg op Stichting PollyWood (grotendeels) niet voldoet aan zeven van de acht getoetste normen.

De inspectie hoort dat de cliënten tevreden zijn over hun woonruimte en dat zij veel ruimte hebben voor eigen regie. Zorgverleners kennen de cliënten goed.

PollyWood zorgt voor cliënten met uiteenlopende, vaak intensieve, zorgbehoeften. Het is van belang dat deze cliënten de juiste zorg en begeleiding krijgen. De bestuurders en het zorgteam hebben niet de juiste opleiding en achtergrond om hierin te voorzien.

De inspectie is van mening dat Stichting PollyWood gedurende het gehele inspectietraject onvoldoende verbeteringen heeft getoond op de tijdens de bezoeken geconstateerde tekortkomingen. De bestuurder geeft tijdens de bezoeken van de inspectie ontwijkende, onvolledige en/of tegenstrijdige antwoorden. Ondanks herhaaldelijke verzoeken van de inspectie en toezeggingen van de bestuurder worden de door de inspectie gevraagde documenten niet of buiten de termijn aangeleverd.

Om deze redenen heeft de inspectie op dit moment onvoldoende vertrouwen in de wijze waarop Stichting PollyWood de vereiste verbeteringen in kwaliteit en veiligheid van zorg realiseert en borgt. De inspectie zal de ontwikkelingen binnen PollyWood daarom nauwlettend volgen.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Stichting PollyWood verwacht en binnen welke termijn. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Stichting PollyWood verwacht**

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

In het voorliggende rapport staan bij de resultaten meerdere aspecten beschreven die als tekortkoming worden gezien omdat zij niet in lijn zijn met de huidige wet- en regelgeving en/of richtlijnen. PollyWood moet verbeteracties inzetten op deze tekortkomingen om te komen tot goede zorg. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder op alle normen waaraan tijdens de bezoeken van 8 december 2022 en 20 februari 2023 niet werd voldaan, de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt. Dit zijn de normen die in dit rapport als geel en rood zijn aangeduid. De inspectie verwacht dat PollyWood vóór 1 september 2023 komt tot de nodige verbeteracties voor de normen die (grotendeels) niet voldoen. Dit zijn de normen die in dit rapport als geel en rood zijn aangeduid.

Op 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden. De inspectie gaat ervan dat Stichting PollyWood haar organisatie inricht volgens de vereisten uit deze wet. Meer informatie over deze wet is te vinden op www.toetredingnieuwezorgaanbieders.nl.

De inspectie verwacht dat Stichting PollyWood verbetermaatregelen zo nodig ook op nieuwe locaties treft.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

Gelet op de constatering in dit rapport, concludeert de inspectie dat er sprake is van tekortkomingen in de wijze waarop PollyWood de zorg verleent en de zorgverlening heeft georganiseerd. De inspectie wil daarom op korte termijn een bestuursgesprek voeren met het bestuur van PollyWood om te bespreken hoe PollyWood deze tekortkomingen gaat oplossen. Op basis van dit gesprek 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:

- Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Licht groen: 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 hij 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.

Resultaten

Norm 1

Zorgverleners kennen het verhaal, de zorgbehoefte en de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en passen de zorg en benadering hierop aan.

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort dat de cliënten vanaf augustus 2022 zijn gaan wonen op de locatie in Zuidwolde. De psychologisch consulent vertelt dat sommige cliënten de verhuizing spannend vonden, maar ook leuk. De verhuizing is goed gegaan voor de cliënten, zo vertelt de bestuurder. Op de locatie zijn ook vier hotelkamers. De bestuurder vertelt dat de cliënten mee kunnen helpen, bijvoorbeeld met het dekken van tafels. Ze kunnen ook kiezen voor andere dagbesteding, zoals sleutelen aan auto's, schoonmaken of groenvoorziening.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat cliënten de laatste jaren meerdere keren zijn verhuisd. Cliënten hebben gewoond op locaties in Wanneperveen, Nijeveen, Oldemarkt en Zuidwolde. Een voorgenomen verhuizing naar een hotel ging vanwege een brand niet door, zo hoort de inspectie van een voormalig mentor. Zij vertelt dat haar cliënt hier erg boos over was. Hij is in deze boze bui gaan fietsen, zij vermoedt dat hij toen dronken was. Tijdens deze fietstocht is deze cliënt gevallen en heeft hij zijn kaak gebroken zo vertelt zij aan de inspectie.

De bestuurder en een zorgverlener vertellen over het karakter en de gebruiken van een cliënt. De inspectie leest dit terug in het ontwikkelingsbeeld van de cliënt in zijn zorgplan.

Een van de cliënten woont op 25 kilometer afstand van Zuidwolde in een portacabin op het terrein van een (voormalig) dagbestedingslocatie van PollyWood. De bestuurder vertelt dat deze cliënt ook bij een andere zorgaanbieder in een portacabin woonde en hij dit prettig vond. Daardoor heeft cliënt de mogelijkheid om eigen regie te hebben over zijn leven. PollyWood heeft via het zorgkantoor ook een portacabin gekregen voor deze cliënt. PollyWood heeft de aansluitingen van water, elektra en riool aangelegd, zo vertelt de bestuurder. De bestuurder of andere zorgverleners praten elke dag een uur met hem. Ook bellen zij hem regelmatig. Een van de algemeen bestuurders, die als werkmeester voor PollyWood werkt, woont op deze locatie. Hij gaat dagelijks bij hem kijken, zo hoort de inspectie van de bestuurder.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat cliënten en zorgverleners vriendelijk met elkaar omgaan. De inspectie ziet dat de bestuurder en een cliënt grapjes tegen elkaar maken. De cliënt geeft aan dat hij kan kiezen hoe hij zijn dagen invult.

De bestuurder vertelt dat hij zich sinds een half jaar zorgen maakt over de verandering in gedrag van een cliënt. De bestuurder vertelt dat de cliënt boos is omdat hij geen auto heeft. De bestuurder heeft voorgesteld een voertuig te kopen dat zonder rijbewijs kan worden bestuurd, maar dat wilde de cliënt niet. Uit frustratie heeft hij onlangs 's avonds in het donker op de openbare weg gelopen. De bestuurder heeft hem toen van de weg gehaald.

De cliënt wil niet met de gedragsdeskundige praten, zo hoort de inspectie van de bestuurder op 8 december 2022. Ook wil hij niet meewerken aan een nieuwe indicatiestelling. De bestuurder heeft voor volgende week een overleg gepland met de mentor van de cliënt. De inspectie hoort van de cliënt dat hij zich verward en verwaarloosd voelt. Hij ligt veel op bed onder de dekens. De inspectie ziet in de directe leefomgeving van de cliënt dat daar een schuur staat. Daar ziet de inspectie onder meer een aantal bokszakken hangen waar de cliënt kan sporten, naar eigen zeggen om zo warm te blijven. Tijdens het bezoek aan deze cliënt was er geen zorgverlener aanwezig in zijn nabijheid. De bestuurder vertelt dat de cliënt er zelf voor kiest om apart van de andere cliënten te wonen. De bestuurder geeft desgevraagd aan dat hij vanwege risico's voor de cliënt van plan is een GGZ behandeling voor de cliënt te gaan inzetten bij 's Heeren Loo. De bestuurder vertelt dat de cliënt ook staat aangemeld voor een traject bij verslavingszorg maar dat hier een lange wachttijd voor is. Tijdens het herbezoek op 20 februari vertelt de bestuurder dat 's Heeren Loo geen behandelaar ter beschikking wil stellen en dat zij nu een CCE-consultatieaanvraag starten om de cliënt te ondersteunen. Dit ziet de inspectie ook terug in een nagestuurde email.

De mentor van deze cliënt vertelt de inspectie dat deze cliënt bij andere zorginstellingen vaak is afgewezen vanwege zijn problematiek en drugsgebruik. Zij heeft wekelijks, soms bijna dagelijks, contact met hem. Het wonen in de portacabin is volgens haar voor nu het meest haalbare voor deze cliënt. Zij heeft geen weet van de afspraken die PollyWood met hem heeft gemaakt rondom de 24-uurs zorg die hij volgens zijn indicatiestelling nodig heeft. Zij krijgt wekelijks via beveiligde mail van de bestuurder een update over haar cliënt, zo hoort de inspectie.

De inspectie ontvangt tussen 8 december 2022 en 20 februari 2023 meldingen over verbaal en fysiek geweld door zorgverleners van PollyWood richting cliënten. In reactie op meldingen die de inspectie heeft ontvangen, vertelt de bestuurder dat hij één van de cliënten waarover een melding is gedaan, niet kent. Uit informatie die de inspectie heeft opgevraagd bij het zorgkantoor, blijkt dat deze cliënt in 2020 en 2021 bij PollyWood in zorg is geweest.

Hij vertelt de inspectie verder dat hij cliënten nooit fysiek heeft aangeraakt. Wel kwam het voor dat hij in sommige situaties boos werd en dan schuttingtaal gebruikte tegen cliënten.

Hij zegt dat hij die situaties nu wil voorkomen. De bestuurder laat nu bij moeilijke situaties een andere zorgverlener met de cliënt praten. Ook is hij naar eigen zeggen bezig met een aantal cursussen en heeft reflectie op eigen handelen hem geholpen om dergelijke situaties beter te managen.

De inspectie belt met een mentor die in een cliëntdossier staat vermeld. Tijdens het gesprek blijkt dat zij al meer dan een half jaar geen cliënten meer heeft bij PollyWood. De voormalig mentor vertelt de inspectie dat de bestuurder intimiderend is naar cliënten. Zo vertelt zij over de periode waarin zij nog mentor was van twee cliënten die bij PollyWood woonden. Deze mentor vertelt dat de bestuurder boos werd op een van haar cliënten. Deze cliënt werd hierdoor angstig. De cliënt vroeg haar om hier niet met de bestuurder over te praten omdat hij bang was voor de reactie van de bestuurder. De mentor heeft de bestuurder regelmatig aangesproken op zijn gedrag. De mentor vertelt dat de bestuurder haar voormalig cliënt heeft aangemoedigd een andere mentor te zoeken. Zij heeft hiermee ingestemd om problemen voor de cliënt te voorkomen. Een andere cliënt heeft ze daar weggehaald omdat deze bij PollyWood volgens haar niet de juiste zorg kreeg.

Norm 2

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

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

Een cliënt woont alleen op 25 kilometer van de huidige locatie van PollyWood. De bestuurder en de mentor van een cliënt vertellen de inspectie dat deze cliënt middelen gebruikt maar hiermee niemand tot last is. Zij vertelt de inspectie dat dit middelengebruik de reden is dat hij niet wordt geaccepteerd bij zorgaanbieders die hem bij zijn psychische problemen kunnen helpen. De vaste begeleiders van deze cliënt zijn niet opgeleid om cliënten met psychische problematiek te helpen, zo hoort de inspectie van gesprekspartners. De cliënt verzet zich tegen hulp en dit is het best haalbare, zo vertellen zij de inspectie. Desgevraagd vertelt de zorgverlener die de cliënt dagelijks ziet, dat hij niet weet aan welke doelen een cliënt werkt. De bestuurder vertelt dat er vier basisdoelen zijn waar alle cliënten aan werken. In de cliëntdossiers ziet de inspectie dat daar ook client specifieke doelen zijn opgenomen. Zo leest de inspectie dat een cliënt tot doel heeft om meer open te staan voor contact met zijn begeleiders. Ook leest de inspectie wat cliënten en begeleiders kunnen doen om het doel te behalen.

De bestuurder vertelt dat hij probeert dat de cliënten gezamenlijk eten. Als een cliënt op zijn eigen kamer wil eten, gaat de bestuurder in overleg met hem voor een oplossing. In een overzicht van huisregels ziet de inspectie dat cliënten gezamenlijk eten. De bestuurder vertelt dat vrijwilligers het eten koken en de cliënten kunnen meehelpen. Een vrijwilliger vertelt dat hij door de week zelf keuzes maakt in welke maaltijden hij maakt. In het weekend koken de begeleiders zelf en helpen de cliënten mee als ze willen.

Een cliënt laat zijn kamer zien aan de inspectie. Hij vertelt dat hij zijn kamer zelf heeft mogen kiezen en inrichten. In zijn kamer mag hij niet roken en om te roken gaat hij naar buiten.

De bestuurder vertelt dat op de locatie een kamer is met lego. Enkele cliënten vinden het fijn om hier te bouwen. De inspectie ziet tijdens de rondgang een kamer met veel bakjes geordende lego. Ook ziet de inspectie een grote ruimte waar een landschap met kersthuisjes is gemaakt. De bestuurder vertelt dat een paar cliënten het leuk vinden om dit elk jaar op te bouwen.

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.

Resultaten

Norm 3

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 PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners hebben een actueel beeld van de risico's die cliënten kunnen lopen in het leven. De inspectie ziet dit ook terug in de zorgplannen van de cliënten. De gedragsdeskundige heeft in de afgelopen maanden voor iedere cliënt een risico-inventarisatie gemaakt. Niet altijd staat beschreven hoe cliënten eventueel met behulp van hun begeleiders risico's zo veel als mogelijk kunnen beperken of vermijden.

De bestuurder vertelt dat er geen sprake is van onvrijwillige zorg. De cliënten kunnen in en uit het gebouw gaan, en in en uit hun kamer. Op de gangen en in ruimtes van het hotel waar de cliënten niet zonder begeleiding mogen komen, zijn camera's geplaatst. De bestuurder vertelt dat de camera's er hangen voor de veiligheid omdat het hotel dag en nacht toegankelijk is. Ook vertelt de bestuurder dat in de eetruimte van het hotel drank aanwezig is en de cliënten hier niet zonder begeleiding mogen komen.

De bestuurder vertelt dat een cliënt het risico loopt om alcohol te gaan gebruiken wanneer hij zonder begeleiding wegloopt van de locatie. Soms is hij dan dagen weg. In het zorgplan van de cliënt leest de inspectie dat zij maatregelen als bedoeld in de Wzd willen gaan toepassen om dit risico voor deze cliënt in te perken. De bestuurder vertelt dat hij zijn locatie onlangs als Wzd locatie heeft ingeschreven in het locatieregister. Dit ziet de inspectie ook terug in het register. Twee zorgverleners hebben een cursus Wzd afgerond, zo vertelt de bestuurder. En vanaf januari 2023 start een Wzd-functionaris.

In nagekomen stukken leest de inspectie in een document over de samenlevingsregels bij Stichting PollyWood. De meeste van die regels kunnen worden beschouwd als normale omgangsvormen. Echter leest de inspectie ook over regels die ingaan tegen persoonlijke vrijheden van cliënten. Zo leest de inspectie dat kaarsen niet zijn toegestaan, en over het melden bij binnenkomst en weggaan. Ook moeten de cliënten hun visite aanmelden. De inspectie leest deze regels niet terug in de zorgplannen van de cliënten. De inspectie leest ook niet de afwegingen die zijn gemaakt of de alternatieven die zijn overwogen per cliënt zodat een dergelijke samenlevingsregel mogelijk niet nodig is.

In reactie op het conceptrapport laat de bestuurder weten dat alle gedragsregels worden opgenomen in de nieuwe begeleidingsplannen.

Ondanks herhaaldelijke verzoeken van de inspectie aan de bestuurder om een overzicht van vrijheidsbeperkende maatregelen te doen toekomen heeft de inspectie een dergelijk overzicht niet ontvangen.

De inspectie hoort van de bestuurder dat een cliënt medicatie krijgt toegediend zonder dat hij dit weet, anders zou hij de medicatie weigeren. De bestuurder vertelt dat dit in overleg met de mentor gebeurt. De gedragsdeskundige vertelt dat zij hiervan niet op de hoogte is. De inspectie ziet deze afspraak niet terug in het dossier.

De inspectie ziet dat in de medicatiekast een alcoholtester ligt. De bestuurder vertelt dat in het verleden alcoholtesters zijn gebruikt bij een cliënt met zijn toestemming.

Norm 4

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

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

Alle cliënten hebben een zorgplan, zo vertelt de bestuurder. Een zorgverlener vertelt dat er ieder jaar een zorgplanbespreking is waar alle zorgverleners, de cliënt (wanneer hij/zij dit wil en kan), de cliëntvertegenwoordiger, de orthopedagoog en de bestuurder bij aanwezig zijn. Bij het inzien van een zorgplan ziet de inspectie dat deze niet actueel is en dat de evaluatiedatum is verlopen. Bij herbezoek op 20 februari 2023 zijn alle zorgplannen recent geactualiseerd zo ziet de inspectie.

Een zorgverlener vertelt dat zij iedere dag rapporteren over de cliënten. Zij schrijven de rapportage met pen en papier op en dragen dit dan over aan de bestuurder. Die verwerkt dit vervolgens op de computer. De bestuurder vertelt dat zij per januari 2023 overgaan op een nieuw ECD. De kwaliteitsmedewerker is al begonnen om daar informatie van de cliënten in te zetten, zo ziet de inspectie. Vooral nog staat er alleen nog een kader, zo vertelt zij. De bedoeling is dat zorgverleners zo snel mogelijk worden opgeleid om met het systeem te kunnen werken. Ook zullen per januari 2023 alle zorgplannen van de cliënten en de dagrapportages in het nieuwe ECD staan, zo vertellen de kwaliteitsmedewerker en de bestuurder tegen de inspectie.

Tijdens het bezoek van de inspectie op 8 december 2022 waren de rapportages van de cliënten niet aanwezig op de locatie. De bestuurder vertelt dat door de recente verhuizing de dossiers in verhuisdozen zitten. Hij vertelt dat de zorgverleners de rapportages uitschrijven en de bestuurder de rapportages later digitaal opslaat. De digitale rapportages zijn ingepakt in de verhuisdozen, zo vertelt de bestuurder.

Bij herbezoek op 20 februari 2023 hoort de inspectie dat geen van de zorgplannen en dagrapportages van de cliënten in het nieuwe ECD staan. Dit komt naar eigen zeggen omdat het systeem niet goed functioneert. De bestuurder overweegt nu het oude ECD weer opnieuw in gebruik te gaan nemen en in te richten. De dagrapportages worden nog steeds door zorgverleners op papier aan de bestuurder overhandigd; de bestuurder zet deze dan in een tekstverwerkingsprogramma, zo vertelt hij. Wanneer de inspectie vraagt om de papieren dagrapportages, vertelt de bestuurder dat die op zijn privéverblijf liggen. Omdat zijn privéverblijf op 60 kilometer van de bezoeklocatie is, zijn deze niet op de bezochtdag in te zien door de inspectie. Op de dag van het bezoek laat de bestuurder een printje van een tekst zien die hij zojuist per email aan alle zorgverleners heeft verzonden. Met deze tekst verzoekt hij de zorgverleners om per direct aan het einde van iedere dienst een verslag te maken op de laptop. In nagestuurde documenten ziet de inspectie wel een verslag van alle cliënten over de periode 2 tot en met 8 december 2022. De titel van het document is 'voortgangsrapportage'. De voortgangsrapportage bevat per dag een tabel met de uren en taken van de zorgverleners en vrijwilligers en korte rapportages van algemene aard en eventuele bijzonderheden van de dag. De inspectie ziet geen rapportage op de doelen. De zorgverlener die dagelijks bij de cliënt in de portacabin langs gaat, heeft in deze periode geen enkele keer over deze cliënt gerapporteerd.

Een voormalig mentor vertelt dat er geen cliëntrapportages beschikbaar waren. Alleen de bestuurder koppelde informatie terug aan de mentor. Er was alleen een oud zorgplan van de vorige zorgaanbieder. De mentor heeft nooit een nieuw zorgplan van deze cliënt gezien.

Ook een andere mentor vertelt dat zij alleen informatie krijgt via de bestuurder. Zij heeft geen contact met de zorgverlener die het meeste voor haar cliënt zorgt.

Norm 5

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

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria opgesteld. De bestuurder vertelt dat cliënten met een actieve verslaving of zware gedragsproblematiek niet in zorg kunnen komen omdat PollyWood daar de expertise niet voor in huis heeft. De bestuurder overlegt met de gedragsdeskundige of een cliënt bij PollyWood in zorg kan komen, zo hoort de inspectie.

Een zorgverlener en de bestuurder vertellen tegen de inspectie dat er een hecht team staat met weinig verloop. Zij kunnen de roosters goed rond krijgen. Ook in de nachten is er voldoende personeel aanwezig. Cliënten weten dan hoe zij zorgverleners kunnen bereiken.

In de nagestuurde dagrapportages van de periode 2 tot en met 8 december 2022 leest de inspectie dat zorgverleners alleen 's nachts of 's ochtends vroeg contact hebben met de cliënt in de portacabin. De zorgverlener die in het huis bij de portacabin woont, vertelt dat hij 's ochtends voor hij naar de dagbesteding vertrekt, kijkt of deze cliënt mee wil gaan. Dat is meestal niet zo, hoort de inspectie.

Dan blijft deze cliënt die dag thuis. De rest van de dag is deze zorgverlener niet bij de portacabin. De bestuurder vertelt dat hij regelmatig appt met deze cliënt.

Een zorgverlener vertelt de inspectie dat zij jaarlijks een medicatie- en BHV- (herhaal)training krijgt. Ook heeft zij onlangs een cursus verbale en non verbale communicatie gevolgd. Zij kan wanneer zij daar behoefte aan heeft, een aanvraag voor een opleiding of training doen bij de bestuurder zo hoort de inspectie van haar. Een andere zorgverlener vertelt bij herbezoek op 20 februari 2023 dat hij het afgelopen jaar cursussen en trainingen heeft gevolgd, maar hij weet desgevraagd niet te vertellen aan de inspectie welke dit zijn geweest. Ondanks herhaaldelijk verzoek aan de bestuurder heeft de inspectie geen overzicht van opleidingen en trainingen ontvangen. Ook is het de inspectie niet duidelijk of alle zorgverleners een (relevante) zorgachtergrond hebben. De inspectie leest in nagestuurde documenten en hoort van de bestuurder het voornemen om zorgverleners een interne training Professionele Grondhouding aan te bieden.

De bestuurder vertelt dat in mei 2022 een psychologisch consulent twee dagdelen per week is begonnen bij PollyWood. Hij brengt aan de hand van competentieprofielen de kennis en vaardigheden van de zorgverleners in beeld. Ook traint hij de zorgverleners om op doelen te rapporteren. Verder is hij een brug tussen de zorgverleners en de gedragsdeskundige.

Vanaf juni 2022 is een gedragsdeskundige voor twee dagen per week aan de PollyWood verbonden om zorgplannen op te stellen. De gedragsdeskundige en de psychologisch consulent hebben wekelijks overleg, zo vertelt de psychologisch consulent. Een zorgverlener vertelt dat zij de gedragsdeskundige weet te bereiken wanneer zij vragen heeft over de begeleiding aan cliënten.

Tijdens het bezoek van 20 februari 2023 vraagt de inspectie om inzage in de Verklaringen Omtrent Gedrag (VOG). De bestuurder stuurt deze op 21 februari 2023 na. Uit de nagezonden stukken blijkt dat een deel van de zorgverleners op het moment van het bezoek niet in het bezit is van een geldige VOG.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed 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 zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

Resultaten

Norm 6

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

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens het bezoek van 8 december 2022 vertellen twee zorgverleners dat PollyWood geen gebruik maakt van een incidentenregistratiesysteem. Een incident wordt wel beschreven in het cliëntdossier en tijdens teamoverleggen besproken. Ook de gedragsdeskundige ziet de meldingen en adviseert zo nodig zo hoort de inspectie van de bestuurder.

Een voormalig mentor vertelt over een incident waarbij haar cliënt een brandwond aan zijn buik opliep tijdens het koken. De cliënt heeft hiervoor onder doktersbehandeling gestaan maar de mentor hoorde hier pas veel later over via haar cliënt. De inspectie ziet een beschrijving van dit incident niet terug in de dossiermap van de cliënt. De inspectie ontvangt geen notulen van het teamoverleg en kan dit niet feitelijk toetsen.

Tijdens het herbezoek op 20 februari 2023 vertelt de bestuurder dat zij sinds een week meldingen registreren. Voor de bestuurder is niet duidelijk wat er gemeld moet worden en wat niet. Daar zijn ook geen gezamenlijke afspraken over gemaakt met het team. Naar eigen zeggen zou hij wel twintig meldingen per dag kunnen registreren. Een zorgverlener vertelt dat als er een incident gebeurt hij dit aan de bestuurder laat weten. Die maakt daar dan een melding van op. In een zorgplan van een cliënt ziet de inspectie een ingevuld meldingsformulier. Niet wordt duidelijk welke acties zijn ingezet om een herhaling van dit incident te voorkomen.

In nagekomen stukken van 21-2-2023 ziet de inspectie een Veilig Incident Melden (VIM) procedure. De inspectie leest dat diverse elementen uit de procedure niet overeen komen met wat de bestuurder vertelt. Zo staat in de procedure dat meldingen bij voorkeur worden gedaan door de zorgverlener die het incident ook heeft gesignaleerd. De inspectie leest in de meldingen dat de bestuurder de meldingen heeft ingevuld. Ook ziet de inspectie geen registratie van verbeteracties en barrières naar aanleiding van een melding. Volgens de procedure zijn dit wel vervolgstappen.

De inspectie ziet in een van de zorgdossiers van de cliënten een cliënt-tevredenheidsonderzoek. Door middel van een vragenlijst onder andere over privacy, de maaltijden, personeel en activiteiten kunnen cliënten aangeven wat zij van de zorg bij PollyWood vinden.

De bestuurder vertelt dat een Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is geïmplementeerd en dat deze op de organisatie is toegeschreven. De bestuurder heeft een document toegestuurd die door de titel van het document doet vermoeden dat het de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling betreft. Echter betreft het een protocol met als inhoud medicijnbeheer en medicijnverstrekking.

Tijdens de rondgang op 8 december 2022 ziet de inspectie dat in de gangen brandhaspels hangen die uiterlijk in november 2019 opnieuw moeten worden gekeurd. De bestuurder vertelt dat dit wel is gebeurd en toont een recent keuringsrapport. De inspectie ziet dat het rapport de brandmeldingsinstallatie betreft maar niet de blusapparatuur benoemt. Ook zijn twee brandblussers besteld. In de gangen hangen rookmelders en bordjes met nooduitgangen, zo ziet de inspectie.

PollyWood beschikt over een klachtenregeling. Cliënten kunnen zo nodig een klacht in dienen bij een onafhankelijke klachtenfunctionaris van de Landelijke Klachtencommissie Landbouw en Zorg, dan wel een geschil aanhangig maken bij de Geschillencommissie Landbouw en Zorg van De Stichting Geschillen in de Landbouw c.a. zo leest de inspectie in de klachtenregeling van PollyWood.

Norm 7

De zorgaanbieder zorgt ervoor dat reflectie plaatsvindt.

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat de cliënten dagelijks hun klachten en wensen kunnen vertellen. De psychologisch consulent vertelt de inspectie dat cliënten vier keer per jaar wordt gevraagd wat zij fijn vinden en wat er beter moet. De inspectie ziet in meerdere dossiermappen door cliënten ingevulde vragenlijsten over de tevredenheid van bewoners.

De bestuurder en een zorgverlener vertellen dat wekelijks een teamvergadering is. Ze lichten toe dat zij tijdens de teamvergadering onder andere bespreken hoe het met de cliënten gaat. Ook is er elke week een cliëntenoverleg. De cliënten kunnen dan bijvoorbeeld vertellen wat ze willen eten. De inspectie beschikt ondanks herhaaldelijke verzoeken niet over de notulen van de laatste twee teamvergaderingen. De inspectie heeft geen notulen van teamoverleggen of cliëntenoverleggen ontvangen van PollyWood.

De zorgverlener en de psychologisch consulent vertellen dat zij een veilige aanspreekcultuur ervaren. De psychologisch consulent vertelt dat hij de teamleden ook traint in het geven van feedback. Hij omschrijft het team als een hecht, leuk team dat in staat is om elkaar op de inhoud feedback te geven.

4.4 Thema Medicatieveiligheid

Voor een goede medicatieveiligheid moet een zorgaanbieder een geneesmiddelendistributiebeleid hebben geborgd. De zorgaanbieder heeft daarmee duidelijke afspraken over verstrekken en bewaren van medicatie. De inspectie kijkt bij haar onderzoek onder andere of zorgverleners medicatie verstrekken aan de hand van basisset medicatiegegevens (BMG). Ook kijkt de inspectie of zorgverleners na het verstrekken van de medicatie, aftekenen op lijsten die de apotheek aanlevert.

Norm 8

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor de uitvoering van goede en veilige medicatiezorg.

Volgens de inspectie **voldoet PollyWood grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt de inspectie dat als de zorgverleners de zorg voor de medicatie van de cliënt geheel of gedeeltelijk overnemen er een toedienlijst van de apotheek aanwezig is. Deze toedienlijst wordt gebruikt voor het aftekenen van medicatie.

In nagekomen stukken leest de inspectie dat PollyWood beschikt over een protocol medicijnbeheer en medicijnverstrekking.

De inspectie ziet tijdens de rondgang op 8 december 2022 dat medicatie achter slot wordt bewaard. De begeleiders die toegang hebben tot de medicatie hebben een medicatietraining gevolgd, zo vertelt de bestuurder. De inspectie heeft na de bezoeken op 8 december 2022 en 20 februari 2023 geen overzicht van gevolgde opleidingen en trainingen ontvangen.

De inspectie ziet tijdens het bezoek op 8 december 2022 een aftekenlijst met daarop alleen de tijden van afgifte. Het is niet duidelijk welke medicatie per tijdstip is ingenomen. De inspectie ziet dat van een cliënt een baxter aanwezig is en de medicatie is afgetekend. De bestuurder vertelt dat er van een nieuwe bewoner nog geen baxter is. De cliënt heeft geen aftekenlijst en houdt het zelf bij.

Bijlage 1 Methode

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens de geldende wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

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. Zo kunnen de inspecteurs zich een beeld vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdeling(en) of in de woning(en) aanwezig. In verschillende huiskamers/in de huiskamer kunnen de inspecteurs cliënten en zorgverleners observeren. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder).

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Stichting PollyWood 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.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie kan gebruik maken van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Met deze methode observeren de inspecteurs hoe de cliënten en hun zorgverleners op elkaar reageren. De observatie vindt plaats in een algemene ruimte zoals een huiskamer of een dagbestedingslocatie.

De inspecteurs stellen nadien vragen over wat ze gezien hebben en bespreken een aantal observaties en situaties met de zorgverleners, behandelaren en cliëntvertegenwoordigers. Ook het zorgdossier komt aan bod.

Inspecteurs krijgen zo een beter beeld van de ervaringen van de cliënt en daarmee de mate van kwaliteit van zorg.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford: [Short Observational Framework - Training - University of Bradford](#)

De inspectie heeft tijdens het bezoek geen gebruik gemaakt van de SOFI methode, omdat de inspectie met de cliënten gesproken heeft.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Elf VOG's;
- Vrijwilligersovereenkomst;
- Samenleefregels;
- Klachtenregeling PollyWood;
- Meldcode huiselijk geweld;
- Personeelslijst;
- VIM-procedure;
- Voortgangsrapportage 2-8 december 2022;
- Diverse cliënten dossiers.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl