

1. Leeswijzer en kader

Dit document is opgezet als evaluatie van het kwaliteitsplan 2025 en tegelijk als kwaliteitsbeeld over verslagjaar 2025. De opbouw sluit aan bij het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 en de Handreiking Inzicht in Kwaliteit. Dat betekent dat terugblik, reflectie, leerpunten en vooruitblik in samenhang worden beschreven en dat inzichten van cliënten, verwanten, professionals, directie en bestuur bij elkaar worden gebracht.

Het kwaliteitsbeeld is niet alleen een verantwoordingsdocument, maar ook een leer- en reflectiedocument. Daarom zijn in deze definitieve versie zowel cijfers als ervaringen, dilemma's, auditbevindingen en verbeterafspraken opgenomen. De evaluatie is gebaseerd op de eerste drie bouwstenen van het Kwaliteitskompas: het zorgproces rond de individuele cliënt, cliëntervaringen en verwantperspectief, en professionele ontwikkeling. Daarnaast is aandacht besteed aan samenspraak, governance, medezeggenschap, risicosturing en de kwaliteitscyclus.

1A. Toetsing aan het Kwaliteitskompas en aansluiting op 2024

Dit kwaliteitsbeeld sluit inhoudelijk aan op het kwaliteitsplan 2024. De in 2024 ingezette lijnen - perspectief- en doelgericht werken in het zorgproces, meer aandacht voor de context van gedrag, het benutten van CTO-uitkomsten, het teamtraject en het versterken van medezeggenschap - lopen aantoonbaar door in de evaluatie over 2025 en zijn waar nodig verdiept met auditbevindingen, PDCA-documenten en bestuurlijke duiding.

Ook in relatie tot het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 is de opbouw logisch: bouwsteen 1, 2 en 3 zijn uitgewerkt en in dit document samengebracht tot een kwaliteitsbeeld in de zin van bouwsteen 4. Om de cyclus volledig sluitend te houden, wordt dit kwaliteitsbeeld in 2026 gebruikt voor bespreking met verwanten, professionals, management en toezicht en voor de externe blik van buitenaf.

Vanwege de doelgroep is geen aparte cliëntenversie opgenomen. Wel is het van belang dat de kernuitkomsten in begrijpelijke vorm worden teruggekoppeld via persoonlijk begeleiders, verwantenoverleg en andere passende contactmomenten, zodat het kwaliteitsbeeld ook praktisch toegankelijk is voor de mensen om wie het gaat.

2. Algemeen beeld van 2025

2025 was voor Elazorg een jaar van groei, uitbreiding en organisatieontwikkeling. De organisatie groeide van 13 naar 18 cliënten. Er stroomden 5 cliënten in en er was geen uitstroom. Tegelijk groeide het personeelsbestand naar 48 medewerkers en nam de formatie toe van 30,44 naar 37,75 FTE. Daarmee is de kwantitatieve groei gerealiseerd, maar deze groei vroeg ook veel van het team, de roostering, de afstemming en de voorspelbaarheid voor cliënten.

Onderdeel	Start 2025	Einde 2025	Duiding
Cliënten	13	18	5 cliënten ingestroomd, geen uitstroom; groei vraagt om verdere borging van voorspelbaarheid en passend zorgniveau.
Medewerkers	40	48	16 instroom en 8 uitstroom; team is netto gegroeid maar bleef tegelijk in ontwikkeling.

FTE	30,44	37,75	Toename van 7,31 FTE (+24,0%), passend bij groei van de zorgvraag.
Ziekteverzuim	-	7,28%	Duidelijke piek in Q3 door langdurig verzuim (deels prive- deels werkgerelateerd). Rest van het jaar overwegend kortdurend verzuim.

Het algemene beeld over 2025 is dubbel: Elazorg heeft zichtbaar capaciteit, behandel- en begeleidingskracht opgebouwd, maar heeft in hetzelfde jaar ervaren dat snelle groei gevolgen heeft voor methodische borging, communicatie, feedbackcultuur en de ervaren voorspelbaarheid in het dagelijks leven van cliënten.

3. Evaluatie van de kanslijnen 2025

De zorginhoudelijke beweging is positief en sluit aan bij de visie van Elazorg: ontwikkelingsgericht werken, passende ondersteuning en aandacht voor de individuele cliënt. De belangrijkste opgave voor 2026 ligt in het beter vastleggen, volgen en evalueren van deze beweging, zodat kwaliteit niet alleen in de praktijk zichtbaar is, maar ook aantoonbaar wordt geborgd in dossiers, overleggen en verbeteracties.

Samenvattend kan worden gesteld dat Elazorg in 2025 belangrijke inhoudelijke stappen heeft gezet. De meeste kanslijnen zijn geheel of grotendeels gerealiseerd. De aandachtspunten liggen vooral bij de organisatorische borging: het structureel vastleggen van evaluaties, het zichtbaar maken van opvolging en het beter onderbouwen van verbeteracties. Daarmee vormen de kanslijnen een duidelijke basis voor de prioriteiten in 2026.

Kanslijn / doel	Norm 2025	Uitkomst 2025	Beoordeling
Zinvolle daginvulling en participatie	>=65% structurele deelname	Ruim boven 65%; 3 cliënten deden niet structureel mee: 2x extern (betaalde) werkzaamheden, 1x op basis van 'aankunnen'.	Behaald. De norm is ruim gehaald. Tegelijk blijft het belangrijk om per cliënt te blijven kijken naar belastbaarheid, keuzevrijheid en voorspelbaarheid. Niet-structurele deelname betekent in deze gevallen niet automatisch dat er geen passende daginvulling was.
Zorgplannen en perspectief	100% zorgplannen met perspectief- en ontwikkeldoelen	Inhoudelijk behaald; PDCA-borging nog niet overal aantoonbaar per kwartaal	Grotendeels behaald, borging nodig. De inhoudelijke basis is aanwezig. De verbeteropgave ligt vooral in het consequent vastleggen van evaluaties, opvolging en bijstelling.
Ziekteverzuim	<3%	7,28%	Niet behaald. De norm is niet gehaald. Wel vraagt de uitkomst om duiding, omdat het verzuim niet alleen voortkwam uit structurele

			werkdruk, maar ook uit langdurige situaties met deels privégerelateerde oor-zaken.
Themadagen en teamtraject	>=2 themadagen en 80% deelname aan teamtraject/intervisie	Teamtraject en interventie doorgezet; themadagen gerealiseerd	Behaald. De inzet op leren, reflecteren en teamontwikkeling is voortgezet. Voor 2026 ligt de nadruk op het borgen van de opbrengsten in de dagelijkse praktijk.
Uitstroom medewerkers	<10%	16,67%: 8 uit dienst; relatief hoog verloop in een groeijaar. 6x vrijwillig, 2x einde proeftijd.	Niet behaald, met inhoudelijke duiding. Het verloop was hoger dan de norm. Tegelijk moet deze uitkomst worden gezien in de context van groei, teamontwikkeling en keuzes rond passendheid, kwaliteit en stabiliteit binnen het team.
Formele klachten / vertrouwenspersoon	max. 2 klachten en max. 3 meldingen	2 formele klachten (afgehandeld), 1 melding vertrouwenspersoon Wzd; 1 melding dataveiligheid, afgehandeld.	Behaald. De aantallen bleven binnen de norm en alle meldingen zijn opgevolgd. De dataveiligheidsmelding heeft niet geleid tot een datalek, maar bevestigde wel het belang van verdere aanscherping van informatiebeveiliging.

Belangrijk is dat de formele klachten in 2025 allemaal zijn afgehandeld. De melding bij de vertrouwenspersoon Wzd hing samen met deze klachten en staat dus niet los van dezelfde casuïstiek. Daarnaast is er sprake geweest van 1 dataveiligheidsmelding vanuit Elazorg. Dit heeft niet geleid tot een datalek maar heeft er wel toe geleid, en de noodzaak doen inzien, de NEN7510 serieus te nemen. In 2026 worden 'de puntjes verder op de i gezet' met betrekking tot dataveiligheid.

4. Bouwsteen 1 - Het zorgproces rond de individuele cliënt

Binnen bouwsteen 1 staat centraal of de zorg en ondersteuning daadwerkelijk passen bij de wensen, mogelijkheden, risico's en ontwikkelbehoeften van de individuele cliënt. Elazorg heeft in 2025 doorgebouwd op de in 2024 ingezette lijn van perspectiefgericht en kansgericht werken.

Alle zorgplannen bevatten ontwikkel-, persoons- en probleemgerichte doelen. Doeevaluatie is een vast onderdeel gebleven van het persoonlijk begeleidersoverleg. De inhoudelijke lijn is dus aanwezig, maar de PDCA-borging en kwartaalmatige aantoonbaarheid zijn nog niet overal voldoende scherp.

De context van gedrag is nadrukkelijker betrokken in de analyse van zorgvragen, passend bij de doelgroep van Elazorg. De inzet van gespecialiseerde expertise, zoals orthopedagogische ondersteuning en AVG-betrokkenheid bij complexe casuïstiek, blijft hierbij belangrijk.

Inhoudelijk gezien is de beweging positief: doelen zijn beter gekoppeld aan perspectief, gedrag en ondersteuningsvraag. Tegelijk laten de externe en interne audits zien dat de aantoonbaarheid van de cyclus nog niet overal op hetzelfde niveau zit. Dat geldt met name voor het tijdig actualiseren van risico-

inventarisaties op cliëntniveau, het zichtbaar doorlopen van de volledige PDCA-cyclus en het eenduidig administratief verwerken van acties, evaluaties en statussen binnen het dossier.

Daarmee ligt het verbeterpunt voor 2026 niet alleen in de kwaliteit van formuleren, maar vooral in de betrouwbaarheid van uitvoeren, vastleggen, controleren en tijdig bijstellen. De in december 2025 vastgestelde PDCA-documenten voor organisatie- en cliëntniveau geven hiervoor een concreter kader en maken ook de verantwoordelijkheden van directie, kwaliteitsmanager, coördinatoren, orthopedagogen, persoonlijk begeleiders en teams explicieter.

De groei van het aantal cliënten heeft daarnaast invloed gehad op de uitvoerbaarheid van maatwerk. Nieuwe instroom betekent meer variatie in zorgvragen en meer noodzaak om snel tot gedeelde beeldvorming te komen. Dat vraagt om strakke overdracht, eenduidige werkafspraken en een voorspelbare dagstructuur.

5. Bouwsteen 2 - Ervaringen van cliënten en verwanten

Elazorg heeft in 2025 opnieuw gewerkt met het instrument Ben Ik Tevreden? (BIT), dat onderdeel is van de waaier van erkende instrumenten binnen de gehandicaptenzorg. In totaal woonden eind 2025 18 cliënten bij Elazorg. 18 cliënten zijn uitgenodigd voor het CTO en zijn voor 15 cliënten metingen verricht.

De algemene waardering van het eigen leven steeg van 3,0 in 2024 naar 3,1 in 2025. Positieve ontwikkelingen zijn zichtbaar bij lichamelijk welbevinden, persoonlijke ontwikkeling, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving en materieel welbevinden. De belangrijkste daling zit op zelfbepaling, dat daalde van 3,28 naar 2,87. Psychisch welbevinden daalde licht en rechten bleef nagenoeg stabiel.

Van de 18 uitnodigingen voor de verwantenlijst zijn 15 lijsten ingevuld. De waardering komt uit op 3,54 op een schaal van 4, wat omgerekend neerkomt op 88,5% tevredenheid tegenover 84,6% in 2024.

De uitkomsten laten zien dat cliënten over het algemeen positief zijn over hun leven en de zorg, maar dat de ervaren invloed op keuzes en de voorspelbaarheid van de ondersteuning onder druk zijn komen te staan. In opmerkingen uit het CTO noemen cliënten veel nieuwe afspraken, wisselingen in begeleiding, onduidelijkheid over wie er de volgende dag is en spanning rond keuzes in dagbesteding of het beheer van eigen spullen.

De stijging op persoonlijke ontwikkeling is een krachtig signaal. Cliënten ervaren meer ruimte om te leren, te groeien en doelen na te streven. Tegelijk vraagt de daling op zelfbepaling om een genuanceerde reactie. Een deel van de verklaring kan liggen in de grote instroom van nieuwe cliënten, maar de signalen sluiten ook aan bij de praktijkervaring dat snelle groei en veel nieuwe begeleiders spanning geven op keuzevrijheid, voorspelbaarheid en ervaren regie.

Het verwantperspectief is overwegend positief. Verwanten waarderen vooral de persoonlijke begeleiding, korte lijnen en betrokkenheid. Hun opmerkingen geven tegelijk concrete verbeterpunten mee: meer aandacht voor persoonlijke verzorging, onderhoud van het pand en alert blijven op kwaliteit tijdens een periode van veel nieuwe medewerkers. Daarmee zijn de uitkomsten niet alleen bevestigend, maar ook richtinggevend voor vervolgbeleid.

6. Bouwsteen 3 - Professionals, leren en ontwikkelen

Voor Elazorg stond 2025 in het teken van professionalisering van een snelgroeiend team. Het jaarverslag teamtraject laat een duidelijke ontwikkellijn zien: van ervaren chaos naar meer koers, rolhelderheid en teamgerichte borging. Tegelijk laat het MTO zien dat de kwaliteit van leidinggeven en de betrokkenheid hoog worden gewaardeerd, terwijl communicatie, sfeer en methodische eenduidigheid nog kwetsbaar zijn.

MTO 2025: leidinggevend 7,9; plezier in het werk 8,4; afwisseling 8,4; mogelijkheden tot training 8,7. Communicatie is met 6,2 het laagst scorende en tegelijk belangrijkste verbeterpunt.

Interne analyse bevestigt dat rapportage, PDCA-uitvoering, overdracht en kwaliteitsborging nog te afhankelijk zijn van individuele medewerkers. Nieuwe medewerkers worden nog te veel ingewerkt op zichtbare front-end werkzaamheden, terwijl achterliggende taken, procedures en administratieve verantwoordelijkheden onvoldoende expliciet zijn ingebed.

In januari, maart en mei 2025 zijn in teamsessies de chaos-ervaring, samenwerking en onderliggende patronen onderzocht. In juni en juli zijn de opbrengsten vertaald naar concretere acties, zoals rolduidelijkheid, herziening van het scholingsplan, aanscherping van de methodische cyclus en verbetering van de digitale werkprocessen. In oktober volgde een training over pedagogisch klimaat en ontwikkeling. In november is de organisatie overgegaan naar basisteams, waarmee het teamontwikkeltraject vanaf 2026 kleinschaliger en duurzamer kan worden voortgezet.

Om de aansturing dichter op de dagelijkse praktijk te organiseren, is in 2025 bovendien een verbreding in de aansturing in de vorm van 4 coördinatoren". Zij vertalen operationele doelen naar teamniveau, sturen op uniforme uitvoering van zorgafspraken en dossiervorming, bevorderen aanspreekcultuur en werksfeer en signaleren risico's en verbeterkansen richting directie.

Binnen het teamtraject is daarnaast geïnvesteerd in training op pedagogisch klimaat en ontwikkeling. Daarmee is het team verder ondersteund in het werken aan emotionele veiligheid, structuur, duidelijke grenzen, afstemming op sociaal-emotioneel niveau, autonomie binnen kaders en teamreflectie op het eigen handelen. Dit sluit aan bij de beweging naar meer eenduidig en methodisch pedagogisch handelen.

De rode draad is dat Elazorg in 2025 veel heeft geleerd over de randvoorwaarden voor kwaliteit. Goede zorg is niet alleen afhankelijk van betrokken medewerkers, maar ook van duidelijke besluiten, stevige feedback, voorspelbare werkafspraken en zichtbare opvolging. Dat betekent dat 2026 niet alleen moet gaan over doorgaan met scholing, maar vooral over borgen: kort cyclisch reflecteren, standaarden vasthouden en afspraken op teamniveau concreet maken.

7. Samenspraak, governance en kwaliteitscyclus

Het Kwaliteitskompas vraagt niet alleen om inhoudelijke evaluatie, maar ook om inzicht in hoe de organisatie de dialoog voert over kwaliteit. In 2025 zijn meerdere perspectieven benut: cliënten en verwanten via het CTO, professionals via MTO, teamsessies en teamontwikkeling, en bestuur via de evaluatie van kanslijnen en interne analyses. Daarmee ontstaat een samenhangend beeld, waarin tellen en vertellen elkaar aanvullen.

Cliënt- en verwantperspectief zijn actief opgehaald en geven richting aan verbeterpunten in voorspelbaarheid, communicatie en persoonlijke verzorging. Professionals hebben via het MTO en teamtraject duidelijk gemaakt dat leidinggeven sterk is, maar dat structuur, feedback en eenduidigheid steviger moeten. Bestuurlijk is zichtbaar dat groei, kwaliteit en bedrijfsvoering in 2025 nauwer met elkaar verbonden zijn geraakt.

In de verwantenbijeenkomst van 3 december 2025 is dit eveneens onderkend en is afgesproken dat een reglement wordt opgesteld en gezamenlijk wordt aangescherpt. De overlegstructuur met verwanten is daarmee inhoudelijk aanwezig, maar 2026 moet in het teken staan van formele verankering, representatie en toetsing aan de WMCZ 2018.

Ook op organisatieniveau is de PDCA-cyclus inmiddels scherper beschreven. Auditbevindingen laten zien dat doelen, risico's en monitoring wel bestaan, maar nog onvoldoende consequent worden gevolgd met

tussentijdse evaluatie, vastgelegde startdata en zichtbare opvolging. De nieuwe PDCA-opzet op organisatie- en cliëntniveau biedt voor 2026 meer houvast voor maandelijks en kwartaalmatige sturing.

In het verlengde van bouwsteen 4 wordt dit kwaliteitsbeeld bovendien benut als basis voor het gesprek met toezicht, verwanten, professionals en voor een externe visitatie of andere aantoonbare blik van buitenaf. Daarmee blijft het document niet op zichzelf staan, maar onderdeel van de bredere leer- en verbetercyclus.

8. Raad van commissarissen en directie reactie

8.1 Reactie van de raad van commissarissen

De Raad van Commissarissen (RvC) heeft in verslagjaar 2025 toezicht gehouden op onder andere de kwaliteit, veiligheid en governance van Elazorg. In de frequente vergaderingen met de directie werden deze onderwerpen, risico's en verbeterpunten met elkaar besproken.

De RvC stelt vast dat Elazorg in 2025 een intensief jaar van groei, uitbreiding en organisatieontwikkeling heeft doorgemaakt.

De organisatie is gegroeid in aantal cliënten, medewerkers en formatie, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van leven van cliënten, de tevredenheid van verwanten en de betrokkenheid van medewerkers breed gedragen en positief zijn gebleven. Dat verdient waardering.

De RvC ziet tegelijk dat deze groei druk heeft gezet op de voorwaarden waaronder kwaliteit duurzaam geborgd kan worden. Uit het kwaliteitsbeeld, de interne audits en de externe audit blijkt dat de inhoudelijke zorglijn aanwezig is, maar dat de zichtbaarheid en aantoonbaarheid van de PDCA-cyclus, de actualiteit van risico-inventarisaties, de eenduidigheid van dossiervorming en de trendmatige organisatie brede analyse van incidenten nog versterking vragen.

De RvC onderschrijft daarom de conclusie dat Elazorg niet tekortschiet in betrokkenheid of intentie, maar zich bevindt in een volgende ontwikkelfase waarin kwaliteit minder op informele sturing en individuele inzet mag rusten. De nadruk zal meer liggen op duidelijk leiderschap met vaste structuren, controlemechanismen en navolgbare besluitvorming.

Voor 2026 verwacht de RvC ook dat de ingezette professionalisering aantoonbaar zichtbaar wordt in dossiers, overleggen, verbeterregistraties en bestuurlijke rapportages. Daarbij hebben het zorgproces rond de individuele cliënt, zelfbepaling en voorspelbaarheid voor cliënten, medezeggenschap, informatiebeveiliging, teamveiligheid en het zichtbaar benutten van CTO- en MIC-signalen in verbeteracties bijzondere prioriteit.

De RvC blijft betrokken en aangesloten door de directie bij de verdere ontwikkelingen-, initiatieven en kwaliteitsverbeteringen zoals aangegeven in het kwaliteitsverslag 2025 en de ingezette professionalisering voor 2026.

8.2 Reactie van de directie

De directie herkent zich in het beeld dat 2025 voor Elazorg zowel een sterk als een confronterend jaar is geweest. Cliënten en verwanten zijn overwegend positief over de geboden zorg en medewerkers ervaren veel betekenis in hun werk. Tegelijk erkennen wij dat de groei van cliënten, teams en locaties sneller is gegaan dan de volledige methodische en administratieve borging kon bijhouden.

Wij nemen de bevindingen uit de externe audit, de interne audits, het overleg met Menzis en de signalen uit het CTO serieus. In 2026 ligt onze focus daarom niet op nog meer plannen maken, maar op het daadwerkelijk en aantoonbaar rondmaken van de cyclus: plannen, uitvoeren, controleren en bijstellen. Dat doen wij op cliëntniveau en op organisatieniveau.

Concreet betekent dit dat wij sturen op actuele risico-inventarisaties, betere dossierdiscipline, zichtbare kwartaalmonitoring op doelen, trendanalyses op MIC- en andere incidentmeldingen, eenduidiger gebruik van systemen en duidelijke verantwoordelijkheden voor coördinatoren, orthopedagogen, persoonlijk begeleiders, kwaliteitsmanager en directie. Daarnaast vertalen wij de CTO-uitkomsten zichtbaarder naar verbeteracties rond zelfbepaling, voorspelbaarheid, dagbesteding en communicatie met verwanten.

Ook in de teams leggen wij het accent op borging. Dat betekent: heldere communicatie, aanspreekbaarheid, scholing, veilige samenwerking en minder afhankelijkheid van individuele oplossingen. De vorming van basisteams, de aangescherpte rol van coördinatoren en het vernieuwde kwaliteitskader moeten hierin merkbaar verschil gaan maken.

9. Conclusie over 2025

Elazorg heeft in 2025 aantoonbaar voortgang geboekt. De organisatie is gegroeid in cliënten, medewerkers en formatie. Cliënten en verwanten zijn overwegend positief, met duidelijke verbeteringen op persoonlijke ontwikkeling, relaties en materieel welbevinden. Ook medewerkers waarderen het leiderschap, de betekenis van hun werk en de ontwikkelmogelijkheden. Daarmee is de kern van de organisatie - warme, persoonsgerichte zorg met ontwikkelingsgericht werken - zichtbaar intact gebleven in een jaar van grote verandering.

Tegelijk laat 2025 ook zien waar de rek zit. Verzuim en uitstroom waren te hoog, de methodische borging bleef achter op de inhoudelijke intentie, en de ervaren zelfbepaling van cliënten stond onder druk. Bij medewerkers werden communicatie, feedbackcultuur en eenduidigheid in werkwijze als grootste kwetsbaarheden benoemd.

De juiste conclusie is daarom niet dat de kwaliteit tekortschiet, maar dat Elazorg zich bevindt in een fase waarin kwaliteit meer systematisch moet worden vastgehouden en minder mag leunen op betrokkenheid alleen. Juist doordat de zorginhoud, betrokkenheid en ontwikkelingsgericht werken overeind zijn gebleven, zijn de verbeterpunten nu scherper zichtbaar geworden. Dat past bij een organisatie die de volgende professionaliseringsfase is ingegaan.

10. Prioriteiten voor 2026

- Versteving methodische borging: In 2026 wordt er gestart met de implementatie van de behandelmethode 'Geef me de vijf'. Deze methode sluit aan de 'voorkant' goed aan bij achterliggende beeldvorming op basis van de Hermeneutische cirkel. Zo ontstaat er een eenduidige communicatiemethode die voor een goede borging moet zorgen voor de vertaling van onze zorg naar de cliënten toe.
- De PDCA-cyclus op cliëntniveau maandelijks en kwartaalmatig aantoonbaar maken, inclusief actuele risico-inventarisaties, juiste statussen, archivering en dossiercontrole.
- De PDCA-cyclus op organisatieniveau zichtbaar maken via maandelijkse voortgang op acties, kwartaalmatige KPI-evaluatie en jaarlijkse directiebeoordeling.
- Zelfbepaling en voorspelbaarheid voor cliënten versterken, onder andere via dagstructuur, keuzevrijheid en duidelijkheid over begeleiding.
- MIC- en andere incidentmeldingen niet alleen op cliëntniveau afhandelen, maar ook trendmatig analyseren op organisatieniveau.
- Communicatie, feedbackcultuur en teamveiligheid structureel verbeteren binnen de nieuwe basisteams en via de inzet van coördinatoren.
- Medezeggenschap formaliseren conform de WMCZ 2018 en de overlegstructuur met verwanten en cliënten daarop laten aansluiten.
- Aanscherping maatregelen met betrekking tot dataveiligheid.

- Persoonsgegevens en documentstromen waar mogelijk eenduidiger beheren en het gebruik van verschillende opslaglocaties kritisch blijven toetsen aan AVG- en NEN 7510-eisen.
- Methodisch werken verder verstevigen door scherpere doelsturing, dossierkwaliteit, scholingsopvolging en een onderbouwde keuze voor de methodische doorontwikkeling (zie eerste punt 'Geef me de vijf').

Bijlage: Verantwoording Wet zorg en dwang 2025 richting IGJ

Analyse Wzd bestuur en cliëntenraad over verslagjaar 2025

Deze bijlage vormt de verantwoording over de toepassing van de Wet zorg en dwang (Wzd) binnen Elazorg over de periode 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025. De bijlage bestaat uit een kwalitatieve duiding en een kwantitatief overzicht. De opbouw sluit aan bij de toon van het kwaliteitsbeeld: feitelijk waar dat nodig is, maar steeds met aandacht voor betekenis, context en leren.

1. Algemene gegevens

Onderdeel	Gegevens
Zorgaanbieder	Elazorg Groep B.V.
Vestigingsadres	Luttenbergerweg 17, 7447 PB Hellendoorn
KvK-nummer	28637429
Locatie waarop de analyse betrekking heeft	Luttenbergerweg 9-19, 7447 PB Hellendoorn
Locatienummer	000050388771
Analyseperiode	1 januari 2025 tot en met 31 december 2025

2. Kwalitatieve analyse

2.1 Vergelijking met de voorgaande analyse

Ten opzichte van de analyse over 2024 zijn in 2025 geen wezenlijke inhoudelijke verschillen zichtbaar in de aard, intensiteit en verdeling van onvrijwillige zorg. Het beeld blijft dat de toepassing van onvrijwillige zorg sterk cliëntgebonden is. Het grootste deel van de registraties hangt samen met structurele zorgzwaarte bij een beperkt aantal cliënten. Bij de overige cliënten is onvrijwillige zorg incidenteel aan de orde of niet toegepast.

Wel is de borging in 2025 verder aangescherpt. In vervolg op de overgang naar het nieuwe Wzd-stappenplan zijn evaluaties van onvrijwillige zorg structureler verbonden aan zorgplanevaluaties. Ook het ECD (ONS) en de dossiervoering zijn hierop ingericht. Deze ontwikkeling heeft vooral geleid tot meer uniformiteit, betere navolgbaarheid en scherper inzicht in de toepassing van maatregelen. Zij geeft geen aanleiding om te concluderen dat het inhoudelijke beleid is gewijzigd.

Conclusie beleidsplan artikel 19 Wzd

De geconstateerde verschillen geven geen aanleiding tot aanpassing van het beleidsplan als bedoeld in artikel 19 van de Wet zorg en dwang. Het bestaande beleidsplan wordt op basis van deze analyse als passend, actueel en effectief beschouwd. Wel blijft blijvende aandacht nodig voor het zorgvuldig onderbouwen, evalueren en waar mogelijk afbouwen van onvrijwillige zorg.

2.2 Verschillen tussen locaties of groepen

De analyse heeft betrekking op één locatie: Luttenbergerweg 9-19 in Hellendoorn. Binnen deze locatie gaat het om de gehele cliëntengroep op de verblijfadressen 15 en 19. Er is daarom geen sprake van een vergelijking tussen afzonderlijke locaties. Eventuele verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg worden vooral verklaard door individuele zorgvragen, risico-inschattingen en cliëntgebonden ondersteuningsbehoeften.

2.3 Maatregelen ter terugdringing van onvrijwillige zorg

Elazorg voert structureel beleid om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen, te beperken en waar verantwoord af te bouwen. Daarbij staat steeds de vraag centraal of een maatregel noodzakelijk, proportioneel en subsidiair is. De belangrijkste maatregelen zijn hieronder samengevat.

Thema	Uitwerking in 2025
Deskundigheidsbevordering	Medewerkers zijn geschoold en geïnformeerd over de Wzd, het achterliggende gedachtengoed, de-escalierend werken en proportioneel en subsidiair handelen. Daarbij is

	benadrukt dat onvrijwillige zorg nooit een standaardoplossing is.
Cultuur en werkwijze	Er is gestuurd op een open meldcultuur waarin melden wordt gezien als leren. Maatregelen worden niet preventief of routinematig ingezet, maar alleen wanneer daar een concreet bestaansrecht voor is.
Zorginhoudelijke afweging	Per cliënt wordt gewerkt met actuele risicoanalyses, passende medicamenteuze ondersteuning en actieve informatievoorziening aan medewerkers over risico's, gewijzigde afspraken en mogelijke afbouw.
Borging in zorgplannen	Vrijheidsbeperkende maatregelen worden zo beperkt mogelijk als voorzien opgenomen. Wanneer inzet noodzakelijk is, worden motivering, evaluatie en vastlegging gekoppeld aan het Wzd-stappenplan en het zorgplan.

Deze aanpak helpt om onvrijwillige zorg niet vanzelfsprekend te maken, maar telkens opnieuw professioneel en kritisch te wegen. Daarmee sluit de Wzd-verantwoording aan bij de bredere ontwikkellijn van Elazorg: meer methodisch werken, beter vastleggen en aantoonbaar leren van casuïstiek.

2.4 Totstandkoming van de analyse

De analyse is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur en gebaseerd op een combinatie van registraties, dossierinformatie en professionele duiding. Daarbij zijn onder meer de volgende bronnen betrokken: Wzd-registraties uit het ECD (ONS), Wzd- en MIC-meldingen, cliëntrisicoanalyses, historische dossierinformatie en beeldvorming, bevindingen uit multidisciplinair overleg en eerdere evaluaties per cliënt.

De kwantitatieve gegevens zijn organisatiebreed geanalyseerd. Daarna heeft een kwalitatieve duiding plaatsgevonden om hoge aantallen in hun context te plaatsen, onderscheid te maken tussen cliëntgebonden zorgzwaarte en organisatiebeleid, en risico's en aandachtspunten voor verdere verbetering te benoemen.

2.5 Betrokkenheid cliëntenraad

Op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018) is het instellen van een cliëntenraad verplicht wanneer aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan. Sinds 2024 organiseert Elazorg per kwartaal een informeel overleg met een vertegenwoordiging van vertegenwoordigers en verwanten. Daarmee was samenspraak in de praktijk aanwezig, maar deze structuur had nog niet de formele status van een cliëntenraad.

In 2025 is, mede naar aanleiding van het overleg met het zorgkantoor, vastgesteld dat voor Elazorg een installeringsverplichting geldt. Daarom is eind 2025 gestart met de implementatie van een cliëntenraad conform de Wmcz 2018. De verwachting is dat deze raad medio 2026 formeel geïnstalleerd is. Over verslagjaar 2025 is daarom nog geen formele reactie van de cliëntenraad toegevoegd aan deze Wzd-analyse.

3. Kwantitatief overzicht

Onderstaande cijfers geven weer bij hoeveel unieke cliënten onvrijwillige zorg is toegepast en hoe dit zich verhoudt tot het totaal aantal cliënten in zorg per 31 december 2025.

Cliënten met onvrijwillige zorg	Cliënten zonder onvrijwillige zorg	Totaal aantal cliënten in zorg
9 (50%)	9 (50%)	18 (100%)

3.1 Toepassing per vorm van onvrijwillige zorg

De tabel hieronder laat per vorm van onvrijwillige zorg zien bij hoeveel unieke cliënten deze maatregel is toegepast en hoe dit zich verhoudt tot de voorgaande analyse. De percentages in de laatste kolom zijn overgenomen uit de aangeleverde registratie en worden gebruikt als bestuurlijke verantwoordingscijfers over 2025.

Vorm van onvrijwillige zorg	Unieke cliënten	Stijging/daling aantal	Stijging/daling %	Aandeel in %
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	4	+2	+100	26,67
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten - communicatiemiddelen	6	+2	+50	40
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten - overig	4	0	0	26,67
Beperken van de bewegingsvrijheid - fixeren	8	0	0	53,33
Beperken van de bewegingsvrijheid - overig	4	+1	+33	26,67
Insluiten	0	0	0	0
Uitoefenen van toezicht op betrokkene (camera)	2	0	0	13,33
Onderzoek aan kleding of lichaam	0	-1	-100	0
Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	0	0	0	0
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	0	0	0	0

4. Bestuurlijke duiding en conclusie

Het kwantitatieve beeld bevestigt dat onvrijwillige zorg in 2025 niet organisatie breed of routinematig is ingezet, maar geconcentreerd is bij een beperkt aantal cliënten met complexe ondersteuningsvragen. Tegelijk laat het aantal cliënten waarbij onvrijwillige zorg is toegepast zien dat blijvende alertheid nodig is. De inzet moet steeds aantoonbaar worden onderbouwd, geëvalueerd en waar mogelijk afgebouwd. Voor 2026 ligt de nadruk op verdere borging van het Wzd-stappenplan in zorgplannen, consistente registratie in ONS, duidelijke evaluatiemomenten en het blijven betrekken van verwanten en, zodra deze formeel is geïnstalleerd, de cliëntenraad. Daarmee wordt de Wzd-verantwoording onderdeel van dezelfde kwaliteitscyclus die in het kwaliteitsbeeld centraal staat: zorgvuldig handelen, zichtbaar leren en tijdig bijstellen.

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