

Inhoudsopgave

- Evaluatie Kwaliteitsplan Elazorg 2024
- Algemeen 2024
- Algemeen 2025
- Inbreng Raad van Commissarissen
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 1
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 2
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 3
- Bijlage: Analyse Wet zorg en dwang rapportage kwantitatief en kwalitatief

Evaluatie Kwaliteitsplan Elazorg 2024

Er is begin 2023 een kwaliteitsplan opgesteld op basis van het Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028 als vervanging van de kwaliteitsrapportage, gebaseerd op het oude kwaliteitskader.

Onderstaand is de verplichte tussenevaluatie opgesteld waarin onze werkzaamheden en bevindingen opgedaan in 2024 zijn weergegeven.

Per bouwsteen wordt eerst aangegeven de stand/plannen aan het begin van 2024, vervolgens de evaluatie/stand van zaken over 2024 en als laatste kijken we kort vooruit naar 2025.

Er is geen 'clientenversie' opgesteld omdat onze doelgroep zich hiervoor niet eigent.

Algemeen 2024

De mogelijkheid is ons geboden om twee panden op ons terrein in gebruik te gaan nemen.

Een pand zal gebruikt gaan worden voor dagbesteding en het andere voor een woongroep van zes (permanente bewoning) en een woongroep van 4 (doorstroom bewoning) cliënten.

Elazorg is in 2024 stabiel gebleven qua aantal cliënten maar gegroeid, ondanks uitstroom van 5 medewerker, met 8 naar een totaal van 45 medewerkers. De groei komt merendeels het aantal begeleiders ten goede. Deze groei is nodig om de uitbreiding in de eerste helft van 2025 van 12 naar 23 cliënten mogelijk te maken.

Gezien de groei in medewerkers is het instellen van een ondernemingsraad gerechtvaardigd/verplicht. Echter, uit een enquête onder alle medewerkers kwam naar voren dat niemand hierin geïnteresseerd was dan wel zich kandidaat wilde stellen. Uit het laatste personeelsoverleg is de wens voortgekomen om een informeel overlegorgaan met het bestuur in te stellen ter compensatie.

Ook de gehandicaptenzorg moet haar steentje bijdragen aan verduurzaming en vanuit die gedachte zijn wij vorm gaan geven aan beleid voorkomend uit - en hebben ons verbonden aan - 'Green deal 3.0, in het kader van 'klimaat en duurzaamheid'. Niet direct te linken aan de primaire zorg maar wel uiteindelijk van op invloed van kwaliteit van bestaan van onze cliënten en gezondheidsrisico's in het algemeen.

We hebben ons verbonden aan Green deal 3.0 om ons in te zetten op de onderstaande gebieden:

- **Bevorderen van gezondheid van zowel cliënten als medewerkers.**
- **Verminderen CO₂-emissie van gebouwen, energie en vervoer.**
- **Circulair en spaarzaam met grondstoffen en materialen werken.**

Algemeen 2025

Er vindt in de eerste helft van 2025 een uitbreiding plaats van 13 naar 23 cliënten. Alsmede een verdere uitbreiding in medewerkers naar waarschijnlijk 45 in totaal.

Het pand en groenomgeving, bestemd voor dagbesteding, zal, in het kader van dagbesteding, voor inbedrijfname gereed gemaakt door onze cliënten zelf. In het pand wordt ook vergaderruimte gerealiseerd en ruimte voor de administratie.

Een dergelijke groei met deze tijdslijn vergt heel veel van ons als organisatie, team en individuele medewerkers. Daarnaast zal het natuurlijk zijn effect hebben op al onze cliënten.

Inbreng van de Raad van Commissarissen, vanuit hun rol als toezichhouders, over 2024

Reflectie op het verslag van de Raad van Commissarissen

De Raad van Commissarissen (RvC) heeft in 2024 een gedegen analyse gemaakt van de directiebeoordeling en de voortgang van dit kwaliteitsplan. De RvC erkent dat Elazorg voldoet aan wet- en regelgeving en dat de meeste doelen zijn nagestreefd. Daarnaast wordt onderstreept dat continue aandacht nodig blijft voor de doorontwikkeling van de organisatie. Met name op de vastlegging en communicatie van de (bestuurders-) rollen, de verdere teamontwikkeling en het versterken van (individueel-) eigenaarschap onder medewerkers (o.a. het vastleggen van taken, verantwoordelijkheden en doelen in de functionerings- en beoordelingsgesprekken) en de opvolging/handhaving hiervan. Daarnaast focus op de kwaliteit van de financiële informatie zodanig dat op een effectieve manier gestuurd kan worden op P&L, Balans en Cashflow forecast.

Een belangrijke aanbeveling van de RvC is de verdere structurering van het zorgproces, met expliciete aandacht voor de planning van de zorgcyclus en de verslaglegging binnen de PDCA-cyclus. Dit sluit aan bij onze doelen voor 2025, waarin we meer grip willen krijgen op de samenhang tussen zorginhoud, methodiek en administratieve processen.

Conclusie

Elazorg heeft in 2024 belangrijke stappen gezet in de verbetering van zorgkwaliteit, tevredenheid van bewoners en medewerkers, en professionele ontwikkeling. De groei brengt uitdagingen met zich mee, maar met een duidelijke focus op individueel afgestemde zorg en sterke samenwerking blijven we werken aan een warme en stabiele omgeving voor onze cliënten. In 2025 zetten we deze lijn door en bouwen we verder aan een toekomst waarin iedereen zich gehoord en gezien voelt.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 1:

Als eerste vanuit het individu via een dialoog: Wat heeft ieder persoon nodig als het gaat om de kwaliteit van bestaan? Is de ontvangen zorg en ondersteuning passend naar de wensen, behoeften en verlangens van mensen met een beperking en zijn of haar verwanten?

Kortom: Het zorgproces rond de individuele persoon.

Voor elke persoon moet helder zijn hoe het staat met ondersteuningsbehoeften, gezondheidsrisico's bestaan, kwaliteit van bestaan.

Hoe geven wij invulling/inhoud aan 'bouwsteen 1':

Het opstellen en meten /evalueren van passende aan het zorgplan gekoppelde doelen in het kader van het verbeteren van kwaliteit van leven.

Veel mensen met een verstandelijke beperking kunnen niet zelf aangeven hoe hoog hun kwaliteit van bestaan is en kunnen zelf weinig tot geen verandering aanbrengen in hun kwaliteit van bestaan. Uit onderzoek van komt naar voren dat de cliënt zelf de belangrijkste informatiebron blijft, vooral voor de subjectieve onderdelen. Bij de cliënten waarbij de mogelijkheid bestaat om hen zelf vragen te stellen, moet rekening gehouden worden met een aantal factoren, zoals het geven van sociale wenselijke antwoorden.

Al met al kan geconcludeerd worden dat zowel de beleving van de cliënt en het zelfstandig handelen van de cliënt, als de interactie met de omgeving, invloed hebben op de kwaliteit van bestaan van een cliënt. Het is belangrijk om deze factoren in kaart te brengen en te blijven evalueren, aangezien deze factoren kunnen leiden tot zowel een verhoging, als een verlaging, van de kwaliteit van bestaan van een cliënt.

De factoren:

- De mogelijkheden van de cliënt (qua gezondheid/verstandelijke beperking).
- De adaptieve vaardigheden - conceptueel, communicatief, sociaal, praktisch - van de cliënt.
- De participatie, interactie en sociale rollen van de cliënt in zijn omgeving.
- De context waarin een cliënt zich bevindt. Dit is de letterlijke omgeving en de cultuur (huidig en opgegroeid in) waarin de cliënt is en de grotere omgeving waarin de cliënt zich bevindt.

Om dit te bereiken moeten we:

- Het toevoegen van een 'kans-analyse' en een 'perspectief analyse' (beiden kunnen als input voor elkaar fungeren) aan het zorgplan gezien vanuit onze methodiek en daaruit doelen formuleren met een stappenplan.

Er zal gekeken worden in hoeverre - en in welke mate - er een relatie bestaat tussen het profiel van de cliënt en de beoogde doelen.

Verder moeten doelen ook reëel zijn voor de organisatie; moeten in te passen zijn in de dagstructuur, rekening houdende met de eigen indicatie (gelden) cq begeleidingsuren.

Belangrijk is niet alleen het doel te bepalen maar vooral om de ondersteuningsvraag vast te stellen om het doel te bereiken. Dus vaststellen wat is de rol van de begeleiding (orthopedagoog) in het behalen van het doel.

Dit deden we door:

- Binnen het zorgplan in ONS (ecd), op basis van vastgesteld perspectief, opnemen van:
 - Ontwikkelingsgerichte doelen (gebaseerd op het ontwikkelen/behouden van vaardigheden van cliënt op sociaal en/of 'adl-gebied').
 - Probleemgerichte doelen (gebaseerd op probleemgedrag geconstateerd van uit de risicoanalyse).
 - Persoonsgerichte doelen (gebaseerd op de eigen wensen).
 - Hoe meten van - en rapporteren over - de voortgang van de doelen en de voortgang standaard bespreken als onderdeel van het persoonlijk begeleidersoverleg.

Daarnaast hebben we gewerkt aan:

- Dossiers cliënten blijven updaten en evalueren, beeldvorming nuanceren.

- Als onderdeel van beeldvorming en signaleringsplan meer aandacht besteden aan fase groen; Hoe daar (groen) te komen en vooral hoe daar zo lang mogelijk te blijven.
- Doelevaluatie van cliënten is een vast onderdeel geworden van het persoonlijk begeleidersoverleg en zijn tevens in de plaats gekomen van het oude kwartaalrapport, welke te algemeen werd bevonden.
- Het behandelteam rondom het directe zorgproces is qua orthopedagogen in hoeveelheid toegenomen van 2 naar 3 maar in uren gelijk gebleven. In 2025 zal het aantal orthopedagogen worden uitgebreid in aantal en uren, dit in overeenstemming met de uitbreiding en zorgvraag – zorg zwaarte.
- We kunnen vanaf 2024 gebruik van een 'eigen' AVG-arts voor cliënten met zeer specifiek onbegrepen gedrag. Door rond complexe zorg af te kunnen stemmen met een in de doelgroep gespecialiseerde arts, verhogen we onze 'slagingskans' op het doorbreken van patronen, inzichten verkrijgen in betekenis/oorzaak van gedrag en de juiste ondersteunde medicatie. Reeds twee cliënten zijn aangemeld.

2025

Naast verder werken aan bovengemelde, rekening houdende met de geplaatste opmerkingen ter verbetering, richten we onze special op de context van gedrag:

Onze doelgroep maakt het lastig om gedrag 'te lezen', te duiden en om om te buigen, te veranderen. Door de context waarbinnen het gedrag zich voordoet in kaart te brengen hopen we grip te krijgen op het gedrag, sturing te kunnen geven aan.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 2:

Elazorg voert jaarlijks een Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) uit met het meetinstrument Ben ik Tevreden? (BIT).

Hoe geven wij invulling/inhoud aan 'bouwsteen 2':

Resultaten CTO 2024

Om de mate van tevredenheid van cliënten te meten wordt voert Elazorg 1x per jaar een cliënttevredenheidsonderzoek uit. Dit gebeurt door het afnemen van vragenlijsten op basis van een CTO-aanbieder uit de 'waaier' van het VGN. Het is een verplichting om een meetinstrument uit de waaier te gebruiken. Bij Elazorg is de Vertrouwenspersoon wkkgz belast met de uitvoering. Deze persoon is onpartijdig, staat buiten de zorgrelatie en draagt zo bij aan het vertrouwen van onze bewoners in het geven van zijn antwoorden.

Ook zijn de vragenlijsten bedoeld om vergelijkend onderzoek te kunnen doen naar de prestaties van verschillende instellingen. De resultaten worden jaarlijks gedeeld met het ZIN (zorginstituut Nederland) om in een openbare database te worden opgenomen.

Elazorg maakt gebruik van het instrument: (BIT)Ben ik Tevreden? (Praktikon).

Elazorg maakt, naast de vragenlijsten voor bewoners, binnen BIT ook gebruik van de 'verwantenlijst' om de zorgrelatie in kaart te brengen:

- Het CTO is afgenomen door de wkkgz vertrouwenspersoon.

Uitslag

Bewoners:

Algemene waardering 'eigen leven': 2023 3.28 op een schaal van 4. 2024 3.0.

Domeinen

- **Lichamelijk welbevinden**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.04** 2024 **2.95**
- **Psychisch welbevinden**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.10** 2024 **2.97**
- **Persoonlijke ontwikkeling**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **2.87** 2024 **2.80**
- **Zelfbepaling**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.27** 2024 **3.28**
- **Interpersoonlijke relaties**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.37** 2024 **3.05**
- **Deelname samenleving**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.31** 2024 **2.89**
- **Materieel welbevinden**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.61** 2024 **3.28**
- **Rechten**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.25** 2024 **3.03**
- **Intimiteit/seksualiteit**
Gemiddeld cijfer op een schaal van 4: 2023 **3.12** 2024 **3.0** (5 van de 7 ingevuld)

Enkele opmerkingen van bewoners:

- Ik kan beter aangeven wat mij dwars zit.
- Ik wil imker worden.
- Ik wil mijn portemonnee en paspoort zelf bij me houden.
- Graag op mijn deur kloppen En wachten op antwoord.
- Ik heb geleerd om beter te praten en te vertellen wat me dwars zit.
- Veel hetzelfde werk op dagbesteding.
- Ik sluit niet aan bij het niveau van de groep.
- Aanbod van activiteiten kan beter.
- Ik ben nog jong en kan nog veel leren.

De grootste waarde van het CTO zit hem in het feit dat deelnemende bewoners zich gehoord en gezien voelen en zo, naast het beantwoorden van de standaardvragen, worden verleid tot uitspraken op andere gebieden wat belangrijke, verrassende, informatie kan opleveren. Het zet bewoners aan het denken over -reflecteren op - hun eigen leven. Hier kunnen weer doelen uit ontstaan waar we dan met z'n allen aan kunnen gaan werken.

Ouders of vertegenwoordiger

Ouders of vertegenwoordiger hebben de 'Verwantenlijst' toegezonden gekregen.
Van de 12 verzonden lijsten zijn er 10 ingevuld.

Het cijfer qua tevredenheid over onze organisatie en zorg die wij leveren is gemiddeld **4.23**, op een schaal van 5 tegen over 4.26 in 2023.

Enkele opmerkingen:

Tevreden over:

- De persoonlijk begeleider die er altijd voor zorgt dat de bewoner kan zijn wie hij is.
- Betrokkenheid, woonlocatie, persoonlijke begeleiding.
- Korte lijntjes, veel kan.
- Stabiel team.
- Enthousiaste en liefde volle begeleiders
- Grote inzet om aan te sluiten bij de wensen van de bewoner

Minder tevreden over:

- Iets meer aandacht voor persoonlijke verzorging in het weekend.
- Communicatie/terugkoppeling richting verwanten
- Overschatting in zelfzorg bewoner.
- Aanschaf van kleding/schoeisel, kapper

MTO: In 2024 heeft er geen MTO plaatsgevonden. Deze beslissing is genomen op basis van de uitslag van 2023.

2025

MTO: Eind 2025 vindt er wederom een MTO plaats.

CTO: De huidige opzet wordt in 2025 herhaald.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2023-2028 bouwsteen 3:

Vanuit professionals over de invulling van hun rol en functioneren: wat hebben professionals nodig om hun professionele ontwikkeling vorm te geven en om de kwaliteit van zorg te verbeteren? En welke faciliteiten zijn daarvoor nodig?

Ontwikkeling begint vaak bij nadenken over wat er goed gaat en wat er beter kan, oftewel met reflectie.

Hoe geven wij invulling/inhoud aan 'bouwsteen 3':

2024

We hebben ons doelen gesteld in de vorm van een 5-jarenplan. Elk jaar leggen we de focus op een specifiek onderdeel. Voor 2024 was dit o.a. het starten van een 'teamtraject':

De cohesie (aangetrokken tot hetzelfde doel) met betrekking tot onze missie en visie is groot onder onze medewerkers; Ze gaan waarvoor wij staan, onvoorwaardelijk. Echter, de adhesie (de onderlinge afstemming/samenhang- en werking) vraagt nogal wat sturing; In 2024 is er een start gemaakt met een zg. 'teamtraject', op basis van onze eigen methodiek. De intervisie staat hier los van en heeft dus zijn eigen 'programma' en doelstellingen.

We zijn als organisatie vanaf medio 2022 op alle fronten erg gegroeid. En vooral in het aantal begeleiders, dit is een continu proces geweest en daardoor is het begeleidende team altijd in een vormingsfase (fase 1) gebleven. In deze eerste fase heeft het team vooral sociaal-emotionele 'taken', in de latere fasen vooral taakgerichte. Vooral dit laatste speelt ons regelmatig parten in de uitvoering en opvolging van taken.

De eerste stap van dit teamtraject het creëren van een basis van vertrouwen. Deze basis wordt gelegd door het maken van samenwerkingsafspraken. Hierdoor zal in het team de veiligheid ontstaan om fouten te maken en daarvan te leren. Aandacht wordt besteed aan kwetsbaarheid om echt jezelf te laten zien en geen smoesjes te verzinnen of jezelf anders voor te doen dan je bent.

In november is er een coach-sessie teambreed georganiseerd als eerste stap in het teamtraject na de inventarisatie periode.

Bevorderen van de handelingsbekwaamheid van zorgaanbieders.

Dit verwijst naar het niveau van expertise dat een individu of team heeft bereikt in het uitvoeren van een specifieke functie of taak. Het is de mate van beheersing of vaardigheid die een persoon of groep heeft op een bepaald gebied.

Om dit te bereiken moeten we:

- Competentie vergroten.

Dit deden we door:

- Persoonlijke opleidingstrajecten, aansluitende cursussen. Middels functioneringsgesprek kan men aangeven of men zelf nog bepaalde cursussen of opleidingen wil doen. Daarnaast kan de directie aangegeven welke cursus(sen) of opleiding(en) relevant kunnen zijn. Het voeren/inplannen van functioneringsgesprekken/beoordeling is uitgevoerd. De verslaglegging en administratieve afhandeling kunnen beter en is een 'speerpunt' voor 2025.
- Voortzetting intervisie (elke 6 weken), naast het teamtraject met halfjaarlijks voortgangsverslag.
- Vanuit het teamtraject is ervoor gekozen om geen coaches aan te stellen maar 4 'coördinatoren'; Deze medewerkers (1 per woongroep) zullen fungeren als 'liaison officers' tussen directie en werkvloer. Zo hoeft de directie minder front-end te fungeren – behouden ze wel 'zicht op' - en hebben meer tijd voor randwerkzaamheden en backoffice aangelegenheden.
- Een systematische herhaling/in planning van (passende) themadagen: Dit jaar zijn er 2 themadagen geweest. Dit aantal is achtergebleven bij het eigenlijke plan. De reden hiervan is het feit dat de druk om het dienstrooster rond te krijgen, rekening houdend met de psychisch-sociale werkbelasting, behoorlijk is opgelopen. Om een heel team kennis te laten nemen van de inhoud van een themadag moet een themadag meermaals worden herhaald. De inzet van deze uren en die van de interne expert gaan ten koste van de directe zorg. Het is dit jaar rooster technisch niet haalbaar gebleken om verantwoord alle themadagen doorgang te laten vinden. Helaas want de ervaring leert dat de inhoud van een themadag (in eigen omgeving, met en door eigen medewerkers) veel beter beklijft dan een e-learning. Voor volgend gaan we kijken hoe we de opzet zo kunnen aanpassen zodat we en de kracht van een fysieke themadag kunnen behouden en de reikwijdte kunnen vergroten zonder het rooster te veel te belasten. Opties zijn:
 - Video opname maken voor medewerkers die niet aanwezig kunnen zijn.
 - Video podcast sessies maken.Daarnaast ligt bij Elazorg de nadruk op beeldvorming. Mede in het kader van bovenstaande wordt in 2025 de beeldvorming weer onderdeel van het reguliere teamoverleg, in plaats van een aparte eigen maandelijks sessie.

Stabiel team - 'bekende gezichten voor klanten'.

Een stabiel team van (vooral) begeleiders werkt positief op relatie opbouw, gevoel van veiligheid, richting cliënten. Een stabiel team zegt daarnaast ook iets over de organisatie aan: Medewerkers voelen zich 'thuis' binnen de organisatie, staan achter - en gaan voor – missie en visie.

Om dit te bereiken moeten we:

- Zoveel mogelijk vast en voldoende personeel op de groep op de groep hebben.
- Inhuur begeleiders beperken.
- Ziekteverzuim beperken.
- Ongewenste uitstroom van medewerkers beperken.

Dit deden we door:

- Verzuimgesprekken voeren/vastleggen. De bedoeling is om Elazorg zo in te richten dat we de kans op een ziekmelding zo klein mogelijk willen maken. Dus indien nodig een betere balans vinden in werk-privé, bevorderen van je gezondheid, rekening houden met werkrooster, prettige werksfeer creëren en iedereen een zo veilig mogelijk gevoel op de werkvloer proberen te geven met daarnaast een zo open mogelijke communicatie(lijn).

Ziekteverzuim:

Cijfers over geheel 2024 op gemiddeld 20.73 fte:

Verzuimdagen 29,66 per maand gemiddeld

Verzuim%: 2,68 % per maand gemiddeld

- Inhoud en uitvoering geven aan ons beleid psychische-sociale werkbelasting.
- Waar kan/nodig vaste contracten aanbieden. Dit jaar zijn weer een aantal ZZP-ers in vaste dienst aangenomen en zijn contracten bepaalde tijd omgezet naar onbepaalde tijd.
- Medewerkers beoordelen, als onderdeel van het proces 'functioneringsgesprek'. Sinds begin van 2024 worden medewerkers nu ook beoordeeld op de mate van uitvoering van werkzaamheden.
- Functioneringsgesprekken voeren/vastleggen.
- De formatie en roostering afstemmen op het aantal cliënten, (looptijd van) meerzorg, actualiteit van de dag.
- Met z'n allen ervoor blijven zorgen dat Elazorg een leuke, fijne en veilige plek is om te werken met en voor een waardevolle groep cliënten onder een bevlogen leiding die mee denkt en doet.

Dit stuk is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid en instemming van het bestuur;
Sytse Lammers – Martine Hengst

Namens de RvB van Elazorg Groep B.V. geef ik, Sytse Lammers, hierbij formeel akkoord op de juistheid en volledigheid van de aangeleverde kwaliteitsgegevens voor de indicatorset Gehandicaptenzorg over verslagjaar 2024.

Sytse Lammers
Bestuurder

**Bijlage: Analyse Wet zorg en dwang rapportage kwantitatief en kwalitatief
Analyse wzd bestuur – cliëntenraad kwantitatief deel**

Algemene gegevens:

Elazorg Groep B.V.
Vestigingsadres:
Brinkgreverweg 130
7413 AG Deventer
Nummer **28637429**

Locatie adres:
Luttenbergerweg 9-19
7447 PB Hellendoorn
Nr. **000050388771**

De analyse heeft betrekking op de periode 01-01-2024 tot en met 31-12-2024.

*a.het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg is toegepast.

*b.stijgingen of dalingen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages.

*c.de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages.

Aantal cliënten onvrijwillige zorg per 31-12-2024 Aantal - %	Aantal cliënten vrijwillige zorg per 31-12-2024 Aantal - %	Aantal cliënten in zorg per 31-12-2024 Aantal - %
4 - 31%	9 – 69%	13 – 100%

d.per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage

Type maatregel	a*Aantal unieke cliënten onvrijwillige zorg	b*Stijging/Daling aantal	b*Stijging/Daling %	d*Verhouding op totaal aantal cliënten onvrijwillige zorg in %
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	2	+1	+100	22,22
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten -	4	0	0	44,44

communicatiemiddelen				
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten - overig	4	+1	+33	44,44
Beperken van de bewegingsvrijheid - fixeren	8	+4	+100	88,88
Beperken van de bewegingsvrijheid - overig	3	-1	-25	33,33
Insluiten	0	0	0	0
Uitoefenen van toezicht op betrokkene (camera)	2	+1	+100	22,22
Onderzoek aan kleding of lichaam	1	+1	+100	11,11
Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	0	0	0	
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	0	0	0	0

Analyse WZD bestuur – cliëntenraad - kwalitatief deel

Algemene gegevens:

Elazorg Groep B.V.

Vestigingsadres:

Brinkgreverweg 130

7413 AG Deventer

Nummer **28637429**

Locatie adres:

Luttenbergerweg 9-19

7447 PB Hellendoorn

Nr. **00050388771**

De analyse heeft betrekking op de periode 01-01-2024 tot en met 31-12-2024.

In de analyse vermeldt de zorgaanbieder in ieder geval:

- a. **een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet.**
 - Een beleidsplan is voorhanden en is inhoudelijk niet gewijzigd t.o.v. 2023. Wel zijn we in de loop van 2024 gemigreerd naar het nieuwe 'stappenplan', zodat de evaluaties samenvallen met (evaluatie van) het zorgplan. Het ecd(ONS) wordt in 2025 ook hierop aangepast.
- b. **indien van toepassing, een duiding van relevante verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties (eigen toevoeging groepen) van de zorgaanbieder.**
 - De analyse heeft betrekking op 1 locatie, te weten Luttenbergerweg 9-19 te Hellendoorn en daarbinnen op de gehele cliëntengroep.
- c. **welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg.**
 - Algemene maatregelen tot het terugdringen van onvrijwillige zorg zijn:
 - Scholing van medewerkers op het gebied van het gedachtengoed achter de WZD en werking van de WZD, alsmede de-escalerend werken.
 - Een open meldcultuur aangaande (bijna) incidenten. We melden om te leren.
 - Geen maatregelen zonder bestaansrecht. Niet vooraf reeds invulling geven aan situaties die mogelijk kunnen ontstaan, alleen maar om het voor te zijn.
 - Het bieden van optimale (anders dan maximale....) medicatieve ondersteuning ter vermindering van gedragsproblematiek.
 - Zo goed mogelijke risico-analyse opstellen/onderhouden.
 - Medewerkers op de hoogte stellen/houden over mogelijke risico's.
 - Medewerkers op de hoogte stellen/houden van afbouw van medicatie/maatregelen.
 - Toezien op uniformiteit in uitvoering van afspraken/werkwijze.
 - Het beleid is om zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen als 'voorzien' op te nemen in het zorgplan. Dit maakt het dat er niet 'standaard' op inzet van een maatregel kan worden teruggevallen. Begeleiding zal in eerste instantie het op een andere manier moeten zien op te lossen maar kan 'in nood' terugvallen op inzet maatregel als

'onvoorzien', met de juiste motivering. Men moet dus verder denken dan de neus lang is. Natuurlijk vallen hier geen maatregelen onder die onder de noemer 'zeer frequent of continue' vallen.

- In 2024 is er voor twee specifieke cliënten veel tijd en aandacht besteed aan het achterhalen van de context waarbinnen het probleemgedrag zich voordoet.
 - Het MIC-formulier is aangepast aan de 'abc-methode' ter zelfreflectie en context analyse.
 - De meldingenadministratie is aangepast aan het MIC-formulier en deels geautomatiseerd zodat deze cijfermatig een snel en beter inzicht geeft.
- d. **een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen.**
- De analyse is tot stand gekomen op basis van invoergegevens verkregen uit het ecd (ONS). Deze invoergegevens zijn deels gebaseerd op mic-meldingen, deels op de risico-analyses cliënten en deels op bevindingen/onderzoeken uit het verleden van cliënten, beeldvorming, MDO's.

De zorgaanbieder stelt de door hem op grond van artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ingestelde en ter zake betrokken cliëntenraad gedurende vier weken in gelegenheid om een reactie uit te brengen over de analyse, bedoeld in het eerste lid, en voegt deze toe aan de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, vermeldt de zorgaanbieder in de analyse wanneer hij de cliëntenraad hiertoe in de gelegenheid heeft gesteld.

Vanuit wetgeving (WMCZ2018) is (jaarlijks onderzoek naar) het instellen van een cliëntenraad een verplichting, bij meer dan 10 medewerkers, constructief direct bij de zorg betrokken ('handen aan het bed').

We hebben de wettelijke verplichting tot het doen van onderzoek naar het instellen van een cliëntenraad in het vierde kwartaal van 2024 uitgevoerd:

Sinds 2024 vindt er per kwartaal een informeel overleg plaats met een vertegenwoordiging vanuit de vertegenwoordigers/verwanten. De vraag aan vertegenwoordigers /verwanten is gesteld of deze vorm van 'inspraak' volstaat of dat er behoefte was aan de vorming van een echte cliëntenraad. De vertegenwoordigers/verwanten hebben aangegeven dat het huidige informele overleg volstaat.

Deze analyse is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de Elazorg Groep B.V..