

# Stichting 't Huus



## KWALITEITSRAPPORT

2021



# Inhoudsopgave

## **Stichting 't Huus in beeld**

### **Samenvatting**

### **Inleiding**

#### **1. Zorgproces rondom de individuele cliënt**

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

#### **2. In gesprek over 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 Ontwikkeling financiële positie
- 4.2 Kengetallen 2021

### **Bronnenlijst**

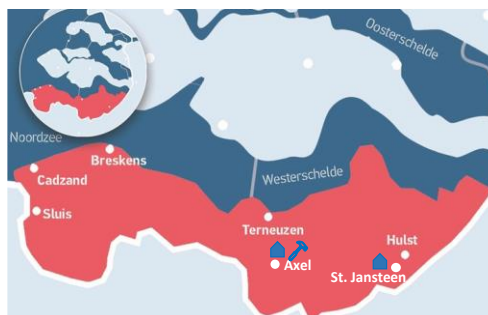
# Stichting 't Huus in beeld

**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
- 46 cliënten volwassenenzorg
- 3 cliënten Jeugd
- 53 medewerkers
- 41 vrijwilligers



## Jeugdhulp

- Wonen met 24-uurs begeleiding
- Logeren
- 3 cliënten

## Volwassenenzorg

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

## Kengetallen cliënten

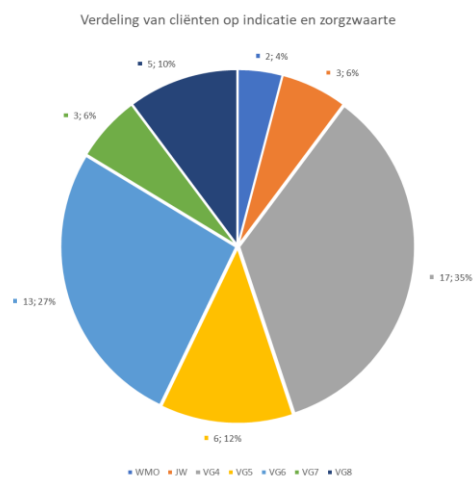
Stichting 't Huus biedt ondersteuning aan 49 cliënten. Hieronder is weergegeven hoe de verhouding is tussen de verschillende financieringsvormen.

### Financieringsvorm

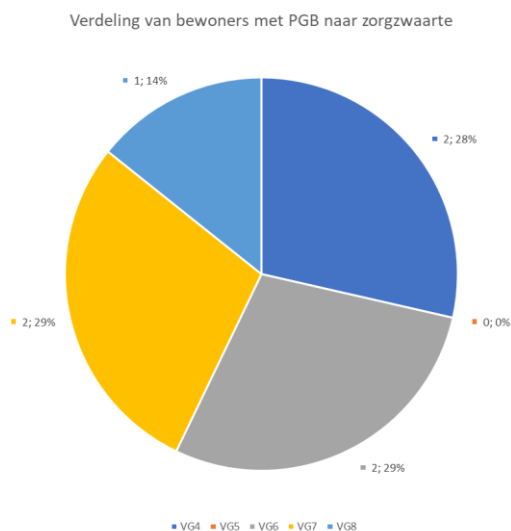
WLZ : 44 cliënten

WMO : 2 cliënten

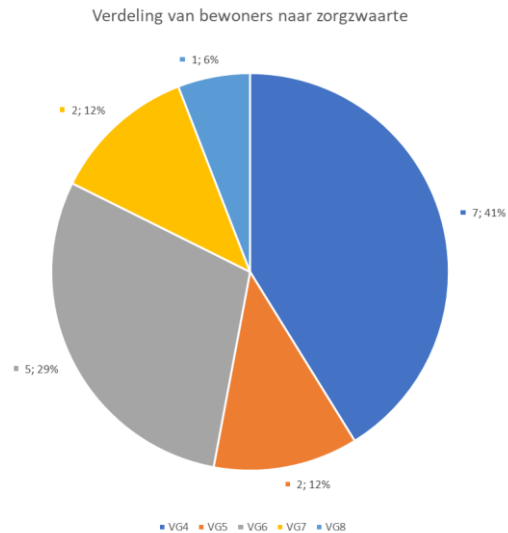
Jeugdwet : 3 cliënten



Er zijn bij 't Huus relatief veel bewoners met een complexe of intensieve zorgvraag. Bijna de helft van de bewoners (47%) heeft een VG06, VG07, of VG 08.



Vooraf van de bewoners met een grote, complexe zorgvraag, VG6, VG7 en VG8, koopt een relatief groot deel hun zorg in vanuit PGB.



## Kengetallen medewerkers

In onderstaande figuur wordt weergegeven hoeveel werknemers er bij Stichting 't Huus werken. Het gaat om 53 werknemers in 2021, hetzelfde aantal als in 2020. Het aantal FTE's is wel wat gestegen, van 26,7 naar 27,6. In de zorg worden 23,4 FTE's ingezet. 4,2 FTE's zijn overheadformatie.

Vanaf 2018 is er sprake van een gestage groei in personeel. Het personeelsverloop binnen Stichting 't Huus is laag.

	31-12-2018	31-12-2019	31-12-2020	31-12-2021
Werknemers	48	50	53	53
FTE	19,8	18,22	26,7	27,6
Nieuw in dienst	6	5	17	5
Vrijwilligers	15	18	22	28
Cliëntgebonden personeel	87%	87%	84%	85%
Niet cliëntgebonden personeel	13%	13%	16%	15%

	Aantal	FTE
<b>Zorg</b>		23,4
<b>Overhead</b>		4,2

# Samenvatting

## Zorgproces rondom de individuele cliënt

- + Dit gaat goed
  - Alle cliënten hebben een ondersteuningsplan en risico-inventarisatie.
  - Twee maal per jaar wordt het ondersteuningsplan geëvalueerd.
  - Alle cliënten hebben een contactpersoon, waardoor communicatielijnen korter zijn en het aandeel van medewerkers in de ondersteuningsplannen groter is geworden en afspraken breder gedragen worden.
  - Vier keer per jaar vindt op elke locatie een huiskamergesprek plaats. De ervaringen van zowel cliënten als medewerkers over deze bijeenkomsten zijn positief.
  - 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. De CVP heeft in alle teams kennis gemaakt en uitleg gegeven.
  - Elke locatie heeft in 2021 een bezoek gehad van de CVP WZD.

### ➔ Dit kan beter

- Alle cliënten worden gekoppeld aan een contactpersoon, 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
  - Met alle cliënten waarmee dit mogelijk is, wordt nu een DVIE gesprek gevoerd.
  - Er zijn door ouders 33 vragenlijsten ingevuld.
  - Het beeld van de cliënttevredenheid is positief, op alle DVIE thema's, behalve het thema meedoen, geeft >63% van de ondervraagden aan tevreden tot zeer tevreden te zijn.
- ➔ Dit kan beter
  - De score op het thema meedoen, of participatie is relatief laag, dit willen we in 2022 verbeterd zien en een score van 70% halen.
  - Eigen regie vinden we belangrijk bij Stichting 't Huus. Op de middellange termijn willen we de score op het domein kiezen verhogen. Dit wordt als speerpunt opgenomen in het meerjarenbeleidsplan 2022-2027.
  - Voor onze cliënten waar we, door de aard van hun beperkingen, geen DVIE gesprek mee kunnen voeren, willen we in 2022 oriënteren op een passende methodiek.

## **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.
- Het aantal incidenten rondom ongewenst gedrag is sterk afgenomen
- In 2021 is bij alle medewerkers een praktijktoets medicatieverstrekken afgenomen.
- Digitaal medicatie aftekensysteem N/care is geïmplementeerd.
- Er is een OR in oprichting
- In 2021 zijn we gestart met teamreflectiebijeenkomsten.

### Dit kan beter

- Medicatiefouten worden niet consequent genoeg gemeld in Zilliz
- Gerichte deskundigheidsbevordering is nodig
- Meer kwaliteitsbewustzijn en gedurende het jaar aandacht houden voor kwaliteit. In 2022 starten we met interne audits
- Systematisch reflecteren en leren van elkaar. In 2022 starten we met intervisiebijeenkomsten

## **Inzet financiële middelen**

### Dit gaat goed

- Het jaar 2021 is afgesloten met een positief resultaat
- Een verbeterde verhouding van personeelskosten t.o.v. de omzet
- Een nieuwe accountant, betere financiële stuurinformatie.
- Nieuw contract met het zorgkantoor voor het leveren van ZIN tot 2023.

### Dit kan beter

- Vermindering van overuren en openstaande verlofuren
- Verdere automatisering van de boekhouding
- Er wordt nog te weinig ZIN geleverd t.o.v. PGB.

# 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 2021 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.



# 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 Contactpersonen

In 2021 heeft elke cliënt een contactpersoon gekregen. Dit is het aanspreekpunt voor de cliënt en ouders of wettelijk vertegenwoordigers, met name voor de dagelijkse, praktische zaken. We hopen hiermee kortere lijntjes te creëren en leggen meer verantwoordelijkheid bij onze medewerkers. Van ouders horen we terug dat dit als zeer prettig ervaren wordt.

De contactpersonen hebben in 2021 allemaal een voorlichting gekregen op het gebied van de cliënttevredenheidsmethodiek die we binnen 't Huus gebruiken, de Dit Vind Ik Ervan methodiek. De contactpersoon voert vanaf 2021 het Dit Vind Ik Ervan gesprek met zijn of haar cliënt en sluit ook aan bij de ondersteuningsplan evaluaties met ouders en orthopedagoog of zorgcoach. Het aansluiten door contactpersonen bij ondersteuningsplanevaluaties wordt door ouders en medewerkers als waardevol ervaren.

Per locatie verschillen de taken van de contactpersonen nog wel iets. Dit is iets waar we in 2022 mee verder aan de slag moeten. Dit, zodat de rol van contactpersoon op elke locatie op dezelfde wijze vormgegeven wordt.

### **Risico-inventarisatie**

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 in 2021 voor het vierde jaar op rij het gouden Prezo keurmerk toegekend gekregen.

“De auditor heeft voorafgaand aan deze eindaudit een aantal documenten toegestuurd gekregen waaruit blijkt dat de organisatie 't Huus duidelijk aan een kwaliteitsslag is begonnen. Een professionelere uitstraling door het beschrijven van de processen op alle gebieden in de organisatie zoals verbeteren van de medezeggenschap, de kwaliteit van zorg, de veiligheid van cliënten/bewoners en medewerker. In gesprekken wisten de medewerkers goed aan te geven op welke gebieden het nog beter kan. Complimenten van de auditor, excelleren zit er goed in bij deze organisatie”.

Uit: het auditrapport van Perspekt, 2021

In 2022 willen we, naast externe audits, ook aan de slag met interne audits. Dit, zodat we de zorg en dienstverlening voortdurend kunnen toetsen.

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

### 1.3 Medezeggenschap

Sinds 2020 vinden er 4x per jaar huiskamergesprekken plaats op elke locatie. 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. Zo zijn de cliënten op locatie Inghelosenberghe op uitstap geweest, hebben mosselen gegeten en hebben de cliënten op locatie Zuivelstraat in Axel nu een gezamenlijk aquarium met vissen. Ook kunnen huiskameroverleggen leiden tot verbeteracties binnen de organisatie. Hiervoor moet het proces nog beter geborgd worden, de notulen zijn niet altijd goed terug te vinden, waardoor ze niet altijd besproken kunnen worden in het beleidsoverleg. Ook moet de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de huiskamergesprekken in sommige teams wat breder opgepakt worden.

### 1.4 Wet Zorg en Dwang

#### **Onvrijwillige zorg:**

**“Zorg waar je het niet mee eens bent”.**

In 2020 werd 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 2021 heeft de cliëntvertrouwenspersoon voor de WZD in alle teams uitleg geven en locatiebezoeken gedaan om kennis te maken met onze cliënten en medewerkers. In 2022 zal de cliëntvertrouwenspersoon locatiebezoeken blijven doen en zich meer gaan richten op de zichtbaarheid bij ouders en het geven van voorlichting aan hen. Dit, in samenwerking met de cliëntenraad.

Daarnaast hebben we in 2021 in alle teams een bijeenkomst georganiseerd, waarbij we in gesprek zijn gegaan over de cliënten waarbij er sprake is van onvrijwillige zorg. Dit, om onszelf uit te dagen om te zoeken naar manieren om onvrijwillige zorg te vermijden en zoveel mogelijk vrijheid voor de cliënt te realiseren. Bij drie cliënten werd er in 2021 onvrijwillige zorg toegepast, waarvoor het WZD stappenplan is gevolgd. In twee van de drie gevallen is de onvrijwillige zorg in 2021 afgebouwd. Er zijn in 2021 geen nieuwe gevallen van onvrijwillige zorg bij gekomen. De medewerkers zijn goed op de hoogte van wat onvrijwillige zorg inhoudt en we hebben in teams regelmatig het gesprek over wat goede zorg is en over hoe de cliënt zoveel mogelijk regie kan hebben binnen bepaalde kaders. Het onderwerp onvrijwillige zorg is een standaard bespreekpunt bij ondersteuningsplan evaluaties. Er zijn in 2021 geen kwesties binnengekomen bij de cliëntvertrouwenspersoon voor de WZD en geen signalen ontvangen dat er in de uitvoering of structuur van de zorg een objectief meetbare tekortkoming in het cliëntrecht is.

## En verder in 2021

### **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. Vanaf juli 2021 wordt het laatste appartement ook bewoond. Er logeren inmiddels 7 cliënten regelmatig op deze locatie.

### **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.
- Alle cliënten hebben een contactpersoon, waardoor communicatielijnen korter zijn en het aandeel van medewerkers in de ondersteuningsplannen groter is geworden en afspraken beter gedragen worden.
- Vier keer per jaar vindt op elke locatie een huiskamergesprek plaats. De ervaringen van zowel cliënten als medewerkers over deze bijeenkomsten zijn positief.
- Alle medewerkers zijn geschoold op het gebied van de Wet Zorg en Dwang. De CVP WZD heeft in alle teams kennis gemaakt en uitleg gegeven.
- Elke locatie heeft in 2021 een bezoek gehad van de CVP WZD.
- De CVP WZD heeft in 2021 geen kwesties geregistreerd en geen signalen ontvangen dat er in de uitvoering of structuur van de zorg een objectief meetbare tekortkoming in het cliëntrecht is.
- In 2 van de 3 gevallen waarbij onvrijwillige zorg werd toegepast is de onvrijwillige zorg afgebouwd.
- De kwaliteit van zorg wordt door de auditor als goed gekwalificeerd .

#### Dit kan beter

- Zichtbaarheid van de CVP WZD voor ouders en de kennis van ouders over de WZD
- Verder implementeren en borgen van het proces van de huiskamergesprekken
- Uitvoeren van interne audits

## 2. In gesprek over cliëntervaringen

Bij Stichting 't Huus wordt sinds 2019 gebruik gemaakt van de methodiek 'Dit vind ik ervan!'. Dit is 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 vollediger 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 60 vragenlijsten ingevuld. Er zijn 27 DVIE gesprekslijsten ingevuld, ten opzichte van 17 gesprekslijsten vorig jaar. Het doel was om in 2021, met 25 cliënten een DVIE gesprekken te voeren. Dit doel is dus behaald.

Daarnaast zijn er 33 DVIE oudervragenlijsten ingevuld door ouders of wettelijk vertegenwoordigers. Voor het totale beeld van de cliënttevredenheid zijn alle lijsten meegenomen in de analyse.

De 2 belangrijkste thema's voor onze cliënten zijn:

1. Familie. Voor 77% van onze cliënten is dit een belangrijk thema.
2. Veilig Voelen. Dit is voor 68% van onze cliënten een belangrijk thema.

**Cliënten aan het woord:**

"Ik vind het fijn dat ik altijd bij begeleiding terecht kan"

"Ik voel me veilig bij 't Huus, maar vind het niet leuk als de jongens elkaar plagen aan tafel. Dat geeft mij onrust"

"Ik heb het naar mijn zin op mijn stage"

"Ik vind kiezen moeilijk. Soms lukt het wel en soms lukt het niet"

"Ik zou graag weer een relatie willen en ook seks. Ik mis dit echt"

"Ik vind het heel belangrijk dat de afspraken die er gemaakt zijn,

Uit het cliënttevredenheidsonderzoek 2021 komt naar voren dat cliënten over het algemeen op alle levensgebieden tevreden tot zeer tevreden zijn. Op alle thema's geeft minstens 62% van de ondervraagden aan tevreden of zeer tevreden te zijn.

**Ouders aan het woord:**

"Wij zijn heel blij met 't Huus"

"Ons kind komt heel graag naar de dagbesteding en logeert ook graag bij 't Huus. Dat is voor ons al een reden dat we zeer tevreden zijn, dat 'ie zich er prettig voelt"

"Veel dank aan alle medewerkers voor hun extra inzet in tijden van corona!"

"Ik vind de communicatie soms wel summier, hopelijk wordt dat wel beter in de toekomst"

"Wij zijn heel tevreden over stichting 't Huus"

"Bij lichamelijke verzorging voor matig gekozen. Wij vinden dat we als ouders toch nog te vaak teennagels en oren moeten schoonmaken"

"Over het algemeen zijn we heel tevreden over de geleverde zorg van stichting 't Huus"

"Ga zo door!!"

"Wij ervaren dat genoeg beweging en de persoonlijke verzorging belangrijke aandachtspunten zijn"

## 2.2 Wat doen we met de uitkomsten?

Aan de hand van de uitkomsten is het verslag cliënttevredenheid 2021 opgesteld. We zijn trots op de uitkomsten, maar er zijn ook een aantal verbeterpunten die we op organisatieniveau zullen oppakken. Net als uit de resultaten van vorig jaar, blijkt ook dit jaar dat de mogelijkheden tot participeren in de samenleving nog steeds beperkt zijn. Hier geeft 34% van de ondervraagden aan matig tevreden te zijn, 4% vindt de mogelijkheden slecht. Ten opzichte van vorig jaar is de score op Veilig Voelen flink verbeterd. Nu ervaart 92% van de cliënten een gevoel van veiligheid en geborgenheid bij 't Huus, ten opzichte van 79% vorig jaar. Dit is een positieve ontwikkeling, vooral ook omdat dit onderwerp zo belangrijk is voor onze cliënten. Dit zal voor de lange termijn zeker een aandachtspunt blijven en een onderwerp waarin we samen blijven investeren.

Enkele ouders geven aan dat bepaalde aspecten van de persoonlijke verzorging, zoals nagels knippen en oren schoonmaken, beter kunnen. Ook hier zullen we mee aan de slag gaan. In 2021 zijn er 27 gesprekken gevoerd, ten opzichte van 17 gesprekken vorig jaar. Dit is een toename van 59%. Hiermee is het doel behaald om tenminste 25 DVIE gesprekken met cliënten te houden dit jaar. Op enkele cliënten na, die bijvoorbeeld door ziekte of een andere reden langdurig afwezig waren, is dit jaar met elke cliënt waar dat mee mogelijk is, een DVIE gesprek gevoerd. Voor volgend jaar blijft dit het doel.

Voor de cliënten die niet verbaal zijn, hebben we een meting cliënttevredenheid gedaan aan de hand van de oudervragenlijst. Voor deze groep cliënten willen we kijken of er een passendere methodiek is.

## En verder in 2021

### **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 2021 geen klacht ontvangen voor Stichting 't Huus.

### **Meldingen inspectie IGJ/IGZ**

In 2021 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 jaarlijkse verslag cliënttevredenheid

##### Dit gaat goed

- Met alle cliënten waarmee dit mogelijk is, wordt nu een DVIE gesprek gevoerd.
- Er zijn door ouders 33 vragenlijsten ingevuld.
- Het beeld van de cliënttevredenheid is positief, op alle DVIE thema's geeft > 63% van de ondervraagden aan tevreden tot zeer tevreden te zijn.

##### Dit kan beter

- De score op het thema meedoen, of participatie, is relatief laag, dit willen we in 2022 verbeterd zien en een score van 70% halen.
- Het thema veiligheid is een belangrijk thema voor onze cliënten. In het meerjarenbeleidsplan 2023-2028 worden hier doelen voor opgesteld.
- 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 2023-2028.
- Voor onze cliënten waar we, door de aard van hun beperkingen, geen DVIE gesprek mee kunnen voeren, willen we in 2022 oriënteren op een passende methodiek.

### 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. Jaarlijks wordt in het team breed gereflecteerd op zelfgekozen onderwerpen en gaat over “Wat gaat goed, wat kan beter?”.

In 2022 willen we starten met intervisiebijeenkomsten, zodat medewerkers structureel reflecteren op het eigen handelen en kunnen leren van elkaar.

Ook zullen we in 2022 starten met interne audits, om het kwaliteitsbewustzijn te stimuleren en zodat we ook gedurende het jaar met elkaar in gesprek blijven over kwaliteit.

### 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.

- In het schooljaar 2020-2021 en 2021/2022 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. In het voorjaar van 2022 zal personeel bijvoorbeeld 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 2021 werden in totaal 162 incidenten gemeld, ten opzichte van 216 incidenten in 2020. Er worden 76 incidenten met betrekking tot ongewenst gedrag gemeld in 2021, ten opzichte van 117 in 2020. Van deze 76 incidenten wordt 71% (54 incidenten) veroorzaakt door 5 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. Ten opzichte van 2020 zijn deze incidenten in 2021 afgenomen met 35%.

In 2021 zijn er 78 medicatie incidenten gemeld, ten opzichte van 94 medicatie incidenten in 2020. Hier moeten we wel de kanttekening plaatsen, dat sinds de invoering van N-care, incidentmeldingen niet altijd meer consequent in Zilliz worden gedaan, dus dat er een vertekend beeld ontstaat van de medicatiefouten. Het volgen van de juiste procedure voor het melden van medicatiefouten, is in de teams aandacht geweest. Dit wordt door de teamleiders opgevolgd.

categorie	open	gesloten	totaal
algemeen	0	5	5
Ongewenst gedrag incident	0	76	76
Medicatie	0	78	78
Vallen	0	3	3

### 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 zijn geïmplementeerd in 2021:

- In 2021 is er bij alle medewerkers een praktijktoets medicatie verstrekken afgenomen door HBO-verpleegkundigen.
- Digitaal aftekensysteem N-care is geïmplementeerd 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 hiermee verder zal afnemen.

Om meer medezeggenschap voor medewerkers te kunnen realiseren, is er in 2021 gestart met de oprichting van een ondernemingsraad. Vanuit 't Huus wordt dit waar nodig gefaciliteerd. We hopen dat de ondernemingsraad in 2022 verder vorm zal krijgen.

### ***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
- Het aantal incidenten rondom ongewenst gedrag is sterk afgenomen
- In 2021 is bij alle medewerkers een praktijktoets medicatieverstrekken afgenomen.
- Digitaal medicatie aftekensysteem N-care is geïmplementeerd
- Er is een ondernemingsraad in oprichting
- In 2021 zijn we gestart met teamreflectie. Eind van het jaar wordt gereflecteerd op het jaar, op wat goed ging en wat beter kan. Elk team maakt afspraken met elkaar hoe het beter kan en maakt een plan.

 Dit kan beter

- Medicatiefouten worden niet consequent genoeg gemeld in Zilliz, waardoor een vertekend beeld ontstaat van de medicatiefouten. Hiervoor is aandacht geweest in de teams, teamleiders volgen dit op.
- Gerichte deskundigheidsbevordering is nodig
- In 2022 starten we met interne audits.
- In 2022 starten we met intervisiebijeenkomsten, zodat medewerkers reflecteren op eigen handelen en leren van elkaar.

## 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

Wederom is er in 2021 sterk gestuurd op de kosten. In 2020 was er een resultaat van €971, een vrij mager resultaat. Het doel voor 2021 was het bestendigen van de financiële situatie. Doordat in 2020 Corona uitbrak en dit in 2021 nog steeds speelde, hebben we de afgelopen jaren financiële steun ontvangen van de overheid. Dit zorgde voor een stabiele situatie ondanks minder geleverde zorg.

Uiteraard zien we de effecten door Corona terug in de jaarrekening over 2021. Zo hebben we net als een jaar eerder gestuurd op vermindering van de overuren en openstaande verlof uren. Door Corona was er een hoger ziekteverzuim, waardoor het niet is gelukt om het jaar af te sluiten met minder overuren dan in 2020. Wel zijn de overuren en openstaande verlofuren voldoende binnen de perken gebleven.

Tegenover de hogere kosten staat in 2021 ook een hogere omzet. Zo hebben we in 2021 een heel jaar onze tweede woongroep aan de Zuivelstraat in Axel kunnen draaien en is er sinds juni 2021 geen open woonplek meer op deze locatie. Daarnaast zien we ook een toename van de logeerinkomsten, mede gerealiseerd door de nieuwe logeerplekken op de locatie Zuivelstraat. Op locatie Inghelosenberghe is er een kleine daling van de inkomsten, doordat er een bewoner minder was ten opzichte van 2020. Deels is dit per september weer opgevangen door een nieuwe deeltijd bewoner op deze locatie.

De personeelskosten zijn gestegen met €198.686. Dit is uiteraard te verklaren doordat wonen Zuivelstraat een volledig jaar gedraaid heeft. Per saldo zien we een verbeterde verhouding van personeelskosten ten opzichte van de omzet. Waar we in 2020 nog 83,7% personeelskosten



hadden ten opzichte van de omzet is dit in 2021 gedaald naar 77,6%. We hopen deze daling verder te kunnen doorzetten en uit te komen rond de 75%.

Uiteraard zijn er nog enkele winstpunten te behalen. De post openstaande meeruren/vakantiedagen/PBL uren is nog aanzienlijk. Deze zouden we de komende jaren nog beter onder controle kunnen houden waardoor deze minder drukken op de jaarcijfers.

In 2021 zijn we de samenwerking aangegaan met een nieuwe accountant met ervaring in het opstellen van financiële rapportages voor zorginstellingen. In 2022 kijken we met VANDAAG naar verdere automatisering van de boekhouding. Om zo kosten te besparen, maar ook efficiënter te werk te kunnen gaan.

### **WLZ - Zorg in natura**

Vanaf 1 oktober 2020 hebben we een contract weten af te sluiten met het CZ Zorgkantoor in de Gehandicaptenzorg Wet Langdurige Zorg. Op dit moment zijn we dan ook gemachtigd om verblijf, VPT en dagbesteding te bieden aan cliënten met een VG indicatie. In 2021 hebben we weer ingeschreven bij het zorgkantoor op een nieuw traject en hebben we een contract kunnen afsluiten tot 2023. Hier zijn we uiteraard ontzettend trots op.

We zien echter in 2021 dat veel cliënten nog niet zijn overgestapt naar ZIN. Van onze bewoners woont 44% nog bij 't Huus op basis van PGB via de WLZ. Het streven is om vanaf 2022 meer ZIN te gaan leveren.

## 4.2 Kengetallen 2021

Omzet WLZ	€ 1.981.099
Omzet WMO	€ 17.494
Omzet Jeugdwet (inclusief onderaanneming)	€ 9.936
Totaal	€ 2.008.529

<i>Omzet en rentabiliteit</i>	2021	2020	2019	2018	2017
Omzetontwikkeling Indexgetal (2017=100)	199,36	161,25	131,52	132,16	100
Brutomarge Bruto-omzetresultaat/netto omzet	99,59	100,00	100,00	100,00	100,00
Nettowinstmarge Resultaat/netto-omzet	1,05	0,06	-4,02	5,41	3,61
Rentabiliteit totaal vermogen Bedrijfsresultaat/totale vermogen	4,44	1,93	-7,38	17,10	15,58
Rentabiliteit eigen vermogen Resultaat/eigen vermogen	17,75	0,99	-54,75	47,87	46,38

<i>Liquiditeit</i>	2021	2020	2019	2018	2017
Current Ratio Vlottende activa/ kortlopende schulden	0,93	0,94	1,01	1,21	1,28
Quick Ratio Vlottende activa-voorraden/ kortlopende schulden	0,93	0,94	1,01	1,21	1,28
Betalingstermijn debiteuren Debiteuren/netto-omzet x 365 dagen	18	4	20	25	20

<i>Solvabiliteit</i>	2021	2020	2019	2018	2017
Solvabiliteit eerste niveau Eigen vermogen/ Balanstotaal	20,16	18,11	24,21	31,15	26,32
Solvabiliteit tweede niveau Eigen vermogen/ Vreemd vermogen	25,25	22,12	31,95	45,23	35,72
Solvabiliteit derde niveau Vreemd vermogen/ Balanstotaal	79,84	81,89	75,79	68,85	73,68
Interest Coverage Ratio Bedrijfsresultaat/Interestlasten (per saldo)	5,24	1,10	-2,32	7,80	4,61

## ***Inzet financiële middelen***

### Dit gaat goed

- Het jaar 2021 is afgesloten met een positief resultaat
- Een verbeterde verhouding van personeelskosten t.o.v. de omzet
- Een nieuwe accountant die beter kan ondersteunen bij financieel beleid
- Nieuw contract met het zorgkantoor voor het leveren van ZIN tot 2023

### Dit kan beter

- Vermindering overuren en openstaande verlofuren
- Verdere automatisering van de boekhouding
- Er wordt nog te weinig ZIN geleverd t.o.v. PGB.

# Bronnenlijst

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

- Auditrapport Eindaudit Prezo GZ, 09-09-2021
- Beleidsstuk Wet Zorg en Dwang Stichting 't Huus, 2021
- Cliënttevredenheidsonderzoek 2021
- Jaarrekening 2021
- Jaarverslag 2021 Cliëntvertrouwenspersoon Wzd
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022
- Meerjarenbeleidsplan Stichting 't Huus 2017-2022
- Rapportages uit Zilliz
- Rapportage Melding Incidenten 2021