

Stichting 't Huus

KWALITEITSRAPPORT

2020

Inhoudsopgave

Stichting 't Huus in beeld

Samenvatting

Inleiding

1. Zorgproces rondom de individuele cliënt

- 1.1 Aandachtspersonen
- 1.2 Toetsen van de kwaliteit
- 1.3 Medezeggenschap
- 1.4 Wet zorg en dwang

2. Cliëntervaringen

- 2.1 Uitkomsten onderzoek cliënttevredenheid
- 2.2 Wat doen we met de uitkomsten?

3. Medewerkers in gesprek met elkaar

- 3.1 Voldoende deskundige medewerkers
- 3.2 Leren van incidenten

4. Inzet financiële middelen

- 4.1 Kengetallen 2020
- 4.2 Ontwikkeling financiële positie

5. Reflectie van de cliëntenraad

Bronnenlijst



Stichting 't Huus in beeld

Stichting 't Huus is een organisatie die zorg en ondersteuning biedt bij wonen en dagbesteding aan kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke en/ of lichamelijke beperking in Oost-Zeeuws Vlaanderen.

Stichting 't Huus staat voor kleinschaligheid, cliëntgerichte zorg, persoonlijk contact en individuele aandacht. Zo kunnen onze cliënten een kwalitatief goed leven leiden dat is afgestemd op hun mogelijkheden, wensen en ambities.

Stichting 't Huus

- 3 locaties
- 42 cliënten volwassenenzorg
- 7 cliënten Jeugd
- 53 medewerkers
- 22 vrijwilligers



Jeugdhulp

- Ondersteuning thuis: ambulante jeugdhulpverlening
- Wonen met 24-uurs begeleiding
- Logeren
- Ondersteuning bij werken en vrijetijdsbesteding

Volwassenenzorg

- Ondersteuning thuis: ambulante hulpverlening
- Wonen met 24-uurs begeleiding
- Dagbesteding
- Logeren

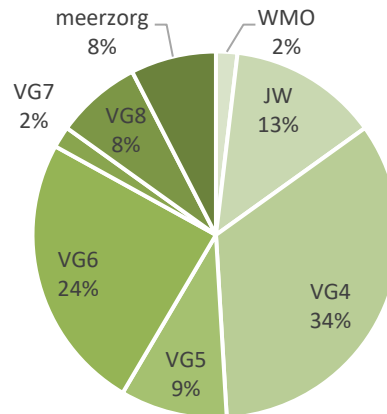


Kengetallen cliënten

Stichting 't Huus biedt ondersteuning aan 49 cliënten. Hieronder is weergegeven hoe de verhouding is tussen de verschillende financieringsvormen.

Financieringsvorm

WLZ	: 41 cliënten
WMO	: 1 cliënt
Jeugdwet	: 7 cliënten



■ WMO ■ JW ■ VG4 ■ VG5 ■ VG6 ■ VG7 ■ VG8 ■ meerzorg

Kengetallen medewerkers

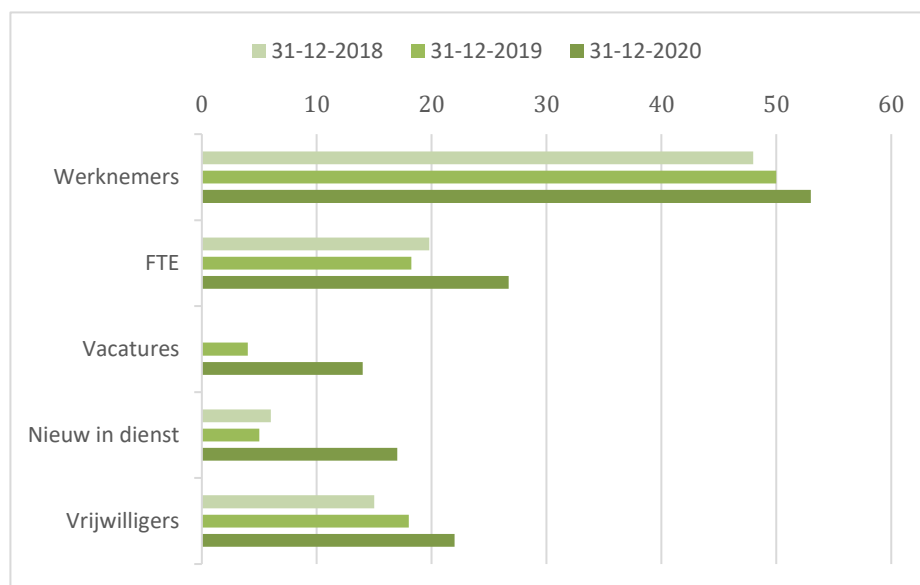
In onderstaande figuur wordt weergegeven hoeveel werknemers er bij Stichting 't Huus werken, om hoeveel FTE het gaat, wat de verhouding is tussen de cliëntgebonden en niet - cliëntgebonden inzet en hoeveel vrijwilligers er werkzaam zijn. Er is in procenten gezien een lichte daling van de niet cliëntgebonden uren. Deze is toe te schrijven aan het openen van een extra woonlocatie in Axel aan de Zuivelstraat. Doordat we daar nieuwe mensen hebben aangenomen is de overhead licht gedaald in relatie tot het totaal. We hopen de komende



jaren het percentage niet cliëntgebonden uren stabiel te houden op dit niveau. Op dit moment zitten we onder het landelijke gemiddelde. We streven er naar om dat de komende jaren zo te houden.

Aantallen	31-12-2018	31-12-2019	31-12-2020
Werknemers	48	50	53
FTE	19,8	18,22	26,7
Vacatures	-	4	14
Nieuw in dienst	6	5	17
Vrijwilligers	15	18	22
Cliënt gebonden personeel	87%	87%	89%
Niet cliënt gebonden personeel	13%	13%	11%

In onderstaande figuur wordt het personeelsverloop vanaf 2018 weergegeven. Vanaf 2018 is er sprake van een gestage groei. Het personeelsverloop binnen Stichting 't Huus is klein.



Samenvatting kwaliteitsrapport 2020

In dit kwaliteitsrapport geven we aan wat we binnen Stichting 't Huus in 2020 allemaal hebben gedaan. Ook komt naar voren wat er goed ging en wat er beter kan.

Zorgproces rondom de individuele cliënt

- +** Dit gaat goed
 - Alle cliënten hebben een ondersteuningsplan en risico-inventarisatie.
 - Twee maal per jaar wordt het ondersteuningsplan geëvalueerd.
 - De kwaliteit van zorg wordt door de auditor als goed gekwalificeerd .
 - De huiskamergesprekken worden door zowel cliënten als medewerkers als positief ervaren.
 - Alle medewerkers zijn geschoold op het gebied van de Wet Zorg en Dwang.
- ➔** Dit kan beter
 - Alle cliënten worden gekoppeld aan een aandachtspersoon, o.a. zodat er kortere communicatielijnen zijn, het aandeel van de medewerkers in de ondersteuningsplannen groter wordt en afspraken breder gedragen worden.
 - Maximaal 1% van de dossiers is incompleet door implementatie van de functie dossiercontrole in het ECD.
 - De huiskamerraad komt 2x per jaar bij elkaar.
 - In alle teams zal de CVP WzD uitleg geven en kennis maken. In alle teams gaan we het gesprek aan over de onvrijwillige zorg waar zij mee te maken hebben.
 - Uitvoeren van interne audits

In gesprek over cliëntervaringen

- +** Dit gaat goed
 - Er zijn door ouders 53 vragenlijsten ingevuld.
 - Het beeld van de cliënttevredenheid is positief, op alle DVIE thema's, behalve het thema meedoen, geeft >70% van de ondervraagden aan tevreden te zijn.
- ➔** Dit kan beter
 - Er zijn 17 DVIE gesprekken gevoerd met cliënten. We willen graag dat er meer gesprekken met cliënten worden gevoerd. In 2021 willen we dat er 25 gevoerd worden, een toename van 47%.
 - De score op het thema meedoen, of participatie is relatief laag, dit willen we in 2021 verbeterd zien en een score van 70% halen.
 - Het thema veiligheid is de belangrijkste voor onze cliënten, we willen dat meer cliënten zich veilig voelen bij Stichting 't Huus en zullen hier in het meerjarenbeleidsplan 2022-2027 doelen voor opstellen.
 - Eigen regie vinden we belangrijk bij Stichting 't Huus. Op de middellange termijn willen we de score op het domein kiezen verhogen. Ook dit wordt als speerpunt opgenomen in het meerjarenbeleidsplan 2022-2027

Medewerkers in gesprek met elkaar

- +** Dit gaat goed
 - Elk team komt maandelijks bij elkaar
 - Tijdens deze bijeenkomsten wordt de zorg voor een aantal cliënten geëvalueerd, wat gaat goed, wat kan beter? Elke cliënt wordt twee maal per jaar besproken en vaker indien nodig. Orthopedagoog en/of zorgcoach sluiten hierbij aan.
 - De incidenten worden met elkaar besproken, om te leren van elkaar en te evalueren of en hoe incidenten voorkomen kunnen worden.
 - Wanneer het nodig is worden er door orthopedagoog bijeenkomsten rondom individuele cliënten georganiseerd, waarbij begeleiders van team wonen en dagbesteding uitwisselen en van elkaar leren.
- Dit kan beter
 - Vanaf 2021 hebben we afgesproken dat er in elk team systematischer aan reflectie wordt gedaan. Het team kiest eind van het jaar voor enkele speerpunten en formuleert met elkaar ontwikkelpunten voor het jaar erop die worden vastgelegd in een ontwikkelplan. De ontwikkelplannen worden op organisatieniveau vastgelegd en besproken in het beleidsoverleg.
 - We willen in 2021/2022 de intervisiebijeenkomsten voor medewerkers opnieuw vorm gaan geven.

Inzet financiële middelen

- +** Dit gaat goed
 - De facturatiecyclus is sterk verbeterd door een betere opvolging en administratie van de aanwezigheid en strikter inboeken van de facturen. Ook de opvolging of facturen reeds betaald zijn, gebeurt nu op gestructureerde wijze, waardoor openstaande betalingen sneller opgevolgd worden
 - Door de implementatie van Comandi is er in 2020 meer inzicht in de financiële cijfers gedurende het jaar door.
- Dit kan beter
 - Een betere opvolging van de begroting gedurende het jaar
 - De begroting en de jaarrekening worden eerder opgesteld
 - De begroting opvolgen in Comandi gedurende het jaar om knelpunten ten opzichte van de realisatie eerder waar te nemen

Inleiding

Met dit kwaliteitsrapport geeft Stichting 't Huus aan hoe het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg in de praktijk vorm krijgt binnen de organisatie.

In dit rapport wordt duidelijk wat we in 2020 hebben gedaan. Ook geven we aan wat er goed ging en wat beter kan.

Binnen de organisatie gebruiken we het kwaliteitsrapport om te reflecteren en medewerkers, cliënten en hun vertegenwoordigers een beeld te geven van onze werkwijze en aan welke doelen we werken.

Het Kwaliteitsrapport is ingedeeld aan de hand van de drie bouwstenen van het Kwaliteitskader.

- Hoofdstuk 1: Zorgproces rondom de individuele cliënt
- Hoofdstuk 2: Onderzoek naar cliëntervaringen
- Hoofdstuk 3: Zelfreflectie in teams

Vervolgens wordt er inzicht gegeven in hoe we omgaan met onze financiële middelen. In de reflectie van de cliëntenraad, reflecteert de cliëntenraad op 2020.



1. Zorgproces rondom de individuele cliënt

Het zorgproces rondom de individuele cliënt is een continu proces van interactie met de cliënt en zijn of haar familie en andere betrokkenen. Elke cliënt heeft een vertegenwoordiger die betrokken is bij de zorg en waarmee afspraken worden gemaakt over de zorg en dienstverlening. Deze vertegenwoordiger is in het overgrote deel van de gevallen een familielid.

Bij Stichting 't Huus ervaren we een zeer grote betrokkenheid van het netwerk van onze cliënten. Familieleden hebben relatief veel invloed op de gang van zaken en de zorg, er zijn korte lijntjes.

De afspraken die gemaakt worden met cliënten en vertegenwoordigers over de zorg en dienstverlening, leggen we vast in het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan is opgebouwd aan de hand van de domeinen van Kwaliteit van Bestaan, zoals geformuleerd door Shalock. Het ondersteuningsplan wordt in elk geval twee keer per jaar geëvalueerd en vaker wanneer dit gewenst is.

1.1 Aandachtspersonen

Tot eind 2020 vonden deze ondersteuningsplan evaluatiegesprekken plaats tussen de cliënt of zijn vertegenwoordiger(s) en de orthopedagoog of zorgcoach. Dit, zodat de begeleiders alle tijd konden besteden aan de zorg voor onze cliënten en zich niet met randzaken bezig hoefden te houden.

Medewerkers geven, o.a. in teamvergaderingen en functioneringsgesprekken echter aan graag onderdeel te willen uitmaken van deze cyclus van ondersteuningsplan evaluaties. Vanaf 2021 zal dan ook gewerkt gaan worden met aandachtspersonen. Elke cliënt wordt gekoppeld aan een aandachtspersoon en heeft dus één persoon die het vaste aanspreekpunt is, waar hij of zij altijd bij terecht kan, die ook het aanspreekpunt is voor



ouders of vertegenwoordigers, waardoor er kortere communicatielijnen worden gecreëerd. Ook zal de aandachtspersoon het DVIE (Dit Vind Ik Ervan, zie hoofdstuk 2) gesprek voeren met zijn of haar cliënt en aansluiten bij de ondersteuningsplanevaluaties. Door medewerkers als aandachtspersoon te betrekken bij de evaluaties, denken we een breder gesprek te kunnen voeren over wat goede zorg voor de cliënt inhoudt, wat de wensen van de cliënt zijn en breed gedragen afspraken kunnen maken over waar we ons in de ondersteuning op zullen gaan richten. We hopen het gevoel van eigenaarschap en verantwoordelijkheid te bevorderen bij onze medewerkers, hetgeen ten goede zal komen van het werkplezier en hiermee bevorderend is voor de kwaliteit van de zorg aan onze cliënten.

Risicoinventarisatie

Naast de ondersteuningsplan evaluaties, vormt ook het inventariseren en wegen van gezondheids- en veiligheidsrisico's een vast onderdeel van het gesprek over wat goede zorg inhoudt. Het maakt deel uit van de PDCA zorgcyclus, van het maken, uitvoeren en evalueren en waar nodig bijstellen van afspraken. De risico inventarisatie vindt jaarlijks plaats met de cliënt en/of vertegenwoordiger(s) en wordt, net als het ondersteuningsplan, vastgelegd in het ECD, Zilliz.

1.2 Toetsen van de kwaliteit

Stichting 't Huus levert kwalitatief goede zorg en dienstverlening. De kwaliteit van het zorgproces wordt gevolgd door het uitvoeren van externe audits. We hebben voor het derde jaar op rij het gouden Prezo keurmerk toegekend gekregen.



“De medewerkers van de organisatie 't Huus hebben dit jaar hard gewerkt en de auditor heeft gezien dat er veel werk is verzet om de organisatie professioneler in te richten. Ook het gebouw en de inrichting zien er professioneel uit. De cliënten op dagbesteding hebben als in ‘normale tijd’ de dagbesteding kunnen bezoeken en hun bezigheden kunnen doen. De nieuwe woningen boven de dagbesteding zien er prachtig uit, waarbij er creatief wordt omgegaan met logerende cliënten. Aandacht voor respijtzorg geeft gezinnen en de cliënt tijd om zo lang mogelijk bij elkaar te zijn. Een organisatie met een duidelijke visie, waarbij de jeugdige cliënt echt centraal staat”.

Uit het auditrapport van Perspekt, 2020

In 2021 willen we starten met interne audits, zodat we de zorg en dienstverlening voortdurend kunnen toetsen.

Om onze dossiers te kunnen toetsen op volledigheid, wordt in 2021 de dossiercontrole functie in ons ECD, Zilliz geïmplementeerd. Voorheen bleek in 96% van de dossiers incompleet, door ontbrekende telefoonnummers, geboorteplaats, etc. Door de functie dossiercontrole te implementeren, hopen we naar een foutmarge van 1% te kunnen dalen met betrekking tot incomplete dossiers.

De ervaringen van de cliënten toetsen we sinds 2020 in het cliëntervaringsonderzoek. Zie hiervoor hoofdstuk 2.

1.3 Medezeggenschap

In 2020 hebben we aandacht besteed aan de medezeggenschap van cliënten en zijn we gestart met de huiskamergesprekken op onze verschillende locaties. Zowel cliënten als begeleiders kunnen onderwerpen op de agenda zetten en er worden notulen gemaakt. Deze gesprekken kunnen leiden tot directe verbeteracties op de werkvloer, of kunnen leiden tot verbeteracties binnen de organisatie. De ervaringen van zowel cliënten als medewerkers zijn



hierover zeer positief. Vanaf 2021 hopen we, naast de huiskamergesprekken op de locaties, twee keer per jaar met de Huiskamerraad, een vertegenwoordiging van cliënten van elke locatie bij elkaar te komen om het over voor cliënten belangrijke onderwerpen te hebben.

1.4 Wet Zorg en Dwang

Onvrijwillige zorg:

“Zorg waar je het niet mee eens bent”.

In 2020 wordt de Wet Zorg en Dwang ingevoerd. Deze wet regelt de rechten bij onvrijwillige zorg van mensen met een verstandelijke beperking. De kern van de Wet zorg en dwang is “Nee, tenzij”. Dit concept is niet nieuw voor ons. Het concept ‘Kwaliteit van bestaan’ van Shalock neemt een belangrijke plaats in als het gaat om de manier van werken bij Stichting 't Huus. Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken. Daarbij hoort ook zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt, waar je woont en naar welke muziek je luistert, bijvoorbeeld. Bij Stichting 't Huus willen we een ‘thuis buiten huis’ zijn, onze cliënten moeten zich veilig en thuis voelen bij Stichting 't Huus. Onvrijwillige zorg past hier in principe niet bij. Personen met een verstandelijke beperking hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat is bij voorkeur zorg waar ze zelf mee instemmen.

In 2020 hebben we vooral ingestoken op bewustwording bij zowel medewerkers als onze cliënten en vertegenwoordigers. We besteedden aandacht aan de Wet Zorg en Dwang in onze nieuwsbrief voor ouders. Ook hebben we door middel van posters en folders aandacht gevraagd voor het onderwerp. Daarnaast hebben al onze medewerkers scholing gevolgd op het gebied van de Wet zorg en dwang.

In 2021 zal de cliëntvertrouwenspersoon voor de WzD in alle teams uitleg geven en locatiebezoeken doen om kennis te maken met onze cliënten en medewerkers. Ook zullen we in 2021 in alle teams een bijeenkomst organiseren waarbij we in gesprek gaan over de casussen waarbij er sprake is van onvrijwillige zorg en onszelf uitdagen om te zoeken naar



manieren om onvrijwillige zorg te vermijden en zoveel mogelijk vrijheid voor de cliënt te realiseren.

En verder in 2020

Nieuwe woonlocatie Zuivelstraat Axel

Aan de Zuivelstraat in Axel heeft Stichting 't Huus in samenwerking met Woongoed in 2020 een nieuwe woonlocatie geopend, bestaande uit 9 appartementen met eigen woonkamer, keuken en badkamer. Het is een locatie waar 24-uurs zorg wordt geboden en waar een slaapdienst aanwezig is. Hiermee sluiten we aan bij een behoefte van cliënten die zelfstandig willen wonen, eigen woonruimte willen, maar die wel 24-uurs begeleiding nodig hebben, altijd iemand nodig hebben om op terug te kunnen vallen.

Naast de appartementen is er ook een logeerlocatie, met 3 logeerkamers en aparte badkamer.



Zorgproces rondom de individuele cliënt

Cliënten kunnen erop vertrouwen dat we goede en veilige zorg bieden. We gaan hiervoor in gesprek met de cliënt over zijn of haar wensen en verwachtingen. De vraag die ons altijd bezighoudt is: 'Wat kunnen we daar nog meer aan doen?'

+ Dit gaat goed

- Alle cliënten hebben een ondersteuningsplan en risico-inventarisatie.
- Twee maal per jaar wordt het ondersteuningsplan geëvalueerd.
- De kwaliteit van zorg wordt door de auditor als goed gekwalificeerd .
- De huiskamergesprekken worden door zowel cliënten als medewerkers als positief ervaren.
- Alle medewerkers zijn geschoold op het gebied van de Wet Zorg en Dwang.

➔ Dit kan beter

- Alle cliënten worden gekoppeld aan een aandachtspersoon, o.a. zodat er kortere communicatielijnen zijn, het aandeel van de medewerkers in de ondersteuningsplannen groter wordt en afspraken breder gedragen worden.
- Maximaal 1% van de dossiers is incompleet door implementatie van de functie dossiercontrole in het ECD.
- De huiskamerraad komt 2x per jaar bij elkaar.
- In alle teams zal de CVP WzD uitleg geven en kennis maken. In alle teams gaan we het gesprek aan over de onvrijwillige zorg waar zij mee te maken hebben.
- Uitvoeren van interne audits



2. In gesprek over cliëntervaringen

Bij Stichting 't Huus staat de cliënt centraal. Kleinschaligheid, cliëntgerichte zorg, persoonlijk contact en individuele aandacht staan bij ons voorop. Het is belangrijk in gesprek te blijven met de cliënt en zijn vertegenwoordigers over de zorg en dienstverlening, zodat we onze ondersteuning kunnen blijven verbeteren.

Bij Stichting 't Huus wordt sinds 2019 gebruik gemaakt van de methodiek 'Dit vind ik ervan!'. Een erkend cliëntervaringsinstrument in de langdurige zorg. Bij de 'Dit vind ik ervan' (DVIE) methodiek zijn de wensen van de cliënt leidend. Dagelijks wordt door begeleiding over de wensen en ervaringen van de cliënten gerapporteerd in een speciaal rapportagepunt "Dit vind ik ervan". Daarnaast wordt jaarlijks voor elke cliënt een DVIE gesprekslijst ingevuld. Aan de hand van tien herkenbare thema's wordt het gesprek aangegaan over de wensen en ervaringen van de cliënt. Deze dialoog wordt vormgegeven, qua wijze van communiceren, locatie, frequentie van de gesprekken en duur, op een manier die bij de cliënt past. De resultaten die zijn vastgelegd op de gesprekslijst komen aan bod in de ondersteuningsplan evaluaties en kunnen op individueel niveau direct tot verbeteracties leiden.

Omdat, door de aard van hun beperkingen, niet al onze cliënten zelf aan kunnen geven wat hun wensen en ervaringen zijn, wordt er ook bij ouders, jaarlijks een vragenlijst cliënttevredenheid afgenomen. De vragen komen overeen met de DVIE thema's.

Op deze manier hopen we tot een volledig beeld te komen van de cliënttevredenheid.

De resultaten van het onderzoek naar de cliënttevredenheid vormen de basis van verbeteracties op organisatieniveau.

2.1 Uitkomsten onderzoek cliënttevredenheid

Er zijn 53 vragenlijsten ingevuld. Het gaat om 17 DVIE gesprekslijsten met cliënten en 35 oudervragenlijsten. Voor het totale beeld van de cliënttevredenheid zijn alle lijsten meegenomen in de analyse.



De 3 belangrijkste thema's voor onze cliënten zijn:

1. Veilig Voelen. Dit is voor 76% van onze cliënten een belangrijk thema.
2. Familie. Voor 70% van onze cliënten is dit een belangrijk thema.
3. Gevoel. Van de ondervraagden geeft 63% aan dat dit een belangrijk thema is.

Veilig Voelen

Bij het thema Veilig voelen wordt er met cliënten over uiteenlopende onderwerpen gesproken. Cliënten geven aan of ze zich wel of niet veilig voelen binnen de locatie en we spreken over angsten die ze hebben, bijvoorbeeld voor onweer, spinnen of angsten uit het verleden. Voor onze cliënten is dit het belangrijkste thema.

Van de ondervraagden geeft 79% aan zich veilig te voelen, 6% geeft aan dat het gevoel van veiligheid 'matig' is.

Familie

Het thema 'Familie' komt uit het onderzoek naar voren als voor onze cliënten een van de meest belangrijke thema's. Voor 70% van onze cliënten is dit een belangrijk thema.

Cliënten geven aan hoe het contact met familie verloopt, of ze elkaar regelmatig zien en wat hun behoeftes zijn.

Uit het onderzoek komt naar voren dat 81% tevreden is over het contact met familie, 15% is matig tevreden.

Gevoel

Het thema gevoel is een van de meest belangrijke thema's voor onze cliënten. Hieronder valt het emotioneel welbevinden, hoe je je over het algemeen voelt, het omgaan met emoties, je gekend voelen en tevredenheid met het leven.



Uit de vragenlijst komt naar voren dat 84% op deze vraag antwoordt met 'top' of 'goed'. Van de ondervraagden beoordeelt 16% dit thema als 'matig'.

Overige thema's

Hoge scores (>80%) worden ook behaald op de thema's doen, huis, hulp en lijf.

Thema's waarop een middelhoge score (70-80%) wordt behaald zijn vrienden/ kennissen en kiezen.

Een relatief lage score wordt behaald op het thema meedoen. Minder dan 60% beoordeelde het afgelopen jaar de mogelijkheden om mee te doen als 'goed' of 'top'.

Zowel ouders als cliënten geven aan dat de coronamaatregelen in 2020 grote impact hebben gehad op de kwaliteit van leven. Vooral de mogelijkheden om familie en vrienden te bezoeken en om deel te nemen aan activiteiten en uitjes te ondernemen waren zeer beperkt.

Enkele citaten uit het onderzoek cliënttevredenheid:

"Het eten en drinken is lekker".

"Wij zijn tevreden over de dagbesteding bij 't Huus en merken dat er stappen worden gezet in zijn ontwikkeling".

"Een vertrouwde locatie, rustige begeleiders en leuke bezigheden zijn het allerbelangrijkste".

"Wij zijn zeer tevreden over Stichting 't Huus. Over hoe ze wonen in Axel hebben opgestart, het personeel en hoe het nu loopt, voelt goed".



2.2 Wat doen we met de uitkomsten?

Aan de hand van de uitkomsten is het verslag cliënttevredenheid 2020 opgesteld. We zijn tevreden met de uitkomsten, maar er zijn ook een aantal verbeterpunten die we op organisatieniveau zullen oppakken.

1. Lage score op het domein meedoen/ participeren

Dit punt komt op de agenda voor de huiskameroverleggen en de teamoverleggen. We zullen dit punt terugkerend op de agenda in het beleidsoverleg zetten en de input van de cliënten en de teams gebruiken om als organisatie het participeren in de samenleving te bevorderen en het meedoen van onze cliënten in de samenleving te faciliteren waar dat kan.

2. Score op het domein veiligheid verhogen

Omdat dit zo'n belangrijk thema is voor onze cliënten zouden we op de middellange termijn graag zien dat de score op het domein veiligheid boven de 85% uitkomt. Dit wordt opgenomen in het meerjarenbeleidsplan. We zullen o.a. aandacht besteden in de teams aan dit onderwerp om in gezamenlijkheid te bekijken hoe we het gevoel van veiligheid kunnen bevorderen bij onze cliënten en gerichte deskundigheidsbevordering inzetten.

3. Score op het domein kiezen verhogen

Op de middellange termijn vinden we het belangrijk dat onze cliënten meer eigen regie krijgen en meer mogelijkheden tot zelfbepaling en zelf keuzes maken. Dit sluit aan op de implementatie van de WZD en zal een terugkerend thema blijven waar we het met elkaar over hebben, zowel in de teambesprekingen als in de ondersteuningsplan evaluaties.

4. Een groter aandeel voor de input van onze cliënten in het beeld van de cliënttevredenheid

In 2021 willen we dat er meer DVIE gesprekken plaatsvinden met onze cliënten. Er zijn er nu 17 gevoerd, we willen er komend jaar 25 voeren, een toename van 47%. Dit willen we bereiken door meer medewerkers op te leiden in het voeren van de DVIE gesprekken en deze taak bij de aandachtspersonen neer te leggen. Nu lag deze taak bij een klein, wisselend groepje personen, waardoor de belasting voor hen relatief hoog was.



En verder in 2020

Ondersteuning bij vragen en klachten

Cliënten en hun vertegenwoordigers worden via de website geïnformeerd over de klachtenregeling. Stichting 't Huus is aangesloten bij een externe klachtencommissie van Zorgbelang. Cliënten en vertegenwoordigers kunnen hier gebruik van maken als zij niet tevreden zijn over de afhandeling van de interne klachtenprocedure. Ook is er voor klachten rondom de WZD een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon beschikbaar vanuit het LSR. De externe klachtencommissie heeft in 2020 geen klacht ontvangen voor Stichting 't Huus.. Ook is de WZD cliëntvertrouwenspersoon in 2020 niet ingeschakeld.

Meldingen inspectie IGJ/IGZ

In 2020 zijn geen meldingen gedaan bij de IGJ/IGZ.



In gesprek over cliëntervaringen

We blijven in gesprek met de cliënten en hun vertegenwoordigers over de wensen en ervaringen van cliënten. Deze worden gebundeld in het verslag cliënttevredenheid

+ Dit gaat goed

- Er zijn door ouders 53 vragenlijsten ingevuld.
- Het beeld van de cliënttevredenheid is positief, op alle DVIE thema's, behalve het thema meedoen, geeft >70% van de ondervraagden aan tevreden te zijn.

➔ Dit kan beter

- Er zijn 17 DVIE gesprekken gevoerd met cliënten. We willen graag dat er meer gesprekken met cliënten worden gevoerd. In 2021 willen we dat er 25 gevoerd worden, een toename van 47%.
- De score op het thema meedoen, of participatie is relatief laag, dit willen we in 2021 verbeterd zien en een score van 70% halen.
- Het thema veiligheid is de belangrijkste voor onze cliënten, we willen dat meer cliënten zich veilig voelen bij Stichting 't Huus en zullen hier in het meerjarenbeleidsplan 2022-2027 doelen voor opstellen.
- Eigen regie vinden we belangrijk bij Stichting 't Huus. Op de middellange termijn willen we de score op het domein kiezen verhogen. Ook dit wordt als speerpunt opgenomen in het meerjarenbeleidsplan 2022-2027



3. Medewerkers in gesprek met elkaar

De kern van reflectie is dat medewerkers samen kijken naar ‘wat gaat goed’ en ‘wat kan beter’ als het gaat om de zorg voor onze cliënten. Het is een manier om samen met collega’s te leren van vragen en problemen uit de dagelijkse werkwijze.

Het doel van de teamreflectie is om met het zorgteam de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. De teams komen elke zes weken bij elkaar. We hebben het dan over de zorg aan onze cliënten, aan wat goed gaat, waar men tegenaan loopt in de begeleiding en wat beter kan. Het is een multidisciplinair overleg, waarbij teamleider en zorgcoach of orthopedagoog aansluiten. Elke cliënt staat zeker twee keer per jaar op de agenda voor een uitgebreide evaluatie in het team en indien nodig gebeurt dit vaker.

We bespreken de gevoerde ondersteuningsplan evaluaties en risico-inventarisaties in het team en koppelen belangrijke zaken terug. Ook staan de incidenten en medicatiefouten standaard op de agenda, met als doel te leren van incidenten en werkprocessen te verbeteren.

Naast de teambijeenkomsten die elke zes weken plaats vinden, worden er door de orthopedagoog regelmatig bijeenkomsten rondom individuele cliënten georganiseerd. Het gaat dan vooral om cliënten met complexe problematiek. Zowel de collega’s van dagbesteding als van de woning worden dan uitgenodigd, met als doel van elkaar te leren. In die bijeenkomsten worden ervaringen uitgewisseld, wordt er afgestemd, wordt beeldvorming gedaan, of worden er met het team videobeelden bekeken bijvoorbeeld. Dit, met als doel het beter afstemmen van de zorg op de wensen en behoeften van de cliënt.

3.1 Voldoende deskundige medewerkers

Ons doel is dat we onze cliënten de beste ondersteuning bieden. De focus ligt op de kwaliteit van leven, gezien door de ogen van de cliënt. We kunnen dit alleen bereiken met betrokken, gemotiveerde en deskundige medewerkers.



Opleiden en ontwikkelen

Medewerkers moeten goed in staat zijn om hun werk te doen. Hier investeren we in en ondersteunen hen waar nodig.

- Voor schooljaar 2020 -2021 hebben wij 2 BBL-ers in dienst. Dit is een goede manier om nieuwe medewerkers aan onze organisatie te binden.
- We investeren in de ontwikkeling van stagiaires. Op alle 3 de locaties zijn er tijdens het schooljaar stagiaires werkzaam.
- Jaarlijks wordt in company een cursus BHV gegeven, die verplicht is voor alle zorgmedewerkers van onze organisatie.
- Jaarlijks wordt er een ontruimingsoefening op de locaties gepland. De zorgmedewerkers weten hoe te handelen in geval van ontruiming.
- Met een eigen online academie investeren wij in de ontwikkeling en deskundigheid van onze medewerkers. Een aantal cursussen zijn verplicht, maar op eigen initiatief kunnen er ook cursussen gevolgd worden. Door het jaar heen kunnen er andere cursussen toegevoegd worden aan het verplichte aanbod zoals bijvoorbeeld afgelopen jaar een cursus over de Wet Zorg en Dwang en Covid-19. Inhoud van de cursussen komt dan vervolgens in bod in de teamvergaderingen.
- Ook worden er bij externe opleiders scholingen ingekocht, zoals bijvoorbeeld afgelopen jaar voor de verpleegtechnische handelingen, of het webinar Downsyndroom+. In het voorjaar van 2022 zal personeel geschoold worden in de Geef Me De Vijf methodiek.

Ondersteunen van medewerkers

De teams worden aangestuurd door een teamleider. De teams worden zorginhoudelijk ondersteund door de zorgcoach en orthopedagoog. De planning van het rooster van onze medewerkers wordt centraal geregeld. De coördinator welzijn coördineert de vrijwilligers, ondersteunt en faciliteert waar nodig.

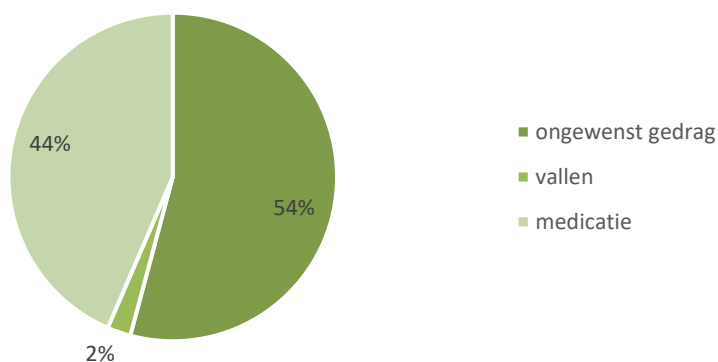


MIC-meldingen

Het inventariseren en wegen van gezondheids- en veiligheidsrisico's is bij stichting 't Huus onderdeel van het vaststellen 'welke zorg nodig is'. Het maakt deel uit van de reguliere PDCA-zorgcyclus van het maken, uitvoeren, evalueren en waar nodig bijstellen van afspraken. Veiligheids- en gezondheidsrisico's worden vastgelegd in het ECD in Zilliz. Een belangrijk instrument is de melding incidenten en calamiteiten (MIC) die medewerkers invullen als er sprake is van een fout, ongeval of bijna ongeval (fobo). Hier worden ook de incidenten door begeleiders in gemeld, waarna ze door de MIC commissie worden geanalyseerd, opgevolgd en gesloten. De MIC-meldingen staan standaard in elke teamvergadering op de agenda. We kijken of en wat voor incidenten er zijn voorgevallen en of er medicatieincidenten zijn geweest en of en hoe we deze incidenten in de toekomst kunnen voorkomen.

Incidentmeldingen geven een goede indicatie van de problematiek rond gezondheids- en veiligheidsrisico's. In 2020 werden in totaal 216 incidenten gemeld, iets meer dan in 2019, namelijk 190. Net als in voorgaande jaren had het merendeel betrekking op medicatie-incidenten en gedragsproblematiek.

Incidenten 2020

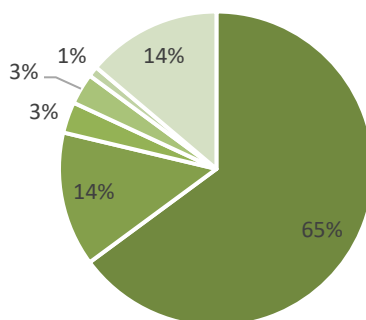


Soort Incident	Aantal
Ongewenst gedrag	117
Medicatie	94
Vallen	5
Totaal	216

In 2020 waren er in totaal 216 incidenten. Hiervan waren er 117 waarbij sprake was van ongewenst gedrag. Er waren 94 medicatie incidenten en 5 valincidenten.

In het overgrote deel (65%) van de medicatie incidenten is er sprake van een fout bij het aftekenen van de medicatie. In 13 van de 94 gevallen is de medicatie niet gegeven. In 3 gevallen is er een verkeerde dosering gegeven, in nog eens 3 gevallen was er sprake van medicatieweigering. In twee van de drie gevallen is de medicatie op een later moment alsnog ingenomen door de cliënt.

Medicatiefouten



- vergeten af te tekenen
- niet gegeven
- verkeerde dosering
- weigering in te nemen
- onvolledige inname
- overig



In 2020 waren er 117 incidenten waarbij sprake is van ongewenst gedrag. Van deze incidenten wordt 80% (93 incidenten) veroorzaakt door 7 cliënten. Dit zijn cliënten met ernstige beperkingen en complexe problematiek. Rondom elk van deze cliënten hebben we regelmatig multidisciplinair overleg en intervisiebijeenkomsten, waarbij we door middel van een gezamenlijke plan van aanpak gedragsproblematiek proberen te verminderen.

Er waren in 2020 5 valincidenten. Bij 1 van deze incidenten was er sprake van stoten, in plaats van vallen. De valincidenten hebben elk een afzonderlijke oorzaak, zoals gladheid of een losliggende stoeptegel tijdens het wandelen. Bij elk van deze incidenten is aandacht geweest voor valpreventie.

3.2 Leren van incidenten

Veiligheid voor onze cliënten en medewerkers is een basisvoorwaarde voor het leveren van goede zorg. Als organisatie vinden we het belangrijk om te leren van de incidenten die zijn voorgevallen.

Een aantal verbetermaatregelen die zullen worden geïmplementeerd in 2021:

- Scholing van medewerkers die medicatie verstrekken door HBO-verpleegkundigen.
- Implementeren van digitaal aftekensysteem N-care in juni 2021.
- Op de middellange termijn zetten we gerichte deskundigheidsbevordering in, zodat medewerkers nog beter toegerust zijn om cliënten met complexe problematiek te begeleiden. Wij hopen dat hiermee het aantal incidenten met betrekking tot gedragsproblematiek zal afnemen.

En verder in 2020

In 2020 hebben we het zogenaamde 'coronateam' opgericht, bestaande uit medewerkers vanuit alle locaties en enkele leden van het managementteam. Het doel was tot



gezamenlijke, breed gedragen besluitvorming te komen met betrekking tot de coronamaatregelen binnen de organisatie. Deze samenwerking is door alle betrokkenen als prettig ervaren.

Medewerkers in gesprek met elkaar

We hebben betrokken medewerkers die goed zijn in hun werk. Ze gaan met elkaar in gesprek over vragen waar ze in hun werk mee te maken hebben. Medewerkers worden hierdoor beter in hun werk.

+ Dit gaat goed

- Elk team komt maandelijks bij elkaar
- Tijdens deze bijeenkomsten wordt de zorg voor een aantal cliënten geëvalueerd, wat gaat goed, wat kan beter? Elke cliënt wordt twee maal per jaar besproken en vaker indien nodig. Orthopedagoog en/of zorgcoach sluiten hierbij aan.
- De incidenten worden met elkaar besproken, om te leren van elkaar en te evalueren of en hoe incidenten voorkomen kunnen worden.
- Wanneer het nodig is worden er door orthopedagoog bijeenkomsten rondom individuele cliënten georganiseerd, waarbij begeleiders van team wonen en dagbesteding uitwisselen en van elkaar leren.

➔ Dit kan beter

- Vanaf 2021 hebben we afgesproken dat er in elk team systematischer aan reflectie wordt gedaan. Het team kiest eind van het jaar voor enkele speerpunten en formuleert met elkaar ontwikkelpunten voor het jaar erop die worden vastgelegd in een ontwikkelplan. De ontwikkelplannen worden op organisatieniveau vastgelegd en besproken in het beleidsoverleg.
- We willen in 2021/2022 de intervisiebijeenkomsten voor medewerkers opnieuw vorm gaan geven.

4. Inzet financiële middelen

Een gezonde financiële situatie en een goed financieel beleid zijn voorwaarden om nu en in de toekomst goede zorg te kunnen bieden. Als organisatie vinden wij het belangrijk dat het geld zoveel mogelijk ten goede komt van de kwaliteit van zorg.

4.1 Ontwikkeling financiële positie

Gedurende 2020 is er sterk gestuurd op de uitgaven. In 2019 was er een resultaat van -€53.214. Destijds zijn ingrijpende maatregelen genomen om een nog groter verlies te voorkomen. De personeelskosten zijn toen onder de loep genomen en locatie Le Bourget is vervolgens afgestoten. In 2020 is deze lijn doorgezet en is er sterk gestuurd op vermindering van de overuren/ openstaande verlofuren. Dit heeft geresulteerd in een flinke afname van de openstaande uren. Verder is in 2020 besloten om locatie Acaciastraat af te stoten, waardoor een lastenvermindering is gerealiseerd.

Om de omzet te kunnen vergroten, is er in 2020 een nieuwe locatie geopend aan de Zuivelstraat te Axel met 9 appartementen en 3 logeerplaatsen. Op locatie Inghelosenberghe is een woonplek voor een 10^e cliënt gerealiseerd. Als resultaat is er €299.581 aan extra omzet gegenereerd.

De personeelskosten zijn gestegen met €258.368, wat per saldo een bescheiden verbetering oplevert. Doordat we minder kostenstijging hebben ten opzichte van de inkomsten hebben we over 2020 een bescheiden resultaat kunnen leveren van €971. Dit betekent dat het verlies over 2019 is omgezet in een bescheiden winst in 2020. De reden waarom de winst niet hoger is uitgevallen is doordat in 2020 een balanspost is opgenomen met betrekking tot de openstaande openstaande vakantiedagen/TvT/PBL uren van in totaal €99.150. Deze balanspost zal de komende jaren uitvlakken en minder impact hebben op de financiën.



In 2020 is er een nieuw boekhoudsysteem (Comandi) geïmplementeerd, waardoor meer inzicht in de maandcijfers is gecreëerd. Ook ontstaat hierdoor gedurende het jaar een beter inzicht in de stand van zaken. Zowel de RvB, de Manager Bedrijfsvoering en P&O als de RvT hebben toegang tot dit programma en kunnen mogelijke problemen op financieel gebied eerder signaleren.

Als er gekeken wordt naar wat er nog beter kan binnen 't Huus dan is het duidelijk dat er eerder een begroting voor het nieuwe jaar beschikbaar moet zijn dan afgelopen jaar het geval was. Ook dient deze begroting eerder besproken te worden met de cliëntenraad en de Raad van Toezicht. Dit, om de begroting beter te kunnen opvolgen en knelpunten in ons financieel beleid eerder te kunnen waarnemen.

In verband met Corona mocht de jaarrekening later aangeleverd worden. Ook hier is het streven deze in de toekomst eerder rond te krijgen. De verwachting is dat met de implementatie van Comandi de jaarrekening in de toekomst sneller afgerond zal kunnen worden, doordat de boekhouding gestructureerder opgevolgd wordt.

WLZ - Zorg in natura

Vanaf 1 oktober 2020 is er een contract afgesloten met het CZ Zorgkantoor. Stichting 't Huus mag vanuit de WLZ zorg gaan leveren aan cliënten met een VG indicatie. Vanaf dit moment kan er verblijf, VPT en dagbesteding geboden worden aan cliënten met een VG indicatie. Hierdoor is de financiële toekomst van Stichting 't Huus verder bestendig. Daarnaast is er ook een degelijkere basis voor de toekomst, doordat we samen met het Zorgkantoor kunnen optrekken op verschillende vlakken. In 2021 zullen we weer een inkooptraject in gaan om deze overeenkomst te kunnen verlengen.



4.2 Kengetallen 2020

Omzet 2020

Omzet WLZ	€ 1.393.193
Omzet WMO	€ 7.998
Omzet Jeugdwet (inclusief onderaanneming)	€ 223.405
Totaal	€ 1.624.596

<i>Omzet en rentabiliteit</i>	2020	2019	2018	2017	2016
Omzetontwikkeling Indexgetal (2016=100)	219	178,61	179,48	135,81	100,00
Brutomarge Bruto-omzetresultaat/netto omzet	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nettowinstmarge Resultaat/netto-omzet	0,06	-4,02	5,41	3,61	4,12
Rentabiliteit totaal vermogen Bedrijfsresultaat/totale vermogen	1,93	-7,38	17,10	15,58	18,51
Rentabiliteit eigen vermogen Resultaat/eigen vermogen	0,99	-54,75	47,87	46,38	72,73

<i>Liquiditeit</i>	2020	2019	2018	2017	2016
Current Ratio Vlottende activa/ kortlopende schulden	0,94	1,01	1,21	1,28	1,15
Quick Ratio Vlottende activa-voorraden/ kortlopende schulden	0,94	1,01	1,21	1,28	1,15
Betalingstermijn debiteuren Debiteuren/netto-omzet x 365 dagen	4	20	25	20	13

<i>Solvabiliteit</i>	2020	2019	2018	2017	2016
Solvabiliteit eerste niveau Eigen vermogen/ Balanstotaal	18,11	24,21	31,15	26,32	20,66
Solvabiliteit tweede niveau Eigen vermogen/ Vreemd vermogen	22,12	31,95	45,23	35,72	26,04
Solvabiliteit derde niveau Vreemd vermogen/ Balanstotaal	81,89	75,79	68,85	73,68	79,34
Interest Coverage Ratio Bedrijfsresultaat/Interestlasten (per saldo)	1,10	-2,32	7,80	4,61	5,29

Inzet financiële middelen

Dit gaat goed

- De facturatiecyclus is sterk verbeterd door een betere opvolging en administratie van de aanwezigheid en strikter inboeken van de facturen. Ook de opvolging of facturen reeds betaald zijn, gebeurt nu op gestructureerde wijze, waardoor openstaande betalingen sneller opgevolgd worden
- Door de implementatie van Comandi is er in 2020 meer inzicht in de financiële cijfers gedurende het jaar door.

Dit kan beter

- Een betere opvolging van de begroting gedurende het jaar
- De begroting en de jaarrekening worden eerder opgesteld
- De begroting opvolgen in Comandi gedurende het jaar om knelpunten ten opzichte van de realisatie eerder waar te nemen



5. Reflectie van de cliëntenraad

Voor de cliëntenraad (CR) is dit de eerste keer dat wij een reflectie schrijven als onderdeel van een integrale rapportage. We schrijven daarom een algemene reflectie op het concept kwaliteitsrapport 2020 d.d. 2 juli 2021.

De CR bestaat momenteel uit een vertegenwoordiging vanuit wonen Sint Jansteen, wonen Axel en dagbesteding Axel. Samen hebben we goed zicht op wat er gebeurt in de organisatie en ontvangen signalen van ouders en cliënten.

Wat vinden wij dat goed gaat:

- In 2020 is de woonlocatie Zuivelstraat in Axel gestart wat als project heel goed is opgepakt in de organisatie
- We vinden dat de medewerkers en bewoners goed zijn omgegaan met en geanticipeerd hebben op COVID-19; dit heeft de nodige extra inspanning gekost binnen de organisatie.
- We zien dat op de woonlocatie Zuivelstraat voor iedere client een vast contactpersoon is aangewezen en dat het voor Sint Jansteen en dagbesteding in gang is gezet.
- We zien dat er actie wordt ondernomen om te leren van incidenten.
- We ervaren dat de CR meer betrokken wordt bij het beleid.

Waar kan het beter:

- Tijdig informeren en communiceren en/of advies vragen aan de CR.
- Betere zichtbaarheid en bereikbaarheid van de CR.
- DVIE sluit niet aan bij alle cliënten, we zouden graag zien dat er gekeken wordt naar mogelijk alternatieve evaluatiemethodes.
- We zouden graag een verdere ontwikkeling zien op het gebied van “lerende organisatie”, dat bij bv medicatiefouten, het protocol gevolgd wordt en dat dit ook duidelijk in Zilliz gerapporteerd staat.
- Er is een opleidingsprogramma. Als CR zouden we graag zien dat het meer aansluit op de specifieke hulpvraag van cliënten en dat er opvolging is vanuit het management.
- Als CR zouden we graag zien dat er een meer concrete invulling is van de verbeterpunten door duidelijk aan te geven wie waar verantwoordelijk voor is in de organisatie (organogram met functie en bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden) en door een duidelijke agendering van de verbeterpunten.



Bronnenlijst

Voor het opstellen van het kwaliteitsrapport hebben we gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Auditrapport tussentijdse audit Prezo GZ, 01-10-2020
- Beleidsstuk Wet Zorg en Dwang Stichting 't Huus, 2021
- Cliënttevredenheidsonderzoek 2020
- Jaarrekening 2020
- Jaarverslag 2020 Cliëntvertrouwenspersoon Wzd
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022
- Meerjarenbeleidsplan Stichting 't Huus 2016-2021
- Rapportages uit Zilliz
- Rapportage Melding Incidenten 2020

