

Kwaliteitsverslag Forensische Zorg IrisZorg

Jaargang 2025



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Aanleiding van dit kwaliteitsverslag	3
1.2	De organisatie	3
1.3	Visie op forensische zorg	4
1.4	Ontwikkeling en borging	4
1.5	Leeswijzer	4
2.	Stand van zaken pijlers	5
2.1	Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg	5
2.2	Pijler 2: Forensisch Vakmanschap	8
2.3	Pijler 3: Organisatie van zorg	9
2.4	Pijler 4: Ketensamenwerking	12
3.	Kengetallen	15
3.1	Omvang van de forensische zorg	15
3.2	Forensische Prestatie-indicatoren	16
	Bijlage: Samenvatting per pijler	18

1. Inleiding

1.1 AANLEIDING VAN DIT KWALITEITSVERSLAG

Voor u ligt het kwaliteitsverslag Forensische Zorg van IrisZorg over het jaar 2025. Met dit verslag blikt IrisZorg terug op de voortgang van de implementatie van het Kwaliteitskader Forensische Zorg (Kwaliteitskader FZ), dat per 1 oktober 2022 in werking is getreden¹.

Het kwaliteitsverslag wordt jaarlijks opgesteld op basis van het meerjarig implementatieplan Kwaliteitskader FZ en wordt uiterlijk op 1 juni van het daaropvolgende jaar gepubliceerd op de website van IrisZorg. Het verslag dient als basis voor het gesprek met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over de kwaliteit van de geleverde forensische zorg. Daarnaast biedt het intern inzicht in de ontwikkelingen, resultaten en aandachtspunten binnen de forensische zorg van IrisZorg.

1.2 DE ORGANISATIE

IrisZorg is een instelling voor verslavingszorg en biedt verschillende vormen van zorg aan een brede doelgroep. Het zorgaanbod omvat klinische en ambulante behandeling, ambulante begeleiding, beschermd wonen, maatschappelijke opvang en dagbesteding. Daarnaast voert IrisZorg specialistische taken uit, zoals preventie en reclassering.

Een beperkt deel van de cliënten die binnen IrisZorg in behandeling of begeleiding zijn, heeft te maken met strafrechtelijke maatregelen nadat zij in aanraking zijn gekomen met justitie. Voor deze doelgroep biedt IrisZorg een geïntegreerd behandel- en begeleidingsaanbod, gericht op het beperken van het recidiverisico en het versterken van beschermende factoren. IrisZorg richt zich op het (problematisch) middelengebruik, comorbide psychosociale stoornissen en andere bijzondere voorwaarden uit het vonnis die bijdragen aan gedragsverandering, stabilisatie en maatschappelijke participatie. Daarmee draagt IrisZorg bij aan het herstel en functioneren van de cliënt én aan de veiligheid van de samenleving.

De forensische zorg van IrisZorg maakt onderdeel uit van het bredere zorgaanbod van de organisatie. Het forensische perspectief vraagt daarbij om aanvullende expertise, forensische scherpste en intensieve samenwerking met justitiële ketenpartners. Om de implementatie van het Kwaliteitskader Forensische Zorg zorgvuldig en organisatiebreed vorm te geven, heeft IrisZorg een Meerjarenplan Forensische Zorg opgesteld. Hierin zijn de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg vertaald naar concrete doelen, acties en ontwikkellijnen.

Om deze doelen te realiseren en de voortgang structureel te volgen, werkt IrisZorg met verschillende overleg- en monitoringsstructuren:

- **Stuurgroep Forensische Zorg**

De stuurgroep is verantwoordelijk voor de organisatiebrede implementatie van het Kwaliteitskader Forensische Zorg en het Meerjarenplan Forensische Zorg. De stuurgroep bestaat uit de bestuurder, portefeuillehouder, inhoudelijk en procesverantwoordelijke(n), strateeg kwaliteit en veiligheid, accountmanager en een vertegenwoordiging van Reclassering IrisZorg.

- **Eigenaarschap per pijler**

Voor iedere pijler uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg is een eigenaar aangewezen die verantwoordelijk is voor de organisatiebrede voortgang en borging.

- **Werkgroepen per pijler**

Per pijler is een werkgroep ingericht die zich richt op de inhoudelijke uitwerking en implementatie van de centrale thema's. In deze werkgroepen zijn medewerkers uit verschillende disciplines en regio's vertegenwoordigd.

- **Interne monitor Forensische Zorg**

Er is een interne monitor ontwikkeld om de voortgang op de doelen uit het Kwaliteitskader/Meerjarenplan FZ in de verschillende regio's te meten en deze in gesprek met elkaar te evalueren en vervolgacties te definiëren. Dit gebeurt elk (half)jaar met het regiomanagement en inhoudelijk betrokkenen.

1 Het Kwaliteitskader FZ is vindbaar op [Kwaliteitskader FZ](#)

1.3 VISIE OP FORENSISCHE ZORG

IrisZorg biedt forensische zorg aan cliënten met een justitiële titel en aan cliënten met een forensisch gedragsprofiel. Bij deze doelgroep is vaak sprake van een combinatie van middelengebruik, psychiatrische en/of psychosociale problematiek en risicovol of delictgerelateerd gedrag. Verslaving wordt daarbij gezien als een belangrijke criminogene factor, omdat middelengebruik invloed heeft op het ontstaan en in stand houden van delictgedrag, maar veelal ook op andere levensgebieden zoals wonen, werk, relaties, gezondheid en maatschappelijke participatie. De interventies binnen IrisZorg zijn er daarom op gericht om deze complexe problematiek in samenhang te behandelen en te begeleiden.

De visie van IrisZorg op forensische zorg richt zich primair op het verminderen van recidiverisico en het versterken van persoonlijke en maatschappelijke veiligheid. Uitgangspunt hierbij is dat effectieve forensische zorg alleen mogelijk is wanneer risicomanagement en herstelondersteunend werken onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. De forensische zorg binnen IrisZorg is daarom ingericht als geïntegreerde verslavingszorg met een duidelijke forensische plus. Deze forensische plus komt tot uiting in de specifieke expertise op de relatie tussen verslavingsproblematiek en delictgedrag, met expliciete aandacht voor risicotaxatie, delictpreventie, veiligheid, forensisch vakmanschap en samenwerking binnen de justitiële en zorginhoudelijke keten.

Daarbij sluit IrisZorg aan bij de vier pijlers van het Kwaliteitskader Forensische Zorg:

- **Veiligheid en persoonsgerichte zorg**
- **Forensisch vakmanschap**
- **Organisatie van zorg**
- **Ketensamenwerking**

Vanuit deze pijlers biedt IrisZorg herstelgerichte en forensisch scherpe zorg. Behandeling en (woon) begeleiding sluiten aan bij de behoeften, mogelijkheden en krachten van de cliënt, waarbij zowel risicofactoren als beschermende factoren expliciet worden meegenomen. Op deze manier werkt IrisZorg aan stabiliteit, zelfregie, maatschappelijk herstel en een veilige, waar mogelijk delictvrije terugkeer in de samenleving. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met verwijzers, justitiële partners en andere ketenpartners.

1.4 ONTWIKKELING EN BORGING

De implementatie van het Kwaliteitskader Forensische Zorg is binnen IrisZorg geen eenmalig programma, maar een continu ontwikkelproces volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. In 2025 is verder ingezet op het versterken van de kwaliteit binnen de bestaande forensische zorgpraktijk. Daarbij lag de nadruk op het nader uitwerken en implementeren van de doelstellingen uit het Meerjarenplan Forensische Zorg, het verstevigen van eigenaarschap binnen de organisatie en het systematisch monitoren en evalueren van de voortgang.

De praktijk laat zien dat implementatie van het kwaliteitskader vraagt om een zorgvuldige balans tussen centrale sturing, regionale vertaling en professionele betrokkenheid. Organisatiebrede kaders zijn nodig om richting, samenhang en prioritering te bieden, terwijl regionale uitwerking noodzakelijk is om aan te sluiten bij de diversiteit van doelgroepen, teams en lokale ketensamenwerking. Voortdurende afstemming met professionals en ketenpartners is daarbij essentieel om het kwaliteitskader niet alleen beleidsmatig te verankeren, maar ook daadwerkelijk betekenis te geven in de dagelijkse uitvoering.

Met deze aanpak beoogt IrisZorg de forensische zorg inhoudelijk verder te verdiepen, organisatorisch te bestendigen en blijvend te laten aansluiten bij de behoeften van cliënten, de kwaliteitseisen binnen het forensische werkveld en de bredere maatschappelijke opdracht op het gebied van herstel, veiligheid en recidivevermindering.

1.5 LEESWIJZER

De volgende hoofdstukken beschrijven hoe IrisZorg in 2025 invulling heeft gegeven aan de verdere implementatie van het Kwaliteitskader FZ en welke ontwikkelpunten daaruit volgen voor 2026.

In hoofdstuk 2 wordt per pijler eerst het algemene beeld geschetst, gevolgd door een terugblik op 2025 en de doelen en ontwikkelpunten voor 2026. Hoofdstuk 3 bevat de kengetallen en prestatie-indicatoren die deze inhoudelijke verantwoording ondersteunen. De pijlers worden daarbij in onderlinge samenhang gezien, zodat dit verslag als integraal verantwoordingsdocument gelezen kan worden.

2. Stand van zaken pijlers

Het Kwaliteitskader FZ kent vier inhoudelijke pijlers:

1. Veiligheid en persoonsgerichte zorg
2. Forensisch vakmanschap
3. Organisatie van zorg
4. Ketensamenwerking

Per pijler wordt achtereenvolgens ingegaan op het algemene beeld, de terugblik op 2025 en de doelen en ontwikkelpunten voor 2026. Hierdoor ontstaat een samenhangend overzicht van de voortgang van de implementatie, de gerealiseerde resultaten en de resterende ontwikkelopgaven binnen de forensische zorg van IrisZorg.

2.1 PIJLER 1: VEILIGHEID EN PERSOONSGERICHTE ZORG²

Deze pijler beschrijft hoe binnen de forensische zorg invulling wordt gegeven aan de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg. Het verminderen van recidiverisico staat daarbij in directe relatie tot herstelgerichte ondersteuning, de toepassing van passende interventies en het bieden van zorg binnen de geldende strafrechtelijke kaders.

2.1.1 Algemeen beeld

In 2025 heeft IrisZorg verder gewerkt aan de kwaliteitseisen inzake veilige en persoonsgerichte forensische zorg. Doordat de forensische zorg binnen IrisZorg een relatief klein onderdeel is van een breder zorgaanbod, is de verschillen waarin het kwaliteitskader FZ in de dagelijkse praktijk is verankerd tussen de teams nog beter zichtbaar geworden. In teams waar de focus nadrukkelijker op forensische zorg ligt, doordat zij een substantieel aantal cliënten met een forensische titel of een forensisch gedragsprofiel behandelen of begeleiden, is de kwaliteit van de forensische zorg hoger. Deze teams werken volgens het uitgangspunt dat het voorkomen van delictrecidive het primaire doel is, werken adequaat forensisch scherp, weten risicomanagement en herstelondersteunende zorg goed met elkaar in balans te brengen en beschikken over meer forensische deskundigheid dan in teams met een meer gespikkeld zorgaanbod.

Om de ontwikkeling op pijler 1 en pijler 2 beter te ondersteunen, zijn in 2024 twee organisatiebrede werkgroepen gestart: één voor forensische behandeling en één voor forensische (woon)begeleiding. In 2025 hebben deze werkgroepen verder gewerkt aan het prioriteren, uitwerken en implementeren van de doelen uit het Meerjarenplan Forensische Zorg. Daardoor is duidelijker geworden wat IrisZorg wil bereiken en wie waarvoor verantwoordelijk is.

In 2026 ligt de nadruk op het verder versterken van deze ontwikkeling in de praktijk. Daarbij is vooral aandacht nodig voor teams waar forensische zorg naast andere vormen van zorg wordt geboden.

2.1.2 Terugblik afgelopen jaar

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste resultaten en ontwikkelingen binnen pijler 1 in 2025.

- **Normpercentages:** Er is niet volledig voldaan aan de opgelegde normpercentages (prestatie-indicatoren). Aan de FARE is ruim voldaan, met een totaal normpercentage van 83% op 31 december 2025. Ondanks maandelijkse monitoring en het aanspreken van teams die onder de norm zaten, hebben we niet aan de MATE-norm voldaan. Dit percentage kwam uit op 52%.
- **Evaluatie procesbeschrijving forensisch behandeling:** In voorgaand kwaliteitsverslag is benoemd dat de procesbeschrijving van forensische ambulante behandeling ten dele is gewijzigd. Dit zou in 2025 geëvalueerd worden om te beoordelen of deze wijzigingen rechtdoen aan hoe het proces in de praktijk plaatsvindt. Door personele verschuivingen en capaciteitsproblemen is deze evaluatie uitgesteld. Reeds is door behandelaars uit één regio teruggekoppeld dat huidig forensisch behandelproces onvolledig is en niet voldoende aansluit bij de praktijk. Dit behoeft bredere analyse. In 2026 zal hier verder vervolg aan worden gegeven.

2 Kwaliteitsaspecten: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/7e39fce1-65a1-4572-bb6f-cdb81cc2dbdf/kwaliteitskader-aspecten-bij-pijler-1.pdf>

- **Procesbeschrijving Begeleiding:** Binnen IrisZorg is in 2025 een groot project gestart rondom de procesbeschrijving van ambulante begeleiding, wonen en opvang. Een separate werkgroep heeft parallel hieraan een procesbeschrijving opgetekend voor de forensische (woon)begeleiding.
- **Delictanalyse (DA):** De delictanalyse is in 2025 volledig geïmplementeerd in de forensische expertteams in Nijmegen, Arnhem en Ede en in het FACT-team Apeldoorn, conform de beslisboom van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en de richtlijn van KFZ. In de reguliere ambulante behandelteams in Rivierenland en Achterhoek/Liemers is de DA eveneens ingevoerd, maar de uitvoering is daar wisselend door beperkte capaciteit en onvoldoende beschikbare forensische expertise. De voortgang wordt structureel gevolgd in het forensisch regiebehandelarenoverleg en de interview.
- **Implementatie BeRK-gesprek:** Voor nadere toelichting over het BeRK-gesprek project, zie link: [BeRK-gesprek: Ontwikkeling van een behoefte- en risicobehoedingsstool voor de BW/MO - KFZ](#). IrisZorg neemt deel aan huidig project en heeft in het kader hiervan twee medewerkers opgeleid tot BeRK-trainer. Zij hebben in 2025 medewerkers van een forensische woonafdeling getraind in het adequaat voeren van het BeRK-gesprek. Dit is na een half jaar geëvalueerd. Medewerkers ervaren meerwaarde van deze werkwijze, omdat zij hiermee een integraal beeld krijgen van behoeften, risico's en krachten van de cliënt op elf leefgebieden. Met name het zicht krijgen op risico's is een meerwaarde over de Krachtwerk-methodiek die IrisZorg binnen begeleiding, wonen en opvang toepast. Door personele krapte is de implementatie van het BeRK-gesprek een aantal maanden on-hold gezet. Na herstel van meer stabiliteit in het team is eind 2025 afgesproken het BeRK-gesprek weer toe te passen. Specifiek is implementatie van het BeRK-gesprek opgenomen in het teamplan 2025. De coördinator zorg is verantwoordelijk voor het monitoren van deze doelen.
- **E-health (Minddistrict):** E-healthplatform Minddistrict is in 2025 verder ingezet ter ondersteuning van behandeling en begeleiding (blended werken), hoofdzakelijk ten behoeve van het invullen van vragenlijsten, dagboeken en modules en inzage in het online cliëntportaal. De MATE-vragenlijst is volledig ondergebracht in Minddistrict en wordt niet langer in het ECD afgenomen. Alle forensische behandelaren zijn in het tweede kwartaal van 2025 getraind in het adequaat afnemen van de MATE via dit platform. Daarnaast zijn modules voor de delictanalyse verder ontwikkeld en bij meerdere cliënten toegepast. De ervaringen met de delictanalyse modules zijn positief: behandelaar en cliënt kunnen tijdens face-to-facecontact samen in het platform werken, waarna cliënten waar passend tussen sessies zelfstandig onderdelen kunnen voorbereiden of uitwerken. Dit draagt bij aan meer gerichte vervolg-sessies. Specifieke doorontwikkeling van het online cliëntportaal heeft in 2025 niet plaatsgevonden. Wel is besloten de bekendheid en het gebruik van het portaal onder cliënten en zorgverleners te vergroten. Ter ondersteuning hiervan wordt een beleidsdocument opgesteld over de gegevens-uitwisseling tussen ECD en cliëntportaal, dat in het eerste kwartaal van 2026 wordt gecommuniceerd.
- **ERM vroegsignalering:** ERM staat voor Early Recognition Method en het betreft een evidence-based risicomanagementstrategie die oorspronkelijk ontwikkeld is voor de forensische psychiatrie. Binnen het forensisch expertteam (FET) Nijmegen is in 2023-2024 de inhoudelijke basis gelegd voor een vroegsignaleringsgroep op basis van de ERM-methode van Frans Fluttert. De betrokken behandelaren hebben de bijbehorende scholing afgerond. In 2025 is verder gewerkt aan het module-werkboek en is één pilotgroep uitgevoerd met zes geschikte cliënten en vier groepsessies. De groep vormt een structurele aanvulling op de individuele behandeling en begeleiding. De eerste opbrengsten zijn positief: meer herkenning en uitwisseling tussen cliënten en verdieping van vroegsignalering in individuele sessies, met als doel het recidiverisico tijdig te beperken.
- **Agressie Regulatie Therapie (ART)-groep:** In 2025 is binnen het FET Nijmegen gewerkt aan de inhoudelijke implementatie van ART. De eerste ART-groep is in het tweede kwartaal van 2025 aangeboden. Hiermee is een eerste stap gezet in het structureel beschikbaar maken van dit groepsaanbod binnen de forensische behandeling.
- **Ketensamenwerking:** In 2025 is gericht geïnvesteerd in de samenwerking met ketenpartners. Het inten-

sievere contact heeft ertoe geleid dat IrisZorg vanuit meerdere organisaties opnieuw of vaker in beeld is gekomen voor verwijzingen en aanmeldingen. Hoewel de instroom tijdelijk terugliep, ontstaat hiermee een bredere basis voor samenwerking binnen de forensische keten. In regio Nijmegen is daarnaast belangstelling ontstaan voor samenwerking rond intramurale verslavingsbehandeling vanuit RJJJ de Hunnerberg, naast de bestaande ambulante toezichttrajecten. Deze ontwikkeling bevindt zich nog in de verkennende fase.

2.1.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Voor 2026 worden binnen pijler 1 de volgende doelen en ontwikkelpunten gehanteerd.

- **Normpercentages:** Er wordt continu gestuurd op het behalen van de geldende normpercentages voor de FARE en het zorgplan ten behoeve van de twee gestelde meetmomenten. Hoewel de MATE vanaf 2026 niet meer is opgenomen in de prestatie-indicatoren, blijft goede dossiervoering belangrijk voor de kwaliteit, continuïteit en navolgbaarheid van zorg. Vanaf 2026 wordt het zorgplan als KPI gevolgd. IrisZorg monitort deze KPI maandelijks via de voortgangsrapportages. Waar nodig worden teams gericht ondersteund en aangesproken op het tijdig actualiseren en volledig vastleggen van zorgplannen, zodat dossiers beter op orde zijn en de voortgang gedurende het jaar zichtbaar blijft.
- **Evaluatie ambulant forensisch behandelproces:** Het beschreven ambulant forensisch behandelproces wordt geëvalueerd en waar nodig geactualiseerd, met expliciete aandacht voor de integratie van risicomanagement, FARE, delictanalyse en warme overdracht. Doel is om uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 te beschikken over een geactualiseerde en uniform toepasbare werkwijze.
- **Procesbeschrijving forensische begeleiding:** De procesbeschrijving voor forensische (woon)begeleiding wordt vastgesteld en geïmplementeerd. Doel is om uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 te werken met een vastgestelde en organisatiebreed beschikbare procesbeschrijving.
- **Delictanalyse (DA):** De toepassing van de delictanalyse wordt verder geborgd, onder andere door deze in te bedden in de procesbeschrijving van ambulante forensische behandeling, zodat de werkwijze organisatiebreed eenduidiger wordt toegepast. Daarnaast blijft de toepassing besproken worden in het FZ regiebehandelarenoverleg. Specifieke aandacht gaat uit naar de "reguliere" ofwel "gespikkelde" behandelteams waar de uitvoering van de DA nog wisselend is.
- **BeRK-gesprek:** Indien het BeRK-gesprek in het kwaliteitskader FZ wordt opgenomen, zal deze in het opleidingskader voor forensische (woon)begeleiders worden opgenomen. Doel is dan om deze werkwijze structureel te verankeren in de scholing en toepassing binnen de forensische begeleiding en forensisch verblijf. Er zal geïnvesteerd moeten worden in het opleiden van een extra BeRK-trainer.
- **E-health:** In 2026 wordt de inzet van Minddistrict binnen de forensische zorg verder bestendigd.
- **ERM-vroegsignaleringsgroep:** De ERM-vroegsignaleringsgroep wordt binnen het FET Nijmegen gecontinueerd. Daarnaast wordt gezien of verbreding naar FET Arnhem en Ede uitvoerbaar is. Voorwaarde daarbij is dat de betrokken behandelaars beschikken over voldoende deskundigheid in vroegsignalering en de scholing in de ERM-methodiek hebben afgerond.
- **Agressie Regulatie Therapie (ART)-groep:** Het ART-groepsaanbod wordt binnen het FET Nijmegen verder ingebed in de reguliere forensische behandeling. Doel is om dit aanbod in 2026 structureel beschikbaar te maken en de toepassing organisatorisch en inhoudelijk te borgen.
- **Ketenpartners:** In 2026 wordt de samenwerking met relevante ketenpartners verder verdiept, met specifieke aandacht voor verwijzers, justitiële partners en forensische zorgorganisaties. Doel is om de afstemming over instroom, doorstroom en vervolgzorg verder te versterken om de continuïteit van zorg te waarborgen.

2.2 PIJLER 2: FORENSISCH VAKMANSCHAP³

Deze pijler heeft betrekking op de wijze waarop forensische deskundigheid binnen de organisatie wordt ontwikkeld, onderhouden en geborgd. Het gaat daarbij onder meer om methodisch werken, scholing, intervisie, werkbegeleiding, dossiervoering en het gebruik van richtlijnen en uitkomstinformatie.

2.2.1 Algemeen beeld

Het algemene beeld is dat IrisZorg in toenemende mate beschikt over de randvoorwaarden die nodig zijn om forensisch vakmanschap te versterken en borgen. Deze randvoorwaarden krijgen vorm via interne/externe scholing, casuïstiekbespreking, intervisie, werkbegeleiding, dossiercontroles, het interne handboek waarin alle beleidsstukken, processen en protocollen zijn ingebed en deelname aan externe netwerken. Tegelijkertijd vraagt de verdere ontwikkeling van het forensisch vakmanschap om meer differentiatie in opleiding en borging. De behoefte ten aanzien van deskundigheidsbevordering verschilt per team en hangt samen met de aard en omvang van de forensische zorg. Teams met een grotere forensische caseload hebben doorgaans andere opleidings- en ontwikkelbehoeften dan teams waarin forensische zorg slechts een klein onderdeel van het totale zorgaanbod vormt (ofwel de “gespikkelde” teams). Daarnaast vraagt de positionering van ervaringsdeskundigheid binnen de forensische zorg om nadere uitwerking, zodat duidelijker wordt hoe deze expertise op een passende en veilige manier kan bijdragen aan herstel, risicobewust werken en persoonsgerichte zorg.

In 2025 lag het accent op evaluatie en concretisering van het forensisch scholingsaanbod, inclusief forensische leerlijn. Met name voor teams met een beperkte of wisselende forensische caseload concreter vastgelegd welk kennisniveau minimaal nodig is en hoe dit structureel te onderhouden.

Voor 2026 ligt de focus op het vaststellen van passende leerpaden, het borgen van forensische deskundigheid in het opleidingskader, het versterken van uitkomstgerichte monitoring en het verder concretiseren van de inzet van ervaringsdeskundig-

heid binnen de forensische context. Onderdeel van deze ontwikkeling is het systematischer benutten van uitkomstinformatie en uniforme werkwijzen. Routine Outcome Monitoring, zorgstandaarden, richtlijnen, protocollen, gedragscodes en het interne handboek vormen gezamenlijk de basis voor een eenduidige en professionele uitvoering van de forensische zorg. Ook de aansluiting bij externe netwerken draagt bij aan verdere harmonisatie van werkwijzen en deskundigheid.

2.2.2 Terugblik afgelopen jaar

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste resultaten en ontwikkelingen binnen pijler 2 in 2025.

- **Evaluatie Forensische Leerlijn:** De forensische leerpaden voor verschillende functies zijn in 2025 opgenomen in het nieuwe leermanagementsysteem. Binnen deze leerpaden wordt onderscheid gemaakt tussen basis- en verdiepingstrajecten voor onder meer (regie)behandelaren, maatschappelijk hulpverleners en medewerkers binnen wonen en opvang. De leerlijn is echter nog niet integraal opgenomen in het verplichte opleidingskader. Reden hiervoor is het verschil in aard en omvang van het forensisch zorgaanbod per regio, locatie een team en daarmee het verschil in opleidings- en ontwikkelbehoeften. In 2025 is daarom een inhoudelijke evaluatie uitgevoerd van de bestaande leerpaden. Aanleiding hiervoor waren de groei van de leerlijn en signalen uit de praktijk dat niet alle modules voldoende aansloten op de dagelijkse werkzaamheden. Binnen de IrisZorg-brede werkgroep Forensische (woon) begeleiding zijn de modules beoordeeld op inhoud, relevantie en toepasbaarheid. De evaluatie bevestigt dat verdere differentiatie nodig is om forensische deskundigheid passend, doelmatig en structureel te borgen binnen teams met uiteenlopende forensische profielen.
- **Ervaringsdeskundigheid:** In de werkgroep forensische (woon)begeleiding zit een zorgprofessional met ervaringsdeskundigheid die actief deelneemt. Haar bijdrage is van grote meerwaarde, doordat zij ons continu scherp houdt op het cliëntbelang en – perspectief. Daarnaast is in 2025 de verdere professionalisering van ervaringsdeskundigheid binnen IrisZorg

³ Kwaliteitsaspecten: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aea4-d3773cabfd43/7e39fce1-65a1-4572-bb6f-cdb81cc2dbdf/kwaliteitskader-aspecten-bij-pijler-2.pdf>

voortgezet. Daarbij is aangesloten bij het meerjarenplan Ervaringsdeskundigheid 2025-2028, de implementatie van de generieke module ervaringsdeskundigheid en de ontwikkeling van nieuwe functiebeschrijvingen gekoppeld aan het beroepscompetentieprofiel. Binnen IrisZorg zijn inmiddels familie- en naastenervaringsdeskundigen werkzaam en wordt daarnaast gebruikgemaakt van herstelondersteuners met ervaringskennis. Voor de forensische zorg geldt dat verdere positionering van ervaringsdeskundigheid nog nadere uitwerking vraagt, onder meer vanwege vraagstukken rond inzetbaarheid, beeldvorming en de betekenis van de Verklaring Omtrent Gedrag binnen deze context.

- **Associate Degree Forensische Zorg:** IrisZorg heeft in 2025 deelgenomen aan werkveldconferenties van Saxion Hogeschool over de ontwikkeling van de Associate Degree Forensische Zorg. Hiermee heeft IrisZorg vanuit de praktijk bijgedragen aan de aansluiting tussen onderwijs en de deskundigheidsbehoefte binnen de forensische zorg. De opleiding wordt actief onder de aandacht gebracht bij medewerkers in de regio's Apeldoorn en Deventer als mogelijke verdiepingsroute binnen hun professionele ontwikkeling.

2.2.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Voor 2026 worden binnen pijler 2 de volgende doelen en ontwikkelpunten gehanteerd.

- **Forensische leerlijn en opleidingskader:** In 2026 wordt samen met de opleidingsadviseur en de Astore Academie een herijkt opleidingskader vastgesteld voor het forensisch vakmanschap op basis van de evaluatie en prioritering van de leerlijn in 2025. Dit plan bevat per functie een passend basis- en verdiepingsaanbod en wordt uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 vertaald naar het opleidingskader van IrisZorg.
- **Dossiercontroles en registratiekwaliteit:** In 2026 worden de bestaande dossiercontroles voortgezet en waar nodig aangescherpt. De nadruk ligt daarbij op de inhoudelijke kwaliteit, navolgbaarheid en continuïteit van de forensische zorg. Bevindingen uit dossiercontroles worden structureel benut voor

werkbegleiding, bijsturing en kwaliteitsverbetering. Correcte registratie en financiële rechtmatigheid worden hierin meegenomen als ondersteunende voorwaarden voor transparante en verantwoorde zorg.

- **ROM en uitkomstgerichte monitoring:** De inzet van Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt binnen de forensische zorg versterkt, zodat uitkomsten van zorg systematischer worden gebruikt voor evaluatie en bijsturing van behandel- en begeleidingstrajecten. ROM wordt binnen IrisZorg geduid met de titel "Meten van Herstel". Voor de FARE gebeurt dit binnen de FET-teams reeds op adequate wijze; de FARE wordt periodiek afgenomen en resultaten (lees: risicofactoren) worden vertaald naar concrete interventies in het zorgplan. De reguliere teams kunnen hier nog een verbeterlag in slaan en hier zal op aangestuurd worden. Tot slot wordt beoordeeld welke forensische indicatoren we intern willen monitoren, zodat het daadwerkelijk bijdraagt aan verhoging van kwaliteit en veiligheid van onze forensische zorg.
- **Ervaringsdeskundigheid:** Er wordt uitgewerkt op welke wijze ervaringsdeskundigheid binnen de forensische zorg kan worden ingebed. Daarbij worden de randvoorwaarden, inzetmogelijkheden en eventuele belemmeringen, waaronder de betekenis van de Verklaring Omtrent Gedrag, nader geconcretiseerd.

2.3 PIJLER 3: ORGANISATIE VAN ZORG⁴

2.3.1 Algemeen beeld

In 2025 heeft IrisZorg de verdere versterking van kwaliteit en veiligheid binnen de forensische zorg voortgezet. Binnen pijler 3 lag de focus op het systematischer benutten van kwaliteitsinformatie, waaronder audits, VIM-meldingen, cliënt- en medewerkersfeedback en herstelgerichte uitkomst-informatie. Deze bronnen helpen om verbeterpunten te signaleren, op te volgen en te gebruiken voor leren en verbeteren in de praktijk.

In 2025 zijn belangrijke stappen gezet in het versterken van het kwaliteitsmanagementsysteem en de lerende

4 Kwaliteitsaspecten: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aea4-d3773cabfd43/7e39fce1-65a1-4572-bb6f-cdb81cc2dbdf/kwaliteitskader-aspecten-bij-pijler-3.pdf>

cyclus. Zo is Zenya Flow in gebruik genomen voor het vastleggen en opvolgen van verbetermaatregelen, zijn interne en externe audits uitgevoerd, is de flitsaudit opnieuw ingezet en zijn cliënt- en medewerkersmetingen benut als input voor verbetering.

Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat de lerende cyclus nog niet overal even stevig is geborgd. Vooral de opvolging, terugkoppeling en effectmeting van verbetermaatregelen in de lijn vragen verdere versterking. Voor 2026 ligt de nadruk daarom op het zichtbaarder borgen van verbetermaatregelen in teams en het beter benutten van uitkomstinformatie als stuurinformatie.

2.3.2 Terugblik afgelopen jaar

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste resultaten en ontwikkelingen binnen pijler 3 in 2025.

- **Kwaliteitsmanagementsysteem en verbeteropvolging:** In 2025 is binnen IrisZorg verder gewerkt aan de doorontwikkeling en digitalisering van het kwaliteitsmanagementsysteem. Met de inzet van Zenya Flow is een belangrijke stap gezet in het eenduidig vastleggen, opvolgen en borgen van verbetermaatregelen. Verbeteracties worden hierin vastgelegd voor opvolging volgens de PDCA-cyclus. Hierdoor wordt beter zichtbaar welke maatregelen zijn ingezet, wat de voortgang is en op welke punten nadere borging nodig blijft. Het kwaliteitsmanagementsysteem ondersteunt daarmee niet alleen de opvolging van auditbevindingen en signalen uit de praktijk, maar ook het structureel leren en verbeteren. In 2026 ligt de focus op verdere implementatie in de lijn, zodat eigenaarschap, opvolging en terugkoppeling organisatiebreed nog beter worden geborgd.
- **Kwaliteitssysteem en audits:** In 2025 zijn interne en externe audits opnieuw benut om de kwaliteit en veiligheid van de forensische zorg te toetsen en verder te verbeteren. De HKZ-audits in november en december 2025 lieten een positief beeld zien. De audit heeft geleid tot een voordracht voor hercertificering voor GGZ en WMD en een tussenevaluatie voor Reclassering. De minors uit 2024 zijn opgelost en er zijn geen nieuwe minors vastgesteld. De audits laten zien dat de forensische zorg op hoofdlijnen op orde is en dat teams betrokken werken aan kwaliteit en veiligheid. Tegelijkertijd zijn aandachtspunten benoemd die verdere borging vragen, waaronder de opvolging van actieplannen, de eenduidige toepassing van persoonsalarmering en teamagressieprotocollen, het tijdig actualiseren van risicotaxaties en signaleringsplannen. Deze punten krijgen in 2026 vervolg. Ook de flitsaudit is in 2025 opnieuw uitgevoerd. In totaal vulden 168 medewerkers uit zorg en ondersteuning de vragenlijst volledig in. Gemiddeld werden de zestien thema's gewaardeerd met een 7,0. Positief scoorden met name cliëntbetrokkenheid, evalueren en bijsturen, deskundigheidsontwikkeling en bekendheid met persoonsalarmering. Aandachtspunten waren onder meer hygiëne, het actueel houden en gebruiken van zorgplannen, signaleringsplannen en risicotaxaties, het werken met teamplannen en de PDCA-cyclus en de zichtbaarheid van opvolging na VIM-meldingen. De audits en flitsaudit laten daarmee zien dat verbeterpunten goed worden gesignaleerd, maar dat opvolging en terugkoppeling in de lijn nog niet altijd voldoende zichtbaar zijn. Dit geldt in het bijzonder voor de opvolging van VIM-meldingen. Op papier is beschreven hoe de opvolging van meldingen moet verlopen, maar uit de praktijk en auditbevindingen blijkt dat deze werkwijze nog niet overal consequent wordt toegepast. Daarom start IrisZorg in 2026 een verbeterproject rondom VIM, gericht op het versterken van analyse, opvolging en terugkoppeling in de lijn.
- **Digitalisering handboek en borging van werkwijzen:** In 2025 is binnen IrisZorg de digitalisering van het documentbeheer verder vormgegeven met de ingebruikname van Zenya Doc per 1 juli 2025. In aanloop naar de livegang zijn documenten herzien en samengebracht in één digitaal handboek. Daarmee zijn protocollen, werkinstructies en overige kwaliteitsdocumenten centraler en actueler beschikbaar voor medewerkers. Via IrisPlein (voorheen Intranet) worden medewerkers maandelijks geïnformeerd over gewijzigde documenten. Dit ondersteunt het werken volgens actuele afspraken en draagt bij aan eenduidigheid in de uitvoering van de forensische zorg.
- **Clïenttevredenheid en ervaringsmetingen (CQI):** De clïenttevredenheid binnen IrisZorg bleef in 2025 op hetzelfde hoge niveau als in 2024. Voor behandeling werd gemiddeld een rapportcijfer van 8,6 gegeven. Voor de forensische zorg zijn de CQI-uitkomsten niet afzonderlijk geanalyseerd, omdat

het aantal ingevulde metingen daarvoor te beperkt is. IrisZorg heeft daarmee wel zicht op cliëntervaringen in algemene zin, maar nog beperkt specifiek zicht op de ervaringen van forensische cliënten.

Om toch voldoende basis te hebben voor verbetermaatregelen, worden de uitkomsten op totaalniveau bekeken en besproken met betrokken medewerkers. Waar mogelijk worden bevindingen vertaald naar verbeteracties die ook relevant zijn voor de forensische zorg.

Naar aanleiding van de CQI-uitkomsten over 2024 zijn in 2025 verbeteracties ingezet op drie onderwerpen: informatievoorziening over zelfhulpgroepen en herstelactiviteiten, het bespreken van behandel mogelijkheden en de voorlichting over werking en bijwerkingen van medicatie.

Voor de informatievoorziening over herstelactiviteiten en zelfhulpgroepen is afgesproken dat ervaringsdeskundigen en regisseurs maandelijks informatie delen met teams, met het verzoek dit aanbod ook zichtbaar te maken in wachtruimtes. Daarnaast is het aanbod opgenomen op de vernieuwde website van IrisZorg en beschikbaar via Minddistrict.

In een groot deel van de behandelteams is daarnaast een adviesgesprek na intake ingevoerd, zodat behandel mogelijkheden met de cliënt kunnen worden besproken in het kader van samen beslissen. Met de medische staf is afgesproken dat bij het starten van medicatie de werking en bijwerkingen met de cliënt worden besproken en in het dossier worden vastgelegd. Dit onderwerp is in 2025 opnieuw onder de aandacht gebracht binnen het artsenoverleg.

In 2026 wordt extra ingezet op het verhogen van het aantal CQI-metingen. Het aantal ingevulde metingen wordt maandelijks zichtbaar gemaakt in het dashboard voor teams, zodat zij de respons kunnen volgen en hierop kunnen sturen. Omdat deelname vrijwillig en anoniem is, is sturing op cliëntniveau niet mogelijk. Omdat de forensische doelgroep wantrouwend en terughoudend kan zijn, is het van groot belang om informatie over de CQI laagdrempelig, begrijpelijk en zichtbaar te maken. Denk hierbij aan posters, flyers en aandacht binnen teams. Ook wordt extra ingezet op het terugkoppelen aan cliënten wat met hun feedback is gedaan. Deze verbeterde informatievoorziening kan positief bijdragen aan het verhogen van de motivatie om de CQI in te vullen.

- **Meten van Herstel (voorheen ROM):** In 2025 is een belangrijke stap gezet in het meten van herstel, voorheen aangeduid als Routine Outcome Monitoring (ROM). Zoals eerder benoemd is de invoering van de afname van de MATE via Minddistrict voor alle behandelteams gereed. Daarmee is een belangrijke basis gelegd om herstelgerichte zorg en behandeluitkomsten beter te volgen. Deze ontwikkeling sluit aan bij de ambitie om naast procesinformatie ook uitkomsten van zorg meer structureel te benutten in de kwaliteitscyclus van de forensische zorg.
- **Veilig werk- en leefklimaat:** Een veilig werk- en leefklimaat is een randvoorwaarde voor goede forensische zorg. In 2025 is daarom blijvend ingezet op het versterken van de veiligheid van zowel cliënten als medewerkers. VIM-meldingen vormen daarbij een belangrijke bron om risico's te signaleren, trends te duiden en verbetermaatregelen in te zetten. De meeste meldingen in 2025 hadden betrekking op agressie en grensoverschrijdend gedrag. In 2024 is vanuit de HKZ een minor vastgesteld op het onderwerp persoonsalarmering. Gebleken is dat medewerkers niet altijd voldoende bekend waren met het gebruik en de werking van persoonsalarmering. Daardoor voelden zij zich niet altijd veilig. Persoonsalarmering is daarop expliciet opgenomen in het bredere beleid Agressie en Veiligheid en de samenhang met scholing, gebouwveiligheid en teamafspraken is versterkt. Uit beschikbare gegevens bleek bovendien dat het gebruik van persoonsalarmering per team sterk verschild. Daarom is gekozen voor een teamgerichte oorzaakanalyse, gericht op kennis en bewustzijn van medewerkers, techniek en middelen, werkafspraken, beschikbaarheid van documenten en de wijze van borging door management en teams. Op basis van de analyse is per team een gerichte verbeteropdracht gegeven. Ook op het bredere thema agressie en veiligheid zijn in 2025 meerdere stappen gezet. Het beleid Agressie en Veiligheid is aangescherpt, de visie op de-escalerend werken is verder uitgewerkt en de jaarlijkse verplichte de-escalatietraining is geborgd. Daarnaast zijn richtlijnen toegevoegd voor kamerinrichting en gebouwveiligheid, is een hand-out de-escalerend werken beschikbaar gesteld en is het format voor het teamagressieprotocol herzien, zodat teams hun afspraken eenduidiger kunnen vastleggen, bespreken en evalueren.

De flitsaudit, die halverwege 2025 is afgenomen, liet op dit punt een positief beeld zien. Medewerkers scoorden relatief hoog op bekendheid met persoonsalarmering. Dit laat zien dat de ingezette aandacht effect heeft gehad. Tegelijk blijft verdere borging nodig. In 2026 wordt opnieuw gemeten in hoeverre de bekendheid, toepassing en borging duurzaam zijn versterkt.

- **Naasten en netwerkgerichte zorg:** Het structureel betrekken van naasten blijft een belangrijk ontwikkelpunt binnen de forensische zorg. In 2025 is het adviesrapport voor het project Naasten gereed-gekomen. De verdere implementatie krijgt in 2026 vorm. Doel hiervan is om naasten structureler te betrekken en netwerkgericht werken verder te versterken binnen behandeling en begeleiding.
- **Medewerkersbetrokkenheid:** Medewerkersbetrokkenheid is een belangrijke voorwaarde voor kwalitatief goede en veilige forensische zorg. In 2025 zijn de belangrijkste aandachtspunten uit het eerdere medewerkersbetrokkenheidsonderzoek verder opgepakt en doorontwikkeld. Voor de forensische zorg zijn vooral de thema's communicatie, arbeidsomstandigheden, leiderschap, persoonlijke ontwikkeling en vitaliteit relevant. De livegang van IrisPlein, de verdere implementatie van persoonsalarmering, trainingen voor leidinggevenden en de lancering van een nieuw leerplatform hebben hieraan bijgedragen. De gedefinieerde acties uit het medewerkersbetrokkenheidsonderzoek zijn in 2025 verder geïmplementeerd en organisatiebreed gecommuniceerd. Professionals zijn hierbij betrokken gebleven. In het voorjaar van 2026 vindt opnieuw een breder medewerkersbetrokkenheidsonderzoek plaats.

2.3.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Voor 2026 ligt binnen pijler 3 de nadruk op het verder versterken van het kwaliteitsmanagementsysteem en de lerende cyclus. IrisZorg zet in op verdere implementatie van Zenya Flow in de lijn, met meer zichtbaar eigenaarschap, opvolging en borging volgens de PDCA-cyclus. Daarnaast worden verbetermaatregelen uit audits, VIM-analyses, cliëntfeedback en medewerkersfeedback structureel gevolgd en teruggekoppeld aan teams.

Ook worden cliënttevredenheid, CQI-metingen en herstelmetingen verder benut als stuurinformatie voor teams. Daarbij is extra aandacht voor het verhogen van het aantal CQI-metingen en voor het terugkoppelen aan cliënten wat met hun feedback is gedaan. In 2026 vindt opnieuw een medewerkersbetrokkenheidsonderzoek plaats. De uitkomsten daarvan worden gebruikt voor verdere verbetering van kwaliteit, veiligheid en teamontwikkeling binnen de forensische zorg.

2.4 PIJLER 4: KETENSAMENWERKING⁵

Deze pijler richt zich op de samenwerking binnen de forensische keten. Het doel is om de continuïteit, samenhang en kwaliteit van de forensische zorg te versterken. Daarbij gaat het zowel om samenwerking met externe ketenpartners als om afstemming binnen de eigen organisatie en met de reclassering.

2.4.1 Algemeen beeld

In 2025 is binnen IrisZorg verder gewerkt aan de versterking van de ketensamenwerking binnen de forensische zorg. De basis voor samenwerking met verwijzers, reclassering, zorg- en veiligheidshuizen en andere forensische zorgorganisaties is aanwezig. Ook zijn er in de uitvoering samenwerkingsafspraken en overdrachtsmomenten ingericht die bijdragen aan informatie-uitwisseling en afstemming met cliënten en ketenpartners. Tegelijkertijd laat de evaluatie zien dat deze samenwerking nog niet op alle onderdelen voldoende concreet, structureel en toetsbaar is geborgd. Door capaciteitsdruk kon IrisZorg in 2025 niet deelnemen aan de lopende cycli van de EFP-kwaliteitsnetwerken Forensische Verslavingszorg en Forensisch Beschermd Wonen. Daarmee is een mogelijkheid tot externe spiegeling, kennisdeling en kwaliteitsverbetering beperkt benut. Daarnaast vragen thema's zoals samenwerking met gemeenten bij uitstroom en informatievoorziening aan naasten om nadere uitwerking. Voor 2026 ligt de focus daarom op het concreter vastleggen, periodiek evalueren en inhoudelijk verdiepen van de ketensamenwerking.

2.4.2 Terugblik afgelopen jaar

In het kwaliteitsverslag over 2024 zijn voor pijler 4 verschillende ontwikkelpunten benoemd. Hieronder volgt de evaluatie van deze doelen over 2025.

⁵ Kwaliteitsaspecten: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/7e39fce1-65a1-4572-bb6f-cdb81cc2dbdf/kwaliteitskader-aspecten-bij-pijler-4.pdf>

- **Samenwerking IrisZorg en gemeenten:** Bij uitstroom uit de forensische zorg is terugkeer naar de gemeente van herkomst niet in alle situaties wenselijk. Wanneer terugkeer het risico op terugval of recidive vergroot, gaat IrisZorg tijdig in gesprek met de betrokken gemeente en ketenpartners. Doel is om gezamenlijk te komen tot een passende, veilige en maatschappelijk verantwoorde oplossing, waarbij zowel het herstelperspectief van de cliënt als de veiligheid van de omgeving wordt meegewogen. Dit blijft een belangrijk ontwikkelpunt voor 2026.
- **Samenwerking (interne) Reclassering:** In 2025 is verder geïnvesteerd in het versterken van de samenwerking met de interne en externe reclasseringsorganisaties. Voor het FET Arnhem en Ede zijn twee vaste contactpersonen vanuit de Reclassering IrisZorg aangewezen. Deze inrichting ondersteunt de afstemming in de samenwerking en draagt bij aan de continuïteit van het contact. De samenwerking verloopt naar tevredenheid.
- **Communicatie naar cliënten en naasten:** In 2025 heeft IrisZorg haar website op alle fronten grondig aangepast; op inhoud, taalgebruik en interface ten behoeve van de vindbaarheid en gebruiksvriendelijkheid. De tekst over de forensische zorg is eveneens aangepast voor cliënten en verwijzers, voor naasten dient dit nog aangevuld te worden.
- **Visie Forensische Verslavingszorg:** IrisZorg heeft bijgedragen aan het opstellen van de visie Forensische Verslavingszorg door de expertgroep Verslaving van het EFP.

IrisZorg maakt deel uit van een netwerk van organisaties binnen de forensische keten. Medewerkers vanuit bestuur, management, primair proces, ondersteunende diensten en reclassering nemen deel aan verschillende landelijke en regionale gremia, waaronder:

- Expertgroep Verslaving van het EFP
- Stuurgroep Deskundigheidsbevordering van het EFP
- Kennisknooppunt Zorg & Veiligheid van Verslavingskunde Nederland
- Bestuurlijk Themanetwerk Forensische Zorg van Valente
- Forensisch Circuit Oost-Nederland (FCON)
- De Reclassering van IrisZorg is aangesloten bij overleggen vanuit de 3RO en SVG

Externe samenwerking

Zoals beschreven bij pijler 1 is in 2025 gericht geïnvesteerd in de samenwerking met externe ketenpartners, zowel binnen als buiten de forensische zorg. Deze samenwerking is essentieel om continuïteit van zorg, risicobeheersing en een zorgvuldige overgang tussen justitiële, klinische, ambulante en maatschappelijke voorzieningen te ondersteunen. Het betreft onder meer verwijzers vanuit de externe reclasseringsorganisaties binnen de 3RO, zorg- en veiligheidshuizen, andere forensische en reguliere zorgorganisaties, RJJ De Hunnerberg en de TBS-klinieken en -afdelingen van de Pompestichting en De Rooyse Wissel. De aard en intensiteit van deze samenwerking verschillen per regio en afdeling en hangen samen met de doelgroep, de lokale ketenstructuur en het doel van de betreffende samenwerking.

Door deze samenwerkingsrelaties structureel te onderhouden, kan IrisZorg beter aansluiten bij verwijzingen, veiligheidsafwegingen, behandel- en begeleidingsdoelen en overdrachtsmomenten. Daarmee draagt ketensamenwerking bij aan een meer integrale benadering van forensische zorg, waarin herstel, veiligheid en recidivevermindering in samenhang worden opgepakt.

Interne samenwerking

Naast de externe ketensamenwerking is in 2025 ook nadrukkelijk geïnvesteerd in de interne samenwerking binnen IrisZorg, in het bijzonder met de Reclassering. Deze samenwerking is van belang om forensische risico's tijdig te signaleren, informatie zorgvuldig te delen en begeleiding, behandeling en toezicht beter op elkaar af te stemmen.

In de regio Nijmegen is vanuit het Forensisch Expertiseteam daarnaast gewerkt aan het versterken van de samenwerking met woonvoorzieningen die forensische plaatsen aanbieden. Via periodieke overleggen zijn het inclusiebeleid en de plaatsingsvoorwaarden verder aangescherpt. Ook is deskundigheidsbevordering geboden aan medewerkers van deze woonvoorzieningen, zodat zij beter zijn toegerust om forensische problematiek te herkennen, risicogericht te handelen en passende begeleiding te bieden binnen een veilige woonomgeving.

2.4.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Voor 2026 worden binnen pijler 4 de volgende doelen en ontwikkelpunten gehanteerd.

- **Evaluatie ketenpartners:** De bestaande externe samenwerkingsrelaties met relevante ketenpartners worden per regio geïnventariseerd en beoordeeld op doel, frequentie en resultaat. Op basis hiervan wordt uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 per regio vastgesteld welke samenwerkingen worden gecontinueerd, geïntensiveerd of nader uitgewerkt.
- **Transmuraal verlot:** Samen met DJI en De Rooyse Wissel wordt onderzocht onder welke voorwaarden Transmuraal Verlot binnen forensisch beschermd wonen op "beveiligingsniveau 0" toepasbaar is. Doel is om uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 te komen tot een gezamenlijk uitgewerkt voorstel over randvoorwaarden, verantwoordelijkheden en uitvoerbaarheid.
- **Deelname kwaliteitsnetwerken EFP:** In 2026 wordt de benodigde capaciteit in beeld gebracht om hernieuwde deelname aan de kwaliteitsnetwerken Forensische Verslavingszorg en Forensisch Beschermd Wonen van het EFP mogelijk te maken. Uiterlijk in het derde kwartaal van 2026 wordt hierover een besluit genomen, zodat deelname aan een eerstvolgende passende cyclus kan worden voorbereid.
- **Warme overdracht:** De handreiking van KFZ inzake warme overdracht is opgenomen in de procesbeschrijving forensische (woon)begeleiding. In 2026 wordt deze werkwijze bij de implementatie van het proces actief onder de aandacht gebracht en gemonitord, met als doel de overdracht naar externe ketenpartners eenduidiger en zorgvuldiger te laten verlopen.
- **Informatievoorziening voor naasten:** In 2026 wordt de informatie op de website over de forensische zorg voor naasten geactualiseerd en aangevuld. Doel is om uiterlijk in het vierde kwartaal van 2026 te beschikken over toegankelijke en actuele informatie over aanbod, werkwijze en contactmogelijkheden.

3. Kengetallen

3.1 OMVANG VAN DE FORENSISCHE ZORG

IrisZorg biedt verschillende forensische zorgproducten, alle met beveiligingsniveau 1:

Zorgvorm	Toelichting
Klinische behandeling	IrisZorg biedt klinische forensische behandeling binnen de Dubbele Diagnose kliniek in Wolfheze.
Ambulante behandeling	In de regio's Nijmegen-Rivierenland, Arnhem-Ede, Doetinchem en Apeldoorn biedt IrisZorg ambulante behandeling. Afhankelijk van de regio gaat het om poliklinische behandeling en/of FACT-behandeling.
Ambulante begeleiding	Ambulante begeleiding wordt aangeboden in de regio's Nijmegen-Rivierenland, Arnhem-Ede, Doetinchem, Apeldoorn, Deventer, Harderwijk en Flevoland.
Beschermd wonen en maatschappelijke opvang	In alle regio's biedt IrisZorg forensische verblijfszorg en opvang. Cliënten met een forensische titel verblijven verspreid over de voorzieningen en worden dus niet geclusterd.
Forensische dagbesteding	Forensische dagbesteding wordt aangeboden in Apeldoorn, Harderwijk, Deventer, Arnhem en Nijmegen. Dit gebeurt deels intern en deels in samenwerking met externe partners.

Reikwijdte

Het Kwaliteitskader FZ is vooralsnog uitsluitend gericht op de forensische zorg die door Justitie wordt ingekocht. Het Meerjarenplan FZ en dit verslag sluiten aan bij deze afbakening. Reguliere verslavingszorg valt daarmee buiten de reikwijdte van deze verantwoording.

Aantal patiënten/cliënten op 31 december 2025:

	Aantal patiënten	% van het totaal aantal patiënten	Omzet	Percentage van de totale omzet
Forensische zorg (gefinancierd door DJI)	422	5%	€10.535.316	7%
Anders gefinancierde zorg (inclusief vrijwillige forensische zorg vallend onder de Zvw)	7955	98% NB. 3% v.d. forensische cliënten heeft meerdere trajecten (voor of na forensische titel) en vallen óók onder andere financiering	€125.185.518	93%
Totaal	8097	100%	€135.720.834	100%

3.2 FORENSISCHE PRESTATIE-INDICATOREN

De gids Prestatie-indicatoren verslagjaar 2024⁶ van ForZo/JJI is bedoeld om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren en om te gebruiken ten behoeve van de verantwoording over de kwaliteit van de forensische zorg.

3.2.1 Indicator 1 Risicotaxatie

Indicator 1 meet het uitvoeren van risicotaxaties bij patiënten. Dit is geoperationaliseerd in het aantal geldige metingen met toegelaten risicotaxatie-instrumentarium op de peildata (31 mei 2025 en 31 december 2025). Aan deze indicator is een normering verbonden.

De cijfers over 2025 bedragen:

	Norm	Score
Ambulante behandeling	65%	83%

De FARE wordt gebruikt om een inschatting van te maken van het recidiverisico. Deze wordt minimaal elk half jaar (183 dagen) afgenomen, indien nodig frequenter. IrisZorg hanteert een interne norm die hoger ligt dan die van Justitie, respectievelijk 75% t.o.v. 65%. In de tabellen hierover het overzicht, peildatum 31 december 2025.

Indicator 1, Risicotaxatie - Fare		Fare		december		
				Aantal cliënten	Geldige metingen	Geen geldige metingen
Meettermijn	183 dagen	Achterhoek	100%	3	3	0
Norm	75%	Apeldoorn	100%	10	10	0
		Arnhem	79%	48	38	10
		Ede	100%	3	3	0
		Nijmegen	84%	45	38	7
		Rivierenland	64%	11	7	4
		Totaal	83%	120	99	21

3.2.2 Indicator 2 Continuïteit van zorg

Indicator 2 brengt de gewenste vervolgzorg voor de patiënt in kaart ten behoeve van de continuïteit van zorg. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij een goed lopend ketentraject voor de patiënt organiseren. Onder continuïteit wordt begrepen een vloeiende overgang van forensische zorg in het kader van een forensische zorgtitel, naar zorg waarbij de forensische zorgtitel is geëindigd. Deze overgang kan zowel plaatsvinden bij de zorgaanbieder zelf als bij een andere zorgaanbieder. Door te registreren waar de vervolgzorg zou moeten plaatsvinden, worden de knelpunten in de continuïteit van zorg beter zichtbaar.

⁶ Gids prestatie-indicatoren 2024: [Gids prestatie indicatoren 2024](#) | [Publicatie](#) | [Forensische zorg](#)

De cijfers over 2025 bedragen:

Uitstroomcategorie	PPC	Klinische zorg overig	Ambulante behandeling	Beschermd wonen/ ambulante begeleiding
1.1 Forensische klinische zorg bvn 3: FPK/FVK	-	-	-	1
1.2 Forensische klinische zorg bvn 2: FPA/FVA	-	-	-	-
1.3 Forensisch klinische zorg bvn 1	-	-	-	-
2. Forensische ambulante behandeling (Incl. FACT)	-	-	-	13
1. Specialistische GGZ	-	-	-	9
2. Basis GGZ	-	-	-	-
5.1 Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten SGLVG/SGLVG+	-	-	-	-
5.2 Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten VG Verblijf	-	-	-	-
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)	-	-	-	23
7. Maatschappelijke opvang (MO)	-	-	-	14
8. Ambulante begeleiding	-	-	-	12
9. Anders... (bijv. algemene WMO-voorziening)	-	-	2	26
10. Geen vervolgzorg nodig	-	6	122	17

Ten opzichte van 2024 is sprake van een lagere instroom van forensische cliënten.

3.2.3 Indicator 3 Ernst van de problematiek

Indicator 3 meet de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten. Dit is geoperationaliseerd in het aantal geldige metingen met instrumentaria voor het meten van de ernst van de problematiek op de peildata (31 mei 2025 en 31 december 2025). Aan deze indicator is een normering verbonden.

De cijfers over 2025 bedragen:

	Norm	Score
Ambulante behandeling	60%	52%

De MATE 7 wordt gebruikt om de ernst van de problematiek te meten en dient minimaal eenmaal per jaar te worden afgenomen, indien nodig frequenter. IrisZorg hanteert een interne norm die hoger ligt dan de normering van Justitie, respectievelijk 65% t.o.v. 60%. In de tabellen hieronder het overzicht, peildatum 31 december 2025.

Indicator 3, Ernst problematiek - Mate		Mate	%	Aantal cliënten	Geldige metingen	Geen geldige metingen
Meettermijn	365 dagen	Achterhoek	67%	3	2	1
Norm	65%	Apeldoorn	50%	10	5	5
		Arnhem	40%	45	18	27
		Ede	67%	3	2	1
		Nijmegen	68%	41	28	13
		Rivierenland	36%	11	4	7
		Totaal	52%	113	59	54

Bijlage: Samenvatting per pijler

Pijler	Stand van zaken 2025	Successen / energie	Knelpunten / aandachtspunten	Focus 2026
Pijler 1 Veiligheid en persoons- gerichte zorg	De basis voor veilige en persoonsgerichte forensische zorg is verder uitgewerkt. In teams met duidelijke forensische focus is de kwaliteit en forensische scherpste beter zichtbaar dan in teams waar forensische zorg onderdeel is van een breder zorgaanbod. Werkgroepen behandeling en (woon)begeleiding ondersteunen de verdere implementatie.	• FARE ruim boven norm: 83%. • Delictanalyse (DA) geïmplementeerd in FET Nijmegen, Arnhem/Ede en FACT Apeldoorn. • Procesbeschrijving forensische begeleiding opgesteld. • BeRK getraind en geëvalueerd op forensische woonafdeling. • Minddistrict ingezet voor MATE, modules en delictanalyse. • ERM-pilotgroep en ART-groep gestart binnen FET Nijmegen. • Ketencontacten geïntensiveerd.	• MATE-norm niet behaald: 52%. • Procesbeschrijving ambulante forensische behandeling sluit nog onvoldoende aan op praktijk en is nog niet geëvalueerd. • DA in teams waar forensische zorg onderdeel is van een breder zorgaanbod wisselend door capaciteit en expertise. • BeRK tijdelijk on-hold door personele krapte; borging vraagt sturing. • Online cliëntportaal is in 2025 niet inhoudelijk doorontwikkeld.	• Sturen op FARE en zorgplan-KPI. • Ambulant forensisch behandelproces actualiseren. • Procesbeschrijving forensische begeleiding vaststellen en implementeren. • DA borgen, vooral in gespikkelde teams. • BeRK verder verankeren als dit in KKFZ wordt opgenomen. • ERM/ART bestendigen en mogelijk verbreden. • Ketenpartners verder verdiepen.
Pijler 2 Forensisch vakmanschap	IrisZorg beschikt steeds meer over randvoorwaarden voor forensisch vakmanschap: scholing, intervisie, werkbegeleiding, dossiercontroles, handboek en externe netwerken. De behoefte aan deskundigheidsbevordering verschilt sterk per team en type forensisch aanbod.	• Forensische leerpaden opgenomen in nieuw leermanagementsysteem. • Evaluatie van leerpaden uitgevoerd, mede op signalen uit de praktijk. • Modules beoordeeld op relevantie en toepasbaarheid in werkgroep forensische (woon)-begeleiding. • Ervaringsdeskundige professional neemt deel aan werkgroep. • Aansluiting bij meerjarenplan ervaringsdeskundigheid 2025-2028. • Deelname aan werkveldconferenties Saxion AD Forensische Zorg.	• Leerlijn nog niet integraal verplicht opgenomen in opleidingskader. • Verschillen tussen teams vragen differentiatie in basis- en verdiepingsaanbod. • Forensische deskundigheid is kwetsbaarder in teams met beperkte forensische caseload. • Positionering van ervaringsdeskundigheid in forensische context vraagt verdere uitwerking, o.a. VOG, inzetbaarheid en beeldvorming. • Reguliere teams kunnen FARE/uitkomsten nog beter vertalen naar interventies.	• Herijkt opleidingskader forensisch vakmanschap vaststellen. • Per functie passend basis- en verdiepingsaanbod bepalen. • Dossiercontroles voortzetten en benutten voor werkbegeleiding en kwaliteitsverbetering. • ROM/Meten van Herstel versterken. • Bepalen welke forensische indicatoren intern gemonitord moeten worden. • Inbedding ervaringsdeskundigheid concretiseren.

Pijler	Stand van zaken 2025	Successen / energie	Knelpunten / aandachtspunten	Focus 2026
Pijler 3 Organisatie van zorg	Binnen pijler 3 is in 2025 de versterking van kwaliteit en veiligheid voortgezet. Kwaliteitsinformatie uit audits, VIM, cliënt- en medewerkersfeedback en herstelgerichte uitkomst-informatie wordt beter benut. Tegelijk is de lerende cyclus nog niet overal stevig geborgd.	• Zenya Flow in gebruik voor verbetermaatregelen en PDCA-opvolging. • Zenya Doc/livegang digitaal handboek per 1 juli 2025. • HKZ-audits positief: voordracht hercertificering GGZ/WMD; minors 2024 opgelost; geen nieuwe minors. • Flitsaudit opnieuw uitgevoerd: 168 respondenten, gemiddeld 7,0. • Cliënttevredenheid behandeling hoog; 8,6. • MATE via Minddistrict gereed voor behandelteams. • Persoonsalarmering en agressiebeleid aangescherpt. • Medewerkersbetrokkenheid opgepakt via o.a. IrisPlein, leerplatform en leiderschapstraining.	• Opvolging, terugkoppeling en effectmeting in de lijn vragen versterking. • VIM-opvolging is beschreven, maar nog niet overal consequent toegepast. • CQI-uitkomsten zijn niet specifiek forensisch geanalyseerd door te weinig metingen; ook te beperkt per team. • Actueel houden van zorgplannen, signaleringsplannen en risicotaxaties blijft aandachtspunt. • Deelname aan EFP-lerend netwerk/externe auditcyclus is niet benut door capaciteitsdruk; externe spiegeling is hierdoor beperkt.	• Zenya Flow verder implementeren in de lijn. • Verbeterproject VIM starten: analyse, opvolging en terugkoppeling versterken. • CQI-respons verhogen en dashboard per team benutten. • Terugkoppeling aan cliënten versterken: wat is met feedback gedaan? • Herstelmetingen en cliënttevredenheid meer gebruiken als stuurinformatie. • Nieuw medewerkersbetrokkenheidsonderzoek uitvoeren. • Bekijken hoe externe spiegeling/lerend netwerk weer vorm krijgt.
Pijler 4 Ketensamenwerking	De basis voor samenwerking met verwijzers, reclassering, zorg- en veiligheidshuizen en andere forensische zorgorganisaties is aanwezig. Samenwerking is versterkt, maar nog niet overal concreet, structureel en toetsbaar geborgd.	• Vaste contactpersonen Reclassering IrisZorg voor FET Arnhem/Ede; samenwerking verloopt naar tevredenheid. • Website vernieuwd; tekst forensische zorg aangepast voor cliënten en verwijzers. • Bijdrage geleverd aan visie Forensische Verslavingszorg via EFP-expertgroep Verslaving. • Deelname aan landelijke/regionale gremia zoals EFP, Valente, FCON, 3RO/SVG en Verslavingskunde Nederland. • Externe samenwerking onderhouden met reclassering, zorg- en veiligheidshuizen, RJJl De Hunnerberg, Pompestichting en De Rooyse Wissel. • Interne samenwerking met woonvoorzieningen in Nijmegen versterkt.	• Samenwerking is nog niet overal concreet, structureel en toetsbaar vastgelegd. • Capaciteitsdruk belemmerde deelname aan EFP-kwaliteitsnetwerken Forensische Verslavingszorg en Forensisch Beschermd Wonen. • Gemeentelijke samenwerking bij uitstroom blijft ontwikkelpunt, vooral als terugkeer naar herkomstgemeente niet wenselijk is. • Informatievoorziening aan naasten is nog niet compleet. • Aard en intensiteit van samenwerking verschillen per regio en afdeling.	• Ketenpartners per regio inventariseren en beoordelen op doel, frequentie en resultaat. • Samen met DJI en De Rooyse Wissel voorwaarden voor transmurale verlof onderzoeken. • Capaciteit voor her-nieuwde deelname EFP-kwaliteitsnetwerken in beeld brengen en besluit nemen. • Warme overdracht implementeren via procesbeschrijving forensische begeleiding. • Website/informatie voor naasten actualiseren.

