



1-5-2025

Kwaliteitsverslag

Forensische zorg



SMO VERDIHUIS

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
1.1	Aanleiding kwaliteitsverslag	2
1.2	De organisatie.....	2
1.3	Visie op forensische zorg.....	2
1.4	Korte terugblik afgelopen jaar	3
1.5	Leeswijzer.....	4
2	Stand van zaken pijlers.....	5
2.1	Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg	5
2.1.1	Algemeen beeld.....	5
2.1.2	Terugblik afgelopen jaar	6
2.1.3	Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar	7
2.2	Pijler 2: Forensisch Vakmanschap	8
2.2.1	Algemeen beeld.....	8
2.2.2	Terugblik afgelopen jaar	9
2.2.3	Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar	9
2.3	Pijler 3: Organisatie van zorg.....	11
2.3.1	Algemeen beeld.....	11
2.3.2	Terugblik afgelopen jaar	11
2.3.3	Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar	11
2.4	Pijler 4: Samenwerking.....	13
2.4.1	Algemeen beeld.....	13
2.4.2	Terugblik afgelopen jaar	13
2.4.3	Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar	13
3	Kengetallen	15
3.1	Omvang van de forensische zorg.....	15
3.2	Forensische Prestatie-indicatoren.....	15
3.2.1	Indicator 2 Continuïteit van zorg.....	15

1 Inleiding

1.1 Aanleiding kwaliteitsverslag

Stichting Maatschappelijke Ondersteuning Verdihuis zet zich in voor individuen en gezinnen in een maatschappelijk kwetsbare of onveilige situatie. Wij bieden opvang en woonbegeleiding in de regio Brabant Noord-Oost. Dit doen wij bij die cliënt thuis of in een woning van ons. Forensische zorg is hier ook onderdeel van. De forensische zorg wordt geboden op de locatie de Klim-op. Per 1 oktober 2022 is het kwaliteitskader Forensische Zorg in werking getreden. Dit kwaliteitsverslag beschrijft waar SMO Verdihuis staat met betrekking tot de implementatie van het kader op basis van het meerjarig implementatieplan.

1.2 De organisatie

SMO Verdihuis heeft diverse vormen van zorg: Meld en adviespunt zorg & overlast, nacht-, winter- en crisis- en kleinschalige opvang, beschermd wonen, een time-out voorziening, de Pitstop (dagbesteding) en ambulante begeleiding. De forensische zorg valt onder de zorgvorm beschermd wonen binnen SMO Verdihuis. De organisatie heeft de volgende missie, visie en kernwaarden.

Missie

Kansen geven aan mensen om het maximale uit zichzelf te halen.

Visie

Wij geloven dat mensen met een hulpvraag blijvend in staat zijn om invulling te geven aan hun leven en toekomst. Wij gaan uit van datgene wat zij zelf kunnen en willen. Wij geven hen het vertrouwen en stellen de vragen die nodig zijn om ze hun mogelijkheden te laten ontdekken en benutten. Zo dragen we bij aan het (her) vinden van eigenwaarden, autonomie en een veilig en fijn thuis.

Kernwaarden

Binnen het Verdihuis staan drie kernaarden centraal in ons werk met cliënten, collega's en netwerkpartners. Bij de kernwaarden horen normen. Dit zijn regels of werkwijzen die voortvloeien uit de kernwaarden.

Kernwaarden	Normen (regels en werkwijzen die uit normen voortkomen)
Vertrouwen	We hebben vertrouwen in de eigen kracht van mensen.
Samen	Samenwerken met cliënten en ons netwerk doen we vanuit gelijkwaardigheid.
Ontwikkelen	We stimuleren ontwikkeling vanuit een vraag, met een nieuwsgierige houding, zonder oordeel. Bereidheid om te ontwikkelen, reflecteren en waar nodig te veranderen vinden we belangrijk.

1.3 Visie op forensische zorg

Wij geloven we dat ook mensen met een strafrechtelijk verleden in staat zijn om opnieuw richting te geven aan hun leven. In onze forensische zorg staat herstel centraal: van eigenwaarde, relaties en deelname aan de samenleving. Wij bieden cliënten een nieuwe kans – zonder hen te reduceren tot hun verleden.

We zien de mens achter het delict en erkennen dat fouten zijn gemaakt, maar geloven dat ieder mens meer is dan zijn misstap. Vanuit die overtuiging werken we samen aan het versterken van eigen regie, het benutten van aanwezige krachten en het leren van het verleden. Onze begeleiding richt zich op het voorkomen van terugval en het

bevorderen van maatschappelijke participatie. We helpen cliënten om zichzelf opnieuw serieus te nemen, doelen te stellen, en in verbinding te komen met hun omgeving.

Naast het bieden van herstelondersteunende zorg brengen we ook de risicofactoren van de cliënt in beeld. Samen onderzoeken we welke omstandigheden, gedragingen of patronen kunnen bijdragen aan terugval en hoe hiermee om te gaan. We leren cliënten bewust te worden van hun eigen risicodynamiek en ondersteunen hen bij het ontwikkelen van vaardigheden om in risicovolle situaties andere keuzes te maken.

Met duidelijke kaders en oprechte betrokkenheid bieden we ruimte om te groeien. Zo werken we samen aan herstel, met vertrouwen als vertrekpunt en menswaardigheid als uitgangspunt.

1.4 Korte terugblik afgelopen jaar

Terugblik op het afgelopen jaar:

Het afgelopen jaar zijn wij intensief betrokken geweest bij diverse bijeenkomsten georganiseerd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Onze deelname aan bijeenkomsten van het kwaliteitsnetwerk forensische zorg heeft geleid tot waardevolle inzichten, samenwerking en verdieping. Tijdens deze bijeenkomsten hebben wij onder andere kennisgemaakt met het werken met de zogenoemde *parels* en *oesters*. Deze methodiek helpt ons om zowel sterke punten (parels) als ontwikkelpunten (oesters) binnen onze praktijk structureel in beeld te brengen en gericht aan te pakken. Hieronder volgt een overzicht per domein.

Domein 1: Forensisch vakmanschap

Binnen het domein *forensisch vakmanschap* zijn het afgelopen jaar belangrijke stappen gezet in het versterken van de professionele kwaliteit van medewerkers.

- **Parel:** Een belangrijke ontwikkeling is de totstandkoming van een zorgvuldig opgebouwd scholingsplan. Dit plan sluit aan op de actuele behoeften binnen het team en stimuleert doelgerichte ontwikkeling van forensisch vakmanschap. Daarnaast is intervisie structureel ingezet, wat bijdraagt aan reflectie, deskundigheidsbevordering en het delen van praktijkervaringen. Beide initiatieven dragen zichtbaar bij aan de verdieping van het professioneel handelen.
- **Oester:** Tegelijkertijd zien we dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid nog volop in ontwikkeling is. Hoewel het belang breed wordt onderschreven, vraagt de daadwerkelijke integratie ervan in het dagelijks handelen nog verdere uitwerking. Dit wordt verder uitgewerkt in het kwaliteitsverslag.

Domein 2: Ketensamenwerking

Binnen het domein *ketensamenwerking* is het afgelopen jaar gewerkt aan het versterken van de samenwerking met ketenpartners rondom de in-, door- en uitstroom van cliënten.

- **Parel:** Een positief voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een warme overdracht in het instroomproces. Door in een vroeg stadium de toezichthouder, behandelaren, begeleiding en het netwerk te betrekken en gezamenlijk de samenwerkingsafspraken te formuleren, wordt gezorgd voor een zorgvuldig afgestemde start van het traject. Dit draagt bij aan continuïteit in begeleiding, betere afstemming tussen partijen en meer veiligheid.
- **Oester:** Een aandachtspunt binnen dit domein blijft de uitstroom en de bijbehorende uitstroommogelijkheden. Hoewel dit thema erkend wordt als belangrijk, vraagt het nog om gerichtere aandacht en structurele samenwerking met ketenpartners om passende en tijdige uitstroom voor cliënten te realiseren.

Dit punt wordt meegenomen in de verdere uitwerking binnen het kwaliteitsverslag.

Domein 3: Cliëntperspectief

Binnen het domein *cliëntperspectief* staat het serieus nemen en actief betrekken van de cliënt centraal bij alle stappen in de zorg.

- **Parel:** Het centraal stellen van de cliënt vormt een belangrijk speerpunt en is als parel benoemd. Dit komt onder andere tot uiting in de implementatie van het interviewprotocol, waarin nadrukkelijk ruimte is voor de stem van de cliënt en maatwerk wordt geboden. Deze aanpak versterkt de relatie tussen begeleider en cliënt en draagt bij aan meer cliëntgerichte en betekenisvolle zorg.
- **Oester:** Tegelijkertijd signaleren wij dat er verdere ontwikkeling nodig is op het gebied van risico gestuurd werken. We zien dit als een belangrijk aandachtspunt en hebben daarom ingezet op de implementatie van het BeRk-gesprek. Dit instrument helpt ons om risico's beter bespreekbaar te maken met de cliënt, waardoor diens perspectief ook op dit vlak explicieter wordt meegenomen in de behandelafwegingen. Ook dit wordt verder uitgewerkt in het kwaliteitsverslag.

Domein 4: Forensische scherpste

Binnen het domein *forensische scherpste* richten we ons op het blijven herkennen, benoemen en wegen van risicofactoren in relatie tot de veiligheid van de maatschappij én de ontwikkeling van de cliënt.

- **Parel:** De kracht binnen dit domein zit in de combinatie van verschillende werkwijzen die gezamenlijk bijdragen aan het versterken van de forensische scherpste binnen het team. Intervisie, cliëntbesprekingen, trajectbesprekingen, overdracht en consultatie van de verpleegkundig specialist vormen structurele momenten waarop medewerkers met elkaar reflecteren, afstemmen en forensische inschattingen onderbouwen. Daarnaast wordt actief gewerkt aan het stimuleren van een open feedbackcultuur en is er sprake van een nauwe samenwerking met ketenpartners. Deze samenhangende aanpak zorgt voor een gedeeld forensisch bewustzijn en versterkt het professioneel handelen in risicovolle situaties.
- **Oester:** Het BeRk-gesprek vormt binnen dit domein een belangrijke ontwikkelkans. Hoewel er op dit moment nog niet met het instrument wordt gewerkt, zal in september worden gestart met de implementatie ervan. De verwachting is dat het BeRk-gesprek zal bijdragen aan het versterken van de forensische scherpste, met oog voor zowel risico gestuurde besluitvorming als het cliëntperspectief.

1.5 Leeswijzer

In de volgende paragrafen kunt u lezen hoe SMO Verdihuis in het afgelopen jaar invulling heeft gegeven aan de implementatie van het Kwaliteitskader en welke activiteiten er voor de komende jaren op de planning staan.

In hoofdstuk 2 staat de stand van zaken per pijler en in hoofdstuk 3 staan de kengetallen die betrekking hebben op de geleverde forensische zorg.

2 Stand van zaken pijlers

Het Kwaliteitskader FZ bestaat uit vijf pijlers:

1. Veiligheid en persoonsgerichte zorg
2. Forensisch vakmanschap
3. Organisatie van zorg
4. Samenwerken
5. Informeren over resultaten

Hieronder staat in elke paragraaf uitgewerkt wat de stand van zaken is met betrekking tot de implementatie. Er wordt een algemeen beeld geschetst, een terugblik op het afgelopen jaar gegeven en de plan(nen) voor het komende jaar.

2.1 Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg¹

In de Forensische Zorg staat de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal. De behandeling is gericht op het verminderen van het recidiverisico om zo de veiligheid voor de maatschappij te vergroten. Dit wordt gedaan door persoonsgerichte herstellzorg. Deze pijler beschrijft kwaliteitsaspecten die je helpen invulling te geven aan deze balans, hoe de persoonsgerichte zorg vorm krijgt binnen de strafrechtelijke kaders en wat cliënten nodig hebben en kunnen verwachten.

2.1.1 Algemeen beeld

Vanuit de visie persoonsgerichte zorg werkt SMO Verdihuis met de methodiek Krachtwerk. Dit is een krachtgerichte basismethodiek om mensen te ondersteunen in hun herstel. De methodiek gaat uit van de eigen kracht van cliënten en hulpbronnen in hun omgeving. Deze werkwijze sluit nauw aan bij de zuil Kracht & Herstel, die onderdeel is van het interviewprotocol, ontwikkeld door Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en uitgevoerd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Binnen deze zuil is er specifieke aandacht voor de presentiebenadering, het herkennen en benutten van kwaliteiten, het bevorderen van herstel en autonomie, en het versterken van het netwerk en de leefomgeving van de cliënt.

Naast de persoonsgerichte zorg, streeft SMO Verdihuis ernaar om de veiligheid van zowel cliënten als medewerkers te verhogen en agressie te verminderen. Dit doen we door informatie te verstrekken, preventieve maatregelen te nemen, deskundigheid en vaardigheden te vergroten, en door registratie en evaluatie. We zorgen ervoor dat veiligheid aandacht heeft, omdat veiligheid een essentiële voorwaarde is om te kunnen ontwikkelen. In dit kader wordt onder andere gebruikgemaakt van het interviewprotocol en een risicoanalyse, waarin risico's en beschermende factoren op gestructureerde wijze in kaart worden gebracht. Deze worden ook visueel weergegeven op cliëntkaarten, waarmee inzicht ontstaat in zowel kwetsbaarheden als krachten.

De implementatie van het BerK-gesprek (een tool voor risicogestuurde gespreksvoering) helpt om vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid in gesprek te gaan over veiligheid, herstel en toekomstperspectief. Dit doen we niet alleen met de cliënt, maar ook met betrokken ketenpartners zoals reclassering, politie, behandelaars, GGZ en verslavingszorg. Deze samenwerking komt tot uiting in intercollegiaal overleg, waarin signalen gedeeld worden en afspraken worden afgestemd.

Binnen het team is er structureel aandacht voor deskundigheidsbevordering via intervisie, supervisie, en het volgen van trainingen en scholing, gericht op de behoeften van medewerkers. Deze scholing richt zich onder andere op risicotaxatie, gespreksvoering, het werken met cliëntkaarten en het versterken van samenwerking met ketenpartners. Op deze manier werken we continu aan een professioneel en veilig werkklimaat waarin cliënten en medewerkers zich kunnen ontwikkelen.

¹ Kwaliteitsaspecten: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aea4-d3773cabfd43/7e39fce1-65a1-4572-bb6f-cdb81cc2dbdf/kwaliteitskader-aspecten-bij-pijler-1.pdf>

2.1.2 Terugblik afgelopen jaar

Voor het afgelopen jaar stonden binnen de pijler Veiligheid en Persoonsgerichte Zorg verschillende ontwikkeldoelen centraal. We wilden enerzijds verder investeren in het krachtgericht en herstelgericht werken met cliënten op basis van de methodiek Krachtwerk. Anderzijds lag de focus op het vergroten van veiligheid door het versterken van risicotaxatie, samenwerking met ketenpartners en het methodisch inzetten van instrumenten zoals het interviewprotocol en het BeRK-gesprek. Ook was er aandacht voor deskundigheidsbevordering binnen het team, onder andere via scholing, intervisie en supervisie.

Concreet werd in het jaarplan benoemd dat we wilden toewerken naar passend risicomanagement, waaronder het opstellen van een signaleringsplan voor alle cliënten en het structureel evalueren van risico's. Daarnaast was een belangrijk doel het realiseren van herstelgerichte zorg, met daarbij een passende daginvulling voor alle cliënten.

We hebben de doelen grotendeels gerealiseerd. Voor alle cliënten is een passend signaleringsplan opgesteld, wat een belangrijke stap is geweest in het risicomanagement. Risico's worden regelmatig geëvalueerd in een cyclus van vierwekelijkse overleggen met 3RO en behandelaren, aangevuld met cliëntbesprekingen en trajectgesprekken. Dit draagt bij aan een proactieve en integrale benadering van risicosituaties.

Op het gebied van daginvulling is eveneens een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Alle cliënten hebben minimaal twee dagdelen per week een passende vorm van dagbesteding. De werkwijze rondom dagbesteding is herzien, waarbij nu gewerkt wordt vanuit een heldere PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act). Deze cyclische benadering bevordert de aansluiting bij de individuele behoefte van cliënten en vergroot de effectiviteit van het aanbod.

Bovendien zijn de PRI's en maatregelen op het gebied van dagbesteding onder de aandacht gebracht van de werkgroep Forensische Zorg, met als doel om in 2025 verdere uitvoering te geven aan deze maatregelen.

Een belangrijk succes is de realisatie van signaleringsplannen voor alle cliënten, waarmee we een stevige basis hebben gelegd voor risicogestuurd werken. De regelmatige evaluatiemomenten met ketenpartners zorgen voor continu inzicht en afstemming. Daarnaast is het gestructureerd inzetten van dagbesteding niet alleen succesvol geïmplementeerd, maar ook inhoudelijk versterkt door de PDCA-werkwijze.

Een terugkerende uitdaging is de borging van deze werkwijze binnen alle teams, zeker bij personele wisselingen of hoge werkdruk. Ook vraagt de inzet op passende dagbesteding voortdurende creativiteit en flexibiliteit, mede vanwege de complexiteit van de doelgroep.

Er is een toenemende behoefte aan maatwerk binnen de ondersteuning, mede door de zwaarte van de casuïstiek. Dit heeft geleid tot intensievere samenwerking met externe partijen zoals GGZ en verslavingszorg. Daarnaast is er een opstart gemaakt met de voorbereidingen voor de implementatie van het BeRK-gesprek. Deze gespreksmethodiek, gericht op risico gestuurde dialoog, sluit nauw aan bij onze wens om veiligheid integraal onderdeel te laten zijn van het begeleidingsproces. De implementatie van het BeRK-gesprek start in september 2025 en zal naar verwachting een belangrijke bijdrage leveren aan verdere professionalisering van ons veiligheidsbeleid.

2.1.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Doel 1: Voorbereiden en opstarten van de implementatie van het BeRK-gesprek in begeleidingstrajecten

- **Specifiek:** Het BeRK-gesprek wordt als methodiek voor risicogestuurde gespreksvoering voorbereid en vanaf september 2025 stapsgewijs ingevoerd voor cliënten met verhoogde risico's.
- **Meetbaar:** De implementatie start in Q3 2025; er wordt bijgehouden in welke teams en cliëntgroepen het gesprek is toegepast.
- **Acceptabel:** De invoering sluit aan bij bestaande werkprocessen en is afgestemd met teammanagers en inhoudelijk verantwoordelijken.
- **Realistisch:** De inhoudelijke voorbereiding is gestart in 2024, er is draagvlak in de organisatie, en de methodiek sluit aan bij bestaande risicotaxatie.
- **Tijdgebonden:** De implementatie start in Q3 2025 en wordt in de loop van 2026 organisatiebreed uitgerold.

Het BeRK-gesprek helpt om risico's systematisch bespreekbaar te maken en bevordert gezamenlijke verantwoordelijkheid tussen cliënt en professional. Het vormt daarmee een belangrijk instrument binnen het risicogestuurd werken en draagt bij aan het realiseren van de ambities uit het Kwaliteitskader rondom veiligheid, samenwerking en herstel.

Doel 2: Structurele toepassing van het interviewprotocol in de praktijk

- **Specifiek:** Het interviewprotocol (ontwikkeld door KFZ en uitgevoerd door EFP) wordt structureel ingezet bij intake, voortgang en risicobeoordeling.
- **Meetbaar:** In 2025 is het interviewprotocol bij 100% van de cliënten toegepast en verwerkt in cliëntbesprekingen.
- **Acceptabel & Realistisch:** Medewerkers zijn getraind in de methodiek; integratie sluit aan bij bestaande overlegstructuren.
- **Tijdgebonden:** Volledige implementatie en borging vanaf Q2 2025, met monitoring per kwartaal.

Het interviewprotocol maakt het mogelijk om risico's, krachten en herstelgerichtheid op samenhangende wijze in beeld te brengen. Door structurele toepassing wordt methodisch werken versterkt en sluit begeleiding beter aan bij de individuele cliënt.

Doel 3: Versterken van passende daginvulling met meer diversiteit in aanbod

- **Specifiek:** Uitbreiden van het aanbod in dagbesteding zodat er keuze is tussen minstens drie verschillende vormen (arbeidsmatig, creatief, sociaal).
- **Meetbaar:** In Q3 2025 is het aanbod uitgebreid en nemen minimaal 80% van de cliënten deel aan ten minste twee dagdelen per week.
- **Acceptabel:** De uitbreiding wordt voorbereid door de werkgroep Forensische Zorg, op basis van de eerder vastgestelde PRI's en maatregelen.
- **Realistisch:** In 2024 voorbereid, uitvoering start in 2025.
- **Tijdgebonden:** Voltooiing uitbreiding in Q3 2025, eerste evaluatie in Q4.

Een betekenisvolle daginvulling draagt sterk bij aan herstel, structuur en vermindering van recidiverisico's. De diversificatie van het aanbod sluit aan bij de uitgangspunten van persoonsgerichte zorg en bij het Kwaliteitskader.

2.2 Pijler 2: Forensisch Vakmanschap²

Deze pijler zorgt ervoor dat professionals weten wat er van ze verwacht wordt als het gaat om methodisch werken, competenties en leerdoelen. Daarnaast maakt het inzichtelijk hoe jouw organisatie het Forensisch Vakmanschap moet stimuleren en op het gewenste niveau krijgt en houdt.

2.2.1 Algemeen beeld

De organisatie onderschrijft het belang van het methodisch werken in het aanbod van onze dienstverlening en onderkent dat het juridisch kader van het forensische werkveld aanvullende kennis en deskundigheid vraagt. Er zijn verschillende stappen gezet om de ontwikkeling van het forensische vakmanschap van de medewerkers verder te ontwikkelen.

De focus van dit ontwikkelproces ligt niet alleen in het bijscholen van het huidige personeel, maar ook op achterliggende organisatorische processen die zich richten op toekomstig personeel zoals de werving & selectie van nieuwe medewerkers.

De kwaliteitsaspecten van het forensisch vakmanschap zijn de uitgangspunten waaraan de organisatieveranderingen, implementaties en borging aan toetst:

De professionals in de Forensische Zorg hebben een professionele grondhouding

De zorgmedewerkers werken vanuit een professionele grondhouding en evalueren deze houding middels intervisie en functioneringsgesprekken.

De professional werkt methodisch en volgens (zorg)standaarden

De zorgmedewerkers werken volgens de methodiek Krachtwerk en gebruiken daarnaast hun kennis van Forensische Scherpte en werken volgens de uitgangspunten van het kwaliteitskader.

De professional werkt in een multidisciplinair team en draagt daar vanuit eigen expertise aan bij.

Het forensische team bestaat uit verschillende disciplines waaronder persoonlijk begeleiders, seniorbegeleiders, trajectcoördinator, verpleegkundig specialist en de teamcoach. De inzet van een ervaringsdeskundige is nog niet gerealiseerd.

De professional houdt zich aan de professionele standaard, die bestaat uit vakinhoudelijke standaarden, beroepsethische normen en veldnormen.

Zorgmedewerkers volgen werkprocedures zoals vastgelegd in het gehele begeleidingstraject.

De professionals die werkzaam zijn binnen de Forensische Zorg zijn bevoegd en vakbekwaam.

De zorgmedewerkers beschikken over minimaal MBO4 werk- en denkniveau. Hun forensische kennis is (door)ontwikkeld door het volgen van de forensische leerlijn. Tevens zijn er door diverse zorgmedewerkers symposia, koploperspreekuren en inspiratiesessies gevolgd. SMO Verdihuis neemt deel aan het bestuurlijk themanetwerk Forensische Zorg van Valente.

Binnen de organisatie is tijd, ruimte en openheid om continu te leren, te reflecteren en te ontwikkelen.

De zorgmedewerkers volgen intervisie om hun eigen proces te blijven ontwikkelen. Client- en casuïstiekbesprekingen geven mogelijkheid tot reflecteren en het blijven leren. De organisatie draagt bij (in verhouding tot haar volume) aan het aantrekkelijk zijn en blijven van de sector op de arbeidsmarkt.

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

2.2.2 Terugblik afgelopen jaar

In 2024 wilde SMO Verdihuis het vakmanschap van medewerkers in de forensische zorg versterken. De doelen waren onder andere: vaststellen welke deskundigheid nodig is, in kaart brengen wat er al aanwezig is in de teams, een scholingsplan opstellen en uitvoeren, en ervaringsdeskundigheid een plek geven in de forensische begeleiding.

De deskundigheidseisen voor forensische medewerkers zijn uitgewerkt in de werkgroep forensische zorg en deze zijn vertaald naar het scholingsbeleid die in 2024 is vernieuwd. Nieuwe medewerkers zijn gestart met het volgen van modules uit de forensische leerlijn en alle huidige medewerkers hebben de verplichte modules afgerond. De voortgang van de modules wordt gevolgd door de seniorbegeleiders en de adviseur Scholing & Opleiding.

In 2024 heeft het team een scholing over verslavingsproblematiek en psychodiagnostiek gevolgd om zich verder te specialiseren.

Ook op ervaringsdeskundigheid is vooruitgang geboekt. Er is een werkgroep gestart om te kijken hoe ervaringsdeskundigen ook binnen de forensische zorg kunnen worden ingezet. Met de werkgroep zijn er twee inhoudelijke bijeenkomsten georganiseerd en is er beleid op ervaringsdeskundigheid geschreven.

Positief is dat de basis voor scholing en deskundigheid nu duidelijk is. Teams hebben toegang tot leerprogramma's en er is meer aandacht voor de specifieke eisen van forensische begeleiding.

Aandachtspunten zijn de uitvoering in de praktijk. Teams hebben ondersteuning nodig bij het plannen en volgen van scholing. Ook is het belangrijk om scholingsgegevens beter te kunnen bijhouden, dit gebeurt nu nog handmatig. Rondom ervaringsdeskundigheid zijn nog stappen te zetten, het functieprofiel moet nog worden afgerond en het omgaan met regels rondom de VOG moet nog worden besproken. Tevens is in het beleidsteam besloten om het aannemen van een ervaringsdeskundige in ieder geval het eerste halve jaar van 2025 uit te stellen.

2.2.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Doel 1: Scholen van medewerkers in het voeren van het BeRK-gesprek in begeleidingstrajecten

- **Specifiek:** Alle medewerkers die werken met cliënten met verhoogde risico's worden getraind in het voeren van het BeRK-gesprek.
- **Meetbaar:** Alle betrokken medewerkers hebben de training gevolgd voor einde Q3 2026.
- **Acceptabel:** De scholing wordt gefaciliteerd door de organisatie en opgenomen in het scholingsplan van de teams.
- **Realistisch:** De training is ontwikkeld door KFZ en wordt intern gegeven volgens het train-de-trainer principe.
- **Tijdgebonden:** De trainingen starten in Q3 2025 en lopen door tot en met Q2 2026.

In pijler 1: *veiligheid en persoonsgerichte zorg* wordt verwezen naar de implementatie van het BeRK-gesprek en het interviewprotocol. Deze hebben direct invloed op de doelen en ontwikkelpunten voor pijler 2: *forensisch vakmanschap*.

Het is van belang dat medewerkers in 2025 getraind en begeleid worden bij de toepassing van deze methodieken.

Doel 2: Verdiepen van deskundigheid en reflectie binnen het team

- **Specifiek:** Het team volgt een scholingsmoment gericht op risicogestuurd werken (BeRK), herstelondersteunende begeleiding (de Verdihuis manier) en samenwerking met ketenpartners. Daarnaast wordt intervisie structureel ingezet

om te werken aan een reflectieve beroepshouding en een versterkte aanspreekcultuur.

- **Meetbaar:** Alle teamleden hebben deelgenomen aan ten minste twee scholingen én minimaal zes intervisiebijeenkomsten in 2025.
- **Acceptabel & Realistisch:** Aansluitend op ontwikkelbehoefte medewerkers; wordt gefaciliteerd binnen werktijd.
- **Tijdgebonden:** Planning en uitvoering van scholing en intervisie vinden plaats tussen Q1 en Q4 2025.

Deskundigheid en reflectie zijn cruciale pijlers voor kwaliteit, veiligheid en forensisch vakmanschap. Structurele intervisie ondersteunt professionele ontwikkeling, het bespreekbaar maken van dilemma's, en versterkt de aanspreekcultuur binnen het team. Dit is in lijn met de eisen uit het Kwaliteitskader rond reflectief professioneel handelen.

Doel 3: Verbeteren registratie scholingsgegevens

Verbeteren registratie scholingsgegevens

- **Specifiek:** Het proces van het registreren en monitoren van scholingsdeelname wordt verbeterd en (waar mogelijk) geautomatiseerd.
- **Meetbaar:** In Q4 2025 is er een werkbaar digitaal overzicht van scholingsverplichting en -deelname per medewerker.
- **Acceptabel:** De registratie sluit aan op de bestaande mogelijkheden van AFAS en wordt beheerd door de adviseur Scholing.
- **Realistisch:** De huidige handmatige werkwijze dient als uitgangspunt; technische ondersteuning wordt betrokken bij het traject.
- **Tijdgebonden:** De analyse start in Q3 2025; oplevering van een eerste digitale oplossing volgt in Q4 2025.

Het verbeteren van de registratie draagt bij aan de borging van deskundigheid en kwaliteit van zorgprofessionals, zoals vereist in het Kwaliteitskader. Goed inzicht in gevolgde scholing maakt toetsing op bekwaamheid en doorontwikkeling mogelijk en versterkt het lerend vermogen van de organisatie.

Doel 4: Functieprofiel ervaringsdeskundigen

- **Specifiek:** Het functieprofiel voor ervaringsdeskundigen wordt in samenwerking met de betrokken medewerkers uitgewerkt en vastgesteld.
- **Meetbaar:** In Q3 2025 ligt een definitief en vastgesteld functieprofiel ter beschikking van HR.
- **Acceptabel:** Het profiel wordt afgestemd met de werkgroep Ervaringsdeskundigheid en getoetst op uitvoerbaarheid.
- **Realistisch:** Het concept ligt al deels klaar; afronding vergt maximaal één gezamenlijke werksessies.
- **Tijdgebonden:** De afronding vindt uiterlijk plaats in september 2025.

Het functieprofiel van ervaringsdeskundigen is direct verbonden aan de eis uit het Kwaliteitskader dat ervaringsdeskundigheid structureel en professioneel wordt ingebed in de forensische zorg. Een helder functieprofiel vormt de basis voor passende inzet, begeleiding en positionering binnen teams.

2.3 Pijler 3: Organisatie van zorg³

Wat moeten organisaties zelf of samen organiseren om kwalitatief goede en veilige Forensische Zorg mogelijk te maken, zowel voor cliënten als voor professionals als voor de maatschappij? Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het hebben van een werkend kwaliteitsmanagementsysteem en het op orde hebben van de volledige bedrijfsvoering.

2.3.1 Algemeen beeld

SMO Verdihuis is HKZ-gecertificeerd en werkt voortdurend aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening, waarbij de cliënt centraal staat. Op alle processen wordt de verbetercyclus 'plan-do-check-act' toegepast. Aanbevelingen vanuit de analyses (audits, tevredenheidsonderzoeken, incidentmeldingen) worden geregistreerd en voortgang hierop wordt besproken en bewaakt in het beleidsteam.

Om wendbaar en toekomstbestendig te blijven heeft SMO Verdihuis de visie en koers van zelforganiserende teams ingezet. Op basis van de visie zijn kaders ontwikkeld, deze kaders omschrijven hoe SMO Verdihuis werkt.

2.3.2 Terugblik afgelopen jaar

Twee medewerkers van de Klim-op zijn actief betrokken bij de incidentencommissie, waarbij alle incidenten structureel elke zes weken worden besproken. Dit overleg heeft tot doel te beoordelen of incidenten voorkomen hadden kunnen worden door bijstelling van beleid en het signaleren van eventuele trends.

Op zowel individueel niveau als op incidentniveau zijn incidenten besproken en geëvalueerd in teamvergaderingen. Verandermaatregelen zijn in samenspraak met het team opgesteld en doorgevoerd. Waar nodig is deskundigheidsbevordering ingezet, evenals consultatie en intervisie onder begeleiding van een verpleegkundig specialist. Deze aanpak draagt bij aan het lerend vermogen van het team en bevordert de professionele handelingsbekwaamheid in complexe situaties.

In 2024 heeft opnieuw een HKZ-audit plaatsgevonden. Vanuit de audit werd onder meer benoemd dat De Klim-op en De Pitstop grotendeels als gescheiden eenheden functioneren, waardoor informatie na de intake onvoldoende wordt gedeeld. Zo hebben medewerkers van De Pitstop niet standaard toegang tot relevante cliëntinformatie in Myneva en zijn zij onvoldoende getraind in het gebruik van dit systeem. Hierdoor ontbreekt de gewenste continuïteit in de samenwerking en zijn medewerkers niet altijd op de hoogte van risico's of signaleringsplannen. Dit belemmert effectief handelen en verhoogt het risico op incidenten.

Naar aanleiding van de bevindingen uit de HKZ-audit zijn corrigerende en correctieve maatregelen opgesteld. De gewenste situatie is dat er een gestructureerde aanpak wordt geïntegreerd voor het in kaart brengen en vastleggen van individuele cliëntrisico's, en dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen De Klim-op en De Pitstop wezenlijk worden verbeterd. Deze maatregelen worden in 2025 geïmplementeerd en geborgd.

In 2025 zal een cliënttevredenheidsonderzoek plaatsvinden, specifiek gericht op de forensische zorg. De resultaten hiervan zullen worden gebruikt om gerichte verbetermaatregelen te formuleren en op te nemen in het jaarplan van 2026.

2.3.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Doel 1: Verbeteren van informatie-uitwisseling tussen De Klim-op en De Pitstop

- **Specifiek:** Informatie-uitwisseling wordt gestructureerd met een aangepast werkproces en technische toegangen in Myneva. Twee wekelijks overleg tussen Klim-op en Pitstop.

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

- **Meetbaar:** In Q2 2025 is het nieuwe werkproces vastgesteld, en hebben alle betrokken medewerkers toegang tot relevante cliëntinformatie en een training gevolgd.
- **Acceptabel:** Het werkproces is afgestemd met beide teams.
- **Realistisch:** De aanbevelingen vanuit de HKZ-audit bieden concrete aanknopingspunten; draagvlak is aanwezig.
- **Tijdgebonden:** Implementatie en training zijn afgerond in Q2 2025.

Goede informatie-uitwisseling is essentieel voor continuïteit, veiligheid en samenwerking, en is een vereiste binnen het kwaliteitskader.

Doel 2: Monitoring van de risicotaxatie en signaleringsplannen in begeleidingsprocessen

- **Specifiek:** Voor elke cliënt in forensische zorg is een risicotaxatie en signaleringsplan opgenomen in het begeleidingsdossier.
- **Meetbaar:** De aanwezigheid van een risicotaxatie en signaleringsplan wordt gecontroleerd in de maandelijkse trajectbesprekingen.
- **Acceptabel:** De methodiek sluit aan bij bestaande intake- en begeleidingsprocessen.
- **Realistisch:** Alle dossiers bevatten een risicotaxatie en signaleringsplan; dit is een borgingsslag.
- **Tijdgebonden:** Volledige implementatie vanaf Q2 2025, evaluatie gepland voor Q4.

Een gestructureerde aanpak voor risicoregistratie maakt proactief handelen mogelijk en draagt bij aan de veiligheid van zowel cliënt als samenleving. Het is van belang dat deze gestructureerde aanpak geborgd blijft. In 2025 maken we daarom een borgingsslag.

Doel 3: Versterken van forensische expertise binnen dagbesteding

- **Specifiek:** De kennis en processen rondom forensische begeleiding binnen de dagbesteding worden geïnventariseerd in de 2-wekelijkse gesprekken en uitgewerkt tot concrete doelen.
- **Meetbaar:** De 2-wekelijkse gesprekken worden in agenda en notulen vastgelegd.
- **Acceptabel:** De betrokken medewerkers dragen bij aan het proces; input wordt verzameld vanuit praktijkervaring.
- **Realistisch:** De eerste stappen zijn in 2024 gezet; vanaf het eerste kwartaal van 2025 vindt er tweewekelijks overleg plaats tussen Klim-op en Pitstop.
- **Tijdgebonden:** Plan gereed in Q3 2025, start uitvoering Q4.

Door de aansluiting van forensische expertise in alle onderdelen van de keten te versterken, wordt integraliteit en continuïteit van zorg bevorderd.

Doel 4: Uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoek forensische zorg

- **Specifiek:** Er wordt in 2025 een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd, gericht op de forensische doelgroep.
- **Meetbaar:** Het onderzoek wordt uitgevoerd in Q2 2025, met een respons van minimaal 50%.
- **Acceptabel:** Het onderzoek wordt afgestemd op de doelgroep.
- **Realistisch:** De organisatie heeft eerder ervaring opgedaan met doelgroepgerichte onderzoeken.
- **Tijdgebonden:** Resultaten zijn beschikbaar in Q4 2025 en worden meegenomen in het jaarplan 2026.

Cliëntperspectief is een kernelement in het kwaliteitskader; door gericht feedback op te halen wordt persoonsgerichte zorg versterkt.

2.4 Pijler 4: Samenwerking⁴

De pijler samenwerken heeft betrekking op de samenwerking tussen en met (zorg)organisaties in de keten in het kader van de Forensische Zorg.

2.4.1 Algemeen beeld

Samenwerking in de keten is gericht op passende ondersteuning van de cliënt tijdens diens traject door de Forensische Zorg. Een goede ketenaansluiting is voorwaardelijk voor het toewerken naar een veilige terugkeer naar of passende deelname aan de samenleving van de cliënt.

Bij overdracht aan de voorkant en achterkant van het forensisch traject is het belangrijk om aansluiting met partners buiten de Forensische Zorg te organiseren. SMO Verdihuis werkt nauw samen met verschillende instanties en (zorg) organisaties waaronder gevangenissen, politie, reclasseringsorganisaties, wijk- en gebiedsteams, gemeenten, ggz-organisaties, verslavingszorg en woningbouwcorporaties.

2.4.2 Terugblik afgelopen jaar

SMO Verdihuis heeft in het afgelopen jaar belangrijke stappen gezet in het versterken van de samenwerking binnen de forensische zorgketen én met de directe leefomgeving.

Zo is het leefbaarheidsplatform opgestart, waarin buurtbewoners, netwerkpartners uit de wijk en de politie structureel deelnemen. Het platform draagt bij aan het vergroten van de veiligheid in de buurt en het beperken van overlast. De overleggen vinden eens per zes weken plaats en bieden ruimte voor afstemming, signalering en gezamenlijke oplossingsrichtingen.

Daarnaast bracht de politie een bezoek aan SMO Verdihuis in het kader van de onboarding van nieuwe beroepsprofessionals. Tijdens dit bezoek werd uitgebreide informatie gedeeld over de organisatie, de doelgroep en de locatie. Dit heeft bijgedragen aan wederzijds begrip en een concreet beeld van de werkomgeving.

De samenwerking met 3RO (Reclassering) is verder verdiept. Er zijn korte lijnen ontstaan waarbij medewerkers elkaar kennen, wat zorgt voor betere afstemming, laagdrempelig contact en snellere besluitvorming. Deze nauwe samenwerking draagt bij aan de toegankelijkheid en continuïteit van zorg, het versterken van onderlinge samenwerking en het makkelijk kunnen vinden en bereiken van elkaar op belangrijke momenten binnen cliënttrajecten.

2.4.3 Doelen en ontwikkelpunten voor het komende jaar

Doel 1: Versterken en borgen van het leefbaarheidsplatform

- **Specifiek:** Het leefbaarheidsplatform wordt geformaliseerd met een vaste agenda, deelnemerslijst en terugkerende evaluatie.
- **Meetbaar:** Er vinden minimaal 6 bijeenkomsten plaats in 2025, met terugkoppeling naar betrokkenen en verslaglegging.
- **Acceptabel:** Deelnemers uit buurt, netwerkpartners en politie zijn positief over deelname en impact.
- **Realistisch:** De structuur is reeds in 2024 opgezet; in 2025 wordt verder geborgd.
- **Tijdgebonden:** Eerste evaluatie van effectiviteit en samenwerking vindt plaats in Q3 2025.

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

Het leefbaarheidsplatform draagt aantoonbaar bij aan veiligheid, buurtbetrokkenheid en vroegsignalering. Door structurele borging en evaluatie wordt de samenwerking duurzaam versterkt.

Doel 2: Opzetten en borgen van een Veiligheidsoverleg Forensische Zorg

- **Specifiek:** In 2025 wordt een structureel Veiligheidsoverleg Forensische Zorg opgezet, met deelname van gemeente, politie, behandelaars, andere FZ-aanbieders, GGZ en verslavingszorg.
- **Meetbaar:** Het overleg komt minimaal 4 keer per jaar bijeen met vastgelegde afspraken, verslagen en gezamenlijke acties.
- **Acceptabel:** Alle relevante ketenpartners worden actief betrokken in de voorbereiding en uitvoering.
- **Realistisch:** Er is brede erkenning van het belang van gezamenlijke veiligheid en samenwerking rond complexe casussen.
- **Tijdgebonden:** Eerste overleg vindt plaats in Q2 2025; borging en evaluatie zijn gepland voor Q4 2025.

Een structureel veiligheidsoverleg versterkt de samenwerking tussen forensische zorgpartijen, maakt gezamenlijke risico-inschattingen mogelijk en vergroot het handelingsperspectief bij signalen van overlast, terugval of maatschappelijke onrust. Hiermee wordt voldaan aan de eisen uit het Kwaliteitskader rondom integraliteit en veiligheid.

Doel 3: Versterken van kennisdeling en positionering via themabijeenkomsten Forensische Zorg

- **Specifiek:** Medewerkers nemen actief deel aan themabijeenkomsten Forensische Zorg en brengen opgedane kennis terug naar het team.
- **Meetbaar:** Minimaal 6 medewerkers nemen in 2025 deel aan themabijeenkomsten, met interne terugkoppeling en reflectiemomenten.
- **Acceptabel:** Deelname wordt afgestemd met het team en sluit aan bij individuele ontwikkeldoelen.
- **Realistisch:** De themabijeenkomsten zijn toegankelijk en inhoudelijk relevant; deelname wordt gefaciliteerd vanuit de organisatie.
- **Tijdgebonden:** Eerste bijeenkomsten worden bijgewoond in Q1 2025; reflectie op impact vindt plaats in Q4 2025.

Actieve participatie aan themabijeenkomsten versterkt de professionele ontwikkeling van medewerkers en positioneert de organisatie als een betrokken en lerende partij binnen de forensische zorgketen.

3 Kengetallen

3.1 Omvang van de forensische zorg

Vertel iets over de typen forensische zorg die de organisatie levert (settings, beveiligingsniveaus)

Aantal cliënten op 31 december 2024:

	Aantal cliënten	% van het totaal aantal cliënten	Omzet	Percentage van de totale omzet
Forensische zorg (gefinancierd door DJI)	19	3,8%	€ 1.300.555	10,8%
Anders gefinancierde zorg (inclusief vrijwillige forensische zorg vallend onder de Zvw)				
Totaal	19	3,8%	€ 1.300.555	10,8%

3.2 Forensische Prestatie-indicatoren

De gids Prestatie-indicatoren verslagjaar 2024⁵ 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 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.

De cijfers over 2024 bedragen:

Uitstroomcategorieën	
1.1 Forensische klinische zorg: Beveiligingsniveau 3: FPK/FVK	1
1.2 Forensische klinische zorg: Beveiligingsniveau 2: FPA/FVA	1
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)	2
7. Maatschappelijke Opvang	2
8. Ambulante begeleiding	1
9. Anders... (bijvoorbeeld algemene WMO-voorziening)	15
10. Geen vervolgzorg nodig	2
Totaal	24

Toelichting anders
Bestemming onbekend (4x)
Dhr. is dakloos
Familie
Reclasseringscontact
Vermist

⁵ Gids prestatie-indicatoren 2024: [Gids prestatie indicatoren 2024 | Publicatie | Forensische zorg](#)

WMO voorziening
Zit in detentie (6x)

Binnen de forensische zorg die SMO Verdihuis levert, hanteren wij een benadering waarbij zorg op maat centraal staat en geen uitsluitende contra-indicaties gelden. Dit betekent dat wij ook cliënten met een zwaardere problematiek opnemen, zoals zedendelinquenten, veelplegers of cliënten met dubbele of triple problematiek.

Door deze doelgroep is er sprake van een verhoogd risico op recidive. Ondanks intensieve inzet van onze medewerkers en nauwe samenwerking met ketenpartners, blijkt het in sommige gevallen niet mogelijk om hernieuwde detentie te voorkomen.

Om sneller te kunnen handelen bij signalen van terugval wordt ingezet op het verstrekken van de samenwerking met ketenpartners. Recent is daarom het veiligheidsoverleg opgestart. In dit multidisciplinaire overleg nemen onder andere de politie, een beleidsadviseur van de gemeente, de GGZ en de gemeentelijke nazorg voor ex-gedetineerden deel. Het doel van dit overleg is om de afstemming te verbeteren, vroegtijdige interventies mogelijk te maken en daarmee de kans op een succesvolle uitstroom van cliënten te vergroten.