



Kwaliteitsverslag 2025

FPC de Oostvaarderskliniek



FPC de Oostvaarderskliniek

Carl Barksweg 3
1336 ZL Almere

www.oostvaarderskliniek.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
1.1.	Missie en visie Oostvaarderskliniek	3
	Missie en Visie	3
1.2.	Type forensische zorg en aantal patiënten in zorg over 2025.....	4
1.3.	Risico's	5
2.	Kwaliteitskader Forensische Zorg: de pijlers	7
2.1.	Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg.....	8
	Algemeen beeld.....	8
	Terugblik afgelopen jaar	8
	Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren	9
2.2.	Pijler 2: Forensisch Vakmanschap	10
	Algemeen Beeld	10
	Terugblik afgelopen jaar	10
	Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren	11
2.3.	Pijler 3: Organisatie van zorg.....	12
	Algemeen beeld.....	12
	Terugblik afgelopen jaar	12
	Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren	13
2.4.	Pijler 4: Samenwerking.....	13
	Algemeen Beeld	13
	Terugblik afgelopen jaar	14
	Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren	14
2.5.	Pijler 5: Informeren over resultaten	15
	Algemeen beeld.....	15
	Terugblik afgelopen jaar	15
	Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren	15
3.	Kengetallen	16
3.1	Omvang van de forensische zorg	16
3.2	Forensische Prestatie-indicatoren	16
	Indicator 1 Risicotaxatie.....	16
	Indicator 2 Continuïteit van zorg.....	17
	Indicator 3 Ernst van de problematiek.....	17

1. Inleiding

Dit kwaliteitsverslag geeft een overzicht van de huidige stand van zaken binnen FPC de Oostvaarderskliniek met betrekking tot de uitvoering van het Kwaliteitskader Forensische Zorg (Kwaliteitskader FZ). Dit verslag wordt ieder jaar opgesteld op basis van het meerjarige implementatieplan van het Kwaliteitskader FZ¹. Onderdelen van het kwaliteitskader zijn tevens verwerkt in het jaarplan van de Oostvaarderskliniek.

1.1. Missie en visie Oostvaarderskliniek

In 2025 heeft FPC de Oostvaarderskliniek een organisatie breed traject doorlopen om de missie, visie, kernwaarden en richtinggevende principes te herijken. Samen met een externe projectleider en de Taskforce zijn medewerkers uit alle onderdelen van de organisatie actief betrokken bij dit proces. Door middel van dialoogsessies en gezamenlijke bijeenkomsten is input opgehaald vanuit verschillende disciplines, functies en perspectieven binnen de kliniek. De inzichten, ervaringen en ideeën van medewerkers hebben geleid tot een vernieuwde en breed gedragen missie en visie, passend bij de maatschappelijke opdracht en de dagelijkse praktijk van de Oostvaarderskliniek.

Onderstaand worden de nieuwe missie en visie van de Oostvaarderskliniek weergegeven. Deze vormen de basis voor het dagelijks handelen binnen de organisatie en geven richting aan de verdere ontwikkeling en implementatie van de zorg- en behandelingsprocessen binnen de kliniek.

Missie en Visie

FPC de Oostvaarderskliniek is een forensisch psychiatrisch centrum dat zich richt op de behandeling van patiënten die door de rechter aan ons zijn toegewezen, met als belangrijkste doel de bescherming van de samenleving. Wij werken samen aan een veilige maatschappij, waarin vrijheid en veiligheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Onze missie is het bieden van hoogwaardige zorg en behandeling, zodat patiënten op een verantwoorde manier kunnen terugkeren in de maatschappij.

Dit doen we met respect voor de menselijke waardigheid en streven altijd naar de juiste balans tussen veiligheid, zorg en behandeling. Onze kernwaarden en richtinggevende principes vormen de basis voor ons dagelijks handelen en ondersteunen ons in het leveren van zorg die zowel mensgericht als effectief is.

Wat doen we?

Samenleving beschermen

Wij zijn een forensisch psychiatrisch centrum voor de behandeling van aan ons toegewezen patiënten, om zo de samenleving te beschermen.

Onze missie

Al onze inspanningen, kennis en ervaring zijn gericht op de optimale behandeling van onze patiënten zodat zij veilig en verantwoord kunnen terugkeren in de maatschappij

Samen streven we naar een passende balans tussen veiligheid, behandeling en zorg voor iedere patiënt met respect voor de menselijke waardigheid.

Onze visie

¹ [Kwaliteitskader FZ](#)

Bijdragen aan het opbouwen en in stand houden van een veilige samenleving

Gedreven door de overtuiging dat veiligheid en vrijheid onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, werken wij samen aan een maatschappij waarin iedereen zich veilig, vrij en een volwaardig mens voelt.

1.2. Type forensische zorg en aantal patiënten in zorg over 2025

FPC de Oostvaarderskliniek is een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) in Almere, waar uitvoering wordt gegeven aan de tbs-maatregel. In deze kliniek worden mensen behandeld (binnen het kader tbs met dwangverpleging) die risicovol gedrag hebben laten zien, met als belangrijkste doel: de samenleving veilig houden én patiënten helpen om weer zelfstandig te kunnen functioneren.

Binnen de Oostvaarderskliniek vind je ook FVK Basalt, de forensische verslavingskliniek. Hier krijgen (jong)volwassenen die met justitie in aanraking zijn gekomen én kampen met verslaving, psychische klachten of psychiatrische problemen intensieve begeleiding. In een veilige, gestructureerde omgeving werken zij stap voor stap aan het terugpakken van de regie over hun leven. Binnen deze kliniek worden alleen cliënten behandeld met een forensische titel.

Daarnaast beschikt de Oostvaarderskliniek over een eigen ambulant team: ForFACT De Oostvaarders. Dit multidisciplinaire team ondersteunt forensisch psychiatrische patiënten buiten de kliniek, door behandeling, begeleiding en zorg te bieden in de regio Flevoland. Zo sluit de Oostvaarderskliniek aan bij de groeiende behoefte aan ambulante forensische zorg. Patiënten die binnen dit team behandeld worden, hebben deels een forensische titel en voor een ander deel betreft dit patiënten die onder de reguliere zorg vallen. Hieronder vallen ook patiënten die met een WvGGZ-maatregel worden behandeld.

In de Oostvaarderskliniek zijn de volgende doelgroepen opgenomen:

Beekvliet		Bronstee
Structuur afdeling 2 x 12 bedden Beveiligingsniveau 4		Structuur afdeling 2 x 12 bedden Beveiligingsniveau 4
Kievit		Kogge
Kievit 1 Reguliere afdeling 1 x 12 bedden Beveiligingsniveau 4	Kievit 2 Structuur afdeling 1 x 12 bedden Beveiligingsniveau 4	Reguliere afdeling 2 x 12 bedden Beveiligingsniveau 4
Maasland (FVK Basalt)		Meresteijn
Forensische verslavingskliniek 2x 12 bedden Beveiligingsniveau 3		Intensieve zorg afdeling 2 x 9 bedden Beveiligingsniveau 4
Sterreschans		ZI woningen (de Buuren)
Resocialisatieafdeling 1 x 12 bedden Beveiligingsniveau 2		Zelfstandige intramurale woningen 12 x huisjes Beveiligingsniveau 4
ForFACT		Kliniekwoningen/omklapwoningen
Ambulante zorg		Trainingswoning+ zzp-C4 Trainingswoning zzp-C4 Kliniekwoning zzp-C3

1.3. Risico's

#	Risico	Weging	Maatregel	Risico-eigenaar
1	Er is onvoldoende personeel beschikbaar, wat wordt versterkt door de strengere handhaving rond de inzet van ZZP'ers, die op korte termijn voorzien wordt.	Kans: groot Impact: groot Ernst: 9	De volgende doelstellingen uit het jaarplan dragen bij aan de beheersing van dit risico: • Bezettingsnormen sociotherapie en geïntegreerde beveiliging (2.3.3) • Werving en behoud van personeel (2.3.2) • Organisatie- en formatie (2.3.4) Daarnaast zetten we de volgende aanvullende maatregelen in voor de beheersing van dit risico: • Aantrekken van 'vaste' uitzendkrachten conform vigerende regelgeving • Werken met een aangepast rooster voor medewerkers (diensten) en patiënten (programma) indien nodig • Doorstroom bevorderen (bijvoorbeeld van MGB richting ST)	• Directie
2	De werkdruk is hoog en wordt extra versterkt door de vele (noodzakelijke) ontwikkelingen en verbetermaatregelen.	Kans: groot Impact: groot Ernst: 9	De volgende doelstellingen uit het jaarplan dragen bij aan de beheersing van dit risico: • Plan, do, check, act (2.2.1) • Projectmanagementstructuur (2.2.4) • Overlegstructuur (2.2.5) • Bezettingsnormen sociotherapie en geïntegreerde beveiliging (2.3.3) • Werving en behoud van personeel (2.3.2) • Organisatie- en formatie (2.3.4) • Afdelingsmilieus en indicaties (2.4.2) • Documentbeheer (2.7.2) Daarnaast zetten we de volgende aanvullende maatregel in voor de beheersing van dit risico: • Monitoren van acties uit het medewerkersonderzoek 2024 over werkdruk en het bespreken van het thema 'werkdruk' (in relatie tot prioritering en inrichting van werkzaamheden) in teamoverleggen inclusief het formuleren van concrete, realistische verbeterpunten.	• Directie
3	Er ontstaat extra druk op de organisatie als gevolg van externe impulsen, zoals media-aandacht, toezicht vanuit inspecties en politieke ontwikkelingen.	Kans: groot Impact: groot Ernst: 9	We zetten de volgende maatregelen in voor de beheersing van dit risico: • Intern: Organiseren van een maandelijks bijpraat moment met alle leidinggevendenden, waarin zij worden meegenomen in relevante (externe) ontwikkelingen en op basis waarvan zij medewerkers en patiënten hierover kunnen informeren. • Extern: Actief extern stakeholdersmanagement (betrekken en informeren van onder andere hoofdkantoor, gemeente, omwonenden, ketenpartners, advocaten en netwerk-leden patiënten).	• Directie
4	Er worden veel ideeën en	Kans: groot	De volgende doelstellingen uit het jaarplan dragen bij aan de beheersing van dit risico:	• Manager

	bedacht en plannen gemaakt, maar de uitvoering of implementatie, borging, evaluatie en afronding stopt en/of verloopt onvoldoende effectief als gevolg van gebrek aan tijd, focus en/of sturing.	Impact: gemiddeld Ernst: 6	• Plan, do, check, act (2.2.1) • Projectmanagementstructuur (2.2.4)	OO&A
5	Belangrijke beleidskaders en processen ontbreken of zijn onvolledig, onjuist en/of verouderd.	Kans: groot Impact: gemiddeld Ernst: 6	De volgende doelstellingen uit het jaarplan dragen bij aan de beheersing van dit risico: • Missie en visie (2.1.1) • Plan, do, check, act (2.2.1) • Ontwikkeling en opleiding (2.3.6) • Overdracht (2.3.7) • Patiëntreis (2.4.1) • Afdelingsmilieus en indicaties (2.4.2) • Dagprogramma (2.4.3) • Middelenaanpak (2.4.4) • Fysieke veiligheid (2.5.1) • Integriteit en sociale veiligheid (2.5.2) • ICT-matrix (2.5.4) • Informatiebeveiliging (2.5.5) • Documentbeheer (2.7.2)	• Manager OO&A
6	Er is onvoldoende gedeelde verantwoordelijkheid onder medewerkers	Kans: gemiddeld Impact: groot Ernst: 6	De volgende doelstellingen uit het jaarplan dragen bij aan de beheersing van dit risico: • Missie en visie (2.1.1) • Cultuur en leiderschap (2.3.1) • Inwerkprogramma (2.3.5) • Overdracht (2.3.7) • Patiëntreis (2.4.1) • Integriteit en sociale veiligheid (2.5.2)	• Directie
7	De doorstroomperspectieven van patiënten (binnen de keten) zijn beperkt	Kans: gemiddeld Impact: laag Ernst: 2	We zetten de volgende maatregelen in voor de beheersing van dit risico: • Blijvend aankaarten van knelpunten in overlegvormen binnen de keten.	• Directeur Behandelzaken

2. Kwaliteitskader Forensische Zorg: de pijlers

Het Kwaliteitskader FZ bestaat uit 5 pijlers:



Veiligheid en persoonsgerichte zorg



Forensisch vakmanschap



Organisatie van zorg



Samenwerken



Informereren over resultaten

Afgelopen jaar is binnen de Oostvaarderskliniek vooral gekeken naar de onderdelen van het Kwaliteitskader Forensische Zorg (KKFZ) waaraan al wordt voldaan. Op basis van de thema's van het KKFZ is een positiebepaling gemaakt om de reikwijdte per onderwerp te bepalen.

Op hoofdlijnen is ervoor gezorgd dat de bestaande jaarlijkse systeem- en directiebeoordeling als basis voor dit kwaliteitsverslag kan dienen. Daarnaast zijn onderdelen van het kwaliteitskader verwerkt in het jaarplan. Via de viermaandsrapportage wordt de voortgang gevolgd en waar nodig worden acties ingezet.

In de volgende paragraaf wordt per thema weergegeven wat de stand van zaken is rondom de implementatie van het KKFZ. Er wordt een algemeen beeld geschetst (status per kwaliteitseis), een terugblik op het afgelopen jaar gegeven en de plannen voor het komende jaar toegelicht.

Bij het algemene beeld wordt de status per kwaliteitseis als volgt weergegeven:

Gereed

Loopt

On hold



2.1. Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg

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.

Algemeen beeld

Kwaliteitseis	Status
1) Bij de behandeling/begeleiding van de patiënt/cliënt staat de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal.	
2) Veiligheidsmanagement (waaronder risicomangement) is een integraal onderdeel van de Forensische Zorg.	
3) De patiënt/cliënt ontvangt een behandelplan/begeleidingsplan op maat. Het behandelplan/begeleidingsplan is onderdeel van de behandelcyclus.	
4) Rapportage en dossiervoering worden uitgevoerd conform de professionele standaard.	
5) Het netwerk van de patiënt/cliënt wordt actief betrokken tijdens de behandeling en/of begeleiding.	
6) De behandeling/begeleiding wordt waar mogelijk afgeschaald en waar nodig opgeschaald, zodat de zorg doelmatig en effectief wordt ingezet. Dit geldt zowel voor op- en afschalen binnen de eigen organisatie als binnen de keten.	
7) Veiligheidsmanagement (waaronder risicomangement) specifiek per Klinisch en Ambulant	
8) Het leefklimaat vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling/begeleiding binnen de klinische- en verblijfssetting.	
9) Bij het toekennen en uitvoeren van verlopen is het risicomangement leidend. Dit onderdeel is alleen in de klinische setting van toepassing.	

Terugblik afgelopen jaar

Het afgelopen jaar heeft in het teken gestaan van het verder vormgeven van deze balans, waarbij met name is ingezet op het ontwikkelen van kaders en het vergroten van bewustzijn binnen de organisatie.

Vanuit het missie- en visie(herijkings)traject zijn richtinggevende principes (RP's) opgesteld. Deze principes bieden medewerkers een inhoudelijk kader om afwegingen te maken in situaties waarin veiligheid en behandeling kunnen schuren en geven richting aan het dagelijks handelen van onze medewerkers. In de praktijk zijn deze principes op kleine schaal toegepast. Tegelijkertijd is gebleken dat brede implementatie nog uitblijft. Dit hangt samen met factoren zoals beperkte tijd, wisselende bekendheid onder medewerkers en het ontbreken van structurele inbedding in werkprocessen.

Daarnaast is binnen het directie- en managementteam via reflectiesessies expliciet stilgestaan bij het spanningsveld tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg. Deze sessies hebben bijgedragen aan meer gedeeld bewustzijn en hebben ervoor gezorgd dat dit thema frequenter onderdeel is geworden van gesprekken op strategisch en tactisch niveau. De vertaling naar de dagelijkse praktijk op de werkvloer is echter nog niet overal zichtbaar, wat maakt dat verdere doorwerking noodzakelijk is.

De afdelingsmilieus zijn voor alle afdelingen eenduidig beschreven. Hiermee is een belangrijke stap gezet in het creëren van een gezamenlijke inhoudelijke basis. Op dit moment zijn deze beschrijvingen echter nog voornamelijk gericht op kenmerken van de doelgroep. De concrete vertaling naar het dagelijks handelen

van medewerkers – zoals bejegening, grenzen stellen en het bieden van structuur – is nog beperkt uitgewerkt. Dit maakt dat de meerwaarde in de praktijk nog niet volledig wordt benut.

Naar aanleiding van incidenten en de daaropvolgende onderzoeken is het bewustzijn binnen de trajectcommissie vergroot ten aanzien van zorgvuldige plaatsing van patiënten. Er wordt nadrukkelijker gekeken naar risico's in relatie tot de samenstelling van afdelingen. Daarnaast is het besef toegenomen dat na incidenten eerst stabilisatie en rust nodig is, voordat overgegaan wordt tot ingrijpende maatregelen zoals overplaatsingen. Dit draagt bij aan meer weloverwogen besluitvorming, al blijft het in de praktijk een uitdaging om deze rust consequent te bewaken binnen een dynamische en soms hectische omgeving.

Binnen het project risicosignalering is het proces vereenvoudigd en heringericht. De nieuwe werkwijze sluit beter aan bij de mogelijkheden van patiënten om actief deel te nemen aan hun eigen signaleringsplan. Ook is het proces sterker gepositioneerd binnen de bestaande behandelstructuur, waardoor multidisciplinaire betrokkenheid wordt vergroot. De daadwerkelijke implementatie moet nog plaatsvinden, waardoor het effect op de praktijk op dit moment nog beperkt zichtbaar is.

Tot slot is de nulmeting van de patiëntreis afgerond. Deze heeft onder andere inzicht gegeven in knelpunten binnen de behandelplancycclus (BHP), die een centrale rol speelt in de behandeling van patiënten. De uitkomsten onderstrepen dat verdere ontwikkeling nodig is om te komen tot een meer samenhangende, patiëntgerichte aanpak. Dit heeft ertoe geleid dat de doorontwikkeling van de BHP is geprioriteerd voor 2026.

Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren

In de komende periode verschuift de focus van ontwikkelen en verkennen naar implementeren en borgen. Dit vraagt om het explicieter verbinden van beleid en praktijk.

Er wordt gewerkt aan een integrale behandelvisie met bijbehorende behandelprincipes. Deze moeten richting geven aan het behandelproces en bijdragen aan meer eenduidigheid in de afweging tussen veiligheid en behandeling.

Daarnaast wordt de rol van de hoofden behandeling als regiebehandelaar verder versterkt. Dit betreft zowel hun verantwoordelijkheid binnen individuele behandeltrajecten als hun rol in bredere besluitvorming die invloed heeft op het behandelklimaat en de balans tussen veiligheid en zorg. Hiermee wordt beoogd om behandelinhoudelijke overwegingen structureel en expliciet mee te nemen in besluitvorming.

Dat vormt de basis voor de doorontwikkeling van de behandelplancycclus (BHP), die eerder is genoemd. Het vormt tevens een vervolg op de eerdergenoemde reflectiemomenten die op DT- en MT-niveau over het spanningsveld veiligheid en behandelen (het belang van het zorgvuldig betrekken van behandelinhoudelijk en patiënt perspectief in besluitvorming).

De afdelingsmilieus worden verder doorontwikkeld door deze te vertalen naar concreet gedrag en werkwijzen op de afdeling. Hierbij wordt ook gekeken naar de inzet van een behandelinhoudelijke methodiek die sociotherapeuten ondersteunt in hun dagelijkse handelen. Dit moet bijdragen aan meer consistentie in bejegening en een beter afgestemd behandelklimaat.

Het behandelaanbod wordt geordend en geformaliseerd (meer bij pijler 3), zodat dit beter aansluit bij de individuele behoeften van patiënten en tegelijkertijd meer voorspelbaarheid biedt binnen het behandeltraject. Dit draagt bij aan zowel veiligheid als persoonsgerichte zorg.

De implementatie van het vernieuwde risicosignaleringsproces is een belangrijke stap om risico's tijdiger en consistentier te signaleren en hier adequaat op te handelen.

Tot slot wordt ingezet op inhoudelijke doorontwikkeling van het behandelaanbod, waaronder de gefaseerde implementatie van het seksualiteitsbeleid en een verkenning van intensieve traumabehandeling bij persoonlijkheidsproblematiek. Deze ontwikkelingen dragen bij aan het versterken van herstelgerichte en persoonsgerichte zorg binnen de forensische context.



2.2. Pijler 2: Forensisch Vakmanschap

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.

Algemeen Beeld

Kwaliteitseis	Status
1) De professionals in de Forensische Zorg hebben een professionele grondhouding.	
2) De professional werkt methodisch en volgens (zorg)standaarden.	
3) De professional werkt in een multidisciplinair team en draagt daar vanuit eigen expertise aan bij.	
4) De professional houdt zich aan de professionele standaard, die bestaat uit vakinhoudelijke standaarden, beroepsethische normen en veldnormen.	
5) De professionals die werkzaam zijn binnen de Forensische Zorg zijn bevoegd en vakbekwaam.	
6) Binnen de organisatie is tijd, ruimte en openheid om continu te leren, te reflecteren en te ontwikkelen.	
7) De organisatie draagt bij (in verhouding tot haar volume) aan het aantrekkelijk zijn en blijven van de sector op de arbeidsmarkt	

Terugblik afgelopen jaar

Het afgelopen jaar heeft geleid tot een kritischer en realistischer beeld van het niveau van forensisch vakmanschap binnen de organisatie. Waar eerder de nadruk lag op inzet en betrokkenheid van medewerkers, is duidelijker geworden dat structurele randvoorwaarden voor professioneel handelen onder druk staan.

De inzichten uit de nulmeting van de patiëntreis laten zien dat de betrokkenheid van medewerkers groot is, maar dat er tegelijkertijd belangrijke aandachtspunten liggen op het gebied van bekwaamheid en professionaliteit. Met name het inwerken en toerusten van nieuwe medewerkers blijkt kwetsbaar. Door personele krapte en hoge werkdruk worden nieuwe medewerkers relatief snel ingezet in de directe patiëntenzorg, waardoor er onvoldoende ruimte is voor een gedegen inwerkperiode. Dit vergroot het risico op handelingsverlegenheid en kan invloed hebben op de consistentie en kwaliteit van het handelen binnen teams.

Daarnaast blijkt dat in de dagelijkse praktijk beperkt ruimte is voor het onderhouden en verdiepen van forensische kennis en vaardigheden. Scholing en deskundigheidsbevordering komen onder druk te staan door operationele vraagstukken. Dit geldt met name voor de psychotherapie. Hierdoor is er een risico dat kennis en vaardigheden niet structureel worden doorontwikkeld en dat verschillen ontstaan in het niveau van handelen tussen medewerkers.

Uit incidentonderzoeken, evaluaties en signalen van zowel medewerkers als externe partijen komt daarnaast een terugkerend beeld naar voren: het structureel ontbreken van voldoende rust en reflectieruimte. Hoewel dit deels verklaarbaar is vanuit de complexiteit en dynamiek van de forensische setting, heeft het direct invloed op het lerend vermogen van de organisatie. Zonder voldoende ruimte voor reflectie is het lastiger om ervaringen te vertalen naar verbeteringen in de praktijk, waardoor het risico bestaat dat patronen zich herhalen.

Tegen deze achtergrond is het afgelopen jaar verkend of een behandelinhoudelijke methodiek kan bijdragen aan het versterken van het professioneel handelen, met name in relatie tot groepsdynamiek op de leefafdelingen. De behoefte aan meer houvast en eenduidigheid in de bejegening van patiënten wordt breed herkend. Deze verkenning bevindt zich nog in een oriënterende fase.

Het project werving en selectie is succesvol afgerond en heeft geleid tot een meer gestructureerde en objectieve manier van het aantrekken van nieuwe medewerkers. Tegelijkertijd maakt dit ook zichtbaar dat het aantrekken van medewerkers slechts één onderdeel is; het daadwerkelijk ontwikkelen en behouden van vakmanschap vraagt om een sterk vervolg in inwerken, begeleiden en blijvend leren.

Het afgelopen jaar heeft vooral geleid tot een scherper en kritischer beeld van het huidige niveau van vakmanschap binnen de organisatie.

Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren

Voor de komende periode ligt de nadruk op het versterken en borgen van forensisch vakmanschap in de dagelijkse praktijk, waarbij zowel aandacht is voor individuele ontwikkeling als voor team- en organisatieniveau.

Het ontwikkelaanbod voor medewerkers wordt herijkt en waar nodig uitgebreid. Hierbij wordt ingezet op zowel behandelinhoudelijke scholing als het structureel aanbieden van onderhoudstrainingen, zodat kennis en vaardigheden niet alleen worden opgebouwd, maar ook op peil blijven. Dit moet bijdragen aan meer consistentie in het handelen van professionals.

Daarnaast wordt ingezet op de selectie en implementatie van een behandelinhoudelijke methodiek die medewerkers ondersteunt in het omgaan met groepsdynamiek en het vormgeven van een veilig en therapeutisch leefklimaat. Deze methodiek moet concrete handvatten bieden voor het dagelijks handelen en daarmee bijdragen aan het verkleinen van verschillen in aanpak tussen medewerkers en teams.

Een belangrijke randvoorwaarde voor het versterken van vakmanschap is het creëren van meer ruimte voor reflectie en leren in de praktijk. Dit vraagt om bewuste keuzes in de organisatie van het werk, zodat reflectiemomenten niet incidenteel maar structureel onderdeel worden van het werkproces. Alleen op die manier kan het lerend vermogen van teams en de organisatie als geheel worden versterkt.

De koerswijziging die in april 2026 heeft plaatsgevonden – waarbij veranderingen minder via losse projecten en meer binnen de staande organisatie worden gerealiseerd – sluit hierbij aan. Door verantwoordelijkheden lager in de organisatie te beleggen en dichterbij de werkvloer te organiseren, wordt beoogd dat ontwikkeling en praktijk beter op elkaar aansluiten. Tegelijkertijd wordt verwacht dat dit bijdraagt aan meer rust, duidelijkheid en eigenaarschap binnen teams, wat essentiële voorwaarden zijn voor het versterken van vakmanschap.

Tot slot blijft het van belang om het inwerken en begeleiden van nieuwe medewerkers te verbeteren. Dit vraagt om het creëren van voldoende tijd en capaciteit, zodat nieuwe medewerkers niet alleen snel

inzetbaar zijn, maar ook duurzaam worden toegerust voor het werken binnen de complexe forensische context.



2.3. Pijler 3: Organisatie van zorg

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.

Algemeen beeld

Kwaliteitseis	Status
1) De organisatie zorgt voor een veilig werk- en leefklimaat.	
2) De organisatie heeft een werkend kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.	
3) De organisatie heeft een visie op goed bestuur, leiderschap, duurzaamheid en toezicht.	
4) De organisatie draagt (waar mogelijk) bij aan wetenschappelijk onderzoek, innovatie en implementatie.	
5) De Forensische Zorg is expliciet vertegenwoordigd in de medezeggenschapsorganen.	

Terugblik afgelopen jaar

De Oostvaarderskliniek beschikt over een HKZ-gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem, waarmee geborgd wordt dat gewerkt wordt volgens geldende normen en richtlijnen. Jaarlijkse audits vormen hierbij een belangrijk instrument om te toetsen of processen voldoen aan deze normen en om verbeterpunten te identificeren. Bevindingen uit audits en andere analyses worden vastgelegd en gemonitord, waardoor er in de basis sprake is van een gestructureerde aanpak van kwaliteitsverbetering.

Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat het benutten van deze informatie voor sturing en verbetering nog niet optimaal is ingericht. Verbetermaatregelen worden wel vastgelegd en gevolgd, maar de samenhang en zichtbaarheid van deze informatie op organisatieniveau kan worden versterkt. Hierdoor blijft het risico bestaan dat inzichten versnipperd blijven en niet volledig worden benut voor bredere organisatieontwikkeling.

Daarnaast levert de organisatie een actieve bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek en worden verschillende onderzoekstrajecten gefaciliteerd. Er is onder andere aangesloten bij diverse KFZ-calls en er zijn hbo-, master- en KP-onderzoeken begeleid. De kennis en inzichten die hieruit voortkomen worden gedeeld binnen de organisatie, onder andere via de Adviesraad Onderzoek en Innovatie (ArOI) en de Adviesraad Behandelaanbod (ArB). Hoewel deze structuren aanwezig zijn, vraagt het daadwerkelijk borgen en breed toepassen van deze kennis in de praktijk nog verdere ontwikkeling. Het centraal delen van informatie en het vertalen van inzichten naar concreet handelen blijkt in de praktijk complex.

Positief is dat het afgelopen jaar meer draagvlak is ontstaan om behandelinhoudelijke ontwikkelingen planmatig en projectmatig aan te pakken. De Adviesraad Behandelaanbod (ArB) heeft hierin een duidelijkere positie ingenomen en speelt een belangrijke rol in het voorbereiden en structureren van voorstellen richting het managementteam. Dit draagt bij aan meer overzicht en borging van

ontwikkelingen. Tegelijkertijd vraagt dit om verdere doorontwikkeling, zodat niet alleen initiatieven goed worden voorbereid, maar ook de implementatie en opvolging structureel worden geborgd.

Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren

Voor de komende periode ligt de nadruk op het versterken van het kwaliteitsmanagementsysteem als sturingsinstrument en het beter benutten van beschikbare data en informatie.

In 2026 worden de interne audits weer structureel uitgevoerd. Ter ondersteuning hiervan worden de modules iAudit van Zenya geïmplementeerd. Verbetermaatregelen worden centraal geregistreerd in de Zenya-module Flow en gekoppeld aan iRisk en iAudit. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet in het centraliseren en inzichtelijk maken van verbetermaatregelen, waardoor de voortgang kliniekbreed beter gevolgd en gestuurd kan worden. Dit moet bijdragen aan meer samenhang en transparantie in kwaliteitsverbetering.

Daarnaast krijgt de opvolging van het werk- en leefklimaatonderzoek, waarvan eind 2025 een nulmeting is uitgevoerd, een belangrijke plek. Er wordt vastgesteld hoe dit onderzoek structureel wordt ingebed en hoe de uitkomsten actief worden benut voor verbetering van het leef- en werkklimaat.

Ook wordt verkend hoe patiënttevredenheid structureel kan worden gemeten en verbeterd. Hierbij wordt gekeken naar de mogelijkheden van een apart patiënttevredenheidsonderzoek of een combinatie met het werk- en leefklimaatonderzoek. Dit moet leiden tot meer systematisch inzicht in de ervaringen van patiënten en aanknopingspunten voor verbetering. De positie van de patiëntenraad is in 2025 geprofessionaliseerd en verbeterd, wat heeft bijgedragen aan de patiënttevredenheid. Desalniettemin zullen de inspanningen op dit gebied in 2026 voortgezet worden.

In aanloop naar de hercertificering voor het HKZ-keurmerk in januari 2027 worden in 2026 voorbereidingen getroffen en wordt gewerkt aan de opvolging van eerdere auditbevindingen. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit en veiligheid van zorg duurzaam te borgen.

Tot slot blijft het versterken van de organisatie van zorg een doorlopend proces. De focus ligt hierbij op het beter verbinden van systemen, processen en inhoud, zodat informatie niet alleen wordt vastgelegd, maar ook actief wordt gebruikt om de kwaliteit van zorg en besluitvorming te verbeteren.



2.4. Pijler 4: Samenwerking

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

Algemeen Beeld

Kwaliteitseis	Status
1) De organisatie werkt samen met andere organisaties binnen en buiten de Forensische Zorg om continuïteit van zorg te realiseren.	
2) De organisatie is onderdeel van een lerend netwerk met andere organisaties, die onderdeel zijn van de forensische keten.	
3) De organisatie heeft beleid en voert dat uit over hoe zij de maatschappij en de omgeving van de organisatie betreft.	

Terugblik afgelopen jaar

Over het algemeen wordt de samenwerking binnen en buiten de organisatie als positief ervaren. Bestaande samenwerkingen met ketenpartners worden onderhouden en waar nodig verder geïntensiveerd. In toenemende mate wordt actief de verbinding gezocht met andere organisaties binnen de forensische zorg en de geestelijke gezondheidszorg, onder andere bij inhoudelijke ontwikkelingen en innovaties.

Waar nodig worden externe adviseurs en experts betrokken om specifieke vraagstukken te ondersteunen. Dit draagt bij aan het verbreden van perspectieven en het versterken van de inhoudelijke kwaliteit van ontwikkelingen.

Ook intern is het afgelopen jaar geïnvesteerd in het verbeteren van de samenwerking. Er is meer aandacht gekomen voor afstemming tussen verschillende disciplines en organisatieniveaus. Tegelijkertijd blijft samenwerking binnen het primaire proces een aandachtspunt. In de praktijk blijkt dat verschillen in perspectief, rolopvatting en werkdruk het niet altijd vanzelfsprekend maken om tot gezamenlijke besluitvorming te komen.

De verwachting is dat de verdere ontwikkeling van de behandelplancycclus (BHP) een belangrijke bijdrage kan leveren aan het versterken van de samenwerking. De BHP vormt immers een centraal proces waarin verschillende disciplines samenkomen rondom de behandeling van de patiënt. Op dit moment wordt deze potentie nog niet volledig benut.

Daarnaast is binnen het programma Cultuur & Leiderschap aandacht besteed aan samenwerking, met als doel het versterken van onderlinge afstemming, rolduidelijkheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hoewel hiermee een basis is gelegd, vraagt het duurzaam veranderen van samenwerking en cultuur om een langere adem en blijvende aandacht.

Deelname aan landelijke netwerkoeverleggen draagt bij aan het onderhouden van contacten binnen de keten en het uitwisselen van kennis en ervaringen. Dit versterkt de positionering van de organisatie binnen het bredere forensische veld.

Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren

Voor de komende periode ligt de nadruk op het verder versterken en bestendigen van zowel interne als externe samenwerking, met specifieke aandacht voor de verbinding tussen beleid en uitvoering.

De samenwerking met ketenpartners wordt verder geïntensiveerd, met name op inhoudelijke thema's binnen de forensische zorg. Hierbij ligt de nadruk op het gezamenlijk ontwikkelen en delen van kennis en het beter afstemmen van zorgtrajecten over de grenzen van organisaties heen.

Intern wordt ingezet op het versterken van de samenwerking binnen het primaire proces. De doorontwikkeling van de behandelplancycclus (BHP) speelt hierin een centrale rol, doordat deze kan bijdragen aan meer structuur, duidelijkheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid in de behandeling van patiënten.

Een belangrijk aandachtspunt blijft het creëren van randvoorwaarden die samenwerking daadwerkelijk mogelijk maken. Dit vraagt onder andere om voldoende tijd voor afstemming, duidelijke verantwoordelijkheden en een gedeeld begrip van doelen en werkwijzen. Alleen wanneer deze voorwaarden aanwezig zijn, kan samenwerking zich duurzaam ontwikkelen en bijdragen aan de kwaliteit van zorg.



2.5. Pijler 5: Informeren over resultaten

Transparante informatieverstrekking zorgt ervoor dat cliënten, naasten, professionals, DJI en maatschappij goed geïnformeerd worden over de activiteiten en de resultaten binnen de Forensische Zorg. Proactief handelen vanuit de sector helpt bij een (meer) realistisch beeld van de gespecialiseerde zorg die wordt geleverd. Deze pijler beschrijft hoe en op welke manier jouw organisatie informatie verstrekt.

Algemeen beeld

Kwaliteitseis	Status
1) De organisatie heeft een meerjarenplan waarin beschreven wordt hoe de organisatie de kwaliteitsaspecten genoemd in dit Kwaliteitskader beoogt te implementeren. De organisatie actualiseert het meerjarenplan minimaal jaarlijks. Het meerjarenplan is vormvrij en mag desgewenst geïntegreerd worden met andere meerjarenplannen van de organisatie.	
2) De organisatie stelt per kalenderjaar een kwaliteitsverslag op of integreert de verslaglegging over kwaliteit in een ander (reeds bestaand) kwaliteits- of jaarverslag.	
3) De organisatie levert indicatoren en gegevens aan volgens de geldende aanleververplichtingen. Het betreft onder andere (en alleen indien voor de setting van toepassing) de prestatie-indicatoren zoals beschreven in de Gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en de doelmatigheidsindicatoren voor de FPC's zoals beschreven in de Handleiding bekostiging en verantwoording van DJI.	

Terugblik afgelopen jaar

Op het gebied van het informeren over resultaten voldoet de organisatie aan de gestelde kwaliteitsaspecten. Via diverse rapportages en gespreksvormen worden gegevens aangeleverd, in lijn met de geldende aanleververplichtingen en over de gevraagde perioden.

Daarnaast wordt voldaan aan de eisen rondom het opstellen en actualiseren van een kwaliteits(meerjaren)plan en het jaarlijks opleveren van een kwaliteitsverslag. Hiermee is de basis voor transparante informatievoorziening op orde.

Doelen en ontwikkelpunten voor de komende jaren

Voor de komende periode ligt de nadruk op het verder versterken van datagedreven werken binnen de organisatie. In het kader van het programma patiëntreis wordt toegewerkt naar een meer datagedreven inrichting van het behandelaanbod, zodat resultaten beter inzichtelijk worden en informatie gericht kan worden gebruikt voor sturing en verantwoording.

3. Kengetallen

3.1 Omvang van de forensische zorg

In 2025 leverden wij:

- Klinische forensische zorg (uitvoering tbs-maatregel) aan 159 patiënten (gemiddelde heel 2025), waarvan 100 % gefinancierd door DJI.
- Klinische forensische verslavingszorg (diverse titels) aan 62 patiënten (gemiddelde heel 2025), waarvan 100 % gefinancierd door DJI.
- Ambulante forensische zorg (diverse titels) aan 192 patiënten (totaal heel 2025), waarvan 39,4 % gefinancierd door DJI.

3.2 Forensische Prestatie-indicatoren

De gids Prestatie-indicatoren verslagjaar 2024 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.

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) met uiteindelijk een gemiddeld percentage (gemiddelde van de twee peildata).

Aan deze indicator is een normering verbonden.

De cijfers voor FPC de Oostvaarderskliniek over 2025 bedragen:

Indicator	Toelichting	FPC	Klinische zorg overig	Ambulante behandeling
Noemer	Het aantal patiënten die langer dan drie maanden (voor zorgsoort tbs 6 maanden) in behandeling zijn	122	10	25
Teller	Het aantal patiënten uit de noemer die op de peildatum (31 december 2025) een geldige meting hadden met één van de geselecteerde instrumenten.	121	10	15
%		99%	100%	60%
Normering met financiële prikkel		80%	70%	65%

De risico's worden in kaart gebracht met behulp van risicotaxatie-instrumenten. De risicotaxatie is een inventarisatie van de factoren die samenhangen met de kans op een delict in de toekomst en neemt een centrale plaats in binnen de behandeling. De OVK werkt met twee verschillende risicotaxatie-instrumenten; voor de setting FPC en klinische zorg met de HKT-R² en voor de setting ambulante zorg wordt de risicotaxatie uitgevoerd met de FARE. De momenten voor minimale afname zijn geïntegreerd in de behandelplancycclus en daarnaast is de risicotaxatie een onderdeel van het verlof-/vrijheden beleid.

² Vanaf 2026 gebruikt de OVK de HCR-V3 als meetinstrument

Risicotaxatie-instrument	Indicatie	Dagen geldig (max)
HKT-r (Historisch Toekomst- Revisie)	Klinisch Klinisch opgenomen	365
FARE (Forensisch Risico Evaluatie)	Ambulante Ambulante behandeling	183

Indicator 2 Continuïteit van zorg

Indicator 2 brengt de gewenste vervolgzorg voor de patiënt met een forensische zorgtitel bij wie de forensische zorgtitel is geëindigd tijdens de behandeling/begeleiding (in 2025) 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 voor FPC de Oostvaarderskliniek over 2025 bedragen:

Uitstroomcategorie	Klinische zorg overig (9 cliënten)	Ambulante behandeling (17 cliënten)
1.1 Forensische klinische zorg bvn 3: FPK/FVK	0	0
1.2 Forensische klinische zorg bvn 2: FPA/FVA	9	0
1.3 Forensisch klinische zorg bvn 1	0	0
2. Forensische ambulante behandeling (Incl. FACT)	9	3
3. Specialistische GGZ	0	1
4. Basis GGZ	0	0
5.1 Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten SGLVG/SGLVG+	0	0
5.2 Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten VG Verblijf	0	0
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)	9	0
7. Maatschappelijke opvang (MO)	0	0
8. Ambulante begeleiding	2	1
9. Anders... (bijv. algemene WMO-voorziening)	0	6
10. Geen vervolgzorg nodig	0	5
Totaal	29*	17*

* cliënten kunnen voor meer dan 1 soort vervolgsort geïndiceerd zijn. Dit cijfer kan dus hoger uitkomen dan het aantal cliënten.

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) met uiteindelijk een gemiddeld percentage (gemiddelde van de twee peildata).

Aan deze indicator is een normering verbonden.

De cijfers voor FPC de Oostvaarderskliniek over 2025 bedragen:

Indicator	Toelichting	FPC	Klinische zorg overig	Ambulante behandeling
Noemer	Het aantal patiënten die langer dan drie maanden (voor zorgsoort tbs 6 maanden) in behandeling zijn	122	10	25
Teller	Het aantal patiënten uit de noemer die op de peildatum (31 december 2025) een geldige meting hadden met één van de geselecteerde instrumenten.	112	8	19
%		91,8%	80%	76%
Normering met financiële prikkel		60%	60%	60%

Meetinstrument	Indicatie	Dagen geldig (max)
HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)	FPC en ambulante behandeling	365
Module 7 van de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie)	Klinisch opgenomen	365