

KWALITEIT EN VEILIGHEID

Jaarrapportage Kwaliteit en Veiligheid 2025



Inhoudsopgave

Behandeling	2
Begeleiding	6
Forensische zorg	9
Reclassering	11
Preventie	13
IrisCovery	15
ICT	16
Onderzoek	18
Bedrijfsvoering	20
HR Medewerkers	22
ARBO	24
Bedrijfsopvangteam	25
BHV	26
Cliëntenraad	27
Kwaliteit en Veiligheid	28
Ondernemingsraad	32
Veilig incidenten melden (VIM)	33
Datameldingen	34
Externe ouders	35
Interne audits	37
Toezichtbezoeken	40
Suicide	41
Incidentenonderzoeken	41
Klachten	42
Tot slot	43

Inleiding

Goede en veilige zorg vraagt elke dag aandacht. In 2025 hebben we daar samen aan gewerkt: in behandeling en begeleiding, wonen en opvang, én in preventie, forensische zorg en reclassering. Dat kan alleen als randvoorwaarden op orde zijn. Ondersteunende diensten zoals HR, ICT, bedrijfsvoering en Kwaliteit & Veiligheid spelen daarin een organisatiebrede rol. Samen zorgen zij voor duidelijke afspraken, veilige systemen, deskundige medewerkers, goede randvoorwaarden en zicht op risico's en verbeterpunten. We willen dat cliënten zich gezien en gehoord voelen, dat zorg aansluit bij hun situatie en dat medewerkers veilig en verantwoord kunnen werken. Daarbij werken we herstelgericht, met aandacht voor eigen regie en – waar mogelijk – met naasten en netwerk om de cliënt heen.

In deze jaarrapportage staan de belangrijkste ontwikkelingen in kwaliteit en veiligheid in 2025. We beschrijven wat er is gedaan, wat dit oplevert in de praktijk en welke punten extra aandacht vragen. Onderwerpen die terugkomen zijn onder andere cliëntbeleving, dossierkwaliteit, wachttijden, methodisch werken, digitale zorg, medicatieveiligheid, hygiëne, incidenten en meldingen, en de manier waarop verbeteringen worden gevolgd en geborgd.

De rapportage sluit aan bij de Koers 2024–2027. We zien een toenemende zorgvraag en tegelijk schaarste aan mensen en middelen. Dat vraagt om keuzes en om zorg anders organiseren: samen met gemeenten en ketenpartners, dicht bij cliënten waar het kan en specialistisch waar het moet. Daarbij hoort ook aandacht voor wat de ander nodig heeft: cliënt, naaste, collega of samenwerkingspartner.

Deze jaarrapportage is bedoeld om inzicht te geven aan iedereen die bij IrisZorg betrokken is, waaronder cliënten en naasten, medewerkers, cliëntenraden, bestuur, toezichthouders, financiers en samenwerkingspartners. Het document laat zien wat er in 2025 is gedaan, wat dat oplevert en welke verbeterpunten we meenemen.



Behandeling in cijfers

2025	Aantal cliënten
Totaal IrisZorg	9800
Behandeling ambulante	4940
Behandeling klinisch	760

Voor zover van toepassing	Behandeling
Aanmeldtijd	<1 week
Behandelwachtijden	Ca 20 weken, maar per locatie grote verschillen
% Aanmeldklacht verminderd	69%
% Ingevulde evaluaties	55%
% Drop-out	12.6%
% Terugval	3.2%



BIJZONDERHEDEN TEN OPZICHTE VAN VORIG JAAR

Clïentbeleving (CQI)

Clïenttevredenheid blijft een belangrijke graadmeter voor kwaliteit. Naar aanleiding van de CQI-verbeterpunten uit 2024 (informatievoorziening over zelfhulpgroepen, behandel mogelijkheden en bijwerkingen van medicatie) zijn in 2025 gerichte acties uitgezet.

Voor de informatieverstrekking over het aanbod van zelfhulpgroepen en herstelactiviteiten is met ervaringsdeskundigen/regioregisseurs afgesproken om maandelijks een mailing naar de teams te versturen met de oproep het aanbod ook zichtbaar te maken in de wachtruimte (uitprinten en ophangen). Daarnaast is het aanbod beter vindbaar via de (nieuwe) IrisZorg-website, waar het herstelaanbod en (periodieke) activiteitenoverzichten zijn opgenomen. Hiermee is de toegankelijkheid van informatie vergroot en blijft het onderwerp structureel onder de aandacht.

Voor het bespreken van behandel mogelijkheden is in (een groot deel van) de behandelteams een adviesgesprek na de intake ingevoerd. Dit biedt ruimte om met de cliënt in het kader van Samen Beslissen (SDM) behandel mogelijkheden

te verkennen en in overleg een passend vervolg te kiezen. Voor medicatie en bijwerkingen is dit afgestemd met de medische staf. Zij geven aan dat iedere arts bij nieuw te starten medicatie de werking en bijwerkingen met de cliënt bespreekt, dit vastlegt in het dossier en dat dit onderwerp opnieuw is benadrukt in het artsensamenleg.

Positief is dat de cliënttevredenheid in 2025 hoog is gebleven en gelijk is aan 2024, terwijl het cijfer in 2024 al uitzonderlijk hoog was. In 2026 versterken we het ophalen én terugkoppelen van cliënttevredenheid met een extra poster(actie), waarin we ook zichtbaar maken wat er met feedback en verbeteracties is gedaan.

Wachttijden en behandeling in cijfers

Wachttijden blijven een relevant thema binnen kwaliteit en veiligheid, omdat ze directe invloed hebben op toegankelijkheid van zorg en continuïteit in het behandelproces. In 2025 is gezocht naar maatregelen die zowel wachttijd als behandelbelasting kunnen beïnvloeden, met behoud van kwaliteit.

Naar aanleiding van lange wachttijden – met name voor poliklinische zorg in Nijmegen – is een pilot CRA “Kort en Stevig” groep ontwikkeld. De pilot had meerdere doelen:

- wachttijd voor instroom in CRA-V verkorten;
- inzet van individuele CRA-behandeling beperken;
- cliënten vanaf start behandeling stimuleren gebruik te maken van het herstelaanbod, met het uitgangspunt dat groepsaanbod de norm is;
- stimuleren van gebruik van Minddistrict CRA-modules;
- een afgebakend CRA-traject in sessies en duur.

De pilot is uiteindelijk nog niet uitgevoerd, omdat de wachttijden in de loop van 2025 sterk zijn teruggelopen. De ontwikkeling van deze pilot is daarmee wel waardevol geweest als gereed plan voor snelle opschaling wanneer wachttijden opnieuw oplopen.

Behandelresultaten / dossiervereisten

In 2025 is de aandacht voor dossierkwaliteit en dossiervereisten voortgezet, met focus op het signaleringsplan, de risicotaxatie en het zorgplan. Hiervoor zijn de volgende normstellingen gehanteerd: 80% van de dossiers bevat een actueel signaleringsplan (jonger dan 1 jaar), 80% van de dossiers bevat een actuele risicotaxatie (jonger dan 6 maanden) en het uitgangspunt is dat iedere cliënt beschikt over een actueel zorgplan. De kwaliteit wordt beoordeeld door monitoring op dossiervereisten en bespreking binnen teams en (waar passend) via inhoudelijke KPI's.

Tegelijkertijd blijven deze aandachtsgebieden ook in 2026 bestaan. We zien dat signaleringsplannen niet altijd aanwezig zijn en dat de opvolging van uitkomsten van de risicotaxatie nog onvoldoende eenduidig en aantoonbaar is geborgd. Om dit te versterken is in 2025, in samenwerking met Team Onderzoek, een doorontwikkeling van de risicotaxatie gerealiseerd. Deze wordt in de loop van 2026 geïmplementeerd. Het vernieuwde formulier biedt extra handvatten voor het concreet beschrijven van risico's en de benodigde opvolging, zodat professionele afwegingen beter navolgbaar zijn en de verbinding met het zorgplan wordt versterkt. Dit blijft nadrukkelijk van belang in relatie tot cliëntveiligheid, waaronder suicidepreventie.

Projecten, verbeteracties en bijzondere ontwikkelingen

In 2025 zijn meerdere kwaliteitsprojecten afgerond of concreet in een volgende fase gebracht.

Afgeronde projecten

- **Metten van herstel:** de invoering van de afname van de MATE via Minddistrict voor alle behandelteams is gereed. Dit ondersteunt herstelgerichte zorg en maakt het eenvoudiger om voortgang en uitkomsten structureel te volgen.
- **Digitale poli:** de generalistische basis GGZ is overgeheveld naar de digitale poli. De digitale poli is per 1 maart 2025 gestart. Dit draagt bij aan laagdrempelige, gestandaardiseerde zorg en versterkt de mogelijkheden voor digitale/blended inzet.

Niet afgerond / doorlopend (met reden)

- **Chemseks:** project in opbouwfase met ambitie om IrisZorg steviger te positioneren in de aanpak van chemsexproblematiek; focus op expertiseontwikkeling, betere verwijzingen en zichtbaarheid van de doelgroep. Toewerken naar een chemsekspoli (Arnhem) loopt door in 2026 (verkenning inrichting/organisatie).
- **Project Naasten:** adviesrapport is gereed; projectleider wordt geworven in 2026. De beoogde impact is het structureel betrekken van naasten en het versterken van netwerkgerichte behandeling; verdere concretisering volgt in 2026 wanneer implementatie is gestart.
- **Trauma en verslaving:** meerjarig project; deelproject handboekontwikkeling is gereed
- **MBT jeugd:** implementatie MBT-crisishantering Jeugd-FACT Nijmegen is gereed
- **Intake:** adviesrapport is gereed, maar moet nog worden geïmplementeerd

4 BEHANDELING

Nieuwe protocollen / werkwijzen

BasisGGZ

In 2025 is onder andere een protocol voor BGGZ in 13 sessies geïmplementeerd, met een positief resultaat op effectiviteit en cliënttevredenheid. Hiermee wordt methodisch werken versterkt en ontstaat meer eenduidigheid in behandelduur en aanpak.

Herstelondersteunende zorg & ervaringsdeskundigheid

Er is door teams aandacht gehouden voor herstelondersteunend werken, maar de borging van ervaringsdeskundigheid blijft kwetsbaar. In de meeste behandelteams ontbreekt een ervaringsdeskundige (EVD), mede door ontbrekende financiering en het niet altijd voldoen aan het gewenste opleidingsniveau. In 2025 lag in de jeugdteams Arnhem/Nijmegen extra focus op herstel aanbod jeugd en de positie van ervaringsdeskundigheid binnen het team.

Concrete verbetering in zorgplanmethodiek

De invoering van DRIES binnen de FACT-teams in Nijmegen heeft gezorgd voor beter geborgde KPI's. Door het goede gesprek en zorgvuldig taalgebruik nemen medewerkers meer eigenaarschap en zijn KPI's inhoudelijker geïntegreerd in de zorgplansystematiek.

Samenwerking en innovatie

Samenwerking met ketenpartners blijft cruciaal om passende zorg te bieden, doorstroom te verbeteren en specialistische expertise te benutten. In 2025 is onder andere samengewerkt met:

- **Kliniek Siependaal** (kliniek, polikliniek en FACT) en Pro Persona, onder meer om toe te werken naar een gezamenlijk behandelaanbod;
- **samenwerking tussen ambulant Pro Persona en IZ FACT** teams Nijmegen/Arnhem;
- **Intensieve GGZ (IGGZ) regio Arnhem/Valleiregio**, bijvoorbeeld rondom consultatiefunctie sociaal domein en G7.

Succesfactoren zijn een gedeelde visie, onderlinge behoefte tot samenwerking, vertrouwen en een helder plan met verantwoording. Tegelijk blijft communicatie een blijvende uitdaging, zeker in complexe ketens waar veel partijen betrokken zijn.

Ambities 2026

De speerpunten uit de kaderbrief blijven actueel en worden in 2026 doorvertaald naar concrete focus in de teams: we blijven werken volgens de CRA-methode (incl. scholing en doorontwikkeling zoals CRA-coding), versterken de zorgplansystematiek en de systematische evaluatie (in samenhang met risicotaxatie, signaleringsplan en suïcidepreventie), en geven vervolg aan de implementatie van Netwerk Centraal (naastenbetrokkenheid). Daarnaast blijft het verbeteren en borgen van registratie volgens de SOEP-methode een expliciet aandachtspunt, zodat verslaglegging eenduidig en navolgbaar is.

Teams geven aan in 2026 vooral te willen focussen op directe tijd en zorg-KPI's, CRA-coding, scholing JeugdFACT op MBT en MBT-crisishantering, versterking traumabehandeling en suïcidepreventie. Dit vraagt om blijvende scholing, voldoende middelen en duidelijke organisatorische ondersteuning.



Risico's en PDCA (kwaliteit & veiligheid)

In 2025 zijn meerdere risico's op kwaliteit en veiligheid geïdentificeerd die direct raken aan cliënt-veiligheid, medewerkersveiligheid en toezicht.

1. Suïcidepreventie & zorgplansystematiek (hoog risico)

Risicotaxatie/veiligheidsplan/evaluatie vinden niet overal structureel en aantoonbaar plaats. Dit vergroot het risico op gemiste suïcidaliteit, herhaling van calamiteiten en onvoldoende navolgbare professionele afwegingen. In reactie hierop start een project suïcidepreventie in januari 2026. Voor de korte termijn blijven aanvullende acties nodig om uniformiteit en aantoonbaarheid te vergroten.

2. Agressie & grensoverschrijdend gedrag (hoog risico)

Agressie-incidenten en VIM-meldingen blijven hoog; nazorg en PDCA verschillen per team en implementatie van beleid is wisselend. Dit kan leiden tot normalisering, uitval/verzuim en inconsistente opvolging. Extra urgentie wordt gezien omdat de IGJ in 2026 grensoverschrijdend gedrag als thema heeft. In 2026 wordt het RMO-voorstel uit 2025 uitgevoerd en wordt implementatie en borging strakker georganiseerd, inclusief doorontwikkeling van VIM.

3. Compliance: VOG en diploma's/kwalificaties (hoog risico)

Toezichten laten zien dat VOG en diploma's/kwalificaties (zowel bij medewerkers in dienst als inhuur) niet altijd aantoonbaar of vindbaar zijn. Dit geeft risico op onbevoegde inzet, toezichtbevindingen en potentieel cliëntveiligheidsrisico. In 2026 is centrale borging en monitoring noodzakelijk.

Binnen de PDCA-cyclus blijft het essentieel om verbeteracties niet alleen te starten, maar ook aantoonbaar af te ronden en te borgen. Waar teams al stappen zetten (bijv. DRIES, MATE via Minddistrict, protocollering), is de leerervaring dat uniformiteit, eigenaarschap en goede monitoring bepalend zijn voor duurzame verbetering. De ambities voor 2026 sluiten daarom direct aan op de geïdentificeerde risico's en richten zich op borging van veiligheid en aantoonbare kwaliteit in het behandelproces.



TROTS OP:

- In 2025 zijn belangrijke stappen gezet waar we trots op zijn. Dit geldt zowel voor inhoudelijke verbeteringen in het behandelproces als voor de inzet van medewerkers die onder druk blijven bouwen aan kwaliteit en veiligheid.
- De doorontwikkeling van risicotaxatie en de vragenlijst eerste gesprek (bijna implementatiegereed);
- De borging van de CRA-methodiek;
- De voortgang binnen Chemseks en het opstarten van regionaal en landelijk overleg;
- Het gereedkomen van het handboek Trauma en Verslaving;
- Het ontwerp van kliniek Panovenlaan Nijmegen;
- De afgeronde adviesrapporten voor Naasten/Netwerk Centraal en Intake (klaar voor implementatie);
- De coördinatoren zorg die, ook in zwaar weer, teams ondersteunen en de PDCA op kwaliteit en veiligheid gaande houden.

Begeleiding in cijfers

2025	Aantal cliënten	Voor zover van toepassing	Begeleiding
Begeleiding ambulant	2140	% Ingevulde evaluaties	37%
Opvang	800	% terugval	18.9%
Wonen	1000	% afgenomen risico-taxatie	34%

Clïëntbeleving

In 2025 is de cliëntbeleving-meting verdiept door de ontwikkeling en inzet van een nieuwe (uitgebreidere) vragenlijst. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de cliëntbeleving, niet alleen op totaalscore maar ook op specifieke thema's. Dit maakt het mogelijk om verbeterpunten scherper te identificeren en in 2026 gericht verbeteracties in te zetten en te monitoren.

Clïëntbeleving Wonen

De cliëntbeleving binnen wonen komt in 2025 uit op een 6,8. Cliënten zijn minder tevreden over het eten op locatie (6,4), de woonomgeving (6,3) en de omgang met ruzies of spanningssituaties (6,5). Positief is dat cliënten aangeven ruimte te ervaren om zaken te bespreken (7,3). Dit laat zien dat er een basis is voor gesprek en afstemming, terwijl onderdelen van de dagelijkse woonbeleving en het omgaan met spanning verbetering vragen. In 2026 zetten we verbeteracties in op deze thema's, met aandacht voor woonbeleving, sociale

veiligheid en duidelijkheid over handelen bij conflict en onrust binnen de locatie. Medewerkers volgen in 2026 opnieuw de training de-escalerend werken, welke jaarlijks wordt herhaald, waarbij extra aandacht is voor de leerpunten en ontwikkelvragen die teams zelf aangeven, zodat de training beter aansluit bij de behoefte in de praktijk.

Clïëntbeleving Begeleiding

De cliëntbeleving voor begeleiding is in 2025 hoog: 8,9. Aandachtspunt is de informatievoorziening over cliëntenorganisaties en zelfhulpgroepen, die lager scoort (dit aandachtspunt komt ook bij behandeling terug). Daarom sluiten we binnen begeleiding aan bij de organisatiebrede acties om dit te verbeteren: het aanbod wordt maandelijks onder de aandacht gebracht bij teams, zichtbaar gemaakt in de wachtruimte en is vindbaar via de (nieuwe) IrisZorg-website met activiteitenoverzichten. In 2026 borgen we deze werkwijze.

Wachtlijsten

In 2025 bleef de druk op maatschappelijke opvang en (beschermd) wonen hoog. In meerdere regio's stagneert de door- en uitstroom, waardoor locaties structureel vol raken en de instroom van nieuwe cliënten wordt belemmerd. Dit heeft impact op toegankelijkheid en kan spanningen op locaties vergroten, met risico's voor cliënten en medewerkers.

De stagnatie hangt samen met factoren die deels buiten IrisZorg liggen, zoals woningtekorten, beperkte beschikbaarheid van passende vervolgplekken (waaronder WLZ-capaciteit) en complexere cliëntprofielen. Tegelijk vraagt dit intern om heldere procesafspraken en structurele samenwerking met gemeenten, woningcorporaties, zorgkantoor, GGD en ketenpartners. In 2025 is daarom ingezet op caseload- en instroombesprekingen, regionale overleggen en het verder ontwikkelen van stuurinformatie. In 2026 wordt dit versterkt door verdere ontwikkeling en toepassing van KPI's voor in-, door- en uitstroom, zodat beter gestuurd kan worden op capaciteit, passendheid en veiligheid.

CLÏENTBELEVING CIJFERS Opvang en Wonen



Ervaringsdeskundigheid

In 2025 is geïnvesteerd in de verdere inbedding van ervaringsdeskundigheid. Het jaar is gestart met een strategiedag, waarin via praktijkgerichte casussen knelpunten en kansen zijn besproken (onder andere op basis van inzichten uit onderzoek naar de inbedding van ervaringsdeskundigheid in FACT-teams). Dit programma is ook gebruikt tijdens de coördinatorenendag, waardoor patronen en ontwikkelpunten organisatiebreed zijn geworden en gericht opgepakt konden worden. Het gesprek over ervaringsdeskundigheid is daarnaast op meerdere niveaus in de organisatie gevoerd, wat bijdraagt aan een structurele plek van ervaringsdeskundigheid binnen IrisZorg.

IrisZorg heeft bovendien bijgedragen aan de landelijke implementatie van de Generieke Module Ervaringsdeskundigheid. Als onderdeel hiervan zijn functieprofielen herschreven conform het beroepscompetentieprofiel; deze zijn in concept gereed, worden gewogen en worden daarna vastgesteld. In de regio's krijgt ervaringsdeskundigheid een steeds stevigere positie: in teams, in samenwerking met zelfhulp en peersupport, bij verkennende gesprekken en bij beleidsvraagstukken van gemeenten. Ook zijn in 2025 twee leergangen ervaringsdeskundigheid afgerond, waardoor het aantal ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals met ervaringskennis binnen IrisZorg verder is gegroeid.



WLZ en kwaliteitskader

In 2025 is binnen de WLZ-woonzorglocaties gewerkt volgens de uitgangspunten van het kwaliteitskader. De nadruk lag op persoonsgerichte woonzorg, het actueel houden van zorg-/woonzorgplannen en signaleringsplannen, het versterken van deskundigheid in teams en het organiseren van integrale woonzorg in samenwerking met ketenpartners. De invulling verschilt per locatie, passend bij cliëntgroep en teambehoefte. Dit hoofdstuk beschrijft de WLZ-specifieke invulling van het kwaliteitskader. De overige onderdelen in deze jaarrapportage zijn organisatiebreed uitgewerkt en gelden daarmee ook voor de WLZ-woonzorg, tenzij anders vermeld.

Cliënten: zorgplan, signalering en risicobeoordeling

Organisatiebreed is gewerkt aan het op orde brengen en houden van zorg-/actieplannen. Hiervoor zijn KPI's ingericht die periodiek met coördinatoren worden besproken. In 2026 verschuift de focus van aanwezigheid/actualiteit naar ook het gericht beoordelen van de kwaliteit van de plannen, zodat teams richter kunnen verbeteren.

De risicobeoordeling is eveneens organisatiebreed opgepakt. In 2025 is gewerkt aan het vernieuwen van het risicotaxatieformulier, met als doel risico's eerder en eenduidiger in beeld te brengen en meer handvatten te bieden voor opvolging. De planning is dat dit vernieuwde formulier in 2026 wordt geïmplementeerd. Op locaties worden signaleringsplannen waar nodig herzien en gekoppeld aan vaste evaluatiemomenten van het zorg-/woonzorgplan en bespreking in het multidisciplinair overleg.

Passende zorg bij indicatie en veranderende zorgvraag

Er is aandacht besteed aan het afstemmen van zorg op indicatie en veranderende zorgbehoefte, met name bij een ouder wordende doelgroep. Indicaties zijn waar nodig opnieuw beoordeeld en aangepast, zodat inzet en capaciteit beter aansluiten bij de zorgvraag.

Persoonsgerichte ondersteuning en daginvulling

De mate van arbeidsactivering en dagbesteding varieert tussen woonlocaties. In 2025 is ingezet op het vergroten van deelname met laagdrempelige activiteiten op de locatie en samenwerking met externe dagbestedingsaanbieders. Ook zijn initiatieven ingezet die cliënten ondersteunen in zelfredzaamheid in de eigen leefomgeving (bijvoorbeeld kamertraining). Cliënten kunnen daarnaast gebruikmaken van IrisCOVERY-activiteiten als onderdeel van herstelondersteunend aanbod door peers.

Naasten en netwerk

De inzet en betrokkenheid van naasten en het netwerk van cliënten zijn belangrijk in het hersteltraject. In verschillende regio's zijn familie-ervaringsdeskundigen aan het werk, waardoor meer aandacht is gekomen voor netwerkgericht werken. In de krachteninventarisatie is het betrekken van naasten een vast onderdeel. Dit is niet altijd vanzelfsprekend, omdat cliënten niet altijd naasten hebben die actief betrokken zijn, vaak door een verleden met pijn en trauma.

Daarom worden initiatieven ingezet om contact te herstellen of te verbeteren, zoals laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden op locatie en samenwerking met partners om een ontmoetingsnetwerk rond cliënten op te bouwen en buddy's te koppelen.

In 2025 is daarnaast een projectleider geworven voor de implementatie van de adviezen uit de rapporten over netwerkgericht werken binnen behandeling en begeleiding.

Professionalisering

In 2025 is geïnvesteerd in het versterken van woonteam door gerichte scholing en professionalisering. Zo is scholing verpleegtechnische handelingen ingezet vanwege toenemende somatische zorgvragen. Ook is gewerkt aan methodisch werken en aan het bespreken van dilemma's in de zorg via instrumenten voor morele reflectie, zoals CURA-momenten. Daarnaast is op onderdelen aandacht besteed aan proactieve zorgplanning en palliatieve zorg.

Samenleving en samenwerking

Woonlocaties werken samen met wijkpartners en ketenpartners om verbinding met de omgeving te versterken en stigma te verminderen. Daarnaast vinden werkbezoeken en uitwisseling plaats om van elkaar te leren en samenwerking in de keten te verbeteren, waaronder samenwerking met behandelpartners en andere zorgorganisaties.

Focus 2026

In 2026 ligt de nadruk op:

- Gerichte opvolging van cliëntbeleving-verbeterpunten (wonen: eten, woonomgeving, omgaan met conflicten; begeleiding: informatie over zelfhulpgroepen/cliëntenorganisaties);
- De implementatie van het vernieuwde risicotaxatieformulier;
- Voortzetten van WLZ-doorontwikkeling langs het kwaliteitskader en borging van goede werkwijzen per locatie.

Forensische zorg in ontwikkeling

Algemeen beeld 2025

In 2025 is binnen de forensische zorg verder gewerkt aan uniformiteit en vakmanschap. De belangrijkste ontwikkelingen lagen op de doorontwikkeling van de delictanalyse, het formaliseren van werkprocessen in begeleiding en behandeling, en het versterken van e-health ondersteuning. Tegelijk bleef capaciteit een aandachtspunt, met name in teams waar reguliere en forensische cliënten naast elkaar worden behandeld en waar het uitvoeren van intensieve forensische trajecten extra inzet vraagt.

170
Cliënten Forensische
Zorg in 2025



Ontwikkelingen en resultaten 2025

Delictanalyse

Vanuit Kwaliteit Forensische Zorg is een handleiding beschikbaar voor de delictanalyse. Waar dit eerder al was ingebed in het Forensisch Expertteam, zijn in 2025 de overige teams getraind in het uitvoeren van de delictanalyse en hebben zij dit in de praktijk toegepast. In teams met een gemengde caseload blijft het organiseren van voldoende capaciteit en deskundigheid een uitdaging; hiervoor wordt gezocht naar een passende oplossing. Ter ondersteuning zijn in 2025 ook e-health modules ontwikkeld voor onderdelen van de delictanalyse. Deze modules worden ingezet wanneer dit passend is bij de cliënt, al betreft dit in de praktijk een beperkt deel van de forensische doelgroep.

2025 inhoudelijk besproken en er is overeenstemming bereikt over wat een adequaat forensisch behandelproces inhoudt. Formele vastlegging hiervan is nog niet afgerond; dit staat gepland voor 2026.

BeRK-gesprek

Het BeRK-gesprek (behoeften, risico's en krachten) is in 2025 getraind en toegepast binnen een specifiek woonteam met een forensisch gedragsprofiel. Het instrument blijkt van meerwaarde om integraal zicht te krijgen op cliëntbehoeften en risico's op verschillende leefgebieden. Door personele krapte heeft bredere implementatie tijdelijk stilgestaan; het team heeft dit in het laatste kwartaal van 2025 weer opgepakt en zet dit door in 2026.

Zorgprocessen en uniformiteit

Het proces forensische (woon) begeleiding – van aanmelding tot doorstroom/uitstroom – is opgesteld en geïntegreerd in het reguliere begeleidingsproces. Implementatie en monitoring binnen de hele organisatie volgt in 2026.

Het forensisch behandelproces is in

Forensisch vakmanschap: leerlijn en intervisie

De forensische leerlijn is geëvalueerd door de e-learnings inhoudelijk te beoordelen op meerwaarde en toepasbaarheid. Conclusie is dat e-learnings niet altijd de juiste vorm zijn om kennis en houding duurzaam te borgen. In afstemming met Lereren &

2025	Normpercentage
Fare	67%

Ontwikkelen is daarom aangebracht welke e-learnings voor welke doelgroep passend en noodzakelijk zijn. Daarnaast is het voornemen om een live training te (laten) ontwikkelen waarin kernonderwerpen van forensische zorg bij IrisZorg worden geborgd. Dit wordt in 2026 verder uitgewerkt.

E-health en cliëntenportaal

Er is in 2025 geen specifieke doorontwikkeling geweest van het online cliëntenportaal, wel wordt ingezet op betere bekendheid bij zorgverleners en cliënten. In het eerste kwartaal van 2026 wordt een beleidsdocument gedeeld waarin wordt uitgelegd welke gegevens vanuit het ECD zichtbaar zijn in het portaal en wat het doel ervan is.

Het gebruik van e-health in de behandeling kreeg in 2025 wel extra aandacht: de MATE-vragenlijst wordt alleen nog via Minddistrict afgenomen en behandelaars zijn in het tweede kwartaal van 2025 getraind in het adequaat afnemen hiervan.



Aandachtspunten en risico's

- **Capaciteit en deskundigheid:** in teams met gemengde caseload is het plannen en uitvoeren van intensieve forensische trajecten kwetsbaar.
- **Samenwerking met gemeenten:** zicht op structurele voortgang is wisselend; sommige gemeenten staan meer open voor opname in de Wmo na afloop van een forensische titel.
- **Vroegsignalering (ERM):** verkenning is in 2025 niet opgepakt, mede door vertrek van forensische behandelaren en prioritering van andere thema's.
- **Ervaringsdeskundigheid en VOG-vraagstukken:** landelijke ontwikkelingen zijn gevolgd; interne uitwerking binnen forensische context is in 2025 beperkt opgepakt (organisatiebrede ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid loopt via de reguliere lijn).

Focus 2026

In 2026 ligt de nadruk op:

- verdere implementatie van delictanalyse (incl. passende vorm: e-health en/of papier, volgens beslisboom EFP) en oplossen van de capaciteitsvraag in gemengde teams;
- implementatie en monitoring van het proces forensische (woon)begeleiding;
- formaliseren van het forensisch behandelproces;
- doorontwikkeling van forensisch vakmanschap (doelgroepgerichte leerlijn + ontwikkeling live training en intervisie);
- communicatie over het online cliëntenportaal (beleidsdocument Q1 2026) en voortzetten e-health inzet (MATE/DA-modules);



700
Clënten
Reclassering
in 2024

De reclassering binnen IrisZorg draagt bij aan een veilige samenleving door toezicht, begeleiding, risicotaxatie en advisering aan justitiële partners. Het reclasseringsproces richt zich op het verminderen van recidive, het vergroten van maatschappelijke veiligheid en het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde begeleiding. Dit doen we door risico's zorgvuldig in kaart te brengen, passende maatregelen te adviseren of uit te voeren en actief te werken aan het vergroten van beschermende factoren in het leven van cliënten. Het traject start met intake en risicotaxatie, waarna een plan van aanpak wordt opgesteld met doelen, voorwaarden en interventies. Het traject wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.



Samenwerking en ketenaanpak

De reclassering werkt structureel samen met ketenpartners en justitiële instanties zoals rechtbank, Openbaar Ministerie, politie, DJI, gemeenten, zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties en intern met onder andere de forensische zorg. De samenwerking kenmerkt zich door korte lijnen, vaste contactpersonen en heldere rolverdeling. Bij complexe casuïstiek wordt gewerkt met warme overdrachten, zodat continuïteit van toezicht en begeleiding geborgd blijft en tegenstrijdige interventies worden voorkomen.

Een belangrijk onderdeel van de ketenaanpak is de samenwerking met de FET-teams (Forensisch Expertise Team). Binnen deze multidisciplinaire samenwerking worden complexe zaken gezamenlijk besproken en uitgevoerd, waarbij expertise vanuit reclassering, behandeling en andere specialismen wordt gebundeld. Dit leidt tot scherpere risicotaxaties, beter onderbouwde interventiekeuzes en gezamenlijk gedragen besluiten. Door deze manier van samenwerken zijn risico's sneller en vollediger in beeld, kunnen passende interventies tijdig worden ingezet en ervaren cliënten eenduidige, samenhangende begeleiding. Daarmee nemen de kansen op duurzame gedragsverandering en recidivevermindering toe en worden kwaliteit en maatschappelijke veiligheid structureel versterkt. Daarnaast zijn detacheringen van collega's bij onder andere gemeenten en in het Veiligheidshuis ingezet, wat de aansluiting met het sociaal domein versterkt en de samenwerking in de keten verder verbetert.



Kwaliteitsborging en PDCA

Kwaliteit is geborgd door het werken met vastgestelde methodieken, actuele protocollen en professionele standaarden. Dossiervorming, verslaglegging en besluitvorming vinden uniform plaats en worden periodiek gecontroleerd via interne audits, dossiercontroles en managementinformatie. Verbeterpunten worden opgepakt volgens de PDCA-cyclus. Daarnaast zijn vaste toetsmomenten ingebouwd: de coördinator Kwaliteit & Beleid voert periodiek dossier- en procescontroles uit, toetst of conform protocollen wordt gewerkt en vertaalt bevindingen – samen met team en management – naar concrete verbeteracties. Daarmee wordt kwaliteit niet alleen vastgesteld, maar ook actief onderhouden en doorontwikkeld.



Trotsmomenten

In 2025 zijn we trots op de positieve externe audit en de verdere verbetering van samenwerking met ketenpartners. Ook zien we inhoudelijke kwaliteitsverbetering door kennisverrijking, scholing en e-learnings. De teams zijn stabiel, met weinig verloop en laag verzuim, wat bijdraagt aan continuïteit en veiligheid in begeleiding en toezicht.

Clïënt- en medewerkersveiligheid

In 2025 is ingezet op het versterken van veiligheid voor cliënten en medewerkers. Zo is het agressie- en veiligheidsprotocol aangescherpt en zijn protocollen rondom incidenten en risicovolle situaties verder geactualiseerd. Medewerkers hebben trainingen de-escalerend werken gevolgd en veiligheid is een terugkerend onderwerp in periodieke veiligheidsbesprekingen in teams en op locaties. Risicovolle gesprekken vinden plaats in daarvoor geschikte spreekkamers en bij verhoogde risico's wordt gewerkt met veiligheidsplannen. Deze aanpak ondersteunt eenduidig handelen, tijdige opschaling en een veilige werkomgeving.

KPI's en monitoring

Er wordt structureel gemonitord op tijdigheid van rapportages, doorlooptijden, succesvolle afronding van toezicht en drop-out. Op deze KPI's wijkt IrisZorg niet af van de landelijke SVG-cijfers en er is geen wachtlijst. Wel is er een toename van incidentmeldingen ten opzichte van eerdere jaren. Dit hangt samen met veranderingen in de doelgroep: zwaardere delicten en toenemende multiproblematiek. In 2025 is bovendien gewerkt aan het verbeteren van stuurinformatie via de implementatie van een kwaliteits- en productiedashboard. Hiermee wordt monitoring versterkt en wordt het eenvoudiger om trends te volgen en tijdig bij te sturen.

Risico's en beheersmaatregelen

In 2025 zijn verschillende risico's gesignaleerd die impact hebben op kwaliteit en veiligheid, waaronder fluctuaties in instroom, personele krapte en beperkte doorstroommogelijkheden richting zorg (waaronder beperkte forensische woonvormen, met name in Arnhem). Ook spelen verande-

ringen in wet- en regelgeving, toenemende maatschappelijke verwachtingen, en privacyvraagstukken (AVG) die het delen van informatie in sommige trajecten kunnen bemoeilijken. Daarnaast is er een toename van incidenten met maatschappelijke impact (zoals femicide/huiselijk geweldzaken) en zijn afdoeningscriteria veranderd, wat invloed heeft op instroom en casuïstiek. Beheersmaatregelen die hierop worden ingezet zijn onder andere caseloadmonitoring en inhoudelijke toetsing via de SVG-audit. Waar nodig wordt gewerkt met escalatieroutes en ketenafstemming om risico's tijdig te signaleren en passende interventies in te zetten.

Projecten en ontwikkelingen

Afgeronde kwaliteitsprojecten 2025

- Implementatie kwaliteits- en productiedashboard (monitoring en sturing versterkt).

Niet afgerond / doorlopend (met reden)

- Taakstraf met zorg (loopt door in 2026).
- Preventie met Gezag (Arnhem en Nijmegen; loopt door in 2026).
- Reclasseren in de PI (loopt door in 2026).

Nieuwe protocollen / systemen

- Aangepast agressie- en veiligheidsprotocol.
- Actualisatie protocollen toezicht, werkstraf en incidentmelding.

Beleid en kansen 2026

In 2026 liggen kansen in verdere digitalisering, doorontwikkeling van Preventie met Gezag, wijkrechtspraak en (inhoudelijke) teamontwikkeling. Tegelijk blijft aandacht nodig voor instroom/dorstroommogelijkheden, de impact van wet- en regelgeving en de beheersing van incidenten binnen een zwaarder wordende doelgroep.



Preventie

IrisZorg Preventie zet haar specialistische expertise op gebied van verslavingspreventie in binnen de regio's Arnhem, Valleiregio (Ede), Achterhoek en Nijmegen/ Rivierenland. Onder reguliere verslavingspreventie wordt verstaan het totale aanbod aan interventies, om verantwoord gebruik te stimuleren en problematisch dan wel verslavingsgedrag te voorkomen ten aanzien van alcohol en andere drugs, gamen en gokken. Deze bieden wij bij voorkeur integraal aan. Wij werken volgens het landelijk basispakket verslavingspreventie en dragen, samen met onze collega instellingen voor verslavings(preventie), bij aan het up to date houden van dit basispakket.

In 2025 hebben we met de afdeling aandacht besteed aan ontwikkeling van onze afdeling. Middels workshops kregen verschillende thema's aandacht zoals grensoverschrijdend gedrag vanuit onze vertrouwenspersoon, we hebben een WRAP workshop gevolgd vanuit ervaringsdeskundigheid en we hebben met "Energiek in je werk" gekeken naar wie we zijn en waar we voor staan en gaan als afdeling. Met bijgevoegde preventieplaat als resultaat!

Wij zijn PREVENTIE van IrisZorg

Onze afdeling vermindert risico's met betrekking tot roken, alcohol en andere drugs, gamen en gokken. We beschermen hiermee kwetsbare groepen, verbeteren de levenskwaliteit van inwoners van ons werkgebied en dragen bij aan een gezondere samenleving.

Professioneel: We zijn betrouwbaar; we doen wat we zeggen

Ruimdenkend: We handelen oordeelvrij en gelijkwaardig

Expert: We hebben kennis, benutten de wetenschap en zijn kundig

Vooruitstrevend: We zijn innovatief en creatief

Effectief: We weten wat werkt en wat niet werkt; we handelen naar wat duurzaam en ook efficiënt en effectief is op de lange termijn

Netwerk: We zijn samenwerkers en verbinders

Toegankelijk en **T**ransparant: We zijn laagdrempelig en communiceren open en eerlijk; we zeggen wat we doen

Integraal: We bieden en voeren een samenhangend pakket van beleid en interventies uit (gebaseerd op de 4 pijlers van verslavingspreventie)

Empathisch: We leven ons in en bekrachtigen eigen regie en de 'gezondste' keuzes van een individu

IRISZORG
Preventie

Trends en Signalen

Als afdeling hebben we, naast voor de inwoners van onze regio, ook een signaleringsfunctie binnen IrisZorg. Onze testservice, ofwel ons Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) heeft twee taken: monitoring en surveillance. Monitoring heeft als doel om te weten wat er op de markt van illegale uitgaansdrugs wordt aangeboden. Surveillance heeft als doel gevaren voor de volksgezondheid te signaleren. DIMS voert deze taken uit door drugs te analyseren op samenstelling. Deze drugs worden aangeboden door de gebruikers zelf. Na analyse krijgen zij informatie over de samenstelling en de mogelijke risico's. Als stoffen worden

aangetroffen met een direct gevaar voor de volksgezondheid, worden regionale of landelijk waarschuwingsacties opgezet. Bij zo'n Red Alert moet zo snel mogelijk de juiste doelgroep geïnformeerd worden.

Bij recreatieve gebruikers heeft Preventie al jaren een duidelijk stappenplan om ons netwerk in te zetten in het bereiken van de juiste doelgroep. In 2025 hebben we ook een intern stappenplan in werking gesteld voor IrisZorg als dit over een doelgroep gaat die binnen onze cliëntengroep thuishoort. Dit in samenwerking met de managers zorg en de afdeling

communicatie. Te weten: we hebben in 2025 rondom oxycodon een interne- en externe Red alert uitgezet. Daarnaast hebben we de testmogelijkheden uitgebreid voor de doelgroep binnen IrisZorg die doorgaans niet zelf bij de testservice locaties komt. Een doelgroep waarbij sprake is van mogelijk zorgwekkend middelengebruik, zoals Flakka, Monkeydust of vermoedens van het gebruik van synthetische opiaten. Het betreft een relatief kleine doelgroep, veelal bekend bij opvanglocaties en bij veldwerkcontacten Medewerkers van de drugstestservice (afdeling Preventie) kunnen samples aannemen van cliënten op locatie.



Ontwikkeling

In 2025 zijn we trots op een aantal ontwikkelingen. Zo hebben we, in aansluiting op de Iristalks, de Iris Summer talks neergezet. Een tweetal sessies met als onderwerpen online gokken en designerdrugs. Gemaakt voor professionals in onze regio en binnen onze eigen organisatie.

Daarnaast hebben we actief bijgedragen aan de invulling van de nieuwe website met daarin meer ruimte voor laagdrempelig informatie en advies voor de inwoners en professionals uit onze regio. Ook heeft zelfhulp voor inwoners zelf of een naaste een prominentere plek op de nieuwe website.

Ook zijn we trots op de implementatie van de interventie Help mijn kind kan niet zonder. Een cursus, ontwikkeld door Brijder Preventie, voor ouders van thuiswonende kinderen die risicovol middelen gebruiken of gokken. Het heeft als doel positieve opvoedvaardigheden te verbeteren en minder opvoedstress te ervaren. Het betreft een (online) aanbod van 5 bijeenkomsten. Een mooie aanvulling op ons naastenaanbod van IrisZorg!

Tegelijkertijd werkt IrisZorg, samen met verslavingskunde Nederland, aan erkenning van alle preventieve interventies via het Loket Gezond Leven van het RIVM, zodat we elke 4 jaar onze interventies evalueren en we kwaliteit blijven bieden.



HELP, MIJN KIND KAN NIET ZONDER



Gratis cursus voor ouders over middelengebruik of gokken

Maak je je zorgen over je kind dat overmatig alcohol drinkt, rookt/vapet, blowt, andere drugs gebruikt of gokt? Bij IrisZorg preventie kun je terecht voor een gratis korte oudercursus.

WAT KUN JE VERWACHTEN?

- Minder opvoedstress
- Verbetering positieve opvoedvaardigheden
- Samen met andere ouders
- Vijf wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur

MEER INFORMATIE OF AANMELDEN?
Mail: preventie@iriszorg.nl
Bel: 088 - 606 1600 en vraag naar preventie.







IrisCcovery

Rol van IrisCcovery

IrisCcovery speelt een belangrijke rol in het versterken van herstelgerichte zorg binnen IrisZorg. Met IrisCcovery kunnen we van aanvullende waarde zijn voor mensen op de wachtlijst én in het natraject. Wij bieden diverse herstelactiviteiten aan, vóór en dóór mensen in herstel. Onze vrijwilligers (herstelondersteuners) weten uit eigen ervaring wat herstel inhoudt. We trainen hen zo goed mogelijk om deze (nog) kwetsbare doelgroep optimaal te ondersteunen en herkenning te bieden in het herstelproces. Wat wij bieden is geen behandeling, maar peer support (gelijkenondersteuning): oordeelloos, gelijkwaardig en met wederkerigheid.

Kwaliteit en professionalisering vrijwilligers

Het afgelopen jaar zijn wij strenger geworden in het aannemen van vrijwilligers. Nieuwe vrijwilligers nemen eerst een periode deel aan onze activiteiten en hebben minimaal één hersteltraining gevolgd. Daarnaast investeren we steeds meer in het vergroten van werknemersvaardigheden, onder andere via maandelijkse overleggen, vakgroepdagen en jaarsprekken. Waar mogelijk breiden we ons activiteitenaanbod en trainingsaanbod verder uit.

Resultaten en vervolg

We zijn er trots op dat we met ongeveer 45 vrijwilligers het afgelopen jaar 5.995 deelnemers hebben mogen ontvangen bij activiteiten en trainingen, in alle regio's van IrisZorg. Teams hebben de opdracht gekregen met de aandachtspunten uit de CQI aan de slag te gaan, waaronder het verbeteren van de informatievoorziening over zelfhulpgroepen en het explicieter bespreken van bijwerkingen van medicatie.



Wist je dat....

- Op de vernieuwde IrisZorg-website de activiteitenkalender van IrisCcovery te vinden is?
- We maandelijks de activiteitenlijst ook delen via IrisPlein? Print de lijst, hang 'm op in de wachtruimte en verspreid 'm, zodat cliënten goed geïnformeerd zijn over het aanbod.
- IrisCcovery ook in Minddistrict beschikbaar is? Je kunt cliënten daarheen verwijzen, zodat zij eenvoudig het aanbod kunnen bekijken en passende activiteiten kunnen vinden.



ICT en digitale zorg in ontwikkeling (2025)

In 2025 zijn binnen IrisZorg stappen gezet om ICT en digitale zorg verder te professionaliseren en veiliger en gebruiksvriendelijker te maken. De focus lag op het verbeteren van de digitale werkomgeving, het versterken van informatiebeveiliging, het borgen van persoonsalarmering en het verantwoord inzetten van AI. Tegelijk blijven adoptie, projectbesturing en afhankelijkheid van leveranciers belangrijke aandachtspunten.

Digitale werkomgeving: IrisPlein, handboek, LMS en nieuwe digitale werkplek

Op basis van het visie- en selectie-traject is het sociaal portaal (IrisPlein), intranet, handboek en leermanagementsysteem per 1 juli 2025 in gebruik genomen. Hiermee is informatie beter vindbaar en wordt eenduidiger gewerkt, wat bijdraagt aan kwaliteit en veiligheid. De implementatie van de nieuwe digitale werkplek loopt door richting afronding in 2026.

Werkplekken, mobiliteit en toegangsbeheer

In 2025 is de vervanging van werkplekken voor regio Noord voorbereid en (gefaseerd) uitgevoerd, passend bij het toekomstig werkplekconcept en de verschuiving naar mobiel werken (o.a. laptops en tablets voor Medimo). Voor regio Midden en Zuid is geïnventariseerd voor 2026. De werkplekvervanging is randvoorwaardelijk voor het volledig in gebruik nemen van het Sociaal Portaal/ Nieuwe Digitale Werkplek.

Informatiebeveiliging, continuïteit en compliance

In 2024/2025 is opnieuw een pentest uitgevoerd; hierbij zijn geen belangrijke issues geconstateerd. In 2025 is bovendien een evaluatie uitgevoerd van de eerder uitgevoerde risico-impactanalyse en het continuïteitsplan; opvolging en bespreking met bestuur/management volgen. Voor 2026 is een projectdefinitie Data- en Informatiebeheer opgesteld met als doel beter te voldoen aan privacy-eisen en normen (zoals NEN7510 en NIS2). De externe privacy officer is gestart.



Digitale zorg en innovatie: AI, domotica en zorgtechnologie

In 2025 is Copilot 365 uitgebreid getest binnen het primair proces. Ter voorbereiding op bredere inzet is beleid voor veilig gebruik aangescherpt en is via een nulmeting (Flitsaudit) in kaart gebracht hoe vaak AI-tools worden gebruikt en welke tools het meest worden ingezet. Dit is een eerste stap richting AI-geletterdheid en het voldoen aan (Europese) AI-wetgeving.

De flitsaudit en praktijkervaringen bevestigden drie aandachtspunten: (1) privacy- en datalekrisico's door gebruik van publieke AI-tools (zoals ChatGPT) voor werkgerelateerde taken, (2) onvoldoende bewustzijn en governance over wat wel/niet mag bij het verwerken van (geanonimiseerde) cliëntinformatie, en (3) beperkte integratie (Copilot is nog niet gekoppeld aan USER/Minddistrict), waardoor extra handelingen nodig zijn.

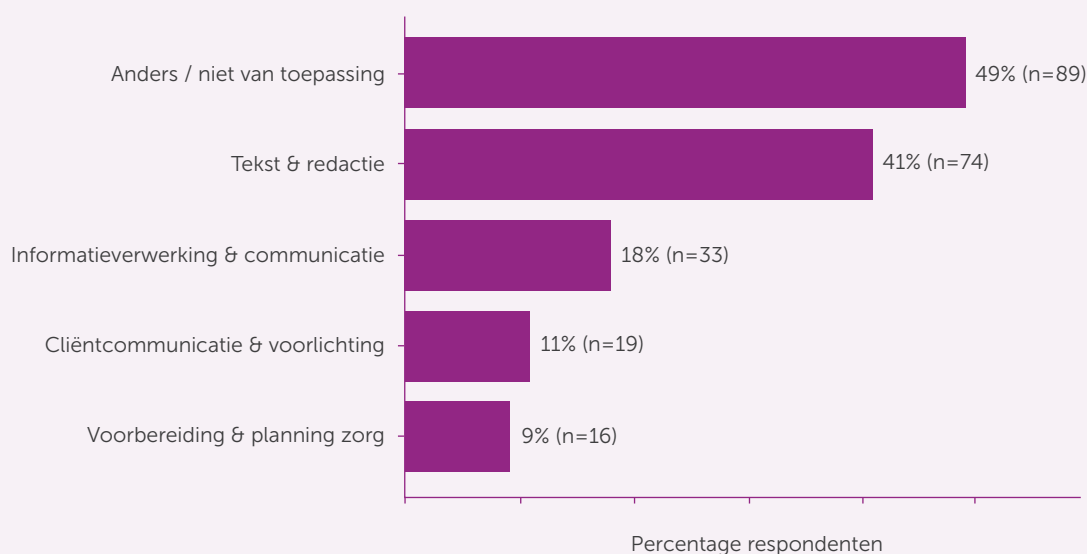
Focus 2026 ligt op organisatiebrede adoptie en borging van Copilot (gratis als standaard, betaald op aanvraag), het versterken van AI-geletterdheid via een module (i.s.m. ketenpartner) en monitoring/effectmeting via analytics en een herhaalde flitsaudit.

Domotica en zorgdomotica-visie: Domotica (o.a. persoonsalarmering/oproep) is op meerdere locaties geïmplementeerd of geoptimaliseerd. Tegelijk is besloten dat eerst een IrisZorg-brede visie op zorgdomotica nodig is (om versnippering en dure losse oplossingen te voorkomen). In 2025 is het Tessa-project beëindigd. De adoptie is uitgebleven en verdere opschaling is niet doorgezet. Het is aan de regio's zelf hoe de beschikbare Tessa's worden gebruikt.

Unilabs (laboratorium) en beheerafspraken

De samenwerking met Unilabs laat zien dat digitalisering kansen biedt voor snellere en foutloze verwerking van aanvragen en uitslagen, maar dat implementatie vertraagt door autorisatie- en AVG-vraagstukken. Daarnaast blijven knelpunten bestaan in bereikbaarheid (lange wachttijden), onvolledige uitslagen en wijzigingen in afkapwaarden die niet altijd tijdig worden gedeeld. Voor 2026 wordt ingezet op scherpere afspraken over kwaliteit, bereikbaarheid en KPI's.

Toepassingen van AI-tools in het werk



Onderzoek

In 2025 heeft Team Onderzoek op verschillende manieren bijgedragen aan kwaliteit en veiligheid. De uitkomsten van cliënttevredenheidsmetingen binnen SGGZ, WLZ en preventie zijn opnieuw gefaciliteerd en inzichtelijk gemaakt. Deze lijn is in 2025 uitgebreid met cliënttevredenheid in relatie tot begeleiding. In de dashboards kan nu niet alleen op rapportcijfer en respons worden gekeken, maar ook op schaal- en itemniveau. Daarnaast zijn historische trends zichtbaar gemaakt. Dit ondersteunt teams bij reflectie en het formuleren van verbeterpunten.

Ook is in 2025 gewerkt aan het herzien en optimaliseren van de risicotaxatie. Met deze doorontwikkeling is beoogd risico's eerder en eenduidiger in beeld te brengen en medewerkers meer handvatten te bieden voor opvolging. Het instrument ondersteunt daarmee niet alleen de risico-inschatting, maar ook het bepalen van passende acties bij verschillende risiconiveaus.

Meerjarige onderzoeks- en ontwikkelprojecten

Naast de reguliere ondersteuning loopt IrisZorg mee in meerdere landelijke en meerjarige projecten die bijdragen aan kwaliteit en veiligheid:

MoVIN: ontwikkeling van een nieuw standaardinstrument voor triage en evaluatie in de verslavingszorg; in 2025 is een prototype binnen poli Arnhem gebruikt voor psychometrische evaluatie.

Detox@Home: ontwikkeling van een eHealth-versie van ambulante detox; 2025 stond in het teken van prototype-ontwikkeling en in 2026 volgt verdere testing.

RECAB: onderzoek naar de effectiviteit van contingency management ten opzichte van CGT bij jongeren met cannabisverslaving.

ZonMw (start 2026): in 2025 zijn twee aanvragen gehonoreerd: Chasing gamblers (vroegsignalering online risicogokkers) en MaGa (magnetische stimulatie bij gokverslaving), uitgevoerd in consortiumverband (o.a. NISPA/Radboudumc en Radboud Universiteit).



De vernieuwde risicotaxatie: meten wat ertoe doet voor meer inzicht en veilige zorg

In 2025 zette IrisZorg een belangrijke stap richting betere kwaliteit en veiligheid door het risicotaxatie instrument te actualiseren. Wat begon als een eenvoudige evaluatievraag vanuit de behoefte aan monitoring groeide uit tot een intensief en inspirerend verbetertraject. Junior onderzoeker Annette van Maanen bracht onderzoekers, coördinatoren en managers zorg samen om het instrument te versterken. Onderzoek, praktijk en beleid kwamen samen met één doel: risico's beter in beeld, collega's meer houvast en zo veilige, doordachte zorg voor cliënten.

Toen de cijfers niet het hele verhaal vertelden

IrisZorg is vanuit financiers verplicht risico's van cliënten systematisch te inventariseren. Die informatie is essentieel om passende zorg te bieden en tijdig te signaleren wanneer extra aandacht nodig is. In 2024 ontdekte Annette echter dat de beschikbare gegevens te weinig houvast boden: antwoorden als 'ja', 'nee' of 'onbekend' gaven onvoldoende nuance, en thema's als middelengebruik werden verschillend geïnterpreteerd. Dit was het startsein om het instrument scherper, specifieker en praktischer te maken.

Samen bouwen aan een sterker instrument

Onderzoekers, coördinatoren en managers werkten nauw samen. Belangrijk uitgangspunt was dat het instrument moest werken voor de collega's die ermee aan de slag gaan, zonder extra werkdruk. Annette legt uit dat het cruciaal was om de praktijk actief te betrekken: wat interessant is voor een onderzoeker, hoeft niet direct bruikbaar te zijn voor begeleiders en behandelaren. Door samen formuleringen, uitvoerbaarheid en praktische bezwaren te bespreken, ontstond een risicoschaal van geen/laag tot hoog, met concrete voorbeelden per risiconiveau en directe vervolgacties bij hogere risico's. Zo wordt de stap van signaleren naar handelen hopelijk overzichtelijker en eenvoudiger. Het vernieuwde instrument bevat meer domeinen, biedt collega's meer houvast én draagt bij aan veiligere zorg voor cliënten en hulpverleners.

Van signaleren naar handelen

De vernieuwde risicotaxatie levert rijkere en betrouwbaardere informatie op én is gebruiksvriendelijk. Elk thema bevat duidelijke toelichtingen en concrete voorbeelden die passen bij de doelgroep; bij somatische risico's worden nu herkenbare situaties genoemd, wat helpt het juiste risiconiveau te kiezen. In plaats van ja/

nee-vragen werkt het instrument met drie risiconiveaus: geen/laag, matig en hoog. Bij hogere risico's toont het systeem passende acties, zoals contact met de regiebehandelaar of bespreking in het MDO, waardoor handelingszekerheid toeneemt.

Een belangrijk nieuw thema is seksueel risicovol en grensoverschrijdend gedrag. Door dit standaard op te nemen, wordt het gesprek hierover vanzelfsprekend onderdeel van intake en evaluatie. Boven alles ondersteunt de risicotaxatie het échte gesprek tussen medewerker en cliënt: het formulier is geen doel op zich, maar een middel om samen scherp te krijgen waar risico's liggen en welke acties nodig zijn.

Balans tussen inhoud en werkdruk

Tijdens het traject werd duidelijk dat het instrument niet te tijdrovend of belastend mocht worden. Het is daarom logisch en herkenbaar vormgegeven, snel in te vullen dankzij duidelijke voorbeelden en ondersteunend in de dagelijkse praktijk. Het was een constante zoektocht naar de juiste balans: inhoudelijk sterker maken, maar tegelijk werkbaar houden. Annette: "Mijn neiging was om te blijven optimaliseren en finetunen, maar op een gegeven moment moet je ook een knoop doorhakken en het gewoon gaan gebruiken."

Vooruitkijken: samen leren en verbeteren

Met de nieuwe opzet kan IrisZorg risico's beter signaleren én monitoren: waar nemen risico's toe, waar zien we verbetering? Het instrument helpt medewerkers risico's consistent bespreekbaar te maken, wat direct ten goede komt aan cliënten. Annette hoopt dat het instrument écht iets betekent voor medewerkers, dat het hun werk makkelijker maakt en hen helpt snel te zien wat belangrijk is. In 2026 gaan alle locaties ermee werken, zodat collega's direct ervaren hoe het instrument hen ondersteunt in hun dagelijkse werk.

Een gezamenlijke stap vooruit

Wat begon als een kritische blik op data, is uitgegroeid tot een voorbeeld van hoe onderzoek, praktijk en organisatiekracht elkaar versterken. Het vernieuwde risicotaxatie-instrument is meer dan een formulier: het verdiept gesprekken, ondersteunt medewerkers en draagt bij aan zorg die veilig, doordacht en mensgericht is. Zoals Annette het samenvat: "We wilden geen perfect theoretisch instrument, maar iets dat werkt voor de mensen die ermee moeten werken. Dáár zit de winst."

Bedrijfsvoering

Bij IrisZorg is het doel van bedrijfsvoering niet om winst te maken, maar om een gezond financieel resultaat te realiseren. Daarmee kunnen we investeren in het vernieuwen van panden en inrichting, systemen, laptops en telefoons, projecten, vernieuwingen en duurzaamheid. Deze investeringen dragen indirect maar wezenlijk bij aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg, doordat medewerkers en cliënten kunnen rekenen op passende huisvesting, betrouwbare systemen en goed ingerichte werkprocessen.



Inzicht en sturing op kwaliteit en veiligheid

Binnen IrisZorg sturen we structureel op KPI's op het gebied van bedrijfsvoering, zorginhoud en kwaliteit & veiligheid. Hierdoor houden we continu zicht op onder andere cliënttevredenheid, resultaten in de zorg en procesindicatoren zoals risicotaxatie. In 2025 zijn we gestart met kwartaalgesprekken

waarin we per regio in de breedte bespreken hoe het gaat. Daarbij nemen we expliciet ook de thema's mee die spelen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Dit helpt om tijdig bij te sturen, goede werkwijzen te delen en knelpunten bespreekbaar te maken.

Trots en best practices

We zijn trots dat we met elkaar opnieuw een positief resultaat hebben weten te realiseren, ondanks onzekerheden en uitdagingen zoals krapte op de arbeidsmarkt, risico's rond schijnzelfstandigheid bij zzp'ers, eisen vanuit Horizontaal Toezicht, strakke afspraken met financiers en de vele investeringsprojecten die lopen.

Een grote uitdaging is het belang van een goede onboarding en inwerkperiode. De basis op orde brengen en houden vraagt blijvende aandacht. Als je bij IrisZorg start of een nieuwe collega inwerkt, besteed dan voldoende tijd aan het inlezen, stel vragen en bespreek wat belangrijk is in het werk, wat er verwacht wordt en hoe het handboek gebruikt kan worden. Daarin is veel essentiële informatie opgenomen.

Power BI: naar één overzichtelijk management-informatiesysteem

Power BI is het nieuwe managementinformatiesysteem waarmee we inzicht krijgen in hoe het op verschillende vlakken gaat en waarmee we beter kunnen sturen. Met Power BI zetten we in op een betere gebruikerservaring ten opzichte van het huidige systeem en willen we de veelheid aan losse rapportages terugbrengen tot een overzichtelijker geheel, waarin relevante informatie makkelijker vindbaar is en logisch bij elkaar staat. Power BI is eind 2025 live gegaan voor de coördinatoren bedrijfsvoering in de ZVW. Begin 2026 volgt de livegang voor coördinatoren zorg behandeling en de zorgadministratie. Een belangrijk voordeel van standaardrapportages binnen één systeem is dat de informatie altijd beschikbaar en eenduidig is.

Resultaten, investeringen en risicobeheersing

2025 sluiten we af met een positief financieel resultaat, waarbij moet worden opgemerkt dat dit deels voortkomt uit eenmalige opbrengsten en niet uitsluitend uit de reguliere bedrijfsvoering. Het resultaat is mede gerealiseerd door goede afspraken met financiers en door sturing op onder andere bedbezetting, declarabele uren, formatie en verzuim. Dit is belangrijk, omdat een positief resultaat ruimte biedt om te blijven investeren in verbetering van kwaliteit en veiligheid. Zo hebben we in 2025 bijvoorbeeld de MTS15 kunnen realiseren. Daarnaast zitten we in Arnhem samen met Pro Persona in één pand, wat samenwerking en afstemming

in de praktijk vergemakkelijkt. Ook is een volgende stap gezet voor Panovenlaan (nieuwe kliniek Nijmegen): de contracten zijn getekend. De Panovenlaan betekent een grote verbetering ten opzichte van de huidige situatie en draagt daarmee direct bij aan kwaliteit en veiligheid.

Risicoanalyses worden structureel toegepast om potentiële risico's te signaleren en te beheersen. We kijken continu naar risico's rond contractafspraken met financiers (met name in de ZVW), fiscale regelgeving, WMO-toezicht en de inzet van zzp'ers. In de ZVW wordt maandelijks gemonitord bij welke verzekeraars ruimte is voor instroom van nieuwe cliënten en waar die ruimte ontbreekt. Daarnaast worden maatregelen genomen rondom zzp-inzet en worden rapportages ingezet om risico's vanuit Horizontaal Toezicht te verminderen. Voor WMO-toezicht is het essentieel dat het primair proces op orde is, waaronder het aantoonbaar hebben van een VOG.

Kansen en verbeteringen

In 2025 zijn kansen benut om instroom en continuïteit van zorg te ondersteunen, onder andere door steeds betere afspraken met financiers in de ZVW te maken, zodat cliënten minder belemmeringen ervaren om in te kunnen stromen. Daarnaast is IrisPlein live gegaan, wat de interne communicatie verbetert en het werken met het nieuwe handboek ondersteunt.

Documenten en werkinformatie zijn beter terug te vinden, wat bijdraagt aan eenduidiger werken en daarmee aan kwaliteit en veiligheid.

Leveranciersbeoordeling en borging van kwaliteit

Leveranciers worden periodiek beoordeeld op prijs, kwaliteit en betrouwbaarheid. We toetsen of de dienstverlening past bij de behoefte, verkennen waar nodig alternatieven en spreken leveranciers aan wanneer producten of kwaliteit niet voldoen. Op deze manier borgen we dat ondersteunende diensten en producten blijven bijdragen aan veilige en kwalitatieve zorg.

Duurzaamheid

Samenwerking met Greenchoice draagt bij doordat de energie die we gebruiken groen wordt ingekocht. Minstens zo belangrijk is dat we via (nieuwe) panden ook daadwerkelijk minder energie gaan gebruiken. Nieuwe huisvesting en verbeterde gebouwen (zoals Hoogeland fase 1, de nieuwe Hulsen en straks Panovenlaan) leveren daarmee een structurele bijdrage aan duurzaamheid én aan een betere, veiligere werkomgeving voor cliënten en medewerkers.



Ruimtelijke verbeelding De Hulsen

HR medewerkers

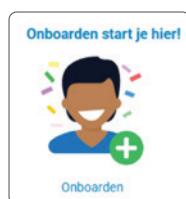
Resultaten en ontwikkelingen in 2025

In 2025 heeft HR opnieuw stappen gezet om de kwaliteit, wendbaarheid en continuïteit van het personeelsbeleid te versterken. Dit draagt bij aan goed werkgeverschap, een stabiele organisatiecultuur en veilige, professionele zorg.

Leren en ontwikkelen: lancering nieuw Leerplein

Na een zorgvuldig traject is in de zomer van 2025 het nieuwe Leerplein gelanceerd. Deze moderne, interactieve omgeving biedt medewerkers laagdrempelig toegang tot het ontwikkelaanbod. Trainingen, video's, artikelen en evenementen zijn eenvoudig

doorzoekbaar en medewerkers ontvangen persoonlijke aanbevelingen. In één oogopslag is zichtbaar welke certificaten nog behaald moeten worden. Ook leidinggevendenden kunnen de voortgang van teams gemakkelijker monitoren. Het Leerplein is bovendien toekomstgericht ingericht en ondersteunt op termijn de ontwikkeling richting skillsbased werken.



Veilige en gecontroleerde instroom: vernieuwde onboarding in AFAS

Door een gewijzigde koers van AFAS is IrisZorg in 2025 overgestapt op een herzien indiensttredingsproces. De nieuwe onboarding is in de zomer gelanceerd en later in 2025 uitgebreid met extra vereisten: medewerkers kunnen nu alleen in dienst treden wanneer benodigde documenten (zoals diploma en VOG) zijn aangeleverd én gevalideerd. Hiermee wordt de instroom verder geprofessionaliseerd en wordt de basis voor kwaliteit en veiligheid in de inzet van personeel verstevigd. In 2026 onderzoekt HR hoe het indiensttredingsproces verder kan worden geoptimaliseerd, met als doel waar mogelijk te versnellen en te vereenvoudigen.

Verzuimbegeleiding: betere stuurinformatie voor leidinggevendenden

AFAS is in 2025 uitgebreid met extra rapportagemogelijkheden voor leidinggevendenden op het gebied van

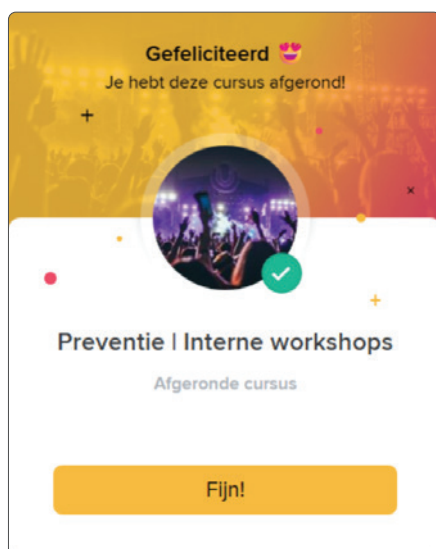
verzuimbegeleiding. Een leidinggevende ziet eenvoudig welke spreekuren er gepland zijn en of bijvoorbeeld alle verplichte verslagen en formulieren aanwezig zijn in het dossier. Hiermee borgen we een zorgvuldige begeleiding van onze medewerkers in verzuim.

Sociaal veilig werken: actualisatie beleid grensoverschrijdend gedrag

In 2025 is het beleid rondom grensoverschrijdend gedrag geactualiseerd. Hiermee is een duidelijker en eenduidiger kader neergezet voor preventie, melden, opvolging en nazorg. Dit ondersteunt een sociaal veilige werkomgeving en sluit aan op de bredere aandacht voor medewerkersveiligheid en zorgvuldig handelen binnen de organisatie.

Werving en arbeidsmarkt: campagnes gericht op latent werkzoekenden

Het Arbeidsmarktloket heeft de regio's in 2025 ondersteund met een nieuw type campagne, dat de unieke kenmerken van onze verschillende locaties in het zonnetje zet. De campagnes zijn gericht op het werven van latent werkzoekenden. Dit zijn professionals die (nog) niet actief op zoek zijn naar een andere baan, maar er wel voor openstaan. Via de campagnes hebben we afgelopen jaar tientallen zorgprofessionals welkom mogen heten bij IrisZorg.





Medewerkersbetrokkenheid en opvolging: flitsaudit en MBO in 2026

Medewerkersbetrokkenheid wordt jaarlijks door Kwaliteit & Veiligheid uitgevraagd via een flitsaudit. Daarnaast vindt in het voorjaar van 2026 opnieuw het bredere medewerkersbetrokkenheidsonderzoek (MBO) plaats. De uitkomsten worden vervolgens meegenomen bij het vormgeven van de koers voor 2027–2030. Ondertussen zijn de belangrijkste aandachtspunten uit het onderzoek van 2023 in 2025 verder opgepakt en doorontwikkeld:

1. Communicatie: livegang van Irisplein in de zomer van 2025.
2. Arbeidsomstandigheden: introductie van persoonsalarmering eind 2024 en verdere implementatie in 2025. Daarnaast is geïnvesteerd in nieuwbouw en verbetering van locaties, met diverse opleveringen (o.a. Meerzorg Nijmegen, Poli Arnhem) en lopende projecten (o.a. kliniek Nijmegen).
3. Direct leidinggevende: inzet op vaardigheidstraining (o.a. omgang met verzuim en grensoverschrijdend gedrag). In 2026 krijgt leiderschapsontwikkeling op de coördinatorenlaag verdere aandacht.
4. Persoonlijke ontwikkeling en vitaliteit: lancering van het nieuwe leerplatform in 2025 en doorlopend aanbod via o.a. Energiek in je Werk.

Wist je dat....

- In de zomer van 2025 het nieuwe Leerplein live is gegaan, waardoor medewerkers sneller en overzichtelijker toegang hebben tot leren en ontwikkelen?
- Leidinggevendenden sinds 2025 in AFAS extra stuurinformatie hebben om verzuimbegeleiding zorgvuldig en compleet te volgen?
- Het beleid rondom grensoverschrijdend gedrag in 2025 is geactualiseerd, zodat preventie, melden en opvolging eenduidiger zijn ingericht?



Medicatieverstrekking

Waarom? We leiden op tot medewerkers Collega's hebben basale kennis van med

🕒 Volgende datum: dinsdag 17 februari, 2026

Arbo 2025

Veilige en gezonde arbeidsomstandigheden blijven een basisvoorwaarde voor goede zorg en duurzame inzetbaarheid. In 2025 lag de focus op de RI&E, trainingen rond agressie en veiligheid, het betrekken van coördinatoren en het actualiseren van beleid (o.a. infectiepreventie, psychosociale arbeidsbelasting en arbo). Door wisseling van arbo-adviseur in 2025 zijn onderdelen vertraagd; vanaf 1 januari 2026 start de nieuwe arbodienst.

Aandachtspunten

In 2025 is zichtbaar dat opvolging en terugkoppeling op incidenten en meldingen (VIM) invloed heeft op meldbereidheid en veiligheidsbeleving. Bij prik-, snij-, bijt- en spatincidenten is het belangrijk dat meldingen tijdig plaatsvinden en consequent worden geregistreerd; het aantal meldingen bij PrikPunt daalde van 9 (2024) naar 7 (2025) en de hepatitis B-vaccinatiegraad daalde van 77,7% naar 71,4%. In 2026 zetten we extra in op bekendheid van procedures, tijdig melden en het versterken van inwerkbegeleiding, weerbaarheid en veiligheidscultuur. Voor de volledige toelichting, grafieken en detailoverzichten: zie de Jaarrapportage Arbo 2025.

Onderdeel	2023	2024	2025
Risico inventarisatie en evaluatie		45	47
Teamtrainingen de-escalerend werken	33	37	62
Basistraining de-escalerend werken	7	9	10
Werkplekonderzoek	24	16	4
Arbeidsinspectiebezoek		1	
Gesprekken Bedrijfsopvangteam			43

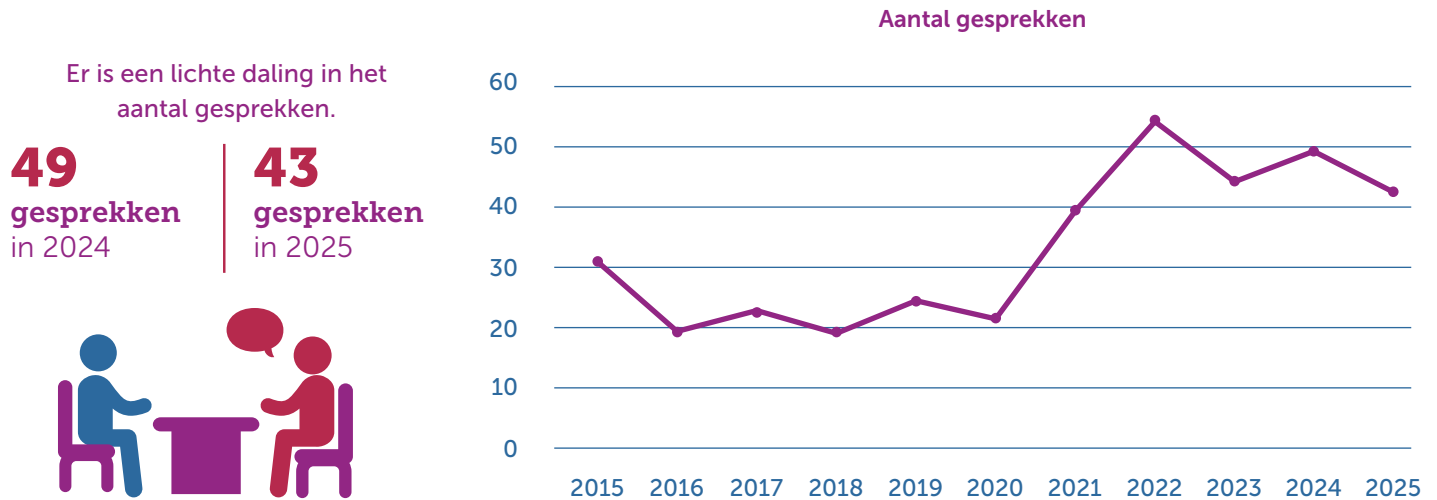
Kerncijfers 2025

- **RI&E:** 47 teams/locaties met een actuele RI&E; 21 RI&E's die in 2025 geactualiseerd moesten worden zijn doorgeschoven. In 2026 krijgen opvolging en "rode acties" prioriteit, met structurele afstemming met coördinatoren bedrijfsvoering.
- **De-escalerend werken:**
62 teamtrainingen (525 deelnemers)
10 basistrainingen (183 deelnemers)
2 kennismakingstrainingen (10 deelnemers)
2 trainingen de-escalerend werken & fysieke weerbaarheid (21 deelnemers).
- **Werkplekonderzoeken:**
4 (o.a. hoofdpijn/oogklachten en koude werkplekken).
- **Bedrijfsopvangteam:**
43 gesprekken (vaak na agressie of een onveilig gevoel).



BOT

Het Bedrijfsopvangteam biedt vertrouwelijke ondersteuning aan collega's die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, zoals agressie of het overlijden van een cliënt. Meldingen komen binnen via een VIM-melding of rechtstreeks via bedrijfsopvang@iriszorg.nl. In 2025 zijn 43 gesprekken gevoerd (2024: 49). De meeste aanvragen kwamen net als in 2024 vanuit de woonvoorzieningen.



Wat kan het Bedrijfsopvangteam voor je betekenen?

Het Bedrijfsopvangteam biedt een luisterend oor, helpt gebeurtenissen te verwerken en denkt mee over vervolgstappen. Waar nodig wordt ondersteund in het helder krijgen van rol en handelingsruimte en kan worden verwezen naar passende aanvullende hulp, zoals de vertrouwenspersoon, bedrijfsarts/arbo-dienst of (trauma)zorg. Daarmee draagt het Bedrijfsopvangteam bij aan welzijn, herstel na incidenten en het voorkomen van (langdurig) verzuim.

In 2026 ligt de focus op het vergroten van de bekendheid en toegankelijkheid van het Bedrijfsopvangteam en het beter inzichtelijk maken van de inzet door ook bij te houden hoeveel gesprekken per incident plaatsvinden. Daarnaast wordt geworven in regio Noord (omgeving Lelystad) om reistijden werkbaar te houden.

Voor verdere duiding, werkwijze en contact: zie het Jaarverslag Bedrijfsopvangteam 2025.



BHV

In 2025 is binnen IrisZorg extra aandacht besteed aan brandveiligheid en BHV. Er zijn in totaal 28 ontruimings- en/of table-top oefeningen uitgevoerd. Dit aantal ligt hoger dan voorgaande jaren, onder andere door oefeningen met de brandweer en aanvullende kleinere oefeningen.



Highlights

Er is geïnvesteerd in vaker oefenen en het vergroten van de vaardigheden van BHV'ers. BHV'ers hebben daarnaast gewerkt aan vluchtveiligheid; op meerdere locaties zijn noodverlichting en vluchtwegsignalering vervangen. Ook zijn onderdelen van de brandmeldinstallatie (BMI) vernieuwd en zijn bouwkundige verbeteringen doorgevoerd om de brandveiligheid te versterken. In BHV-trainingen is extra aandacht voor ontruiming bij cliënten die minder mobiel of bedlegerig zijn, passend bij de ouder wordende doelgroep BHVtotaal S CAPEPOD Ned.

Over het geheel zijn de resultaten positief, met aandacht voor verdere bewustwording bij medewerkers en bewoners.

Verbeterpunten 2026

In 2026 ligt de nadruk op borging en kennis in de praktijk. Tijdens oefeningen blijkt dat basisafspraken niet overal vanzelfsprekend zijn: deuren blijven soms open staan, kamers zijn te vol en vluchtroutes zijn niet altijd vrij. Door verloop en inzet van nieuwe collega's, uitzendkrachten en toezichthouders vraagt overdracht van ontruimingsplannen extra aandacht. Daarom wordt ingezet op:

- extra uitleg en herhaling van procedures bij brandmelding en ontruiming;
- beter inzicht in BHV-bezetting per locatie en het benutten van evaluaties van BHV-cursussen;
- gerichte aandacht voor oudere panden en risicolocaties (regio Zuid en Noord);
- een ontruimingsoefening voor kantoor Meester B.M. Teldersstraat 7 (met medehuurlers) en uitbreiding van het aantal BHV'ers op deze locatie.



Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft in 2025 bijgedragen aan kwaliteit en veiligheid door structureel overleg met de Raad van Bestuur, het ophalen van signalen via werkbezoeken en bewonersoverleggen, en deelname aan overlegtafels zoals de commissie Kwaliteit & Veiligheid en het kwartaal-overleg WLZ.

In 2025 is de raad betrokken geweest bij meerdere advies- en instemmingsverzoeken, onder andere over beleid, privacy en organisatieontwikkelingen, en leverde zij vanuit cliëntperspectief input op thema's die direct raken aan het dagelijks leven op locaties.

Voor een volledig overzicht van samenstelling, adviezen/instemming, achterbancontact, speerpunten en vooruitblik: zie het Jaarverslag Cliëntenraad 2025.



Het team Kwaliteit en Veiligheid speelt een centrale rol in het versterken van kwaliteit en veiligheid binnen IrisZorg. Via interne audits, incidentanalyses, themamonitoren en een organisatiebrede jaar-kalender ondersteunt het team een veilige en lerende werkomgeving. De samenwerking met teams, afdelingen en management is hierbij essentieel.

Afspraken, werkwijzen en verbeterpunten worden op één plek vastgelegd en de opvolging wordt gevolgd. We werken daarbij volgens de PDCA-cyclus (plannen – doen – controleren – aanscherpen): verbeteren, nagaan of het werkt en bijstellen waar nodig. Dit sluit aan op de stappen die in 2025 zijn gezet met Zenya Doc (handboek) en de doorontwikkeling van het KMS (Zenya verbetermonitor en opvolging).

Kerntaken Kwaliteit & Veiligheid

K&V ondersteunt op een aantal vaste onderdelen:

- Beheer en actualisatie van organisatiebrede werkwijzen en documenten in het handboek, inclusief eigenaarschap en actualisatietermijnen.
- Verantwoordelijk voor het VIM-proces, analyse van meldingen en signalen, en vertaling naar trends en verbeterpunten.
- Vastleggen en volgen van verbetermaatregelen in Zenya/KMS, met eigenaar en termijn, en monitoring op voortgang en borging.
- Calamiteiten en incidentonderzoek: regie op proces, onderzoek en opvolging van verbetermaatregelen.
- Audits en toetsing: uitvoeren van interne audits, monitoren van opvolging en terugkoppeling aan directie/RvB over bevindingen en voortgang.
- Certificeringen en keurmerken: verantwoordelijk voor de voorbereiding, coördinatie en borging van HKZ, keurmerk BasisGGZ en het kwaliteitsstatuut, inclusief opvolging van externe bevindingen.
- Vroegtijdig betrekken van kwaliteit en veiligheid bij organisatiebrede veranderingen in processen, systemen en samenwerking, zodat risico's tijdig worden gesignaleerd en passende borging wordt ingericht.



Doorontwikkelingen

Digitalisering handboek (Zenya Doc)

Sinds 1 juli 2025 werken we met Zenya Doc voor documentenbeheer. In aanloop naar de livegang zijn documenten herzien en opgenomen in één digitaal handboek. Hiermee sluiten we aan op de behoefte om documenten sneller te kunnen vinden, wat nu mogelijk is via de zoekfunctie. Maandelijks wordt via IrisPlein een update gedeeld van documenten die zijn aangepast, zodat teams weten wat er is gewijzigd en met actuele informatie kunnen werken.

Doorontwikkeling KMS en verbeteropvolging

In 2025 is gewerkt aan de doorontwikkeling van het KMS en de manier waarop we verbetermaatregelen opvolgen. Verbeterpunten worden in de praktijk vaak snel opgepakt, maar het structureel controleren of verbeteringen werken en het bijstellen waar nodig vraagt extra aandacht. Het KMS ondersteunt hierbij door verbetermaatregelen vast te leggen met een eigenaar en termijn en door de voortgang beter te volgen volgens de PDCA-cyclus. Op dit moment wordt dit in belangrijke mate door Kwaliteit & Veiligheid ingericht en bijgehouden. In 2026 wordt dit organisatiebreed verder geïmplementeerd, zodat verbetermaatregelen in de lijn worden belegd, eigenaren automatisch meldingen ontvangen en opvolging, terugkoppeling en borging beter zichtbaar en eenduidig worden.

Persoonsalarmering (opvolging minor)

In 2025 is intensief gewerkt aan de opvolging van de minor rondom persoonsalarmering. De kern van de minor was dat medewerkers onvoldoende op de hoogte waren van het gebruik en de werking van persoonsalarmering en zich daardoor niet altijd veilig voelden. Het verbeterplan richtte zich op het vergroten van veiligheid voor medewerkers en cliënten door persoonsalarmering beter te laten aansluiten op het bredere beleid Agressie en Veiligheid en door knelpunten gezamenlijk aan te pakken.

Er zijn in 2025 meerdere acties ingezet. Het beleid Agressie en Veiligheid is aangescherpt en persoonsalarmering is hierin expliciet meegenomen. Daarnaast is de jaarlijkse (verplichte) de-escalatietraining geborgd in het opleidingskader en inhoudelijk herzien. Er zijn richtlijnen toegevoegd voor kamerinrichting en gebouwveiligheid (o.a. op basis van de Arbocatalogus GGZ), een hand-out de-escalerend werken is beschikbaar gesteld en het format voor het teamagressieprotocol is herzien, zodat teams hun afspraken eenduidiger kunnen vastleggen en evalueren.

Uit monitoring bleek dat het gebruik van persoonsalarmering per team sterk varieert. Daarom is gekozen voor een oorzaakanalyse per team, gericht op de praktijk (medewerkennis en -bewustzijn, techniek en middelen, proces/afspraken, documenten/kennis en management/borging).

Focus 2026

In 2026 leggen we de focus op het beter verbinden van beleid, VIM-meldingen, teamagressieprotocollen en de training de-escalerend werken. De training kan door inzet van een vooraf ingevulde vragenlijst meer teamgericht worden ingezet, zodat leerpunten uit meldingen en evaluaties terugkomen in de praktijk. Daarmee versterken we de opvolging, het leren van incidenten en eenduidig handelen bij agressie en onveilige situaties.

Medicatieveiligheid

In 2025 zijn belangrijke stappen gezet om medicatieveiligheid verder te versterken. Het medicatiebeleid is vernieuwd en aangescherpt en geldt nu organisatiebreed voor klinieken, poliklinieken, FACT-teams en woonvoorzieningen. Taken, verantwoordelijkheden en processen zijn verduidelijkt op basis van het Kaderdocument Medicatiebeleid van Valente (december 2024), waaraan IrisZorg heeft meegeschreven, en op basis van input uit twee focusgroepen. Daarnaast zijn VIM-meldingen geanalyseerd om knelpunten in het medicatieproces te herkennen en gerichte verbeteringen door te voeren. Ter ondersteuning van de dagelijkse praktijk is het kalenderblad "Medicatieveiligheid bij IrisZorg" ontwikkeld met praktische tips en inzichten uit de focusgroepen. Ook landelijk is bijgedragen aan doorontwikkeling van medicatieveiligheid. IrisZorg levert als (mede)auteur een bijdrage aan de doorontwikkeling van het Drug-accountability beleid binnen de Medische Heroïne Behandeling, met als doel dit beleid in 2026 af te ronden.



Hygiëne: klein onderwerp, groot verschil

Hygiëne. Het lijkt zo vanzelfsprekend. Totdat het dat niet meer is.

In 2025 kreeg het thema binnen IrisZorg extra aandacht. Wat begon als een vraag over vervuilde appartementen, groeide uit tot een breder kwaliteitsvraagstuk: hoe creëren we een veilige, leefbare woonomgeving die herstel ondersteunt? Want hygiëne beïnvloedt direct hoe veilig en stabiel cliënten hun dagelijks leven kunnen leven.

Wanneer hygiëne meer is dan schoonmaken

De coördinator zorg (CoZo) in Lelystad zag hoe groot dit vraagstuk in de praktijk kan zijn. Medewerkers troffen soms ernstig vervuilde of onveilige woningen aan. Niet door onwil, maar door ontbrekende vaardigheden, gemiste signalen of situaties die sneller verslechterden dan gedacht. Het werd het kantelpunt: dit moet anders, en dit kan anders.

Lelystad gaf hiermee de aftrap: het team begon zelf aan een nieuwe aanpak, al vóór organisatiebrede documenten bestonden. Door voorbeelden te verzamelen en patronen te onderzoeken, ontstond een visiedocument en een stappenplan als eerste bouwsteen voor een bredere ontwikkeling binnen IrisZorg.

Woonomgeving als basis voor veilig wonen

Begeleiders zijn in het dagelijks werk intensief bezig met verschillende levensgebieden, zoals financiën, sociaal functioneren, psychisch functioneren en dagbesteding. Wonen is één van die levensgebieden, maar krijgt vaak een andere invulling dan wenselijk. De woonomgeving, met aandacht voor hygiëne, overzicht en veiligheid, vormt een belangrijke basis voor stabiliteit en herstel. Het is essentieel voor waardig wonen en welzijn.

Wat vervuiling zegt over welzijn

Vervuiling staat nooit op zichzelf. Het kan samenhangen met terugtrekgedrag, stress, overprikkeling, verlies van overzicht, afname van zelfzorg of minder contact met begeleiding. Daarom is hygiëne geen huishoudelijke bijkomstigheid, maar een belangrijk signaal dat laat zien wat iemand nodig heeft en wanneer ondersteuning of opschaling nodig is.

Van reageren naar voorkomen

Lelystad koos voor een andere aanpak: niet wachten tot situaties escaleerden, maar preventief werken. Onder leiding

van de CoZo ontwikkelde het team een visie op wonen en hygiëne, aangevuld met een concreet stappenplan dat medewerkers houvast biedt. Dat stappenplan helpt hen om vroegtijdig signalen op te merken, het gesprek te voeren over wat iemand zelf kan of kan leren, in kleine stappen te werken, tijdelijk ondersteuning te bieden waar nodig en tijdig op te schalen als veiligheid in het geding komt.

De CoZo verwoordt het helder:

“Het liefst wil ik dat medewerkers al aan de bel trekken bij beginnende signalen, niet pas als de situatie escaleert. Door het stappenplan structureel te bespreken in teamoverleggen en gesprekken, kreeg het woongebied een vaste

“De leefomgeving van een cliënt is ontzettend belangrijk. Het gaat niet om perfect schoon, maar om een veilige, overzichtelijke plek die herstel ondersteunt.”

plek in de begeleiding, als onderdeel van herstel, niet als losse taak.

Een aanpak die werkt

De verandering is zichtbaar. Ernstige vervuiling komt minder voor en onveilige situaties worden sneller opgepakt. Het contact met cliënten verbetert, en samen overzicht creëren blijkt een krachtig middel voor motivatie, herstel en verbinding. Hygiëne gaat niet om perfectie of een “showroomwoning”, maar om basisveiligheid, zoals voldoende loopruimte, ventilatie, hygiënische omstandigheden en een omgeving die leefbaar én ondersteunend is.

Realistisch, mensgericht en haalbaar

Het team benadrukt dat hygiëne nooit zwart-wit is. De ene dag lukt het wel om te stofzuigen, terwijl de douche schoonmaken nog te veel gevraagd is. In bepaalde situaties neemt een professional tijdelijk een taak over, of is eerst stabilisatie nodig voordat er aan woonvaardigheden gewerkt kan worden. Dit maatwerk vraagt iets van medewerkers, maar levert tegelijkertijd veel op.

Hygiëne als vast onderdeel van wonen

De ervaringen in Lelystad laten zien dat structurele aandacht voor hygiëne direct bijdraagt aan kwaliteit, veiligheid en welzijn. Binnen Kwaliteit & Veiligheid wordt daarom verder gewerkt aan borging, duidelijke rolverdeling en bruikbare materialen voor alle locaties.

De belangrijkste opbrengst is de bewustwording dat de woonomgeving geen randvoorwaarde is, maar de basis van beschermd wonen. Door eerder te signaleren en samen

verantwoordelijkheid te nemen, versterken we niet alleen de veiligheid, maar ook het herstel van cliënten.

De CoZo benadrukt het nog eens: "De leefomgeving van een cliënt is ontzettend belangrijk. Het gaat niet om perfect schoon, maar om een veilige, overzichtelijke plek die herstel ondersteunt. Daarom is het zo belangrijk dat iemand op de locatie de lead neemt op dit thema, vragen kan beantwoorden en het onderwerp levend houdt.

Hygiëne binnen IrisZorg: kleine handeling, groot verschil

In 2025 hebben we binnen IrisZorg extra aandacht gegeven aan hygiëne. Ook in 2026 blijven we hier samen aan werken, want goede hygiëne is de basis van veilige zorg.

Handhygiëne is de belangrijkste en meest eenvoudige maatregel om infecties te voorkomen en cliënten en collega's te beschermen. Om dit te ondersteunen introduceren we een geplastificeerde handhygiënekaart, met stap voor stap de juiste uitvoering in de praktijk.

We vragen teams en locaties om de kaart zichtbaar op te hangen op plekken waar handhygiëne wordt toegepast, zoals bij wasbakken, in medicatieruimtes en behandelkamers. Zo maken we samen veilige zorg zichtbaar in het dagelijks werk.

Extra kaarten nodig?

Wil je extra handhygiënekaarten voor jouw team of locatie? Mail dan naar kwaliteitenveiligheid@iriszorg.nl.

HANDHYGIËNE

Heb je zichtbaar vervuilde handen en plakkerig aanvoelende handen? **Was je handen met water en zeep.** Zijn je handen zichtbaar schoon zijn en niet plakkerig? Dan kun je **handdesinfectie** gebruiken. Voordeel: gaat sneller en je hebt geen wasbak, water, zeep en een (wegwerp)handdoek nodig.

Hoe was ik mijn handen met water en zeep?



Hoe ontsmet ik mijn handen met handdesinfectie?



Gezamenlijke stappen 3 t/m 7



Goed en hygiënisch je handen wassen duurt minimaal 30 seconden

Goed en hygiënisch je handen ontsmetten duurt 20 - 30 seconden

Actieve betrokkenheid bij kwaliteit en veiligheid

Bijdrage aan kwaliteit en veiligheid

De ondernemingsraad (OR) draagt bij aan kwaliteit en veiligheid door deze onderwerpen structureel te bespreken in overleggen met de bestuurder. Daarnaast komen kwaliteit en veiligheid standaard aan bod in de regio-overleggen met regiomanagers. De OR is ook betrokken bij het opstellen en actualiseren van beleid dat direct raakt aan een veilige en gezonde werkomgeving.

Betrokkenheid en resultaten in 2025

In 2025 heeft de OR onder meer informatie opgehaald over de RI&E's en aangegeven hier in 2026 nadrukkelijker op te willen sturen. Verder is de OR betrokken geweest bij instemmingsverzoeken rond Beleid psychosociale arbeidsbelasting, Beleid Agressie en Veiligheid, Beleid Grensoverschrijdend gedrag en Privacybeleid. Een belangrijke

doelstelling was om tijdig betrokken te worden bij veranderingen en nieuw beleid, en om zichtbaarder te zijn voor de achterban. De samenwerking met de bestuurder is als positief ervaren, mede doordat de OR tijdig is betrokken bij deze trajecten.

Signalen en aandachtspunten

De OR heeft aandacht gevraagd voor het tijdig beschikbaar krijgen van de RI&E's en hierover blijvend vragen gesteld. Dit blijft een aandachtspunt voor 2026, met focus op opvolging en zicht op acties die voortkomen uit de RI&E.

Trots

Ondanks dat de OR in 2025 niet volledig bezet was en er gedurende het jaar OR-leden en het dagelijks bestuur zijn vertrokken, is dit positief opgepakt. Door samen de schouders eronder te zetten zijn lopende zaken zorgvuldig afgehandeld en is de onderlinge samenwerking binnen de OR versterkt.



Van links naar rechts: Tim, Daan, Dorinda, Timo, Iris, Mineke, Tonnie, Ludwig, Tonny, Jasmijn

Veilig incidenten melden (VIM)

VIM-meldingen zijn een belangrijke bron om risico's te herkennen, patronen te duiden en verbetermaatregelen gericht in te zetten. In 2025 is een toename zichtbaar ten opzichte van 2024. Er is geen eenduidige verklaring; mogelijk speelt verhoogde meldbereidheid door structurele aandacht voor melden en bespreken een rol. Het doel is niet het verlagen van het aantal meldingen, maar het vergroten van inzicht en het versterken van leren en verbeteren.

Agressie & grensoverschrijdend gedrag

In 2025 is ingezet op aanscherping en borging van beleid en werkwijzen: beleid Agressie en Veiligheid is vastgesteld, de visie op de-escalerend werken is aangescherpt en de jaarlijkse (verplichte) de-escalatietraining is geborgd. Ook zijn richtlijnen voor kamerinrichting/gebouwveiligheid toegevoegd, is een hand-out en format teamagressieprotocol beschikbaar gesteld en zijn beleid persoonsalarmering en veilig huisbezoek vastgesteld.

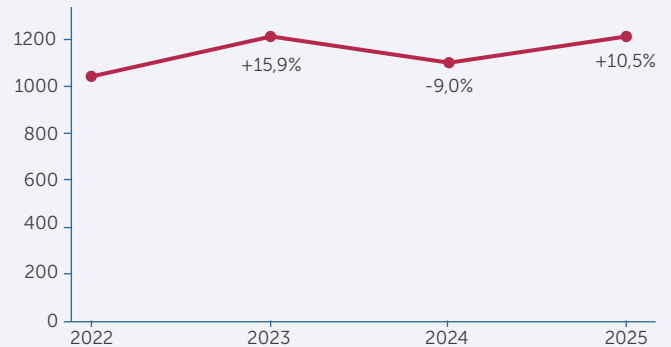
Focus 2026: optimalisatie van VIM (duiding/triage/analyse), betere opvolging en terugkoppeling, verdere borging van persoonsalarmering én het versterken van de effectiviteit van de-escalatietrainingen door deze meer teamgericht/maatwerk in te zetten (op basis van een intakeformulier) en de ontwikkeling in teams te monitoren.

Medicatieveiligheid

In 2025 is medicatieveiligheid versterkt via focusgroepen, verdiepend leren uit meldingen en actualisatie van het medicatiebeleid (voor klinieken, poli's, FACT-teams en woonvoorzieningen). Ter ondersteuning in de praktijk is een hulpmiddel ontwikkeld ("Medicatieveiligheid bij IrisZorg").

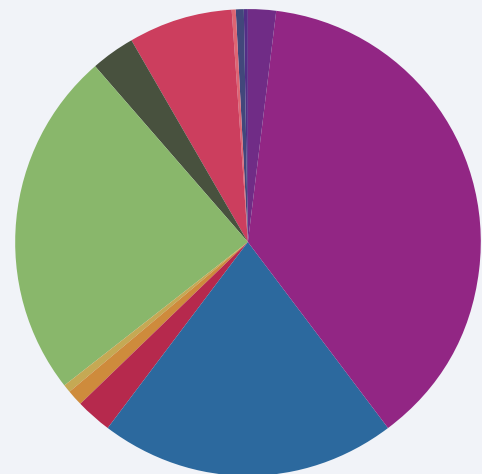
Verwijzing: voor detailanalyses (kwartaaltrends, uitgebreide duiding en maatregelen) zie het VIM-jaarverslag 2025 op Irisplein bij team kwaliteit en veiligheid

Vim agressie jaartotalen



Grafiek: [totaal aantal VIM-meldingen 2021–2025]

Incidenten per categorie (totaal 3226)



- (on)beschikbaarheid personeel - 71 (2,2%)
- Agressie en grensoverschrijdend gedrag - 1217 (37,7%)
- Anders - 663 (20,6%)
- Brand en brandalarm - 78 (2,4%)
- Datalek/inbreuk persoonsgegevens - 38 (1,2%)
- Diefstal - 15 (0,5%)
- Medicatie - 775 (24,0%)
- Niet functionerende apparatuur en materialen - 101 (3,1%)
- Ongevallen en vallen - 232 (7,2%)
- Prik-, krab- en bijtincidenten - 8 (0,2%)
- Vermissing cliënt - 27 (0,8%)
- Voedselvergiftiging - 1 (0,0%)

De meeste meldingen betroffen agressie & grensoverschrijdend gedrag (1.217) en medicatie (775).

Datalekken 2025

Aantal datalekmeldingen	
2022	36
2023	43
2024	37
2025	52

Het bestuurssecretariaat zet alle meldingen in een datalekregister. Elke melding wordt bekeken en beoordeeld. We schrijven op waarom we wel of niet melden bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Als er informatie ontbreekt, vragen we dit na bij de melder. De Privacy Officer helpt hierbij. Als het nodig is, wordt ook de Functionaris Gegevensbescherming (FG) betrokken.

In 2025 zijn er 52 datalekmeldingen geregistreerd, een stijging ten opzichte van 2024 (37). Van de 52 meldingen bleken 12 meldingen een daadwerkelijk datalek. Daarvan betroffen 3 incidenten een externe partij (buiten verantwoordelijkheid van IrisZorg). Deze incidenten zijn wel opgenomen in het interne datalekkenregister. De overige 9 datalekken vielen onder IrisZorg en zijn opgevolgd volgens de procedure. Bij deze 9 datalekken was het risico klein en is daarom geen melding gedaan bij de AP. Dankzij alert handelen van melders is in vrijwel alle gevallen tijdig en adequaat opgetreden, waardoor risico's beperkt zijn gebleven. In de meeste meldingen bleek uiteindelijk geen sprake van een datalek, omdat er geen persoonsgegevens zijn gedeeld die herleidbaar zijn tot een individu.

Wist je dat....

- Een mogelijk datalek **binnen 72 uur** na ontdekking gemeld moet worden aan de Autoriteit Persoonsgegevens?
- Het daarom belangrijk is om een datalek **direct** te melden via **VIM** of per mail naar **datalek@iriszorg.nl** – ook als je twijfelt!



HKZ audit

In november en december 2025 hebben de HKZ-audits plaatsgevonden. Doel was het toetsen van de werking van het kwaliteitsmanagementsysteem en de uitvoering in de praktijk, als basis voor (her)certificering. De auditorsrapportage is positief en bevat een voordracht voor hercertificering (GGZ en WMD) en een tussenevaluatie voor Re-classering. De minors uit 2024 zijn opgelost en er zijn geen nieuwe minors ontstaan.

Wat ging goed

De audit laat een stabiel beeld zien met hoge betrokkenheid en eigenaarschap in teams, een koers die herkenbaar is in de uitvoering en actieve inzet op scholing. Binnen de reclassering zijn processen goed geborgd.

Verbeterkansen richting 2026

Tegelijkertijd zien we – los van het externe oordeel – concrete punten die aandacht vragen voor verdere borging:

- Opvolging van actieplannen (o.a. krachteninventarisatie en RI&E) blijft te vaak “najagen”; acties blijven lang open.
- Persoonsalarmering en teamagressie: uitvoering, oefenen en opvolging wisselen per locatie/team.
- Risicotaxatie en evaluatie: niet overal halfjaarlijks en na ingrijpende gebeurtenissen geactualiseerd.
- Hygiëne in gezamenlijke ruimtes niet overal op orde.
- Leren van resultaten (o.a. evaluatiemodule) wordt nog onvoldoende benut.
- Bij projecten zijn doelen en evaluatie-afspraken (indicatoren/data) niet altijd vooraf scherp.

Aansluiting op eerdere bevindingen

De bevindingen sluiten aan op de aandachtspunten uit 2024: borging van persoonsalarmering en borging/opvolging van actieplannen blijven belangrijke thema's en krijgen daarom ook in 2026 nadrukkelijk vervolg.



Farmaceutische audit klinieken

In alle klinieken is een medicatie-audit uitgevoerd, met oog voor veiligheid, werkbaarheid en samenwerking met de apotheek. De samenwerking met apotheek Witteveen verloopt in Zevenaar, Wolfheze en Tiel over het algemeen laagdrempelig en prettig, ondanks personeelsswisselingen. Door het gebruik van de berichtenservice in Medimo kunnen knelpunten bij medicatieleveringen sneller worden opgepakt.

Belangrijke aanbevelingen zijn onder meer:

- Maak in een afbouwschema voor diazepam gebruik van hele tabletten (5 en 10mg) en zo min mogelijk halve tabletten. Dit levert een betere uitvoerbaarheid op bij de medicijnuitgifte op de afdelingen.
- Een uniforme opname- en ontslagprocedure opstellen voor alle klinieken, inclusief structurele communicatie met de apotheek.
- Implementatie van centrale koelkast-logging (Kliniek Zevenaar/Wolfheze) om temperatuurafwijkingen beter te monitoren. Dit wordt meegenomen in project nieuwbouw klinieken Nijmegen,

Deze aanbevelingen zijn verwerkt in een memo met verbeteracties die worden opgepakt door de coördinatoren van de klinieken. Evaluatie zal plaats vinden in september 2026.



HKZ-audit 2025 – IrisZorg

Dankjewel voor jullie inzet!

In 2025 is bij IrisZorg een HKZ-audit gedaan. Dank aan iedereen die heeft meegedaan en zijn verhaal heeft verteld. Jullie hebben laten zien welk goed werk we doen voor onze cliënten.



Waar zijn de auditors geweest?



Arnhem



Ede



Nijmegen



Deventer



Beekbergen



Zevenaar



Preventie



Reclassering



Management



Belangrijkste nieuws

- ✓ We worden voorgedragen voor hercertificering voor GGZ en WMD.
- ✓ Er is grote betrokkenheid laten zien door teams en cliënten.
- ✓ Alle minors uit 2025 zijn opgelost.
- ✓ Er zijn géén nieuwe minors.
- ✓ Onze koers is zichtbaar in de teams.
- ✓ Er is goede inzet op scholing.
- ✓ Reclassering heeft processen goed geborgd.

Hier werken we in 2026 actief aan



Actieplannen krachteninventarisatie

Openstaande acties oppakken en volgen.

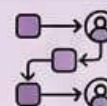
Welke actie uit onze krachteninventarisatie pakken wij als eerste op?



Persoonsalarmering & agressiebeleid

Protocolen aanscherpen, oefenen met de-escalatie en alarm.

Weten we in ons team wat we doen bij een alarm?



Beleid & zorgproces begeleiding

Eenduidig zorgproces voor begeleiding uitwerken.

Is voor ons duidelijk wie wat doet in de begeleiding?



Hygiëne gezamenlijke ruimtes

Nieuw beleid en beter beheer van keukens en koelkasten.

Hoe houden wij onze keuken en koelkast schoon?



Risicotaxatie & RI&E veiligheid

Nieuw formulier invoeren en acties uit de RI&E sneller oppakken en volgen.

Wanneer hebben wij onze risicotaxaties bijgewerkt en welke RI&E-actie is nu belangrijk?



Duurzaamheid & Systeembeoordeling

Duurzaamheidsplan uitvoeren en uitkomsten systeembeoordeling breder delen.

Wat kunnen wij als team doen om duurzamer te werken en welke lessen zijn relevant?

Overige aandachtspunten



Projecten & evaluatie: vóór de start afspraken maken over doelen en hoe we meten.



Functiehuis: ontbrekende functieprofielen uitwerken en actueel houden.



Leren & ontwikkelen (verplichte trainingen): rol van leidinggevers duidelijker maken, op tijd zien waar achterstand is.



IPS (Individual Placement and Support): duidelijk besluit: wel of niet doorgaan, met heldere uitleg.



Evaluatiemodule: vaker gebruiken en resultaten terugkoppelen aan teams.



Inzet PNIL & continuïteit: beter zicht op effect van wisselende begeleiders op cliënten.



Huisvesting & werkklimaat: plan maken voor verouderde panden en beter leef-/werkklimaat.



Teamplannen & jaarstart: teamplannen in Q4 klaar, zodat teams jaar goed kunnen starten.



Dankjewel voor jullie inzet bij de HKZ-audit 2025.
Bespreek deze poster in je team: wat betekent dit voor ons?



Interne audits

Audit MHU Arnhem

In 2025 is een interne audit uitgevoerd in het kader van de landelijke audit verslavingszorginstellingen bij de Medische Heroïne Behandeling (MHU) in Arnhem. Het beeld is overwegend positief: het team is betrokken, werkt actief aan verbetering en laat eigenaarschap zien. De audit bevestigt dat de basis voor goede en veilige zorg aanwezig is. Er zijn enkele aandachtspunten meegegeven voor verdere versterking, met name rondom het actueel houden van behandelplannen, somatische screening en het werken met actuele protocollen via het digitale handboek.

Flitsaudit

In 2025 is voor het derde jaar op rij de Flitsaudit uitgevoerd: een korte online vragenlijst over kwaliteit van zorg, gebaseerd op de HKZ-normen. De flitsaudit geeft inzicht in hoe medewerkers kijken naar zorgprocessen, afspraken en resultaten, en wordt gebruikt om verbeterpunten te kiezen voor de kwaliteitscyclus.

Resultaten 2025

- 168 collega's (zorg én ondersteuning) hebben de vragenlijst volledig ingevuld.
- Gemiddeld geven medewerkers de 16 thema's samen een 7,0.
- Hoogst scorende thema's:
 - Cliëntbetrokkenheid: 8,3
 - Evalueren en bijsturen: 8,0
 - Deskundigheidsontwikkeling: 7,8
 - Bekendheid met persoonsalarmering: 7,4

Wat vraagt aandacht

Uit de scores en opmerkingen komen een aantal duidelijke aandachtspunten naar voren:

- Hygiëne op kamers en rond koelkasten (scores rond 5); afspraken worden niet overal consequent nageleefd.
- Zorgplan, signaleringsplan en risicotaxatie: niet overal tijdig bijgewerkt of actief gebruikt na veranderingen of incidenten.
- Teamplan, koers en PDCA: leven niet in alle teams; PDCA is lang niet voor iedereen een bekend of concreet hulpmiddel.
- VIM-meldingen: melden gebeurt, maar terugkoppeling en zichtbare verbeteracties worden gemist; het proces wordt soms als omslachtig ervaren.

Opvolging: wat is in 2025 opgepakt uit 2024

- Het format voor teamplannen is herzien; teams gaan hier in 2026 mee werken.
- Voor diensten door derden ligt een concept-inkoopbeleid klaar (beoogd vaststellen in 2026).
- Een aanpak voor kamerhygiëne is uitgewerkt richting een centraal beleidsdocument (beoogd gereed eind Q2 2026).
- Signaleringsplannen blijft ook een aandachtspunt in 2026

Focus 2026 op basis van Flitsaudit 2025

In 2026 wordt gericht gewerkt aan:

- Implementatie van het nieuwe risicotaxatieformulier;
- Implementatie van hygiënebeleid binnen opvang en wonen;
- Aanscherping van het VIM-proces (terugkoppeling, analyse en leren);
- Het teamagressieprotocol in elk team jaarlijks bespreken en evalueren.



Resultaten Flitsaudit 2025

Zo kijken jullie naar onze zorg



Hier zijn we trots op



Gemiddeld
cijfer: 7,0



168 collega's
deden mee



Cliëntbetrokkenheid:
8,3



Evalueren &
bijsturen: 8,0



Deskundigheids-
ontwikkeling: 7,8

Wat valt op en vraagt om aandacht?



Hygiëne kamers
& koelkasten



Zorgplan, signaleringsplan
& risicotaxatie bijwerken



Teamplan & PDCA
meer laten leven



Meer doen met VIM
& terugkoppeling

Verbetermonitor 2026 – dit gaan we doen



Nieuw
risicotaxatieformulier



Hygiënebeleid
opvang & wonen



VIM-proces
aanscherpen



Teamagressieprotocol
jaarlijks bespreken

In jullie eigen woorden

Regie bij de cliënt
vind ik belangrijk.

Met VIM-meldingen
kunnen we meer leren.

Teamplan en PDCA
mogen zichtbaarder
worden.



Heb je vragen of ideeën over de Flitsaudit? Neem contact op met Kwaliteit & Veiligheid.

Interne audit maatschappelijke opvang – in-, door- en uitstroom (2025)

In 2025 is binnen de maatschappelijke opvang een interne audit/oorzakenanalyse uitgevoerd naar de stagnatie in in-, door- en uitstroom. Aanleiding was het signaal dat opvangvoorzieningen structureel vol zitten, cliënten langer verblijven dan nodig en nieuwe instroom onder druk staat. Om beter te begrijpen waar de stagnatie ontstaat, is een vragenlijst uitgezet onder medewerkers en breed vergeleken met andere regio's. De uitkomsten zijn vervolgens verdiept in een focusgroep. Het beeld bevestigt dat de stagnatie samenhangt met meerdere factoren: beperkte uitstroommogelijkheden (o.a. vervolgplekken), druk op capaciteit en veiligheid, en verschillen in procesafspraken en het benutten van zorgplannen als sturingsinstrument. De analyse is gebruikt om gerichte verbetermaatregelen te formuleren, met focus op procesregie, samenwerking met ketenpartners en het versterken van methodisch werken en zorgplansturing.

Werkplaats Nijmegen – elektrische apparatuur

Er is een interne audit uitgevoerd op de Werkplaats Nijmegen met focus op de registratie, het onderhoud en de keuring van elektrische apparatuur (NEN 3140). De basis is op orde: registratielijsten zijn aanwezig, keurings- en onderhoudsinformatie is digitaal vastgelegd en de jaarlijkse NEN 3140-keuring voor apparatuur met stekker wordt uitgevoerd.

Als bijvangst is opgepakt dat niet overal helder was welke apparatuur precies keuringsplichtig is (zoals elektrisch tuingereedschap en apparatuur van de filmacademie). Hiervoor zijn acties uitgezet: het elektrisch tuingereedschap in Nijmegen wordt gekeurd en de aanpak/lessen zijn gedeeld met andere werkplaatsen, met het advies om elektrische apparatuur jaarlijks volgens NEN 3140 te keuren.

Interne audit – Groningensingel

Er is een interne audit uitgevoerd op medicatieveiligheid en randvoorwaarden in de medicatie-uitvoering. Daarbij kwamen aandachtspunten naar voren rond vluchtveiligheid van de medicatieruimte, afsluitbare opslag, en direct aftekenen na uitgifte. Deze punten zijn opgevolgd: de medicatieruimte is verplaatst naar een plek met een duidelijke vluchtroute, opslag vindt plaats in afsluitbare medicijnkarren en het aftekenen van medicatie is geborgd met de invoering van Medimo.

Daarnaast is het VIM-proces versterkt door meldingen structureel te bespreken (maandelijks in de teamvergadering en wekelijks in het Zorg Inhoudelijk Overleg). Ook zijn verbeteringen doorgevoerd op ergonomie en hygiënisch werken, waaronder een verstelbare behandeltafel, zichtbare handdesinfectie en herhaalde afspraken voor schone wondzorg (o.a. voorbereiden, materialen niet op bed, sieraden af, schort gebruiken).

Kern-aanbevelingen

- Instroom beter organiseren met triage en duidelijke procesafspraken;
- Procesregie eerder inzetten en tijdig opschalen bij stagnerende trajecten;
- Zorgplannen actiever gebruiken om vanaf de start op uitstroom te sturen;
- Samenwerking met ketenpartners versterken, met heldere rolverdeling rond uitstroom;
- Waar nodig functiemix en expertise versterken (o.a. gedragsdeskundigheid).

IGJ

In 2025 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een inspectiebezoek uitgevoerd bij FACT 1 en FACT 2 in Arnhem. Uit het bezoek kwam naar voren dat cliënten de bejegening binnen beide teams als veilig en vertrouwd ervaren. Zij voelen zich gehoord en gezien door hulpverleners en ervaren aandacht voor hun problematiek en herstel. Behandelaren nemen het verhaal van cliënten zonder oordeel aan.

De IGJ constateerde dat medewerkers ruimte ervaren om hun deskundigheid te onderhouden en verder te ontwikkelen. Dit sluit aan bij het opleidingskader, waarin per functie een scholingsprogramma is opgenomen en waarmee zowel basisbekwaamheid als functiespecifieke deskundigheid wordt ondersteund.

De inspectie ziet dat er nadrukkelijk wordt gestuurd op kwaliteit en veiligheid en dat het kwaliteitsbeleid wordt doorontwikkeld. Dit geeft de inspectie vertrouwen. Uit het inspectiebezoek van de IGJ zijn enkele verbeterpunten naar voren gekomen die in 2025 vervolg hebben gekregen. De belangrijkste aandachtspunten betroffen de digitale inzage voor cliënten en behandelaren, de navolgbaarheid en overzichtelijkheid van dossiers en de kwaliteit van de verslaglegging. Voor deze thema's wordt in 2026 verder gewerkt aan het toewijzen van eigenaarschap en het verbeteren van de werkprocessen, mede in aansluiting op de organisatiebrede ontwikkeling van een nieuw EPD. Daarnaast constateerde de IGJ dat de leidraad Veilige Zorgrelatie nog niet volledig geïmplementeerd was. Het document is verspreid en het management heeft opdracht gekregen dit actief te borgen in de teams.



Tot slot is benoemd dat bij gemeenten onzekerheid bestaat door het zogenoemde 'ravijnjaar', met mogelijke gevolgen voor ggz- en preventietaken. Hierover blijft IrisZorg in gesprek met betrokken gemeenten en directies. De IGJ concludeerde dat er binnen de teams weinig risico's zijn en heeft het inspectiebezoek afgesloten.

WMO- toezicht Nijmegen

In 2025 heeft een hertoets plaatsgevonden in het kader van het Wmo-toezicht in Nijmegen. Naar aanleiding hiervan is een verbeterplan opgesteld en in de afgelopen periode voortvarend uitgevoerd. De gevraagde verbetermaatregelen zijn grotendeels gerealiseerd en op belangrijke onderdelen zijn duidelijke stappen gezet in de verdere borging van kwaliteit, veiligheid en dossiervoering. Voor een beperkt onderdeel, namelijk de controle op passende VOG's en kwalificaties van uitzendkrachten, is uitstel verleend tot 1 juni 2026.

WMO toezicht Doetinchem

In 2025 is in opdracht van Sociaal Domein Achterhoek een proactief Wmo-toezicht uitgevoerd op het product beschermd wonen. Het onderzoek is uitgevoerd door de GGD Noord- en Oost-Gelderland en had als doel om te toetsen in hoeverre de kwaliteit van de voorziening is geborgd, om de gemeente te informeren en om waar nodig verbeteradviezen mee te geven. De uitkomst voor IrisZorg is overwegend positief: op veel onderdelen wordt hoog gescoord. De toezichthouder heeft daarnaast enkele aandachtspunten meegegeven die IrisZorg zelfstandig kan oppakken. Deze richten zich vooral op het eenduidig en aantoonbaar cyclisch evalueren van doelen en veiligheidsafspraken, het tijdig herstellen van kleine gebreken in de woonomgeving (met het oog op veiligheid en hygiëne) en het op orde hebben van personeelsdossiers, waaronder aantoonbaarheid van diploma's/certificaten en geldige VOG's voor medewerkers, stagiaires en vrijwilligers.

Suïcide

In 2025 zijn binnen IrisZorg 9 suïcides geregistreerd (2024: 6). Deze stijging vraagt aandacht, maar moet voorzichtig worden geïnterpreteerd: de absolute aantallen zijn relatief klein en kunnen per jaar fluctueren. Bij iedere suïcide wordt het interne protocol gevolgd (casusevaluatie, multidisciplinaire bespreking en beoordeling of melding bij de Inspectie noodzakelijk is). In 2025 was er tweemaal aanleiding tot melding bij de IGJ; dit betrof suïcides waarbij incidentonderzoek plaatsvond.



Tip: zorg dat signalering, risicotaxatie/ veiligheidsafspraken en opvolging aantoonbaar zijn vastgelegd en bij veranderingen direct worden geactualiseerd, zodat professionele afwegingen navolgbaar zijn.

Incidentenonderzoeken

In 2025 zijn in totaal 25 calamiteiten geregistreerd in Zenya. De registratie is breder ingericht: naast calamiteiten die leiden tot een formeel onderzoek worden ook calamiteiten zonder formeel onderzoek geregistreerd en geëvalueerd. Van de 22 calamiteiten zijn 9 meldingen opgevolgd richting toezicht (2 IGJ, 7 WMO) en zijn 13 casussen intern geëvalueerd/onderzocht. In situaties waarin sprake was van een (mogelijk) misdrijf heeft politieonderzoek plaatsgevonden.

De analyse laat twee hoofdthema's zien: grensoverschrijdend gedrag en

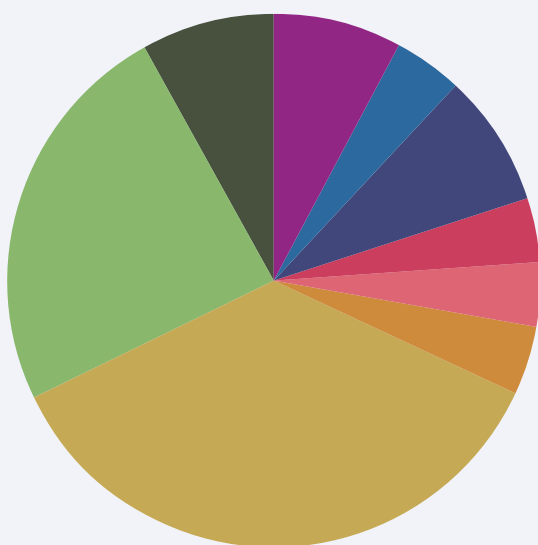
suïcide/TS. Bij grensoverschrijdend gedrag liggen leerpunten enerzijds bij de zorgplansystematiek en de (actualiteit van) risicotaxaties (cliënt–cliënt en cliënt–medewerker) en anderzijds bij toepassing van beleid/gedragscode en handelingskaders (medewerker–cliënt).

In 2025 zijn het risicotaxatieformulier en het beleid grensoverschrijdend gedrag aangepast en is de Week van de gedragscode georganiseerd. Voor suïcide/TS is in 2025 een adviesrapport suïcidaliteit opgesteld als basis voor de organisatiebrede aanpak in 2026.

Waar evaluaties/onderzoeken hebben geleid tot verbetermaatregelen, zijn deze vastgelegd met deadlines en gemonitord via de verbetermonitor in Zenya.

In 2026 ligt de focus op implementatie en borging: het vernieuwde risicotaxatieformulier en het aangepaste beleid grensoverschrijdend gedrag, versterking van de zorgplansystematiek en de organisatiebrede aanpak suïcidepreventie. Waar nodig zet team K&V gerichte audits in om naleving en borging te toetsen.

Calamiteiten per categorie (totaal: 25)



- Misdrijf - 2 (8,0%)
- Onzorgvuldig handelen - 1 (4,0%)
- Infectieziekten - 2 (8,0%)
- Brand - 1 (4,0%)
- Onverwacht overlijden - 1 (4,0%)
- Inname middel - 1 (4,0%)
- Suïcide/TS - 9 (36%)
- GOG - 6 (24,0%)
- Technisch - 2 (8,0%)

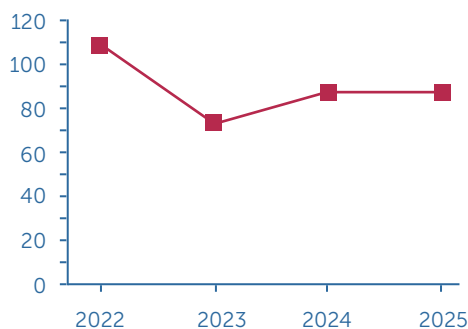
Aantal klachten

In 2025 zijn 87 klagers geregistreerd. Ter vergelijking: in 2024 waren dit eveneens 87 (2023: 73; 2022: 110).

De meeste klachten gingen over bejegening (26) en behandeling/zorg (20), gevolgd door thema's als facilitair (9), communicatie (8) en privacy (7). De meeste klachten kwamen uit beschermd wonen (32) en dag- en nachtopvang (20). Van de afgehandelde klachten is het grootste deel afgerond als tevreden/opgelost (44); een klein aantal is doorgezet naar de geschillencommissie (2).

Aantal klachten

Het aantal klachten over 2025 is 87



Tip van de klachtenfunctionaris:

- *Stap met aandacht en open houding een klachtgesprek in; sterke woorden of emotie geven vaak informatie over wat er onder de klacht ligt.*
- *Zorg voor duidelijke overdracht en eenduidige afspraken, vooral bij vervanging en veranderingen in beleid of medicatie.*

Werkwijze en leren

De klachtenfunctionaris pakt klachten waar mogelijk snel op en onderscheidt meldingen/signalen (registreren, geen bemiddeling nodig) en klachten (reactie en hoor/wederhoor, gericht op gesprek/bemiddeling). Door korte lijnen met coördinatoren, de cliëntenraad en kwaliteit & veiligheid worden signalen gebruikt om terugkerende thema's te herkennen en waar nodig te vertalen naar verbeteracties.

Wat viel op in 2025

- Bejegening blijft een terugkerend thema en past bij de intensieve aard van de zorgrelatie.
- Er zijn signalen dat veranderingen in beleid (zoals rookbeleid/gebruik) onrust kunnen oproepen wanneer informatievoorziening en toepassing niet overal als eenduidig worden ervaren. Dit kan leiden tot frustratie en daarmee ook tot veiligheidsrisico's.
- In klachten over medicatie komt naar voren dat continuïteit, uitleg en afstemming extra belangrijk zijn, vooral bij wijzigingen, vervanging of vakantieperiodes.

Jaarkalender kwaliteit en veiligheid

In het dagelijks werk zijn er veel thema's die raken aan kwaliteit en veiligheid, zoals medicatieveiligheid, hygiëne, infectiepreventie en brandveiligheid. Om hier structureel aandacht aan te blijven geven, werkt Kwaliteit & Veiligheid met een jaarkalender. Gedurende het jaar verschijnt een kalenderblad waarin steeds één onderwerp centraal staat. Dit helpt teams om kennis actueel te houden en verbeterpunten volgens de PDCA-cyclus op te pakken en te borgen.

In 2025 kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan bod: medicatieveiligheid, de Week van de gedragscode en agressie en de-escalatie (inclusief persoonsalarmering). Daarnaast is informatie over kwaliteit en veiligheid ook terug te vinden op IrisPlein via de tegel *Kwaliteit en Veiligheid* bij *Mijn IrisZorg*.

Tot slot

De dagelijkse inzet van collega's is van grote waarde voor goede en veilige zorg. Door signalen te delen, te leren van ervaringen en verbeteringen op te volgen, blijven kwaliteit en veiligheid onderdeel van hoe we werken.



Colofon

Titel: Jaarverslag Kwaliteit en Veiligheid 2025

Uitgave van: IrisZorg – Afdeling Kwaliteit en Veiligheid

Samenstelling en eindredactie:

Afdeling Kwaliteit en Veiligheid:

- Susanne Opdenoordt
 - Silvia Nijenhuis
 - Marjolein van Tongeren
- Kwaliteitsveiligheid@iriszorg.nl

Met dank aan bijdragen van:

- Ondernemingsraad
- Cliëntenraad
- Managers Zorg
- Afdeling ICT
- Afdeling HR
- Afdeling Preventie
- Afdeling Reclassering
- Afdeling Onderzoek
- Arbo-adviseur
- IrisCovery
- Bedrijfsopvangteam (BOT)
- Bedrijfshulpverlening (BHV)
- Bedrijfsvoering
- Klachtenfunctionaris

Interviews:

Voor dit verslag zijn aanvullende interviews afgenomen met medewerkers. Dank aan iedereen die zijn of haar inzichten en ervaringen heeft gedeeld.

Datum van uitgave:

Mei 2026

Contact:

Voor vragen of opmerkingen over dit verslag:
m.tongeren@iriszorg.nl
www.iriszorg.nl

KWALITEIT EN VEILIGHEID

