



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Zorggroep de Stellingwerven te Noordwolde

Verantwoorde Hulp voor Jeugd

Utrecht, maart 2021

Missie

Elk kind een veilig thuis en een gezonde ontwikkeling

Zorggroep de Stellingwerven
te Noordwolde

Verantwoorde Hulp voor Jeugd

Samenvatting

Zorggroep de Stellingwerven biedt diverse vormen van zorg op basis van de Jeugdwet, Wet Langdurige zorg en Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De ambulante begeleiding en hulp en de woonbegeleiding vindt in de thuissituatie of in woonvoorziening plaats. De aanbieder wil maatwerk leveren en aansluiten bij de individuele behoeftes, mogelijkheden en kracht van jeugdigen, hun gezinnen en jongvolwassen met een (licht) verstandelijke beperking.

Op 27 augustus 2020 voerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht uit bij Zorggroep de Stellingwerven te Noordwolde. Doel van het toezicht was om te bepalen of Zorggroep de Stellingwerven voldoet aan de randvoorwaarden om verantwoorde jeugdhulp te bieden. Aanleiding voor het toezicht waren signalen van financiële en bestuurlijke aard, voortkomend uit het onderzoek van Pointer en Follow the Money, en het feit dat Zorggroep de Stellingwerven een onbekende aanbieder voor de inspectie was. De inspectie heeft daarom met name een onderzoek uitgevoerd naar aspecten van governance, bestuur en financiën in het thema Goed Bestuur. De inspectie toetste vier normen uit het thema Goed Bestuur. Zorggroep de Stellingwerven voldeed op het moment van het toezicht volledig aan drie van de vier normen uit het thema Goed Bestuur. Aan een norm voldeed Zorggroep de Stellingwerven grotendeels niet. Zorggroep de Stellingwerven dient met betrekking tot deze norm verbetermaatregelen te nemen zodat volledig wordt voldaan aan de norm:

- De bestuurder stelt de maatschappelijke doelstelling en het belang van de jeugdigen centraal.

De inspectie verwacht binnen drie maanden door de aanbieder te worden geïnformeerd over de genomen verbetermaatregelen.

De inspectie onderzocht daarnaast twee normen uit het thema Ontwikkelingsgerichte Hulp en twee normen uit het thema Deskundige Hulpverlener. Op grond hiervan ziet de inspectie geen aanleiding om verder onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

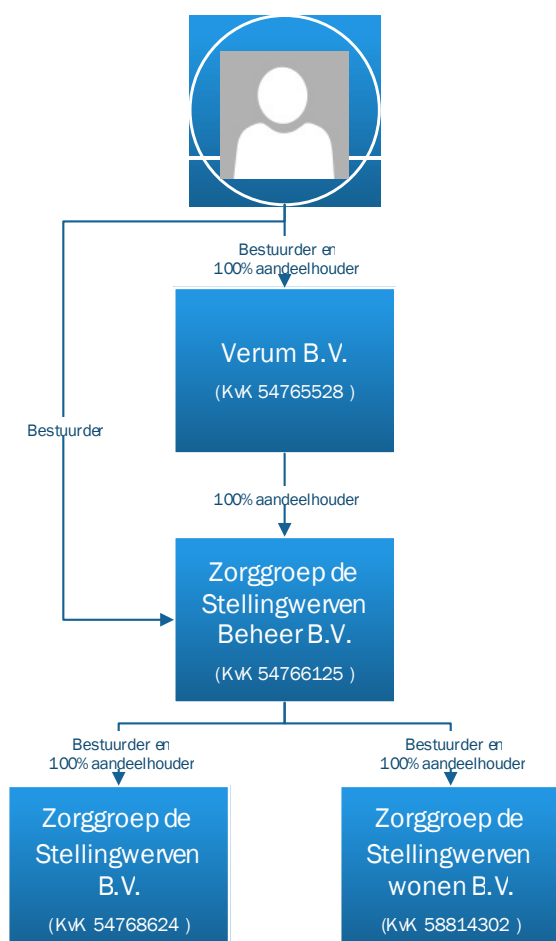
1	Inleiding	4
2	Bevindingen.....	7
	Thema: Goed bestuur	8
	Thema: Ontwikkelingsgerichte hulp	14
	Thema: De kundige hulpverlener.....	16
3	Vervolg	18
	Bijlage - Verantwoording.....	19

1 Inleiding

Op 27 augustus 2020 voerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht uit bij Zorggroep de Stellingwerven te Noordwolde. Doel van het toezicht was om te bepalen of Zorggroep de Stellingwerven voldoet aan de randvoorwaarden om verantwoorde jeugdhulp te bieden. Aanleiding voor het toezicht waren signalen van financiële en bestuurlijke aard, voortkomend uit het onderzoek van Pointer en Follow the Money, en het feit dat Zorggroep de Stellingwerven een onbekende aanbieder voor de inspectie was. De inspectie heeft daarom met name een onderzoek uitgevoerd naar aspecten van governance, bestuur en financiën uit het thema Goed Bestuur. Het toezicht geeft een indicatie van de kwaliteit van de zorg. Bij twijfel over de kwaliteit van zorg kan besloten worden om deze nader te onderzoeken.

Beschrijving Zorggroep de Stellingwerven

Zorggroep de Stellingwerven BV biedt diverse vormen van zorg op basis van de Jeugdwet, Wet Langdurige zorg en Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze aanbieder wil maatwerk leveren en aansluiten bij de individuele behoeftes, mogelijkheden en kracht van jeugdigen, hun gezinnen en jongvolwassen met een (licht) verstandelijke beperking.



Zorggroep de Stellingenwerven BV maakt deel uit van Zorggroep de Stellingwerven Beheer BV (zie bovenstaande afbeelding). In 2018/2019 is de juridische structuur van de groep aangepast, met als doel om de structuur transparanter te maken en maatschappelijke verantwoording beter mogelijk te maken. Zorggroep de Stellingwerven Beheer BV (KvK 54766125) is bestuurder en 100% aandeelhouder van zowel Zorggroep de Stellingwerven BV (KvK 54768624) als van Zorggroep de Stellingwerven Wonen BV (KvK 58814302). Verum BV (KvK 54765528) is 100% aandeelhouder van Zorggroep de Stellingwerven Beheer BV (verder ZDSB). De financiële holding Verum BV (KvK 54765528) en ZDSB worden bestuurd door dezelfde directeur-eigenaar als Zorggroep de Stellingwerven Wonen BV (verder ZDSW) en Zorggroep de Stellingwerven BV (verder ZDS). ZDSB heeft geen RvC. ZDS en ZDSW hebben sinds juni 2020 een driehoofdige Raad van Commissarissen die allen onafhankelijk van de organisatie zijn. ZDS beschikt over een WTZi toelating noodzakelijk voor het verlenen van WLz zorg.

Met ingang van 2019 maakt ZDS de geconsolideerde jaarrekening van ZDSB openbaar, waarin verantwoording wordt afgelegd van de drie entiteiten waar ZDS er één van is. De kernactiviteiten van ZDS vormen het bieden van ambulante begeleiding, behandeling en gezinsbegeleiding. Van ZDSW vormt het bieden van intramurale hulp de kernactiviteit. Volgens DigiMV werd in 2019 de hulp voor 32% vanuit de WLz gefinancierd, 30% vanuit de Wmo, 25% door PGB's en 13% vanuit de Jeugdwet.

ZDS biedt op vier woonlocaties woonbegeleiding aan in maximaal 86 voornamelijk (jong)volwassenen. Daarnaast biedt ZDS ambulante begeleiding en behandeling (Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling) en daghulp aan voornamelijk minderjarige jeugdigen en hun gezinnen. Medio 2020 bood de aanbieder hulp aan totaal 281 cliënten (jeugdigen, jongvolwassenen en hun gezin / netwerk).

De hoofdlocatie is in Noordwolde waar het kantoor is gehuisvest voor de medewerkers van de ambulante hulp, stafmedewerkers en het management.

Bij ZDS zijn op het moment van toezicht 89 medewerkers in dienst, waaronder drie psychologen (waarvan één GZ-psycholoog), Intensief Ambulante Gezinsbegeleiders (hbo-plus), zorgcoördinatoren (hbo), woonbegeleiders (hbo en mbo) en drie stagiaires. ZDS hanteert de CAO Gehandicaptenzorg. Soms wordt een ZZP-er in onderaannemerschap ingezet.

Toetsingskader

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van het (vernieuwde) toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd. Het betreft een pilot van het vernieuwde toetsingskader dat bestaat uit drie thema's: Goed Bestuur, Ontwikkelingsgerichte Hulp en de Kundige Hulpverlener.

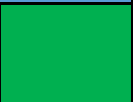


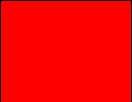
Elk thema is uitgewerkt in een aantal normen. Voor dit toezicht selecteerde de inspectie acht normen.

Het onderzoek naar het thema Goed Bestuur ziet toe op de bestuurlijke en financiële randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg. Daaronder vallen transparantie en verantwoording, ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering en naleving van regelgeving over winstoogmerk en winstuitkering. De grondslag hiervoor is de volgende wet- en regelgeving: WTZi, Uitvoeringsbesluit WTZi, Wkkgz, WLz (Wet langdurige zorg) en Jeugdwet. Tevens vormt het Kader “Toezicht op Goed Bestuur” IGZ-NZa 2016 en de Zorgbrede Governance code de grondslag van het kader.

2 Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het toezicht gepresenteerd, zoals de inspectie deze heeft aangetroffen op het moment van toezicht, aan de hand van de drie thema's uit het toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd. Omdat het onderzoek zich met name richtte op het thema Goed Bestuur en slechts enkele normen uit de overige twee thema's, wordt gestart met de normen uit het thema Goed Bestuur.

Per norm geeft de inspectie een oordeel:

Oordeel		Betekenis
De aanbieder voldoet aan de norm.		De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
De aanbieder voldoet grotendeels aan de norm.		De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten. De aanbieder is goed op weg; verbetering is op punten mogelijk.
De aanbieder voldoet grotendeels niet aan de norm.		De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten, verbetering is noodzakelijk.
De aanbieder voldoet niet aan de norm.		De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten, verbetering is zeer noodzakelijk.

Daarna worden enkele normen uit de thema's Ontwikkelingsgerichte Hulp en de Kundige Hulpverlener beschreven. Over deze normen geeft de inspectie geen oordeel omdat niet met ouders en medewerkers is gesproken.

Thema: Goed bestuur

1. De bestuurder stelt de maatschappelijke doelstelling en het belang van de jeugdigen centraal

Waar kijkt de inspectie naar

De hulpaanbieder heeft een visie en missie, passend bij de eigen organisatie en maatschappelijke doelstellingen in het belang van jeugdigen. De hulpaanbieder spant zich optimaal in om bij te dragen aan maatschappelijke doelstellingen.

De bestuurder heeft affiniteit met de dagelijkse praktijk van de hulpverlening en handelt hiernaar. De bestuurder draagt de daarbij behorende waarden en normen actief uit, zowel binnen als buiten de organisatie. De waarden en normen zijn zichtbaar in de organisatiecultuur en het gedrag van de bestuurder en hulpverleners.

Besluitvorming vindt altijd plaats met het oog op het belang van jeugdigen. De hulpaanbieder is transparant in het handelen en kan hierover verantwoording afleggen.

Bevindingen

De visie en missie van ZDS is op meerdere plekken op de website en de bijbehorende stukken te lezen. De missie en visie laat zien dat de cliënt centraal staat zoals in het beschreven uitgangspunt dat medewerkers samen met de cliënten werken aan het realiseren van de individuele wensen en ontwikkelingsmogelijkheden. Op de website staan de kernwaarden van ZDS benoemd: betrokken, vindingrijk en transparant. Deze missie en visie hoort de inspectie ook terug in de voorbeelden die de bestuurder geeft; de woonbegeleiding vindt op vier verschillende plekken plaats in de regio van de jeugdige. Voor een passende vervolgplek maakt ZDS gebruik van het regionale netwerk, desnoods schaalte de bestuurder op en gaat zelf met de wethouder praten om mogelijkheden tot huisvesting van een jeugdige te realiseren.

De bestuurder vertelde ruim 10 jaar geleden met ZDS te zijn gestart met het bieden van ambulante begeleiding aan jeugdigen. De bestuurder kent de hulp aan kwetsbare jeugdigen van binnenuit en stelt bij de inrichting van de ZDS deze hulp centraal. Dit hoort de inspectie in de voorbeelden die de bestuurder geeft en ziet dit ook in de beleidsnotities die ZDS maakt. Bij de start van ZDS voerden de betrokken hulpverleners ook alle staftaken uit. Pas de laatste jaren zijn stafmedewerkers in dienst gekomen. De bestuurder zegt tijdens bijeenkomsten veel tijd te besteden aan het voorleven van de normen en waarden: betrokken, vindingrijk en transparant.

De juridische structuur van de aanbieder is in 2018 en 2019 aangepast (zie afbeelding op pagina 4) en hierdoor meer overzichtelijk geworden.

Uit de jaarrekeningen van ZDS blijkt dat de aanbieder in 2017 (13,4%) en 2018 (9%) bedrijfsresultaten realiseerde die aanzienlijk uitgingen boven het rendement dat zorgaanbieders gemiddeld scoren (2-3%). Het bedrijfsresultaat over 2019 is significant lager en bedraagt 3,4%. De resultaten 2017 en 2018 kunnen volgens de bestuurder verklaard worden door de efficiënte bedrijfsvoering, platte organisatiestructuur en het onroerend goed dat in eigen beheer is. De financiële resultaten zijn volgens de bestuurder de laatste jaren afgenomen doordat de organisatie sterk is geprofessionaliseerd door het aanstellen van meer stafmedewerkers. De nadruk lag op het verbeteren van de kwaliteit van de begeleiding en behandeling en niet op een verdere groei. Een verdere stijging van de personele kosten is volgens de bestuurder niet

wenselijk, om over voldoende financiële buffers te beschikken voor cao-loonsverhogingen en gevolgen van corona.

In 2017 en 2018 zijn door ZDS dividenden uitgekeerd aan ZDSB. Samen voor een bedrag van € 950.000. De inspectie heeft vastgesteld dat in 2018 dividend van een half miljoen euro is uitgekeerd aan de financiële holding van de bestuurder. Het besluit tot het uitkeren van het dividend is niet door een Raad van Commissarissen getoetst. De inspectie heeft alleen een uitkeringstoets van de accountant aangetroffen waaruit bleek dat een dividend kon worden uitgekeerd zonder de continuïteit van de ZDS in gevaar te brengen. De inspectie heeft geen informatie ontvangen over een beoordeling door de RvC van het dividendvoorstel in relatie tot de Wtzi. Binnen de groep bestaat geen dividendbeleid dat als kader kan dienen voor de beoordeling van uitkeringsvoorstellen. In het dividendbeleid horen zaken aan de orde te komen als financiële haalbaarheid (balans/uitkeringstoets), hoogte van het dividend in relatie tot de inbreng van het risicodragend vermogen, wettelijke grondslag voor de uitkering en de rol van het intern toezicht. De bestuurder heeft de inspectie laten weten dat de dividenden zijn gebruikt voor het realiseren van zorgwoningen voor de cliënten van ZDS.

ZDS bestaat uit meerdere met elkaar verbonden onderdelen, waartussen transacties plaatsvinden. De inspectie is nagegaan of deze transacties op zakelijke grondslag plaatsvinden. De transacties zijn voor een groot deel verrekend in rekening-courant. Om inzicht te krijgen in deze transacties heeft de inspectie overzichten ontvangen van de mutaties in rekening-courant in 2017. Daaruit blijkt dat deze mutaties voor een groot deel bestaan uit het parkeren van overtollige liquide middelen bij de holding. Verder betreft dit overboekingen naar Hehajo Beheer BV. Verder staan hier overboekingen met betrekking tot een bedrijfsauto, huur en management fee. Het bleek voor de inspectie mogelijk om de zakelijkheid van de transacties met betrekking van de huur vast te stellen aan de hand van huurovereenkomsten en waarde indicaties van de gehuurde objecten. In verslagen van de vergaderingen leest de inspectie niet dat de Raad van Commissarissen zich een oordeel heeft gevormd over de zakelijkheid van transacties.

Oordeel: Voldoet grotendeels niet aan de norm

De inspectie concludeert dat in de visie en missie van Zorggroep de Stellingwerven de jeugdige centraal staat en dat de bestuurder deze visie en missie uitdraagt binnen de organisatie en goed op de hoogte is van wat er speelt.

De financiële situatie van ZDS is positief. Dit heeft geleid tot een forse winstuitkering. Hoewel de uitkering van winst in de vorm van dividend is toegestaan, constateert de inspectie dat de hoogte hiervan niet door een Raad van Commissarissen is beoordeeld.

De vennootschap met de Wtzi toelating publiceert haar jaarrekening niet op jaarverslagenzorg.nl waardoor de inspectie niet kan toetsen of de Wtzi is nageleefd. Daarnaast heeft de inspectie vastgesteld dat het proces van transacties met verbonden partijen niet altijd ordelijk en controleerbaar verloopt. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat middelen onrechtmatig uit de zorgaanbieder zijn onttrokken. De inspectie acht het, gezien het belang van transparantie, noodzakelijk dat Zorggroep de Stellingwerven in het proces van transacties met verbonden partijen verbeteringen doorvoert om de ordelijkheid en controleerbaarheid te verbeteren. De Zorggroep De Stellingwerven Beheer BV zal een keuze moeten maken op welk niveau zij Wtzi toelating wenst, dit formeel regelen en de governance en externe verantwoording daarop laten aansluiten.

2. De bestuurder richt de organisatie zodanig in dat deze redelijkerwijs leidt tot verantwoorde hulp

Waar kijkt de inspectie naar
<p><i>De hulpaanbieder zorgt dat de hulp voldoet aan professionele standaarden, eigentijdse kwaliteitseisen en passend is bij de ontwikkelingen in het veld. Het is belangrijk dat een hulpaanbieder de hulp waar nodig door ontwikkelt op basis van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten en nieuwe relevante zorgconcepten.</i></p> <p><i>De hulpaanbieder zorgt voor voldoende capaciteit van deskundige, vakbekwame en geschoolde medewerkers en voldoet aan de norm verantwoorde werktoedeling. De hulpaanbieder gaat voor indiensttreding na of de hulpverleners geschikt en competent zijn en of het verleden van hulpverleners niet in de weg staat voor het verlenen van goede hulp. De hulpaanbieder stelt de hulpverleners in staat om kennis en vaardigheden actueel te houden en stelt hen in staat om te werken volgens diens professionele normen.</i></p> <p><i>De hulpaanbieder is duidelijk over welke hulp wel en niet geboden kan worden. Indien nodig zorgt de hulpaanbieder voor het betrekken van aanvullende expertise of nieuwe samenwerkingen en zorgt dat de hulp tijdig kan starten.</i></p>
Bevindingen
<p>Uit het gesprek met de bestuurder blijkt dat de begeleiding van de jeugdigen wordt uitgevoerd door medewerkers in verschillende functieniveaus. De behandelingen worden uitgevoerd door een team van psychologen en hiervoor geschoolde hbo-plus medewerkers. Zij bieden Intensieve Agogische Gezinsbegeleiding (IAG), Psycho motorische therapie (PMT), Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Psycho educatie (PE). Daarnaast bieden zorgcoördinatoren ambulante hulp. Zij zijn op hbo-niveau geschoold. De woonbegeleiding gebeurt door hbo en mbo-opgeleide medewerkers. Allen hebben een zorg gerelateerde opleiding. De mbo-geschoolde medewerkers bieden de meer praktische begeleiding. Drie psychologen zijn verbonden aan de locaties waar cliënten als woonbegeleiding een vorm van gedragsregulering en behandeling krijgen en zijn altijd betrokken bij de behandelingen. Een van hen is GZ-psycholoog en is betrokken bij alle jeugdcasussen. De psychologen zijn altijd betrokken bij de intake, het opstellen en evalueren van het behandelplan. Daarnaast worden zij bij complexe situaties betrokken.</p> <p>De bestuurder hanteert het uitgangspunt dat alle medewerkers die met jeugdigen werken een SKJ-registratie moeten hebben. Medewerkers met een mbo-opleiding volgen een EVC-traject of hebben dit gevolgd en moeten binnen een aantal jaren hun hbo-opleiding afronden. De inspectie heeft een overzicht uit de personeelsadministratie ingezien waaruit blijkt dat 33 van de 89 medewerkers een SKJ-registratie hebben.</p> <p>Bij een steekproef bleken de VOG's en een kopie van de diploma's van de gevolgde opleiding aanwezig.</p> <p>Zelfreflectie in teams is een van de vier bouwstenen waaruit ZDS volgens de aanbieder is opgebouwd. ZDS stimuleert medewerkers bewust te zijn van het eigen handelen door het opzetten van intervisie bijeenkomsten en deskundigheidsbevordering. Uit het gesprek van de bestuurder en de kwaliteitskadersverslagen blijkt dat ZDS twee procent van de loonsom besteedt aan opleidingen en trainingen van medewerkers. De inspectie heeft het opleidingsplan van ZDS voor 2020 gezien. Nieuwe medewerkers ontvangen een introductieprogramma. Het volgen van scholing en trainingen is verplicht. Medewerkers van de woonbegeleiding krijgen de basistraining medicijngebruik binnen de gehandicapten zorg, volgen een training om beter om te gaan met de agressie van cliënten (emotie regulatie training en basistraining omgaan met agressie) en Bedrijfs Hulpverlening. Ook volgen zij een scholing in instellingsmethodiek 'Samen Sterk'. Daarnaast krijgen medewerkers bijscholing op het gebied van scheidingsproblematiek en suicide preventie.</p>

Een andere vorm om te reflecteren en te leren organiseert ZDS door medewerkers te laten meelopen met collega's die dezelfde taak uitvoeren op een andere locatie of binnen een ander team. Intervisie is in 2020 ingevoerd voor alle teams.

De bestuurder geeft aan en uit de kwaliteitsverslagen blijkt dat ZDS een passend aanbod wil realiseren voor jeugdigen en hun gezinnen en jongvolwassenen met een (lichte) verstandelijke beperking uit de regio Stellingwerven. Er is gestart met ambulante begeleiding en nadat er behoefte bleek te zijn aan woonplekken voor de jeugdigen toen zij ouder werden, is ZDS gestart met woonbegeleiding in diverse regio's binnen Stellingwerven. De jeugdigen kunnen hierdoor in hun eigen omgeving blijven wonen. Nog steeds ontwikkelt ZDS nieuw aanbod als er behoefte aan is, bijvoorbeeld een jeugdteam voor ambulante behandeling of het project 'Voel je goed' om cliënten een zinvolle en gezonde vrijetijdsinvulling te laten krijgen.

Uit het gesprek met de bestuurder en uit de kwaliteitskaderverslagen blijkt ZDS samen te werken met veel ketenpartners om de gewenste begeleiding en behandeling van de jeugdigen te realiseren. De andere instellingen waarmee wordt samengewerkt variëren van buitenschoolse kinderopvang tot kinder- en jeugdpsychiatrie en vormen van psychiatrische behandeling voor volwassenen.

Oordeel: Voldoet aan de norm

De inspectie concludeert dat de hulp passend is bij de ontwikkelingen in het veld en de aanbieder voldoende ambitie heeft om dit door te ontwikkelen. De aanbieder zorgt voor begeleiding en behandeling thuis of in een zo thuis mogelijke omgeving. De aanbieder zorgt voor deskundige, vakbekwame en geschoolde medewerkers, passend bij de taken die zij bij de begeleiding en behandeling uitvoeren. Hiermee voldoet ZDS aan de norm verantwoorde werktoedeling. De aanbieder biedt de medewerkers voldoende mogelijkheden voor reflectie en leren en stelt hen in staat om kennis en vaardigheden actueel te houden en te werken volgens professionele normen. De aanbieder werkt samen met ketenpartners om samen met hen een passend aanbod te realiseren.

3. De bestuurder verbetert, in een lerend werkklimaat, continu zijn prestaties en de resultaten van de hulp

Waar kijkt de inspectie naar

De hulpaanbieder heeft een voldoende en actueel beeld van wat wel en wat niet goed gaat in de organisatie en in de dagelijkse hulp aan jeugdigen en ouders. De hulpaanbieder hanteert hierbij een PDCA-cyclus om te komen tot zichtbare verbetering. Voorwaarde hiervoor is een lerend werkklimaat, waar onder andere incidenten worden gemeld, geanalyseerd en tot verbeteringen leiden. Tevens is het een voorwaarde dat de hulpaanbieder in- en tegenspraak organiseert: Conform de Jeugdwet of de Wmcz stelt de hulpaanbieder een medezeggenschapsorgaan voor cliënten in, dan wel creëert een interactieve samenspraak. De bestuurder motiveert zijn (voorgenomen) besluiten en deelt deze tijdig, opdat de inspraak/belangenbehartiging hierop van invloed kan zijn. Dit geldt ook voor medezeggenschap van medewerkers. De prestaties van de bestuurder en de resultaten van de hulp zijn onderwerp van gesprek met de medezeggenschapsorganen (cliënten en medewerkers). De hulpaanbieder organiseert op verantwoorde wijze het intern toezicht door bijvoorbeeld een Raad van Toezicht/Commissarissen en/of het (laten) uitvoeren van audits. De bestuurder (en de Raad van Toezicht) draagt ook zorg voor zijn eigen ontwikkeling.

Bevindingen

De bestuurder en het management hebben zicht op de belangrijkste aspecten van de organisatie. De inspectie heeft gezien dat er over elk kwartaal en overzichtelijke rapportage beschikbaar is met de belangrijkste gegevens over cliënten, zorgplannen, medewerkers en incidenten, klachten en calamiteiten. De rapportage bevat ook de belangrijkste ontwikkelingen, de besluitenlijst van het MT, projectoverzicht en de stand van zaken bij de zorginkoop. Ook andere stukken geven een duidelijk beeld van de organisatie, de wijze waarop zaken zijn georganiseerd en de beoogde en bereikte resultaten. Voorbeelden hiervan heeft de inspectie gezien in de kwaliteitskaderverslagen, het strategisch document 2020-2021 en op de website.

ZDS heeft een kwaliteitsmanagementsysteem voor het primaire proces, de begeleiding en behandeling van de cliënten. Ruim twintig procedures zijn beschreven en vindbaar op intranet, waar zij voor alle medewerkers toegankelijk zijn. Voorbeelden zijn vervoer, suïcide, gegevensuitwisseling, calamiteiten en medicatieveiligheid. Onder het kopje begeleiding cliënten staan de inhoudelijke protocollen, zoals de Meldcode. Alle behandelvormen zijn uitgeschreven. Flowcharts aan het eind van de beschrijvingen maken de protocollen overzichtelijk. Het gebruik van de protocollen wordt in de praktijk gemonitord door de zorgcoördinatoren en de collega's onderling. Het gebruik van zorgplannen wordt in alle dossiers gecontroleerd en de inspectie heeft gezien dat dit een onderdeel is van de kwartaalrapportage voor het management.

ZDS registreert incidenten en voert elk kwartaal een analyse hierop uit. De analyse leidt tot verbetermaatregelen en vervolgens wordt vastgesteld of het beoogde resultaat wordt bereikt. De inspectie heeft de registratie van incidenten gezien en voorbeelden gehoord over medicatieveiligheid en agressie. Voor agressiereductie bij cliënten is een training voor medewerkers ingezet maar het beoogde resultaat is niet bereikt; het aantal agressie incidenten blijft hoog. Daarom vindt dit jaar een aanvullende analyse plaats en krijgen de medewerkers een herhalingstraining.

ZDS is in november 2019 ISO-9001:2015 gecertificeerd. Daarvoor was ZDS koepel-gecertificeerd via de brancheorganisatie NBEC. Jaarlijks vindt een externe audit plaats uitgevoerd door KIWA. Daarnaast vinden interne audits plaats die zijn gericht op de verbetermaatregelen. De geconstateerde afwijkingen en verbetermaatregelen zijn vastgelegd op de Controlelijst maatregelen. Op deze wijze wordt de Plan Do Check Act cyclus doorlopen.

Tevens heeft ZDS jaarlijks een externe visitatie op bestuurlijk en zorginhoudelijk niveau. Onderwerpen bij de externe visitaties zijn cliëntentevredenheid, de cliëntenraad en kwaliteit en certificering geweest.

ZDS heeft een cliëntenraad. De bestuurder heeft aangeboden dat de inspectie tijdens het toezicht met de cliëntenraad zou spreken. De inspectie heeft van dit aanbod geen gebruik gemaakt, maar wel gezien dat in 2018 een cliëntentevredenheidsonderzoek heeft plaatsgevonden. Een van de uitkomsten van dit onderzoek is dat de interne communicatie kan verbeteren. In het nieuwe elektronische cliënt dossier is het zorgplan geïntegreerd en een onderdeel daarvan is dat de tevredenheid van cliënten tijdens de zesmaandelijke evaluatie wordt besproken en in het cliëntdossier wordt opgenomen. In 2019 is dit bij 44 cliënten gebeurd. De gerapporteerde tevredenheid is groot. Het onderzoek betreft echter een beperkt deel van de cliënten. De Cliëntenraad wordt door de bestuurder betrokken om de response bij het meten van de cliënttevredenheid te vergroten.

ZDS heeft een Raad van Commissarissen, sinds juni 2020 bestaande uit drie onafhankelijke leden met een passend competentieprofiel. De Raad van Commissarissen vergadert zesmaal per jaar, waarvan eenmaal zonder de bestuurder en eenmaal met een lid van de Cliëntenraad. De Raad van Commissarissen handelt conform de Governance Code Zorg.

ZDS heeft geen Ondernemingsraad. De inspectie heeft gelezen dat een werkgroep de taak heeft om de mogelijkheden tot actieve medezeggenschapsraad te onderzoeken. Aanvullend heeft de bestuurder meegedeeld dat de werkgroep heeft voorgesteld om in plaats van een Ondernemingsraad op een alternatieve wijze de medezeggenschap te organiseren. Per team is een teamlid aangesteld waarmee het managementteam overlegt. Daarnaast vindt minimaal viermaal per jaar een personeelsbijeenkomst plaats, waarvoor alle medewerkers worden uitgenodigd en waarin personele aangelegenheden en voor (voorgenomen) besluiten worden besproken.

Oordeel: Voldoet aan de norm

De inspectie is van oordeel dat de aanbieder een voldoende en actueel beeld heeft van wat er speelt in de organisatie en bij de begeleiding van de jeugdigen en neemt passende verbeteringen indien dat nodig is. Input hiervoor zijn onder andere incidentmeldingen, de inspraakorganen en diverse andere instrumenten die ingezet worden in het kader van de PDCA-cyclus zoals audits en CTO- en MTO-onderzoeken. In de organisatie is ruimte voor het melden van incidenten, reflectie en er is in voldoende mate sprake van in- en tegenspraak. Er is op het moment van toezicht geen Ondernemingsraad maar de medezeggenschap is op een andere wijze georganiseerd.

4. De bestuurder biedt jeugdigen en hun ouders de mogelijkheid voor hun individuele belangen op te komen

Waar kijkt de inspectie naar

De hulpaanbieder heeft een klachtregeling en faciliteert de toegang tot een (onafhankelijke) vertrouwenspersoon (Jeugdwet) en/of een klachtenfunctionaris (Wkkgz) om jeugdigen en ouders een laagdrempelige klachtenregeling te garanderen.

De hulpaanbieder is aangesloten bij een klachtencommissie (Jeugdwet) en/of een geschillencommissie (Wkkgz). De klachtenregeling voorziet in een goed en tijdige afhandeling van klachten. De hulpaanbieder neemt klachten serieus en benut klachten voor het verbeteren van de hulp.

Bevindingen

De bestuurder vertelt dat ZDS een klachtenregeling heeft en deze heeft de inspectie ook op de website gezien. Voor cliënten is een folder met de naam "Wat een pracht van een klacht". De kwaliteitsfunctionaris van ZDS is de interne klachtenfunctionaris. ZDS beschikt over een klachtencommissie. Cliënten kunnen ook rechtstreek naar het Klachtenportaal Zorg, maar ZDS stimuleert het eerst intern op te lossen. Bij het Klachtenportaal is in 2019 één klacht ingediend en die betrof de intakeprocedure. Het Klachtenportaal Zorg functioneert ook als een geschillencommissie.

Cliënten kunnen een beroep doen op een vertrouwenspersoon. Dit kan bij het AKJ en de inspectie heeft het telefoonnummer op de website gezien. De cliënt kan ook een beroep doen op een vertrouwenspersoon van Nederlandse Branche-coöperatie Erkende Cliëntondersteuners (NBEC) waarvan de naam, telefoonnummer en e-mailadres in de klachtenregeling staan vermeld.

Oordeel: Voldoet aan de norm

De inspectie concludeert dat het klachtreglement van de aanbieder voldoet aan de Jeugdwet en de Wkkgz. De aanbieder staat open voor klachten, dit is zichtbaar in de titel van de folder voor cliënten: "Wat een pracht van een klacht".

Thema: Ontwikkelingsgerichte hulp

5. Wensen, behoeften, mogelijkheden van jeugdigen, ouders en netwerk zijn bekend bij hulpverleners

Waar kijkt de inspectie naar
<i>De bij het gezin of jeugdige betrokken hulpverleners hebben een gedeeld en actueel beeld van de context van de jeugdige, ouders en het netwerk. Dit beeld bestaat uit de achtergrond, cultuur, leefwereld, mogelijkheden, wensen, gezondheid, ontwikkelingstaken en problematiek en het gewenste toekomstperspectief. Hulpverleners weten of er in een gezin op meerdere domeinen problemen spelen. Veranderingen in het beeld over de jeugdige, ouders en het netwerk leggen de hulpverleners vast in het plan.</i>
Bevindingen
<p>In de dossiers heeft de inspectie gezien dat met de jeugdige en zijn of haar ouders wordt gesproken om een duidelijk beeld te krijgen en samen doelen te stellen. Het elektronisch dossier is overzichtelijk ingericht en bevat duidelijke tabbladen. Hierin leest de inspectie veel informatie over de jeugdige. Onder de tab 'netwerken' treft de inspectie geen informatie over het netwerk van de cliënt aan. Wel bevat elk dossier een beschrijving van de gezinssamenstelling. De tab 'zorgplan' opent met punten die duiden dat de hulp ontwikkelingsgericht is: "Wat vind ik prettig in de omgang", "Wat zijn mijn wensen", "Wie zijn voor mij belangrijk" en "Wie ben ik".</p> <p>De doelen zijn in voor de jeugdige begrijpelijke taal en meestal in de ik-vorm beschreven. Het is voor de inspectie zichtbaar in de teksten dat de jeugdige en de ouders bij het opstellen van de doelen zijn betrokken. De cliënten kunnen zelf hun dossier inzien via het cliëntenportaal van het digitale dossier.</p> <p>Van ieder contact maakt de medewerker een verslag in het dossier waardoor het beeld van de jeugdige steeds wordt aangevuld en geactualiseerd. Het beleid is om de doelen elk half jaar te evalueren met de cliënt en de plaatser / gemeente. De inspectie heeft een evaluatie in het dossier gezien, waarbij elk doel is geëvalueerd. In twee andere dossiers ontbrak de evaluatie, hoewel de termijn van een half jaar was versteken.</p>
Conclusie
De inspectie heeft op grond van het gesprek met bestuurder en de dossiertoets het beeld dat hulpverleners van ZDS zich sterk richten op de jeugdige en zijn problematiek. Zij spreken met de jeugdige en zien de jeugdigen die woonbegeleiding krijgen de hele dag. De dossiers zijn gemaakt voor het vastleggen van de hulp van één jeugdige en niet het hele gezin. De halfjaarlijkse evaluaties blijken in de praktijk niet altijd te worden uitgevoerd, waardoor veranderingen onvoldoende zichtbaar zijn.

6. De hulp aan jeugdigen en ouders draagt bij aan een gezonde ontwikkeling in een zo thuis mogelijke omgeving

Waar kijkt de inspectie naar
<p><i>Het uitgangspunt van de hulp is opgroeien in een ontwikkelingsgerichte en veilige omgeving (fysieke) omgeving en het stimuleren van ouders om deze omgeving te bieden. Bij voorkeur groeien jeugdigen op in de eigen thuissituatie. Indien een jeugdige bij de hulpaanbieder verblijft, is dit zoveel mogelijk in de eigen regio en een zo thuis mogelijke omgeving. Daarnaast is een positief, gezinsgericht en pedagogisch ontwikkelklimaat en (groeps)cultuur nodig, die aansluit bij de individuele behoefte van de jeugdige. Hulpverleners moedigen jeugdigen aan om zich te ontplooiën, positieve ervaringen op te doen en talenten/interesses te ontwikkelen.</i></p> <p><i>Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in principe niet ingezet. Indien vrijheidsbeperkende maatregelen (onvrijwillige zorg) worden ingezet, dienen zij bij te dragen aan de ontwikkeling van jeugdigen en verwacht de inspectie dat dit voldoet aan de eisen die hiervoor gelden.</i></p>
Bevindingen
<p>De bestuurder meldt en de beleidstukken laten zien dat ZDS woonbegeleiding, ambulante begeleiding en behandeling aanbiedt, soms in combinatie. De begeleiding vindt bij voorkeur thuis plaats. Voor een jeugdige waar dit niet mogelijk is of die al wat ouder is, vindt de begeleiding in kleinschalige woonvoorzieningen plaats, in of nabij de woonplaats van de jeugdige. De woonbegeleiding is in fases opgedeeld, waarbij tijdens de eerste fase jeugdigen meestal de regie nog niet zelf kunnen nemen en veel ondersteuning nodig hebben. De derde fase leidt toe tot zelfstandig of begeleid wonen. Deze laatste fase is niet bij alle jeugdigen haalbaar. Op dit moment maakt ZDS als hoofdaannemer gebruik van twee gezinshuizen, maar ZDS plaatst geen nieuwe jeugdigen meer in de gezinshuizen. ZDS wil meer zicht op de jeugdigen dan dat in de rol van hoofdaannemer bij een gezinshuis mogelijk is. Op het moment dat jeugdigen 18 jaar oud worden stopt de financiering vanuit de Jeugdwet en gaat deze over naar de Wmo. In de praktijk blijkt het dan soms moeilijk om de vervolghulp te organiseren omdat de financiering ontbreekt. ZDS kan deze hulp zelf aanbieden indien hiervoor financiering beschikbaar is.</p> <p>De inspectie heeft niet het leefklimaat op de locaties geobserveerd. Uit voorbeelden die de bestuurder geeft en de doelen die de inspectie in de dossiers heeft gezien ontstaat een beeld van een op ontwikkeling gericht leefklimaat dat is gericht op de individuele behoefte van de jeugdige.</p> <p>De bestuurder meldt dat jeugdigen met ambulante begeleiding en behandeling niet te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij jeugdigen met woonbegeleiding kunnen wel vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet op grond van de Wet Zorg en Dwang. De kwaliteitsmedewerker en gedragswetenschapper kijken in dit geval altijd mee. Vanuit het zorgkantoor is in dit geval een onafhankelijke vertrouwenspersoon betrokken die ook op de woonlocatie uitleg komt geven over de rechten van de betrokken en de andere jeugdigen.</p>
Conclusie
<p>De hulp door ZDS is gericht op ontwikkeling. De hulp aan jeugdigen vindt bij voorkeur thuis plaats. Hierbij sluit de geboden begeleiding en behandeling aan bij de hulpvraag van de jeugdige en zijn ouders.</p>

Thema: De kundige hulpverlener

7. Hulpverleners bieden hulp die aansluit bij de problematiek, ontwikkelingsbehoefte en mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders

Waar kijkt de inspectie naar
<p><i>Hulpverleners hebben, passend bij hun functie, actuele kennis van de kenmerken en problematiek van de doelgroep. Zij weten welke hulp onder welke omstandigheden wel en niet werkten baseren zich op geldende professionele richtlijnen.</i></p> <p><i>Hulpverleners beoordelen op basis van hun beeld van de jeugdige en zijn problematiek, mogelijkheden en eigen netwerk, welke hulp de jeugdige nodig heeft. Hulpverleners schatten in of specifieke deskundigheid van andere disciplines nodig is en organiseren dit. De hulpverlening is daarnaast gericht op het voorkomen van problemen. Tevens zetten hulpverleners, waar nodig, nazorg in.</i></p>
Bevindingen
<p>Uit het gesprek met de bestuurder en een inzage in de personeelsdossiers blijken medewerkers een opleiding te hebben gevolgd die past bij hun functie. Daarnaast heeft ZDS een opleidingsbudget van twee procent van de loonkosten beschikbaar voor de opleiding van de medewerkers. Intern (ZDS Academie) en extern zijn mogelijkheden om relevante trainingen of opleidingen te volgen. ZDS heeft een opleidingsplan. Medewerkers kunnen ook een individuele opleidingsvraag indienen. In het afgelopen jaar hebben medewerkers een scholing in rapporteren (SOAP) gevolgd ter voorbereiding op het openstellen van het cliënten portaal (inzage in het eigen dossier). In de personeelsdossiers ziet de inspectie dat bij alle onderzochte dossiers medewerkers een opleiding of training hebben gevolgd. Deze opleiding en trainingen zijn inhoudelijk passend bij de doelgroep.</p> <p>De bestuurder vertelt dat bij alle nieuwe cliënten een risico-inventarisatie wordt gemaakt en dat dit herhaald wordt op het moment dat er een incident met de jeugdige is voorgevallen. De incidenten worden gerapporteerd en de inspectie heeft in de opgevraagde documenten gezien dat deze later geanalyseerd worden. De inspectie heeft in vrijwel alle dossiers risicotaxaties gezien. De risicotaxatie was echter niet altijd, zoals volgens het beleid zou moeten, bij de intake ingevuld. In het dossier van een jeugdige waar een incident had plaatsgevonden was bij de intake geen risicotaxatie afgenomen en was deze ook niet opgesteld na het incident.</p> <p>De hulp sluit aan bij de hulpvraag en hierbij worden ook andere vormen van hulp ingezet. Voor een deel wordt deze geboden door ZDS zelf, zoals Psycho motorische therapie (PMT) en opvoedingsondersteuning. Daarnaast werkt ZDS samen met regionale zorgpartners die desgevraagd de gewenste hulp bieden.</p>
Conclusie
<p>De inspectie concludeert dat de medewerkers van ZDS actuele kennis van de kenmerken en problematiek van de doelgroep hebben en dat de organisatie investeert in hun deskundigheid. De medewerkers voeren niet altijd een risico-taxatie uit volgens het beleid van ZDS.</p>

8. Hulpverleners bieden samenhangende en waar nodig integrale hulp aan jeugdigen en hun ouders

Waar kijkt de inspectie naar
<i>Indien andere hulpverleners betrokken zijn bij een jeugdige en het gezin, werken de hulpverleners samen in een netwerk. Zij stemmen, in overleg met jeugdigen en ouders, af met andere hulpverleners die betrokken zijn bij de gezinsleden. Hulpverleners dragen daarbij zorg voor een zorgvuldige informatie- en kennisuitwisseling en maken met elkaar duidelijke afspraken over de samenwerking, wederzijdse verwachtingen, wie waarvoor verantwoordelijk is en regie. Ook is belangrijk dat er continuïteit van hulp is, bijvoorbeeld van overgangen van de hulp of als de jeugdige 18 jaar wordt.</i>
Bevindingen
<p>De bestuurder meldt sinds twee jaar alleen nog maar als hoofdaannemer op te treden als zij de verantwoording kunnen nemen voor de kwaliteit van de geboden hulp door de onderaannemer. Het belang van de jeugdige en het gezin staat hierbij centraal. In de dossiers is zichtbaar dat met het gebiedsteam / de sociale wijkteams de hulp wordt afgestemd.</p> <p>Cliënten blijven begeleiding en behandeling krijgen na het bereiken van hun 18^e jaar. Bij één jeugdige is dit in de vorm van verlengde jeugdhulp, bij alle andere jeugdigen in de vorm van Wmo. De bestuurder geeft een voorbeeld waarbij deze zelf met een wethouder in gesprek gaat als dit nodig is om de continuïteit van hulp te realiseren.</p>
Conclusie
De inspectie concludeert dat ZDS samenwerkt met andere hulpverleners. Met de gebiedsteam / sociale wijkteams wordt de hulp altijd afgestemd. Hierdoor is sprake van integrale hulp. De aanbieder zet zich voldoende in voor de continuïteit van hulp na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

3 Vervolg

Op 27 augustus 2020 voerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht uit bij Zorggroep de Stellingwerven te Noordwolde. De inspectie toetste vier normen uit het thema Goed Bestuur. Zorggroep de Stellingwerven voldeed op het moment van het toezicht volledig aan drie van de vier normen uit het thema Goed Bestuur. Aan een norm voldeed Zorggroep de Stellingwerven grotendeels niet. Zorggroep de Stellingwerven dient met betrekking tot deze norm verbetermaatregelen te nemen zodat volledig wordt voldaan aan de norm:

- De bestuurder stelt de maatschappelijke doelstelling en het belang van de jeugdigen centraal.

De inspectie verwacht binnen drie maanden door de aanbieder te worden geïnformeerd over de genomen verbetermaatregelen.

De inspectie onderzocht daarnaast twee normen uit het thema Ontwikkelingsgerichte Hulp en twee normen uit het thema Deskundige Hulpverlener. Op grond hiervan ziet de inspectie geen aanleiding om verder onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorg.

Wel ziet de inspectie op een paar normen ruimte voor verbetering. Het betreft de volgende normen:

- Wensen, behoeften, mogelijkheden en risico's van jeugdigen, ouders en netwerk zijn bekend bij hulpverleners;
- Hulpverleners bieden hulp die aansluit bij de problematiek, ontwikkelingsbehoefte en mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders.

Bijlage - Verantwoording

De inspectie voerde het toezicht bij Zorggroep de Stellingwerven uit op 27 augustus 2020. Het toezicht werd enkele dagen van tevoren aangekondigd in verband met Corona. Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie voor het toezicht verschillende informatiebronnen. De informatie uit deze bronnen is met elkaar vergeleken en gewogen. Bij het toezicht zijn de volgende bronnen betrokken:

- Gesprek en gestructureerd interview met de bestuurder en de coördinator van het stafbureau;
- gesprek met de controller;
- check in HR-dossier op de aanwezigheid van de SKJ-registratie;
- check van tien door de inspectie gekozen personeelsdossiers op aanwezigheid van VOG en verslag laatste functioneringsgesprek;
- check van drie door de inspectie gekozen dossiers van jeugdigen;
- de volgende documenten:
 - organogram
 - juridische structuur
 - financieel jaarverslag 2018 en 2019
 - Kwaliteitskaderverslag Gehandicaptenzorg 2018 en 2019
 - NBEC jaarverslag 2018
 - NBEC Kwaliteitsrapportage, inclusief klachtenrapportage ZDS Q1 en Q2 2020
 - twee verslagen van een prisma-analyse
 - Auditrapport van QMS in het kader van ISO 9001-2015 certificering
 - twee kwartaalrapportages van ZDS
 - zes verslagen van vergadering Raad van Commissarissen
 - strategisch document 2020 -2021
 - opleidingsplan 'Binden en Boeien' 2020
 - kwaliteitsmanagementsysteem
 - procedure 4: interne klachten
 - procedure 6: veiligheid:
 - overzicht medewerkers (functies, omvang dienstverband, SKJ- en BIG-registraties);
- website Zorggroep de Stellingwerven
 - Missie en visie van ZDS
 - Klachtenregelement;
- informatie Kamer van Koophandel via Company.info;
- Maatschappelijke Jaarverantwoording 2018 en 2019;
- Jaarrekening 2017, 2018 en 2019

www.igj.nl