



significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Vooronderzoek Registratiepraktijk tbs

Ministerie van Veiligheid en Justitie/WODC

Barneveld, 10 juli 2015

Referentie: AW/bv/14.258

Auteur(s): Wouter Jongebreur, Jan Reitsma en Annemarijn Walberg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Summary	11
1. Inleiding	16
1.1 Achtergrond en aanleiding	16
1.2 Aanpak van het vooronderzoek	17
1.3 Leeswijzer	19
2. Registratie in de praktijk	20
2.1 Kwantitatieve bevindingen op basis van de vragenlijsten en interviews	20
2.2 Kwalitatieve bevindingen op basis van de vragenlijsten en interviews	22
2.2.1 Klinieken registreren ten behoeve van diverse doeleinden	22
2.2.2 Niet alle informatie is geregistreerd in patiëntendossiers	23
2.2.3 Gesignaleerde beperkingen op basis van dossierstudie uit 2011	24
2.2.4 Ontwikkelingen ten opzichte van 2011: algemene ontwikkelingen met betrekking tot registratie	25
2.3 Bevindingen op basis van de bestudeerde dossiers	27
2.3.1 Inhoud van de dossiers (algemeen)	27
2.3.2 Registratie van behandeling en therapeutische omgeving	28
2.4 Bevindingen op basis van de groepsbijeenkomst	29
2.4.1 Doelen en doorontwikkeling	29
2.4.2 Aandachtspunten bij het maken van afspraken over uniform registreren	33
3. Conclusie en discussie	35
3.1 De registratiepraktijk	35
3.2 De toetsing	36
3.3 Mogelijk vervolg	37
3.3.1 Nader dossieronderzoek zal momenteel naar verwachting geen nieuwe inzichten opleveren	37
3.3.2 Mogelijkheden om de registratiepraktijk te verbeteren	37
A. Deelnemers aan het onderzoek	39
B. Resultaten per onderwerp vragenlijst	40

Voorwoord

In 2011 is een onderzoek uitgevoerd naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Het voornaamste doel van dit onderzoek was om inzichtelijk maken hoe invulling wordt gegeven aan de tenuitvoerlegging van tbs en om vast te stellen in hoeverre bevindingen uit wetenschappelijke onderzoeken hun toepassing vinden bij de behandeling van tbs-gestelden. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de klinieken gevraagd om patiëntendossiers nauwkeuriger bij te houden (zie TK 2011-2012, 29452, nr. 144). In opdracht van het WODC heeft Significant de huidige registratiepraktijk onderzocht. Van november 2014 tot en met juni 2015 hebben wij hieraan met veel plezier gewerkt. In de voorliggende rapportage doen wij verslag van het onderzoek.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van vele personen en organisaties. In dit voorwoord willen we een ieder die ons heeft geholpen hartelijk bedanken. De tbs-klinieken danken wij voor hun belangrijke bijdrage door de uitgebreide vragenlijst te beantwoorden, interviews te geven, bestudering van enkele dossiers mogelijk te maken. Met vertegenwoordigers van de klinieken, het AVT, het EFP, de IGZ en DJI hebben we een bijeenkomst gehouden om de bevindingen in het onderzoek en de betekenis daarvan voor de toekomst te bespreken. De positief-kritische invulling die alle partijen hebben gegeven aan hun bijdrage was zeer waardevol.

De begeleidingscommissie danken wij voor haar constructieve rol bij de opzet, uitvoering en rapportage van het onderzoek. Wij danken de leden hartelijk voor hun bijdrage en de prettige samenwerking. De begeleidingscommissie bestond uit:

- a. De heer prof. dr. R.A. Bal (EUR- instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, voorzitter);
- b. Mevrouw drs. E.M.H. van Dijk (Ministerie van Veiligheid en Justitie - WODC, projectbegeleider);
- c. De heer mr. A.G. van Bergen (Ministerie van Veiligheid en Justitie - Directie Sanctie- en Preventiebeleid);
- d. De heer prof. dr. B.C.M. Raes (Rijksuniversiteit Groningen, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie);
- e. Mevrouw dr. M.H. Nagtegaal (Ministerie van Veiligheid en Justitie - WODC).

Wij hopen van harte dat de resultaten van het onderzoek goede aanknopingspunten bieden voor de doorontwikkeling van een doelgerichte registratiepraktijk in de tbs-sector.

Namens het onderzoeksteam,
Jan Reitsma, projectleider

Samenvatting

Achtergrond en aanleiding

01 In 2011 is in opdracht van het WODC een onderzoek uitgevoerd naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel (Van Nieuwenhuizen et al., 2011)¹. Het voornaamste doel van dit onderzoek was inzichtelijk maken hoe er invulling wordt gegeven aan de tenuitvoerlegging van tbs en om vast te stellen in hoeverre bevindingen uit wetenschappelijke onderzoeken hun toepassing vinden bij de behandeling van tbs-gestelden. Tijdens dit onderzoek bleek informatie over tbs-gestelden deels niet of moeilijk te achterhalen. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de staatssecretaris de klinieken gevraagd om patiëntendossiers nauwkeuriger bij te houden (zie TK 2011-2012, 29452, nr. 144). De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (hierna: staatssecretaris) heeft aangekondigd in 2013 een vervolgonderzoek bij de klinieken te zullen uitvoeren naar de registratie en dossiervorming.

02 Om te voorkomen dat een grootschalig onderzoek wordt opgetuigd om vast te stellen dat de registratie tekortschiet voor het kunnen beantwoorden van de onderzoeksvragen, heeft het WODC Significant gevraagd om een vooronderzoek uit te voeren. Hierin moet worden nagegaan of de registratie en toegankelijkheid van de gegevens met betrekking tot (de behandeling van) tbs-gestelden in de klinieken van voldoende kwaliteit is om een nieuw onderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel te starten.

Aanpak van het vooronderzoek

03 In dit vooronderzoek is de registratiepraktijk bestudeerd door middel van een vragenlijst onder klinieken, aangevuld met telefonische interviews en afgesloten met een bijeenkomst. Voor de kenmerken waar de dossierstudie zich op richt is in afstemming met de begeleidingscommissie het onderzoek van Van Nieuwenhuizen et al. (2011) als referentiepunt genomen. De vragenlijst uit 2011 bevat de kenmerken (inclusief specificatie van categorieën) met betrekking tot tbs-gestelden voor het dossieronderzoek. Het huidige vooronderzoek richt zich op een eerste algemeen beeld van de registratiepraktijk, nog voordat daadwerkelijk dossiers worden bestudeerd.

04 In dit vooronderzoek hebben wij de volgende activiteiten uitgevoerd:

- a. Gesprek met mevrouw Chijs van Nieuwenhuizen met betrekking tot de doelen en bevindingen in het voorgaande onderzoek;
- b. Een overzicht opgesteld van onderwerpen die in 2011 zijn onderzocht in de dossiers en de mate waarin deze in 2011 door de klinieken werden geregistreerd;
- c. Wij hebben de lijst met kenmerken voor dossieronderzoek per e-mail voorgelegd aan alle klinieken. Daarbij hebben we de vraag gesteld of klinieken per onderwerp konden aangeven of het onderwerp op patiëntniveau wordt geregistreerd en zo ja, in hoeverre dat structureel gebeurt. Tevens hebben we gevraagd of het onderwerp 'need' of 'nice to know' is en welk doel er met registratie gediend is. De klinieken hebben het ingevulde document naar ons retour gestuurd, waarna een telefonisch interview

¹ Ch. van Nieuwenhuizen, S. Bogaerts, E.A.W. de Ruijter, I.L. Bongers, M. Coppens, R.A.A.C. Meijers (2011). TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse. Den Haag: WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

plaatsvond om de lijst te bespreken en verdiepende vragen te stellen. De focus lag op onderwerpen die niet altijd of helemaal niet worden geregistreerd. In de uitvoering van deze aanpak en de interpretatie van de resultaten zijn de volgende aspecten relevant:

- i. Van de 11 klinieken hebben 9 klinieken de vragenlijst ingevuld en is bij elk daarvan een interview afgenomen;
 - ii. De vragenlijst bleek voor klinieken lang en tijdrovend om te beantwoorden waardoor zij keuzes hebben gemaakt bij het invullen om het geheel werkbaar te houden;
 - iii. In de telefonische interviews lag de focus op de meest in het oog springende onderwerpen, met name de items die niet of beperkt worden geregistreerd;
 - iv. Op basis van de antwoorden van de klinieken hebben wij per onderdeel een categorisering gemaakt met betrekking tot registratie, de mate waarin de registratie structureel plaatsvindt en de opvatting van de kliniek of het kenmerk 'nice to know' of 'need to know' is.
- d. Wij hebben in twee klinieken een dossier bestudeerd om inzicht te krijgen in de dossiervorming en de praktische haalbaarheid van dossierstudie;
 - e. Wij hebben een analyse en synthese uitgevoerd op de verzamelde gegevens;
 - f. Tijdens een groepsbijeenkomst met deskundigen hebben we de belangrijkste bevindingen getoetst en hebben de aanwezigen gediscussieerd over welke informatie *need to know* is voor welk doel. In het verlengde daarvan is gesproken over wensen voor doorontwikkeling vanuit de praktijk.

Bevindingen

De registratiepraktijk

05 De inventarisatie heeft een eerste beeld gegeven van de actuele registratiepraktijk door de klinieken. Klinieken geven in zijn algemeenheid bij de meeste onderwerpen aan dat zij deze registreren en dat de informatie 'need to know' is. Met het oog op individuele behandeling voldoet de huidige wijze van registreren voor klinieken. Echter, de wijze waarop wordt geregistreerd varieert en is niet altijd in lijn met de vraagstelling en categorie-indeling zoals die in de vragenlijst in 2011 is gekozen. Er is voor een groot aantal onderdelen van de vragenlijst in de praktijk geen sprake van uniforme definitie en registratie. Informatie wordt voor een belangrijk deel in lopende teksten en gefragmenteerd op verschillende plaatsen in het dossier geregistreerd.

06 Deze wijze van registreren voldoet vaak niet voor doelen die de behandeling van het individu binnen de kliniek overstijgen (zoals overdracht tussen klinieken, het kunnen genereren van managementinformatie ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering en doeleinden die voor externe partijen van belang zijn). Doordat informatie vaak niet structureel en traceerbaar is vastgelegd, is deze informatie niet eenvoudig toegankelijk. Daarmee zijn de mogelijkheden voor analyse en het creëren van inzichten op dossier overstijgend niveau beperkt. Ook voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden - waar het in dit vooronderzoek om draaide - blijkt de huidige wijze van registreren niet toereikend.

07 Niet alle informatie is geregistreerd in patiëntendossiers, doordat de kenmerken deels het individuele niveau overstijgen. Deze informatie wordt in sommige klinieken wel in andere bronnen bijgehouden, zoals beschrijvingen op het afdelingsniveau of in beleidsdocumenten. Enkele klinieken gaven expliciet aan dat

dergelijke informatie niet wordt bijgehouden, terwijl zij dat wel wenselijk zouden vinden. Het betreft de volgende aspecten:

- a. Doelen ten aanzien van beveiliging;
- b. Invulling van de aangeboden behandeling;
- c. Milieutherapie/sociotherapie;
- d. Behandelklimaat;
- e. Leefgroep;
- f. Knelpunten.

08 Voor een deel van de kenmerken geldt dat deze niet door alle klinieken of niet door alle klinieken structureel worden geregistreerd zoals geformuleerd in de vragenlijst. Het gaat daarbij in hoofdlijnen om:

- a. Fase tenuitvoerlegging tbs;
- b. Formeel kader;
- c. What Works principe: responsiviteit;
- d. Gebruik van zorgprogramma's.

De toetsing

09 De inventarisatie geeft eveneens een beeld van de stand van zaken van dossiervorming ten behoeve van vervolgonderzoek. De registratiepraktijk van klinieken, zoals hierboven beschreven, is niet gericht op onderzoeksdoeleinden. Het scoren van dossiers op vragen en categorieën zoals die in 2011 zijn gehanteerd, zal naar verwachting de nodige interpretatie vergen van de onderzoekers.

10 Bij het onderzoek in 2011 zijn op een aantal terreinen beperkingen gesignaleerd in de dossiervorming. Op basis van de huidige inventarisatie blijkt dat deze beperkingen grotendeels nog steeds gelden. In hoofdlijnen hebben deze beperkingen voor onderzoek betrekking op:

- a. Behandelfase;
- b. Behandeling;
- c. Milieutherapie/sociotherapie;
- d. Knelpunten.

11 De aard van de geregistreerde informatie is weinig veranderd. Wel is er sprake van diverse parallelle ontwikkelingen gerelateerd aan registratie en dossiervorming zoals het Toetsingskader Primair Proces TBS, de Landelijke Databank Risicotaxaties-tbs, de Routine Outcome Monitoring en de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. De effecten van deze ontwikkelingen waren geen direct onderwerp van dit onderzoek en bieden op dit moment nog beperkte aanknopingspunten. Wel bieden deze ontwikkelingen en de in dat kader gemaakte afspraken ten aanzien van het registreren, genereren en verstrekken van informatie perspectief voor de toekomst.

12 Van een deel van de onderwerpen die nog niet structureel en uniform worden geregistreerd, wordt nut en noodzaak van doorontwikkeling gezien door de deelnemers aan de groepsbijeenkomst². Deze lijst zou een aanzet kunnen zijn voor de 'Top X' waarop doorontwikkeling zou kunnen plaatsvinden. Bovendien hebben de deelnemers van de groepsbijeenkomst onderwerpen benoemd die niet in het huidige onderzoek zijn meegenomen, maar die wel voor doorontwikkeling in aanmerking komen.

13 Een aanzet voor de Top X bestaat uit:

- a. Onderwerpen die in het onderzoek reeds naar voren komen:
 - i. Behandeling (doelen en evaluatie);
 - ii. Aangeboden behandelingen;
 - iii. Inrichting milieutherapie/sociotherapie;
 - iv. What Works principes.
- b. Gewenste aanvullingen ten opzichte van de bestaande vragenlijst:
 - i. Kwaliteit van de therapeutische relatie;
 - ii. Somatische screening;
 - iii. Tijdig contact na ontslag uit kliniek.

14 Uit de bijeenkomst bleek een sterke en brede behoefte aan een chronologisch overzicht ('routekaart') van de behandeling van de cliënt: wanneer is de behandeling gestart, welke behandelingen (modules) zijn ingezet, met welk resultaat, in welke behandelsetting, et cetera. Deze routekaart zou zowel een terugkijkend als vooruitkijkend karakter kunnen hebben. De routekaart zou ook aangevuld kunnen worden met informatie over uitkomsten van risicotaxaties en eventueel de fase van behandeling, tenuitvoerlegging en verloop. De routekaart zou zowel intern als extern (voor verloftoetsing, bij overdracht naar een andere kliniek) toegevoegde waarde hebben.

Mogelijkheden voor vervolg

15 Nieuw dossieronderzoek lijkt op dit moment vergelijkbare resultaten op te zullen leveren als het onderzoek in 2011 en bovendien naar verwachting niet leiden tot andere inzichten en conclusies dan uit de inventarisatie al komen. Het achterhalen van de informatie - die niet voor onderzoeksdoeleinden wordt geregistreerd - vergt een inspanning en een mate van interpretatie die de praktische mogelijkheden van dossierstudie voor onderzoeksdoeleinden beperkt.

16 In het onderzoek zijn mogelijkheden gesignaleerd om de registratiepraktijk verder te verbeteren. Hierin zijn op hoofdlijnen de volgende stappen te onderscheiden:

- a. Inzichtelijk maken van hoe de diverse ontwikkelingen zoals het Toetsingskader Primair Proces TBS, de Landelijke Databank Risicotaxaties-tbs, Routine Outcome Monitoring en de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie zich tot elkaar verhouden en vaststellen voor welke door te ontwikkelen onderwerpen aanvullend actie moet worden ondernomen;

² Van het andere deel wordt weliswaar erkend dat de registratie qua uniformiteit te wensen overlaat, maar wordt doorontwikkeling niet als prioriteit aangemerkt.

- b. Tussen het ministerie van VenJ en het LBHIV duidelijke afspraken maken over de doorontwikkeling van de registratiepraktijk gegeven de vragenlijst van Van Nieuwenhuizen en de uitkomsten van het huidige onderzoek;
- c. Op basis van een prioriteitenlijst die draagvlak heeft bij de klinieken kan de doorontwikkeling verder worden vormgegeven. Daarbij is het van belang de doorontwikkeling vorm te geven in samenhang met bestaande afspraken en lopende initiatieven. Een suggestie is te starten met het concreet uitwerken van de 'routekaart', aangezien dit voor alle betrokkenen van concrete toegevoegde waarde is.

Summary

Background and Motivation

17 In 2011, a study was carried out for WODC (the Research and Documentation Centre at the Ministry of Security and Justice) into the execution of TBS orders (Van Nieuwenhuizen *et al.*, 2011)³. TBS, an abbreviation of *terbeschikkingstelling*, refers to detention under a hospital order. The main aim of the 2011 study was to provide information on how the execution of TBS orders takes shape in practice and to determine to what extent the findings of academic research are being applied in the treatment of forensic patients. In the course of this study, it became clear that some information on forensic patients was either unavailable or difficult to obtain. This study prompted the State Secretary for Security and Justice (hereinafter the 'State Secretary') to ask the clinics to make sure that their patient files were more accurate (see Dutch Parliament, Lower House 2011-2012, 29452, no. 144). In 2013, the State Secretary announced that there would be a follow-up study into the recording of information and compilation of files in the clinics.

18 WODC wanted to avoid a large-scale study being set up only to discover that shortcomings in the recording of information meant that the research questions could not be answered. WODC therefore asked Significant to perform a preliminary investigation first. The aim of this investigation was to assess whether the recording and accessibility of data on forensic patients and their treatment in the clinics are of sufficient quality to enable a new study of the execution of TBS orders to be started.

Approach for the Preliminary Study

19 In this preliminary study, record-keeping was examined by means of a questionnaire sent to the clinics. Additional information was obtained from phone interviews, and a meeting was held at the end. Following consultation with the supervisory committee, the study by Van Nieuwenhuizen *et al.* was used as a point of reference for the aspects to be focused on in the investigation of the files. That questionnaire from 2011 contains the aspects relating to forensic patients (including a specification of categories) for the investigation of the files. The current preliminary study was geared to forming an initial general impression of record-keeping before any actual examination of the files.

20 The following activities were performed in this preliminary study:

- a. An interview was held with Ms Chijs van Nieuwenhuizen to discuss the objectives and findings from the previous study;
- b. An overview was drawn up of topics that were investigated in the files in 2011 and the extent to which information on these topics was recorded by the clinics;
- c. We sent the list of aspects to be studied in the investigation of the files to all the clinics by e-mail. We also asked the clinics to state for each topic whether information on individual patients was recorded and if so, whether this was done systematically. We also asked whether the topic was a need-to-know

³ C. van Nieuwenhuizen, S. Bogaerts, E.A.W. de Ruijter, I.L. Bongers, M. Coppens, R.A.A.C. Meijers (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. [Profile of TBS treatments. A structured case analysis] The Hague: WODC, Ministry of Security and Justice.

or nice-to-know topic and for what purpose the information was being recorded. The clinics filled in and returned the document to us, after which we conducted a phone interview to discuss the list and ask more in-depth questions. The focus was on topics that were not always being recorded or not being recorded at all. The following aspects in the implementation of this approach are relevant to the interpretation of the results:

- i. Nine of the eleven clinics filled in the questionnaire and an interview was held with each of these nine clinics;
 - ii. It turned out that the clinics found the questionnaire lengthy and time-consuming to complete; they were therefore selective in what they chose to answer in order to keep the task manageable;
 - iii. In the phone interviews, the focus was on the topics that stood out, in particular the items that were being recorded either not at all or only to a limited degree;
 - iv. Based on the clinics' answers, we drew up a classification per section of the record-keeping, the extent to which information is recorded systematically and the clinic's opinion of whether that aspect is nice-to-know or need-to-know information.
- d. We studied one file in two of the clinics to get an idea of how files are put together and the practical feasibility of an investigation of the files;
 - e. We carried out an analysis and synthesis of the data that we had collected;
 - f. We held a group meeting with experts in which we checked the key findings. The participants also discussed what information is need-to-know information and for what purposes. Building on this, they also discussed wishes for further improvements from the perspective of actual practice.

Findings

Record-keeping

21 The survey gave an initial impression of record-keeping at present in the clinics. In general, the clinics say that they record information on most of the topics and that this is need-to-know information. The current approach to record-keeping satisfies the clinics' requirements from the point of view of individual treatment. However, there are differences in how information is recorded, and this is not always in line with the formulation of the questions and the categories used in the 2011 questionnaire. In practice, uniform definitions and record-keeping methods are lacking for many parts of that questionnaire. Much of the information is recorded as free-format text and is fragmented across various parts of the file.

22 This way of recording information is often inadequate for purposes that extend beyond the treatment of the individual patient within the clinic (such as transfers between clinics, generating management information that could allow internal quality improvements and for purposes that are important to external parties). This information is not easy to access, as information is often not recorded systematically and traceably. Consequently the options are limited for analysis and the production of information that transcends the level of the individual patient file. Current record-keeping methods also turn out to be inadequate for academic research purposes (which was what this preliminary study was all about).

23 Not all information is recorded in patient files as some aspects are applicable at a level above that of the individual patient. Some clinics do record this information in other sources, for example in department

descriptions or in policy documents. A few clinics stated explicitly that they did not record such information although they did consider this to be desirable. This concerns the following aspects:

- a. Security objectives;
- b. Implementation of the treatment on offer;
- c. Milieu therapy/sociotherapy;
- d. Treatment climate;
- e. Communal living group;
- f. Problems.

24 Some of the aspects are either only recorded by some of the clinics or are not recorded systematically in line with the questionnaire. Broadly speaking, this concerns the following aspects:

- a. The stage in the execution of the TBS order;
- b. The formal context;
- c. The 'what works' responsivity principle;
- d. The use of care programmes.

The Assessment

25 The survey also gives a picture of the status of file creation for follow-up research. The clinics' record-keeping as described above is not geared to research purposes. Researchers would probably need to apply their own interpretation of the data in order to arrive at scores for the files with regard to the questions and categories used in 2011.

26 When the study was carried out in 2011, limitations were observed in the files in a number of areas. The results of the current survey suggest that these limitations still apply to a large extent. Broadly speaking, these limitations from a research perspective concern:

- a. The treatment stage;
- b. The treatment;
- c. Milieu therapy/sociotherapy;
- d. Problems.

27 Little has changed in the nature of the information being recorded. However, there are various parallel developments that are related to the recording of information and creation of files, for example the TBS primary process assessment framework [*Toetsingskader Primair Proces TBS*], the national database for TBS risk assessments [*Landelijke Databank Risicotaxaties-tbs*], Routine Outcome Monitoring, and the core set of performance indicators for forensic psychiatry [*Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie*]. The effects of these developments were not measured directly in this study and there is as yet only limited evidence. However, these developments and the agreements made in that context on recording, generating and providing information do offer hope for the future.

28 The participants in the group meeting did see the benefit from and need for further improvement with regard to some of the topics that are not currently being recorded in a systematic and uniform manner⁴. This list could be the start of a 'Top X' for further improvement. The participants in the group meeting also mentioned topics that were not included in the current study but were topics where further improvement would be advisable.

29 An initial suggestion for the Top X consists of:

- a. Topics that emerged as eligible in the study:
 - i. Treatment (objectives and evaluation);
 - ii. The treatments that are on offer;
 - iii. Setup for milieu therapy/sociotherapy;
 - iv. The 'what works' principles.
- b. Desired additions to the existing questionnaire:
 - i. Quality of the therapeutic relationship;
 - ii. Somatic screening;
 - iii. Timely contact after patient is discharged from the clinic.

30 It became clear in the meeting that there was a strong and widely felt need for a chronological overview ('route map') of the patient's treatment: when did the treatment start, what treatment modules were deployed, what was the result, what was the treatment setting, and so forth. This route map could be a record both of what has taken place and of the plans for the future. The route map could also include information about the outcomes of risk assessments and possibly the stage in the treatment, execution of the order, and leave. The route map would have added value, both internally and externally (in assessing leave requests and in transfers to another clinic).

Follow-up Options

31 At present it seems likely that any new investigation of files would produce similar results to the 2011 study. The insights and conclusions from such a study would also probably not be any different to those already obtained from this preliminary survey. The effort and interpretation required to obtain the information, which is not being recorded with research goals in mind, are such that the practical options for an investigation of files for research purposes are limited.

32 Options for further improving record-keeping were identified in the study. Broadly speaking, they involve the following steps:

- a. Obtain a picture of how the various developments, such as the TBS primary process assessment framework, the national database for TBS risk assessments, Routine Outcome Monitoring, and the core set of performance indicators for forensic psychiatry, are related to one another and determine which topics for further improvement require additional action;

⁴ It was acknowledged that the other topics were not being recorded in a uniform manner but further improvement was not seen to be a priority.

- b. The Ministry of Security and Justice and the council of treatment directors within the TBS sector (*Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken*, LBHIV) should make clear agreements on further improvements to record-keeping based on the Van Nieuwenhuizen questionnaire and the outcomes of the current study;
- c. The details of the further improvements can be fleshed out based on a priority list that has the backing of the clinics. It is however important to make sure that the shape that further improvements take is in line with existing agreements and ongoing initiatives. One suggestion is to start by working out the specifics of the 'route map', given that all those involved see definite added value in this initiative.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

33 In 2006 stelt de Tweede Kamer een parlementair onderzoek in naar het functioneren van het tbs-systeem, nadat enkele tbs-gestelden ernstige incidenten hebben veroorzaakt tijdens hun verlof. Een van de aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie tbs (Commissie Visser) is dat er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd zou moeten worden naar de effectiviteit van behandeling in de forensische psychiatrie. Om hieraan invulling te geven is een onderzoeksprogrammering vastgesteld.

34 In 2011 is in opdracht van het WODC een onderzoek uitgevoerd naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel (Van Nieuwenhuizen et al., 2011)⁵. Het voornaamste doel van dit onderzoek was inzichtelijk maken hoe er invulling wordt gegeven aan de tenuitvoerlegging van tbs en om vast te stellen in hoeverre bevindingen uit wetenschappelijke onderzoeken hun toepassing vinden bij de behandeling van tbs-gestelden. Tijdens dit onderzoek bleek informatie over tbs-gestelden niet of moeilijk te achterhalen. De bestudeerde dossiers bleken niet alle benodigde informatie te bevatten, bijvoorbeeld met betrekking tot behandelinterventies en het sociotherapeutisch behandelmilieu. Bovendien hebben mogelijk niet alle klinieken alle beschikbare gegevens aangeleverd. De inhoudelijke bevindingen van het onderzoek boetten daardoor in aan betrouwbaarheid.

35 Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de staatssecretaris de klinieken gevraagd om patiëntendossiers nauwkeuriger bij te houden (zie TK 2011-2012, 29452, nr. 144). De klinieken hebben aangegeven daaraan gehoor te willen geven. De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (hierna: staatssecretaris) heeft aangekondigd in 2013 een vervolgonderzoek bij de klinieken te zullen uitvoeren naar de registratie en dossiervorming.

36 Om te voorkomen dat een grootschalig onderzoek wordt opgetuigd om vast te stellen dat de registratie tekortschiet voor het kunnen beantwoorden van de onderzoeksvragen, heeft het WODC Significant gevraagd om een vooronderzoek uit te voeren. Hierin moet worden nagegaan of de registratie en toegankelijkheid van de gegevens met betrekking tot (de behandeling van) tbs-gestelden in de klinieken van voldoende kwaliteit is om een nieuw onderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel te starten.

37 De vraagstelling van het vooronderzoek is als volgt:

Registratiekader

- a. Welke (behandel)kenmerken met betrekking tot tbs-gestelden moeten worden geregistreerd ten behoeve van het beoogde vervolgonderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs?
- b. Op welke wijze (inhoudelijk) moeten deze (behandel)kenmerken worden geregistreerd ten behoeve van het beoogde vervolgonderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs? (bijvoorbeeld welke elementen (doelen, werkzame bestanddelen, et cetera) moeten worden benoemd?)

De registratiepraktijk

- c. Welke van de beoogde (behandel)kenmerken (zie onderzoeksvraag a) worden op dit moment wel/niet door de klinieken geregistreerd?
- d. Indien wel: Op welke wijze (inhoudelijk en technisch) worden (behandel)kenmerken geregistreerd? Waar in het dossier is het kenmerk te vinden?
- e. Indien niet: Waarom worden (behandel)kenmerken niet geregistreerd (knelpunten)?

De toetsing

- f. In hoeverre voldoet de registratie van de klinieken aan de normering ten behoeve van een adequate dossiervorming (zie onderzoeksvraag a en b)?
- g. Is de registratie thans zodanig dat er zinvol vervolgonderzoek kan worden uitgevoerd?
- h. Zo nee, zijn vervolgstappen nodig (en mogelijk) om de registratie volledig, duidelijk en vergelijkbaar te krijgen. Zo ja, welke?

1.2 Aanpak van het vooronderzoek

38 Het vooronderzoek is opgedeeld in twee fasen. In de eerste fase worden onderzoeksvragen a tot en met e beantwoord op basis van een vragenlijst onder klinieken, aangevuld met telefonische interviews en afgesloten met een toetsende bijeenkomst. Voor de kenmerken waar de dossierstudie zich op richt (onderzoeksvraag a en b) is in afstemming met de begeleidingscommissie het onderzoek van Van Nieuwenhuizen et al. (2011) als referentiepunt genomen. De vragenlijst uit 2011 bevat de kenmerken (inclusief specificatie van categorieën) met betrekking tot tbs-gestelden waarop het onderzoek zich in deze fase richt. Deze fase richt zich op een eerste algemeen beeld van de registratiepraktijk (onderzoeksvraag c tot en met e), nog voordat daadwerkelijk dossiers worden bestudeerd. Voor diepgaande beantwoording van de onderzoeksvragen f tot en met h is een tweede fase van het onderzoek nodig, deze fase zal alleen plaatsvinden na een 'go' van de begeleidingscommissie. Voorliggende rapportage doet alleen verslag van de eerste fase.

39 In de eerste fase van het vooronderzoek (tot en met mei 2015) hebben wij de volgende activiteiten uitgevoerd:

- a. We hebben een gesprek gevoerd met de voorzitter van de voormalige onderzoekscommissie mevrouw Chijs van Nieuwenhuizen. Dit gesprek had tot doel om vast te stellen op basis van welke overwegingen de uitgebreide⁶ lijst van variabelen tot stand is gekomen. De afzonderlijke onderwerpen zijn in de vragenlijst opgenomen vanuit een algemeen doel om op basis van registratie op dossierniveau inzicht te krijgen in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, met name de behandeling. Uit dit gesprek is het beeld ontstaan dat in het onderzoek geen nader onderscheid is gemaakt naar verschillende meer specifieke doelen van de registratie. Het tweede doel van het gesprek was te achterhalen in welke mate variabelen in 2011 werden geregistreerd, die niet in de betreffende rapportage van het onderzoek in 2011 waren opgenomen, zodat we een volledig beeld van de registratiepraktijk in 2011 konden vormen;

⁶ Het resultaat van het in 2011 uitgevoerde onderzoek is een uitgebreide lijst met variabelen, waarin wij als onderzoekers terugkijkend het idee hebben gekregen dat een zo compleet mogelijke vragenlijst is nagestreefd.

- b. Wij hebben, conform de wens van de begeleidingscommissie en met het oog op continuïteit, de volledige vragenlijst van Van Nieuwenhuizen et al. (2011) als uitgangspunt genomen. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van onderwerpen die in 2011 zijn onderzocht in de dossiers. Daarnaast zijn we op basis van het rapport nagegaan of de elementen (voor zover daarover is gerapporteerd) in 2011 door klinieken werden geregistreerd. Voor zover deze informatie niet uit het rapport duidelijk is, is daarover navraag gedaan bij de onderzoekers die betrokken waren bij het onderzoek van Van Nieuwenhuizen;
- c. We hebben de lijst met kenmerken voor dossieronderzoek per e-mail voorgelegd aan alle klinieken. Daarbij hebben we de vraag gesteld of klinieken per onderwerp konden aangeven of het onderwerp op patiëntniveau wordt geregistreerd, en zo ja in hoeverre dat structureel gebeurt. Tevens hebben we gevraagd of het onderwerp 'need' of 'nice to know' is, en welk doel er met registratie gediend is. De klinieken hebben het ingevulde document naar ons retour gestuurd, waarna een telefonisch interview plaatsvond om de lijst te bespreken en verdiepende vragen te stellen. De focus lag op onderwerpen die niet altijd of helemaal niet worden geregistreerd. In de uitvoering van deze aanpak en de interpretatie van de resultaten zijn de volgende aspecten relevant:
- i. Van de 11 klinieken⁷ hebben er 9 de vragenlijst ingevuld en is een interview afgenomen. De overige 2 klinieken hebben geweigerd om de vragenlijst in te vullen. De ene kliniek kon het onderzoek geen prioriteit geven in verband met een reorganisatie. De andere kliniek vond het invullen van de vragenlijst voor de huidige situatie niet zinvol aangezien de wijze van registreren in de kliniek inmiddels grondig wordt herzien. Voor deze twee klinieken is op dit moment onbekend in hoeverre zij de betreffende onderwerpen structureel registreren. Ook is niet bekend of betreffende onderwerpen door deze klinieken als 'need to know' of 'nice to know' worden beschouwd. Het is mogelijk dat deze klinieken qua registratiepraktijk afwijken van de responderende klinieken;
 - ii. De vragenlijst bleek voor klinieken lang en tijdrovend om te beantwoorden waardoor zij keuzes hebben gemaakt bij het invullen om het geheel werkbaar te houden. Klinieken die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben de vragen veelal op hoofdlijnen beantwoord en alleen op onderdelen waaraan zij een bijzonder belang hechten een toelichting gegeven. De mate van detail in de beantwoording en de mate van kritische zelfreflectie verschilt tussen de klinieken. Op een kliniek na zijn vragen over het doel van de registratie echter nauwelijks beantwoord. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen de doelen van registratie per item niet op te nemen in deze rapportage. Wel geven we in hoofdstuk 3 onze overall bevindingen weer ten aanzien van de doelen die inrichtingen hebben met de registratie in het algemeen;
 - iii. In de telefonische interviews lag de focus op de meest in het oog springende onderwerpen, met name de items die niet of beperkt worden geregistreerd. Het verslag daarvan is ter controle voorgelegd aan de betreffende kliniek;
 - iv. Op basis van de antwoorden van de klinieken hebben wij per onderdeel een categorisering gemaakt met betrekking tot registratie, de mate waarin de registratie structureel plaatsvindt en de opvatting van de kliniek of het kenmerk 'nice to know' of 'need to know' is. Hierbij is de

⁷ Nederland had tot voor kort 13 tbs-klinieken. Eind 2014 zijn daarvan twee gesloten: Oldenkotte (Rekken) en 2Landen (Utrecht).

beantwoording door de klinieken (schriftelijk of telefonisch) leidend. Gegeven het algemene karakter van de antwoorden van klinieken kan dat de resultaten enigszins vertekenen⁸.

- d. We hebben in twee klinieken een dossier bestudeerd om vast te stellen in hoeverre de antwoorden van de kliniek in de vragenlijst overeenkomen met wat wij in dossiers kunnen terugvinden. Ook gaf deze dossierstudie zicht op de praktische kant van de gegevensverzameling uit dossiers: Is alle informatie terug te vinden? En zo ja, op welke locatie? Hoeveel dossiers zijn per dag te bestuderen?
- e. We hebben een analyse en synthese uitgevoerd op de verzamelde gegevens;
- f. Tijdens een groepsbijeenkomst met deskundigen hebben we de belangrijkste⁹ bevindingen getoetst en hebben de aanwezigen (zie bijlage A) gediscussieerd over welke informatie *need to know* is voor welk doel. Indien registratie een - volgens de aanwezigen - belangrijk doel dient, werd de vervolgvraag gesteld welke wijze van registreren gewenst is: voldoet de huidige wijze van registreren? Of is nadere operationalisering of doorontwikkeling gewenst?

1.3 Leeswijzer

40 In hoofdstuk 2 presenteren we de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 3 staan de conclusie en discussie centraal.

⁸ In een deel van de gevallen was het onduidelijk in hoeverre kliniek items structureel registreerden. Zij hebben bijvoorbeeld bij (bijna) alle items ingevuld dat zij dit structureel registreren. Als tijdens het telefoongesprek bleek dat zij daarmee iets anders bedoelden (bijvoorbeeld geregistreerd indien bekend, in plaats van structureel indien van toepassing), dan hebben wij hun antwoord op basis van het telefoongesprek aangepast. Omdat het onmogelijk was om in de beoogde tijdsperiode van een uur per interview alle onderwerpen uit de vragenlijst langs te lopen, heeft deze 'check' niet bij ieder item plaatsgevonden. In die gevallen gaan we uit van het schriftelijke antwoord van de kliniek. Op basis van de interviews hebben wij de indruk gekregen dat klinieken over het algemeen aanvankelijk op papier positiever oordelen over hun eigen registratie dan zij later in het telefoongesprek aangeven. Het is dus mogelijk dat de resultaten positief vertekend zijn.

⁹ Bij de start van de bijeenkomst hebben we een, op basis van de bevindingen van het onderzoek opgesteld, concept voorstel voor selectie/prioritering besproken en met de aanwezigen vastgesteld welke onderwerpen het meest relevant waren om te bespreken. Dit om te voorkomen dat een deel van de beschikbare tijd verloren zou gaan aan minder belangrijke zaken of details.

2. Registratie in de praktijk

41 In dit hoofdstuk staan de bevindingen ten aanzien van de registratiepraktijk centraal. In paragraaf 2.1 staan de kwantitatieve resultaten van het vragenlijstonderzoek centraal. In paragraaf 2.2 bespreken we de kwalitatieve bevindingen op basis van de vragenlijsten en de aanvullende telefonische interviews. In paragraaf 2.3 laten we zien wat de uitkomsten zijn van de beknopte dossierstudie. In paragraaf 2.4 geven we de resultaten van de groepsbijeenkomst weer.

2.1 Kwantitatieve bevindingen op basis van de vragenlijsten en interviews

42 De bevindingen ten aanzien van de registratie op basis van de vragenlijsten en gehouden interviews zijn samengevat in tabel 1 (op de volgende bladzijde). Een gedetailleerd overzicht van bevindingen per afzonderlijk onderwerp in de vragenlijst is opgenomen in bijlage B. In deze bijlage staat per onderwerp het aantal klinieken vermeld:

- a. Of, en op welke wijze het onderwerp wordt geregistreerd;
- b. In hoeverre het onderwerp structureel wordt geregistreerd; en
- c. Of de registratie van het onderwerp 'nice to know' of 'need to know' is.

43 De samenvattende tabel hieronder geeft voor het totaal van de vragenlijst en per subcategorie weer hoe de onderwerpen over het algemeen worden geregistreerd door klinieken. De percentages geven weer welk deel van de klinieken de kenmerken registreren (en op welke manier). Om het geheel samen te vatten is per reeks van vragen het gemiddelde genomen op de onderliggende items.

44 Wij lichten de tabel nader toe aan de hand van de resultaten op het totaal van de vragenlijst. Op het totaal van de vragenlijst wordt op de onderwerpen over het algemeen door de klinieken een registratie bijgehouden. De manier waarop de registratie plaatsvindt verschilt enigszins, waarbij de antwoorden als volgt zijn gecategoriseerd:

- a. Voor 43% geven klinieken aan te registreren in de genoemde categorieën;
- b. Voor 9% wordt er wel informatie geregistreerd, maar in andere categorieën;
- c. Voor 35% wordt er wel informatie geregistreerd, maar is voor de onderzoekers niet duidelijk in welke categorieën de registratie plaatsvindt;
- d. Voor 4% geven de klinieken aan een kenmerk geheel niet te registreren;
- e. Voor 8% is onbekend of en hoe er geregistreerd wordt.

- 45 De registratie door klinieken gebeurt in wisselende mate structureel:
- Voor 59% wordt het kenmerk structureel geregistreerd, mits van toepassing. Indien van toepassing wordt de benodigde informatie verzameld;
 - Voor 5% is aangegeven dat er structureel wordt geregistreerd mits het bekend is, waarbij expliciet wordt vermeld als de informatie onbekend is;
 - Voor 5% is aangegeven dat er structureel wordt geregistreerd mits het bekend is, maar dat niet wordt vermeld als het onbekend is;
 - Voor 7% is aangegeven dat dat het kenmerk wel eens wordt geregistreerd, maar dat dit niet structureel het geval is;
 - Voor 22% is de vraag over structureel registreren onbekend (geen antwoord van de kliniek) of wordt de betreffende informatie geheel niet geregistreerd (blijkend uit antwoord op voorgaande vraag).
- 46 De onderverdeling in 'need to know' en 'nice to know' informatie levert het volgende beeld op:
- Klinieken geven voor 86% aan dat er sprake is van 'need to know' informatie;
 - Voor 7% geven klinieken aan dat de informatie 'nice to know' is;
 - Voor 1% geven klinieken een ander antwoord dan 'need to know' of 'nice to know';
 - Voor 7% is geen antwoord bekend over het onderscheid tussen 'need to know' of 'nice to know'.

2.2 Kwalitatieve bevindingen op basis van de vragenlijsten en interviews

47 In deze paragraaf beschrijven wij hoe de resultaten (zie het schema) begrepen kunnen worden. Deze bevindingen zijn zowel gebaseerd op de door de klinieken ingevulde vragenlijsten als op de telefonische interviews.

2.2.1 Klinieken registreren ten behoeve van diverse doeleinden

48 Uit het onderzoek blijkt dat klinieken verreweg de meeste onderwerpen noodzakelijk vinden om te registreren (need to know). Op de vraag met welk doel zij deze registreren, hebben de meeste klinieken niet in detail geantwoord. Globaal kan evenwel gezegd worden dat klinieken met name informatie registreren met het oog op behandeling, financiering en eigen administratie. Daarnaast registreren klinieken bepaalde onderwerpen omdat zij worden geacht hierover te kunnen rapporteren in verlofaanvragen of verlengingsadviezen (bijvoorbeeld informatie over risicotaxatie).

49 Uit het onderzoek blijkt dat klinieken vrijwel alle onderwerpen registreren. Dit doen zij op een manier die past bij de doelen die zij er zelf mee hebben. Zo worden bijvoorbeeld behandeldoelen, voortgang van en inzet bij de behandeling beschreven in lopende teksten die bruikbaar zijn voor de behandelaars. Deze manier van registreren sluit echter niet aan bij het doel van het verzamelen van management- en beleidsinformatie of het doen van onderzoek. Dit blijkt onder andere uit het feit dat klinieken bij een groot aantal onderwerpen aangeven dat zij deze wel registreren, maar 'niet in de genoemde categorieën' (geel/oranje gekleurd in het schema). Daarnaast worden niet alle onderwerpen voor alle patiënten geregistreerd, omdat dat met het oog op behandeldoeleinden niet nodig is. Bijvoorbeeld: de leeftijd van het slachtoffer wordt vooral relevant geacht bij zedendelicten, maar wordt bij andere delicten meestal niet geregistreerd.

50 Omdat informatie binnen de tbs wordt geregistreerd op de manier die past bij de eigen doelen, is de informatie niet 'met een druk op de knop' op te vragen en uit te draaien. Om algemene uitspraken te kunnen doen over de (behandeling in de) tbs die het individuele niveau overstijgen, zullen extra inspanningen moeten worden verricht om de gewenste informatie boven tafel te krijgen. Daarbij is het de vraag of het mogelijk is om daarbij eenduidige resultaten op te leveren, aangezien het vatten van een lopende tekst in een enkele antwoordcategorie interpretatie van de onderzoeker vraagt.

2.2.2 Niet alle informatie is geregistreerd in patiëntendossiers

51 Een deel van de onderwerpen in de vragenlijst overstijgt het niveau van de individuele patiënt, en is daardoor niet altijd op dossierniveau bekend of te beantwoorden. Dergelijke informatie is wel te vinden, maar op verschillende, andere locaties. Bijvoorbeeld in beleidsstukken, notulen van vergaderingen, beschrijvingen van (het behandel- en/of leefklimaat van) afdelingen, beschrijvingen van behandelingen/zorgprogramma's, et cetera. Deze informatie is wel op dossier overstijgend niveau te verzamelen, maar vergt daarbij de nodige interpretatie.

52 Het gaat daarbij om kenmerken van:

- a. Beveiligingsdoelen. Doelen ten aanzien van beveiliging in de zin van 'beheersbaarheid in noodsituaties' en 'beleid ten aanzien van ontvluchting/onttrekking' gaan niet zozeer over afzonderlijke patiënten;
- b. Aangeboden behandeling. Behandelingen bestaan grotendeels uit modules waarbij de invulling een vast gegeven vormt. De invulling van de modules wordt dan ook niet door alle klinieken altijd op individueel niveau geregistreerd;
- c. Milieutherapie/sociotherapie. Een deel van deze aspecten wordt op het niveau van de afdeling vorm gegeven (bijvoorbeeld het aanbieden van een vaste week- en dagstructuur). Deze informatie staat niet altijd in het individuele dossier geregistreerd. Wel kan dan bijvoorbeeld een afdelingsbeschrijving daarover informatie bieden. De aard van de kenmerken in termen van stimulatie, activatie, aandacht, maakt dat een eenduidige categorisering van deze kenmerken in termen van 'duidelijk aanwezig', 'enigszins aanwezig' en 'afwezig' mogelijk ook de nodige interpretatie zal vergen;
- d. Behandeklimaat. De samenstelling van het team en de samenwerking binnen het team zijn geen kenmerk van het individu. Deze informatie is niet bij alle klinieken eenduidig in het dossier te vinden. Informatie is soms wel uit andere bronnen af te leiden (zoals beschrijving van de afdeling of verslagen van overleg);
- e. Leefgroep. Samenstelling, organisatie en afspraken binnen de leefgroep overstijgen het individuele niveau. Niet alle klinieken registreren kenmerken van de leefgroep ook op individueel niveau. Soms is informatie uit documenten over de afdeling bekend, maar niet in alle gevallen;
- f. Knelpunten. Knelpunten die instellingen ervaren met betrekking tot werkdruk, gebrek aan personeel of wetgeving staan min of meer los van het individuele niveau. Deze vraagstelling wordt door klinieken als onduidelijk ervaren.

53 Naast kenmerken die het individu overstijgen, zijn er ook kenmerken die wel aan de patiënt verbonden zijn die toch niet door alle klinieken of niet structureel geregistreerd worden. Dit geldt relatief sterk voor:

- a. Fase tenuitvoerlegging tbs. Met name de fase van behandeling wordt niet altijd eenduidig geregistreerd. Het verschilt sterk per kliniek of en zo ja hoe dit geregistreerd wordt en de indeling in fases is niet overal

op dezelfde wijze afgebakend. Deels is de fase wel af te leiden uit plaatsing in afdelingen, het behandelplan of toegekende verloven;

- b. Formele kader.
 - i. De vraag naar geldende wetgeving roept verwarring op bij geïnterviewden. De WGBO is altijd van toepassing. Combinatie beginselenwet en wet Bopz is op het individuele niveau niet mogelijk. Niet alle klinieken hebben Bopz-patiënten, waardoor het niet voor alle klinieken nodig is dit te registreren;
 - ii. De manier van uitreiken van maatregelen specificeert schriftelijke en mondelinge uitreiking. Schriftelijke uitreiking is een verplichting. Of een maatregel ook mondeling wordt gecommuniceerd wordt echter niet altijd geregistreerd.
- c. What Works-principes. Van responsiviteit is door meerdere klinieken aangegeven dat deze elementen niet worden geregistreerd, of niet structureel worden geregistreerd;
- d. Gebruik van zorgprogramma's. Meerdere klinieken geven aan zorgprogramma's nog niet te registreren. Het is een recente ontwikkeling die nog niet in alle klinieken volledig is geïmplementeerd.

2.2.3 *Gesignaleerde beperkingen op basis van dossierstudie uit 2011*

54 Door Van Nieuwenhuizen et al. (2011) is geconstateerd dat de registratie door klinieken op een aantal punten nog onvoldoende duidelijk was voor het beoogde onderzoek. In onze analyse zijn wij voor deze elementen nagegaan of een substantiële verbetering op deze punten verwacht kan worden bij een nieuw uit te voeren dossieronderzoek. In zijn algemeenheid verwachten wij op basis van de ons bekende informatie dat bij hernieuwde dossierstudie op dit moment vergelijkbare beperkingen zullen worden geconstateerd. Het gaat in hoofdlijnen om de volgende elementen:

- a. Behandelfase. In 2011 werd geconstateerd dat een deel van de klinieken geen expliciet onderscheid maakt in behandelfases. Bij de huidige navraag over de registratiepraktijk bleek dit opnieuw een onderwerp dat niet door alle klinieken wordt geregistreerd en bij de klinieken waarbij dit wel wordt geregistreerd dit niet altijd structureel het geval is en/of een andere indeling in categorieën wordt gehanteerd. Te verwachten valt dat een nieuw dossieronderzoek op dit punt niet tot completere en eenduidiger informatie zal leiden dan in 2011 is gevonden;
- b. Behandeling. In 2011 is geconstateerd dat niet alle voor het onderzoek benodigde informatie over behandeling in de dossiers is teruggevonden. Een belangrijke aanbeveling was destijds de gegeven behandeling, invulling, voortgang en evaluaties in dossiers meer systematisch en gestructureerd te registreren:
 - i. Klinieken geven in de huidige navraag aan dat de gegeven behandelingen veelal wel geregistreerd worden, al wordt dit niet altijd eenduidig in de gehanteerde categorieën geregistreerd. Hierdoor is het goed mogelijk dat, net als in 2011, voor een belangrijk deel van de dossiers niet te achterhalen is of specifieke behandelingen wel of niet hebben plaatsgevonden;
 - ii. De invulling van de behandeling overstijgt het individuele niveau. Behandeling wordt grotendeels gegeven in vaste modules. De invulling, frequentie en duur daarvan worden wel in algemene documenten beschreven, maar niet altijd op individueel niveau in het dossier geregistreerd. Net als in 2011 zullen bij een nieuwe dossierstudie deze kenmerken slechts deels op basis van individuele dossiers kunnen worden verkregen;

- iii. Op voorhand is niet duidelijk of informatie over voortgang en evaluatie van de behandeling dusdanig eenduidig uit dossiers is af te leiden dat hierover meer informatie beschikbaar is dan in 2011 het geval was. De klinieken geven namelijk aan dat zij de voortgang en evaluatie van de behandeling bijhouden in lopende teksten in behandelrapportages. Enkele klinieken geven daarnaast aan voortgang en evaluatie niet structureel overeenkomstig de indeling van de vragenlijst te registreren. Dit maakt dat bij dossierstudie naar verwachting de nodige interpretatie¹⁰ vereist is van behandelrapportages om antwoord te geven op de geformuleerde vragen en bijbehorende categorie indeling.
- c. Milieutherapie/sociotherapie. In 2011 bleek de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu slechts in een klein deel expliciet te worden vermeld. Bij de huidige inventarisatie van de registratiepraktijk is door klinieken aangegeven dat hierover wel informatie geregistreerd wordt, maar dat het sociotherapeutisch milieu een kenmerk is dat het individuele niveau overstijgt. De informatie wordt niet altijd structureel bijgehouden in individuele dossiers. Informatie is deels wel beschikbaar als afdelingsbeschrijving. De gehanteerde formulering en categorieën bij de vragen over het sociotherapeutisch milieu zijn algemeen van aard en vergen naar verwachting de nodige interpretatie om de informatie zoals klinieken die registreren in omschrijvingen te vertalen naar de vraagstelling in de vragenlijst. Alhoewel klinieken aangeven informatie bij te houden over het sociotherapeutisch milieu is het de vraag of de aard van de registratie en het structurele karakter ervan op dit moment bij onderzoek van afzonderlijke patiëntendossiers tot completere en eenduidiger informatie zal leiden dan in 2011 is gevonden;
- d. Knelpunten. In 2011 is geconstateerd dat knelpunten niet op dossierniveau te traceren zijn. Bij de huidige navraag geven klinieken eveneens aan dat de knelpunten in zijn algemeenheid niet op dossierniveau worden geregistreerd aangezien deze qua aard het individuele niveau overstijgen (wetgeving, werkdruk, gebrek aan personeel). Knelpunten met betrekking tot verlof en motivatie zijn wel op het individuele niveau relevant, maar de aard van de registratie van deze knelpunten is niet eenduidig. Te verwachten valt dat nieuw dossieronderzoek evenals in 2011 niet of beperkt tot informatie over knelpunten op casusniveau zal leiden.

55 Een belangrijke kanttekening bij deze bevindingen is dat veel voor de klinieken belangrijke informatie wel in dossiers wordt geregistreerd, maar zich moeilijk leent voor de beoogde dossierstudie. De manier van registreren is vooral gericht op de eigen interne praktijk van klinieken en sluit daardoor niet goed aan bij de opgestelde vragenlijst. Veel informatie is in lopende teksten en kwalitatieve bewoordingen verwerkt en vergt de nodige interpretatie om deze te vertalen naar antwoorden op de vragenlijst. Het is daarmee deels ook het detailniveau van de vragenlijst en de benodigde interpretatie die dossierstudie bemoeilijken.

2.2.4 Ontwikkelingen ten opzichte van 2011: algemene ontwikkelingen met betrekking tot registratie

56 Klinieken geven aan dat in de aard van de geregistreerde informatie weinig is veranderd. Wel zijn meer klinieken gaan werken met het elektronisch patiëntendossier (EPD) en zijn zij daardoor meer uniform en gestructureerd gaan registreren. Ook is met het EFP gewerkt aan de realisatie van een databank risicotaxatie in de tbs. Door koppeling van registratiegegevens met betrekking tot risicotaxaties aan recidivegegevens

¹⁰ Bij een deel van de items uit de vragenlijst is de noodzaak tot interpretatie te wijten aan de vraagstelling van Van Nieuwenhuizen et al. (2011). Bijvoorbeeld bij de vraag: is het resultaat van de behandeling onvoldoende/voldoende/goed? Aangezien de criteria voor deze categorisering niet zijn geëxpliciteerd, is interpretatie door de onderzoeker onvermijdelijk.

wordt zo gewerkt aan een lerende praktijk van behandeling en risicomanagement. Daarnaast zijn afspraken gemaakt over het meten van de voortgang in de behandeling op basis van Routine Outcome Monitoring (ROM). Door het opzetten van een kwaliteitsnetwerk wordt met professionals van de verschillende klinieken gezamenlijk gewerkt aan kwaliteitsverbetering in de forensische psychiatrie. Tot slot heeft het ministerie prestatie-indicatoren vastgesteld op basis waarvan de kwaliteit van zorg in (onder andere) tbs-klinieken kan worden gemeten¹¹, die deels via ROM worden verzameld. Het betreft voor de tbs-klinieken de volgende prestatie-indicatoren:

- a. Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten;
- b. Het op systematische wijze meten van het recidiverisico;
- c. Het meten van de verandering van het recidiverisico;
- d. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel;
- e. Geweldsincidenten;
- f. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding.

57 Voor het overige is de registratie door klinieken echter inhoudelijk niet 'anders' of uitgebreider dan voorheen.

58 Tussen het ministerie van Veiligheid en Justitie en de klinieken zijn naar aanleiding van het rapport van Van Nieuwenhuizen geen aanvullende concrete afspraken gemaakt met de klinieken over wat er precies verbeterd zou moeten worden. Dit is volgens het ministerie ook niet hun rol, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het veld. Wel zijn de hierboven vermelde algemene ontwikkelingen op hoofdlijnen opgenomen in een convenant.¹² Naar aanleiding van het verzoek van de minister van Veiligheid en Justitie om de registratie te verbeteren, hebben klinieken onderling op hoofdlijnen afspraken gemaakt over de ontwikkeling en uitwerking van zorgpaden, de daarvoor benodigde sturingsinformatie en registratie van die informatie. De afspraken zijn met het LBHIV in concept vastgelegd in het Toetsingskader Primair Proces TBS. Het toetsingskader omvat in hoofdlijn de volgende onderdelen en doelstellingen:

- a. Zorgprogrammering: iedere instelling zorgt ervoor dat de forensische zorg die ze levert is georganiseerd in grote programma's;
- b. Zorgpaden: binnen de programma's bestaan concrete doelgroepspecifieke paden met een toetsbare logistiek (inclusief prognosestelling);
- c. Sturingsinformatie: er bestaat een 'lerend mechanisme' (*feedback loop*): iedere instelling heeft inzichtelijk wat er van geplande modules/activiteiten terecht is gekomen.

59 Het Toetsingskader Primair Proces TBS richt zich voor de zorgprogrammering en de zorgpaden primair op uitwerking van beleidsdocumenten en beschrijvingen. Voor de stuurinformatie is volgens het toetsingskader registratie van belang, waarvoor de volgende onderwerpen worden gespecificeerd:

- a. Aantoonbaar zijn binnen drie maanden na opname en voorafgaand aan iedere multidisciplinaire behandel-evaluatie ROM-gegevens op N=1 niveau beschikbaar;

¹¹ Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie, Verslagjaar 2015. Forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking (DJI, 2014).

¹² Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 tot en met 2017, ondertekend door het ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

- b. Minimaal jaarlijks worden de ROM-gegevens op groepsniveau teruggebracht, waarbij de effectiviteit van het zorgpad wordt weergegeven;
- c. Voorafgaand aan iedere multidisciplinaire behandel-evaluatie is inzichtelijk welke voorgeschreven modules wel/niet ingepland zijn;
- d. Voorafgaand aan iedere multidisciplinaire behandel-evaluatie is inzichtelijk welke ingeplande modules wanneer wel/niet gevolgd zijn door patiënt;
- e. Afwijkingen in de geplande multidisciplinaire behandel-evaluaties worden periodiek gemonitord door het management en waar nodig van actie voorzien;
- f. Afwijkingen in de genormeerde doorlooptijden verlofaanvragen worden periodiek gemonitord door het management en waar nodig van actie voorzien;
- g. Afwijkingen van de Verlofunit en/of het AVT worden geregistreerd en gemonitord door het management en waar nodig van actie voorzien;
- h. Contraire proefverloven en/of voorwaardelijke beëindigingen worden geregistreerd en gemonitord door het management;
- i. Afwijkingen op opgetekende prognosestelling voor volgende type verlofaanvraag in ieder (nieuw) verlengingsadvies en iedere (nieuwe) verlofaanvraag worden geregistreerd en gemonitord door het management en waar nodig van actie voorzien;
- j. Afwijkingen op opgetekende prognosestelling voor de totale behandelduur (tot proefverlof / voorwaardelijke beëindiging in ieder (nieuw) verlengingsadvies in relatie tot de geboekte behandelvoortgang worden geregistreerd en gemonitord door het management en waar nodig van actie voorzien.

60 Klinieken hebben een start gemaakt met de uitwerking en implementatie van de afspraken. Voor het huidige onderzoek bieden deze afspraken derhalve beperkte aanknopingspunten aangezien deze nog niet in de actuele dossiers zijn verwerkt. Wel bieden de deze ontwikkelingen en de in dat kader gemaakte afspraken ten aanzien van het registreren, genereren en verstrekken van informatie op dossier overstijgend niveau perspectief voor de toekomst.

2.3 Bevindingen op basis van de bestudeerde dossiers

61 Om een beeld te krijgen van de werkelijke wijze van registreren, hebben we - als voorbereiding op een eventuele grotere dossierstudie - bij twee klinieken per kliniek één dossier bestudeerd. Onderstaande bevindingen dienen vanwege het kleine aantal bestudeerde dossiers vooral gelezen te worden als illustratie bij de bevindingen uit de vragenlijst (uit paragraaf 2.1).

2.3.1 Inhoud van de dossiers (algemeen)

62 De dossiers bestaan grotendeels uit officiële documenten zoals het uittreksel van justitiële documentatie (waaronder vonnis), plaatsingsbesluit, verlofaanvragen en verlengingsadviezen. Daarnaast bevat het in ieder geval behandelplannen en behandel-evaluaties. Bij het 'scoren' van de dossiers blijkt dat veel overlap bestaat tussen de afzonderlijke documenten. De verlofaanvragen en verlengingsadviezen zijn de documenten waarin bijna alle onderwerpen uit de vragenlijst (van Van Nieuwenhuizen) op hoofdlijnen worden geadresseerd, en zijn gebaseerd op onderliggende stukken als behandelplannen en -evaluaties. Om de vragenlijst adequaat te

kunnen scoren, is het onvoldoende om alleen de verlofaanvragen en verlengingsadviezen te bestuderen, omdat sommige kenmerken een detailniveau vragen die alleen in onderliggende stukken is terug te vinden. Zo is in de verlofaanvraag bijvoorbeeld op hoofdlijnen het behandelverloop opgenomen, maar blijkt uit de beschrijving niet welke modules en met welk resultaat zijn gevolgd.

63 Daarnaast is het nodig om alle behandelplannen en -evaluaties te raadplegen omdat de beschrijving van dynamische factoren logischerwijs door de tijd heen kan veranderen. Bijvoorbeeld: in de levensloop is opgenomen dat de patiënt enkele relaties heeft gehad, maar dat deze geen stand hebben gehouden. Deze informatie komt terug in meerdere externe documenten (bijvoorbeeld de verlofaanvraag, het verlengingsadvies, et cetera). In een meer recente behandel-evaluatie is echter (terwijl daar informatie over relaties niet te verwachten was) een actuele ontwikkeling in de relatie gedocumenteerd. Juist die informatie is nodig om de vraag te kunnen beantwoorden of de patiënt 'nu' een partner heeft.

64 De meer gedetailleerde informatie is verspreid over een groot aantal documenten. Informatie over bijvoorbeeld gevolgde behandelingen binnen de huidige kliniek (en de resultaten daarvan) kan worden gevonden in behandelplannen, (halfjaarlijkse) tussentijdse behandel-evaluaties, (jaarlijkse) behandel-evaluaties en bijdrages van (socio)therapeuten aan de behandelplannen en -evaluaties. Het is niet klip en klaar in welk document welke informatie kan worden gevonden. Ook een medewerker van de kliniek die ons bij de dossierstudie ondersteunde, had moeite om de benodigde informatie terug te vinden. Hoewel de informatie verspreid is over verschillende documenten en deze - zeker voor een 'buitenstaander' - niet altijd makkelijk vindbaar is, is het merendeel van de onderwerpen wel terug te vinden in het dossier. Van de informatie die niet is terug te vinden in het dossier, is het niet altijd duidelijk of deze onderwerpen 'niet van toepassing' zijn op deze patiënt, of dat de informatie 'onbekend' is. Het gaat hier met name om informatie over de levensloop voor oplegging van de tbs, zoals eerdere behandelingen, opvoedershistorie of life events. Ter illustratie: als in een dossier geen concrete, voorgaande behandelingen staan vermeld terwijl wel duidelijk wordt dat de patiënt bekend was bij de hulpverlening, heeft er dan geen behandeling plaatsgevonden of is dat simpelweg onbekend?

65 Bijna alle informatie in het dossier is beschrijvend van aard en is weergegeven in lopende teksten. Daarin kan vooral de 'algemene informatie' (met persoons- en biografische gegevens) min of meer letterlijk worden teruggevonden. Maar ook daarbij is met enige regelmaat interpretatie van de onderzoeker nodig. In sommige gevallen is dat gemakkelijk. Bijvoorbeeld uit de opmerking dat de betrokkene 'uit een gezin met 5 kinderen komt' is op te maken dat hij 4 broers/zussen heeft. In andere gevallen is dat moeilijker. Bijvoorbeeld in het geval dat uit de beschrijving duidelijk wordt dat de patiënt in het verleden meermalen is behandeld, maar niet zonder meer duidelijk is of dat ambulante of intramurale behandelingen waren. Uit namen van instellingen, en met kennis van welk type behandelingen de betreffende instelling aanbiedt, valt wel het een en ander op te maken, maar dat brengt veel veronderstellingen en het risico van verkeerde interpretatie met zich mee.

2.3.2 Registratie van behandeling en therapeutische omgeving

66 Op basis van de twee bestudeerde dossiers zijn er de volgende indicatieve bevindingen (echter niet zondermeer representatief voor alle dossiers) over de wijze waarop wordt geregistreerd welke behandeling de

patiënt heeft gevolgd, hoe de therapeutische omgeving is vormgegeven en welke resultaten de behandeling heeft opgeleverd:

- a. De informatie over de behandeling is gefragmenteerd. In het behandelplan staat deels vermeld welke therapie wordt gevolgd; uit verslagen blijkt echter dat ook andere therapieën zijn gevolgd. Daarnaast is een behandelplan een momentopname, voor een volledig overzicht dienen alle behandelplannen en verslagen te worden bestudeerd. Een duidelijk overzicht van het verloop van de behandeling in de tijd ontbreekt. De reden voor een gekozen behandeling is nergens expliciet vermeld;
- b. In de behandel-evaluatie is een evaluatie van de opgestelde doelen (uit het behandelplan) opgenomen. Deze evaluatie is in algemene termen, bijvoorbeeld van 'behaald', 'nog niet behaald' of 'aan gewerkt, doel blijft staan', maar dit is niet te relateren aan de afzonderlijke behandelingen die een patiënt heeft gevolgd en ook niet altijd eenduidig te koppelen aan de afzonderlijke doelen;
- c. In de verlofaanvraag wordt het behandelverloop in globale termen geschetst, maar ook hier wordt geen koppeling gemaakt met afzonderlijke behandelingen/modules of behandel-doelen;
- d. Wanneer een behandeling precies start en eindigt is niet uit het dossier op te maken;
- e. Welke behandelaars er betrokken zijn bij de behandeling, is niet zomaar vast te stellen. Uit bijdrages voor behandelplannen blijkt welke persoon betrokken is (een naam en een discipline wordt wel vermeld), maar er wordt niet genoteerd welke functie deze persoon bekleedt. Eventueel zou het kunnen worden opgemaakt uit notulen van behandelvergaderingen, maar deze zijn niet in het dossier terug te vinden;
- f. Een groot deel van de informatie over sociotherapie, behandelklimaat en leefgroep is niet uit het dossier te halen. Mogelijk wel uit meer algemene beschrijvingen op het niveau van de afdeling. Afwijkingen van de algemene benadering staan wel vermeld in het behandelplan (bijvoorbeeld: er is afgesproken dat de patiënt bij gezamenlijke momenten op zijn kamer blijft om te voorkomen dat hij overprikkeld raakt).

2.4 Bevindingen op basis van de groepsbijeenkomst

67 Tijdens de groepsbijeenkomst zijn de resultaten van het vooronderzoek (zie paragraaf 2.1 tot en met 2.3) op hoofdlijnen aan de aanwezigen (zie bijlage A) gepresenteerd. De groepsbijeenkomst was gericht op de toekomst, waarbij vanuit verschillende doelen van registratie is besproken in hoeverre de huidige manier van registreren volstaat voor die doelen of dat doorontwikkeling gewenst is. Wij onderscheiden de volgende doelen:

- a. Behandel-doeleinden (intern);
- b. Overdracht tussen klinieken (intern);
- c. Kwaliteitsverbetering van eigen behandeling (intern);
- d. Extern (transparantie, inspectie, verantwoording DForZo, informatie ten behoeve van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP), Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT), Penitentiare Kamer, Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, en wetenschappelijk onderzoek).

2.4.1 Doelen en doorontwikkeling

68 In de groepsbijeenkomst is een deel van de onderwerpen uit de vragenlijst besproken. We hebben ervoor gekozen om juist die onderwerpen te bespreken, die momenteel - op basis van de vragenlijst en de

aanvullende telefonische interviews - nog niet structureel worden geregistreerd. Per onderwerp is besproken welk doel registratie dient en of doorontwikkeling nodig is. De resultaten daarvan zijn opgenomen in tabel 2.

69 Enkele algemene bevindingen:

- a. Klinieken vinden de doorontwikkeling van registratie vooral nodig voor het genereren van managementinformatie, voor de overdracht naar andere klinieken en voor de behandeling zelf. Op sommige onderwerpen wordt reeds actie ondernomen (zie ook paragraaf 2.2.4), op andere zou het wenselijk zijn om dat in zetten;
- b. Uit de groepsbijeenkomst bleek dat de huidige manier van registreren - of althans van rapporteren - voor het AVT voldoet om de verlofaanvragen te kunnen beoordelen. Doorontwikkeling van registratie is voor het AVT dus niet nodig;
- c. Vanuit DJI en het ministerie van Veiligheid en Justitie zijn geen specifieke wensen geuit ten aanzien van registratie;
- d. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is opgemerkt dat met meerdere onderwerpen uit de vragenlijst vergelijkbare informatie wordt geregistreerd. Dat werpt de vraag op of er niet onnodig dubbel werk wordt gedaan. Ook vindt de IGZ dat de te registreren onderwerpen afgestemd zouden moeten worden op de risico-indicatoren die de IGZ hanteert voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg¹³. Dit zijn: somatische screening, tijdig contact na ontslag uit kliniek, beschikbaarheid medicatieoverzicht en separaties. Daarvan zijn de eerste twee niet opgenomen in de lijst van Van Nieuwenhuizen en dat zou volgens de IGZ wel wenselijk zijn;
- e. Voor onderzoeksdoeleinden voldoet de huidige manier van registreren vaak onvoldoende. Informatie is weinig toegankelijk of dusdanig ongestructureerd bijgehouden dat de vergelijkbaarheid beperkt is.

70 Tijdens de groepsbijeenkomst is samen met de aanwezigen een aantal onderwerpen uit de vragenlijst geselecteerd en geprioriteerd ter bespreking. Criterium daarbij was dat het onderwerpen moesten zijn die - blijkens de resultaten van de vragenlijst - momenteel nog onvoldoende (structureel) worden geregistreerd. In tabel 2 is per onderwerp opgenomen welk doel het registreren ervan volgens de aanwezigen dient, en of doorontwikkeling volgens hen nodig is.

Onderwerp uit vragenlijst	Registratie dient welk doel?	Heeft doorontwikkeling prioriteit?
Psychopathologie	Alle geformuleerde doelen.	Nee. Alleen voor onderzoeksdoeleinden is deze informatie niet altijd even toegankelijk. Doorontwikkeling is echter niet nodig, omdat de informatie wel beschikbaar is in de dossiers.

¹³ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014), Risico-indicatoren. Basisset Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Forensische zorg.

Onderwerp uit vragenlijst	Registratie dient welk doel?	Heeft doorontwikkeling prioriteit?
Risicoanalyse	Alle geformuleerde doelen.	Nee. Of een risicoanalyse is afgenomen wordt goed geregistreerd en er is een landelijke databank voor opgezet. De registratie van waarom een risicoanalyse wordt uitgevoerd, voldoet voor onderzoeksdoeleinden nog onvoldoende. Noodzaak van verdere doorontwikkeling wordt niet breed gedeeld.
Fase van verlof en fase van behandeling	Van belang in verband met doelstelling verkorting van behandelduur (extern) en om afwijkingen op te sporen van gemiddelde behandelduur (behandeldoelen).	Nee. Fase van verlof wordt goed geregistreerd: geen doorontwikkeling nodig. Voortgang in de behandeling heeft overlap met risicotaxatie en ROM, waarin al stappen zijn gezet. Doorontwikkeling van 'fase van behandeling' is voor klinieken alleen relevant wanneer er een afgestemde definitie is. De IGZ ziet de noodzaak van aanvullende registratie van behandel fase niet. Kortom: de noodzaak van doorontwikkeling wordt niet gedeeld.
Behandeling (doelen en evaluatie)	Vooraf van belang voor behandeling, verlofaanvraag en onderzoek. Minder van belang voor inspectie (zolang de voortgang op het verminderen van risicofactoren wordt bijgehouden).	Ja. Eerste stap is om het <i>opstellen</i> van doelen te verbeteren (vertaalslag van risicotaxatie naar concrete doelen). Vervolgens zou het registreren van doelen en de evaluatie daarvan beter kunnen. Uniform registreren zou kunnen door af te spreken op welke gebieden doelen geformuleerd moeten worden.
Aangeboden behandelingen	Alle interne doelen, met name overdracht.	Ja. Belangrijk is het bijhouden van een routekaart: chronologisch overzicht van gevolgde behandelingen, inclusief de resultaten. Voor overdracht is dat belangrijk om te voorkomen dat behandelingen onnodig worden herhaald.
Behandelprognose	Vooraf van belang in verband met doelstelling verkorting van behandelduur (extern).	Nee. De behandelprognose wordt goed geregistreerd aangezien het een verplicht onderdeel is in het verlengingsadvies. De wijze waarop dit wordt geregistreerd, verschilt tussen klinieken. Er bleek geen duidelijke wens om dit te uniformeren.
Attitude ten opzichte van de behandeling	Interne doelen.	Nee. De attitude wordt beschrijvend geregistreerd. Dat voldoet voor de doelen die ermee gediend zijn.

Onderwerp uit vragenlijst	Registratie dient welk doel?	Heeft doorontwikkeling prioriteit?
Inrichting milieutherapie/ sociotherapie	Interne doelen.	Ja. Verbetering van registratie is nodig, waarbij op afdelingsniveau een beschrijving van inrichting milieu/sociotherapie beschikbaar zou moeten zijn, en op individueel niveau in welke periode de patiënt op welke afdeling verbleef. Voor klinieken die niet intern differentiëren volstaat een beschrijving op het niveau van de kliniek.
Behandelklimaat en leefgroep	Vooral van belang dat klinieken van elkaar weten welk klimaat er wordt gehanteerd, zodat beter ingeschat kan worden of overplaatsing nuttig is.	Onduidelijk. Geen duidelijk beeld of doorontwikkeling nodig en gewenst is. Deelnemers discussieerden over de vraag wat er precies ten aanzien van het klimaat geregistreerd zou moeten worden om het benoemde doel te kunnen dienen. Dat zou nader uitgewerkt moeten worden, wat in samenhang met milieutherapie/sociotherapie kan worden opgepakt.
What works principes	Interne doelen en onderzoek.	Ja. Dit wordt nog onvoldoende geregistreerd en is geschikt voor doorontwikkeling. Eerste stap zou nadere operationalisering moeten zijn.
Gebruik van zorgprogramma's	Interne doelen en onderzoek.	Ontwikkeling loopt. Via DBBC-systematiek is inzicht te genereren in de gevolgde behandeling. Hieruit is echter (nog) niet op te maken welke modules zijn gevolgd. Omdat de invulling van zorgprogramma's per kliniek verschilt, is het de vraag of uniformering in registratie gerealiseerd kan worden. Deelnemers zijn van mening dat de implementatie van zorgpaden nog gaande is en op termijn zijn vruchten zal afwerpen.

Tabel 2. Doelen en wenselijkheid van doorontwikkeling

71 Tijdens de groepsbijeenkomst is meermalen geconstateerd dat de onderwerpen uit de lijst van Van Nieuwenhuizen dusdanig uitgebreid is dat er met enige regelmaat sprake is van overlap. Bijvoorbeeld: als de risicotaxaties worden gebruikt om een beeld te kunnen krijgen van de voortgang van de (effecten van de) behandeling, dan lijkt het weinig zinvol om daarnaast ook nog de 'fase van de behandeling' te registreren. De vertegenwoordigers van de aanwezige klinieken hebben daarom benadrukt dat het behalve haalbaar ook niet zinnig is om doorontwikkeling te willen doorvoeren op alle elementen die momenteel nog niet goed worden geregistreerd. Het heeft hun voorkeur om een 'Top X' samen te stellen van onderwerpen die doorontwikkeld en daarmee beter geregistreerd zouden moeten gaan worden, en daarop nadere acties te ondernemen. Deze 'Top X' zou onderwerpen moeten bevatten waarover klinieken het onderling eens zijn dat het 'need to know' informatie is voor de kwaliteit van de behandeling en voor de overdracht van patiënten.

72 In aanvulling op de in tabel 2 genoemde onderwerpen die voor doorontwikkeling in aanmerking komen, zijn de volgende elementen naar voren gekomen die zowel in het huidige onderzoek als in Van Nieuwenhuizen et al. (2011) niet aan de orde zijn gekomen:

- a. De 'kwaliteit van de therapeutische relatie' zou hieraan moeten worden toegevoegd. Reden daarvoor is dat de kwaliteit van de behandelrelatie van groot belang is voor het behandelresultaat. In sommige klinieken wordt al gewerkt met de Session Rating Scale (SRS), waarbij de patiënt na iedere sessie vier vragen wordt gesteld over zijn beleving van de sessie: voelde hij zich gehoord? Is datgene besproken waar de patiënt over wilde praten? Sloot de benadering van de therapeut aan op de patiënt? Wat vond de patiënt overall van de sessie? De aanwezigen zouden zich kunnen voorstellen dat een dergelijk meetinstrument een goede basis zou kunnen zijn voor het meten en registreren van de kwaliteit van de therapeutische relatie;
- b. Afstemming van registratie op de risico-indicatoren die de IGZ hanteert is wenselijk¹⁴. Met name de aspecten somatische screening en tijdig contact na ontslag uit de kliniek zijn niet afgedekt in de gehanteerde vragenlijst.

2.4.2 Aandachtspunten bij het maken van afspraken over uniform registreren

73 Tijdens de groepsbijeenkomst zijn enkele opmerkingen gemaakt over aandachtspunten voor het proces rondom eventuele doorontwikkeling:

- a. Draagvlak is belangrijk. Klinieken zien het nut van uniform registreren tot op zekere hoogte in, maar geven te kennen dat ze momenteel vooral gericht zijn op het verbeteren van de eigen registratie ten behoeve van het genereren van managementinformatie. Een kliniek noemde bijvoorbeeld de wens om afdelingen met elkaar te kunnen vergelijken. De wens om informatie hetzelfde te registreren als andere klinieken komt op een tweede plaats;
- b. Er zijn reeds ontwikkelingen gaande waarbij de kwaliteit van registratie wordt verbeterd (zie ook paragraaf 2.2.3). De doorontwikkeling zou daarbij moeten aansluiten. Het gaat bijvoorbeeld om de Kwaliteitsnetwerken van het EFP¹⁵, opzet van de databank risicotaxatie, gebruik van ROM, de ontwikkeling van zorgpaden en het meer structureel vormgeven van de behandelprognose voor verschillende doelgroepen (door het LBHIV);
- c. De operationalisering van de onderwerpen wordt van groot belang geacht. Daarbij gaat het om het nader definiëren van zowel de onderwerpen zelf als van de (nog te ontwikkelen) categorieën daarbinnen. Tijdens de bijeenkomst bleek er meermalen verwarring te zijn over wat een onderwerp nu precies behelsde. Bijvoorbeeld: wanneer heeft een patiënt 'een netwerk'? Is dat het geval als de patiënt een zeer goede relatie met één persoon onderhoudt, of moeten dat meerdere personen zijn? En kunnen we het een 'netwerk' noemen als dit netwerk slechts bestaat uit vage kennissen?
- d. Klinieken gebruiken nu allemaal hun eigen systeem voor registratie. Zij zijn van mening dat dit ook in de toekomst zo kan blijven, zolang zij onderling afspraken maken over de wijze van registreren van

¹⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014), Risico-indicatoren. Basisset Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Forensische zorg.

¹⁵ Zie: <http://www.efp.nl/efp-projecten/kwaliteitsnetwerken>.

bepaalde onderwerpen. Op de voorgestelde manier moet het mogelijk zijn om de benodigde informatie uit alle (verschillende) systemen te halen en vervolgens samen te voegen;

- e. Een risico van structureel registreren, is dat de invullende partij de onderwerpen 'afvinkt'. Het is van belang dat men per casus blijft nadenken over wat in de betreffende casus relevant is om te registreren, in aanvulling op een basis van algemene noodzakelijke informatie.

3. Conclusie en discussie

74 Bij de inventarisatie van de huidige registratiepraktijk van de klinieken is het onderzoek van Van Nieuwenhuizen et al. (2011) als referentiepunt genomen (onderzoeksvraag a en b). De vragenlijst uit 2011 bevat de kenmerken (inclusief specificatie van categorieën) met betrekking tot tbs-gestelden waarop het onderzoek zich richt. Aan de hand van de onderzoeksvragen formuleren wij in dit hoofdstuk beknopte conclusies. Tevens geven wij enkele aanknopingspunten voor een mogelijk vervolgtraject.

3.1 De registratiepraktijk

75 De inventarisatie heeft een eerste beeld gegeven van de actuele registratiepraktijk door de klinieken (onderzoeksvragen c tot en met e). Klinieken geven in zijn algemeenheid bij de meeste onderwerpen aan dat zij deze registreren en dat de informatie 'need to know' is. Met het oog op individuele behandeling voldoet de huidige wijze van registreren voor klinieken. Echter, de wijze waarop wordt geregistreerd varieert en is niet altijd in lijn met de vraagstelling en categorie-indeling zoals die in de vragenlijst in 2011 is gekozen. Er is voor een groot aantal onderdelen van de vragenlijst in de praktijk geen sprake van uniforme definitie en registratie. Informatie wordt voor een belangrijk deel in lopende teksten en gefragmenteerd op verschillende plaatsen in het dossier geregistreerd.

76 Deze wijze van registreren voldoet vaak niet voor doelen die de behandeling van het individu binnen de kliniek overstijgen (zoals overdracht tussen klinieken, het kunnen genereren van managementinformatie ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering en doeleinden die voor externe partijen van belang zijn¹⁶). Doordat informatie vaak niet structureel en traceerbaar is vastgelegd, is deze informatie niet eenvoudig toegankelijk. Ook voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden - waar het in dit vooronderzoek om draaide - blijkt de huidige wijze van registreren niet toereikend.

77 Niet alle informatie is geregistreerd in patiëntendossiers, doordat de kenmerken deels het individuele niveau overstijgen. Deze informatie wordt in sommige klinieken wel in andere bronnen bijgehouden, zoals beschrijvingen op het afdelingsniveau of in beleidsdocumenten. Enkele klinieken gaven expliciet aan dat dergelijke informatie niet wordt bijgehouden, terwijl zij dat wel wenselijk zouden vinden. Aspecten die het individuele niveau overstijgen, zijn:

- a. Doelen ten aanzien van beveiliging;
- b. Invulling van de aangeboden behandeling;
- c. Milieutherapie/sociotherapie;
- d. Behandelklimaat;
- e. Leefgroep;
- f. Knelpunten.

¹⁶ Wij hebben als externe doelen onderscheiden: transparantie, inspectie, verantwoording DForZo, informatie ten behoeve van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Penitentiaire Kamer, Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, en wetenschappelijk onderzoek.

78 Voor een deel van de kenmerken geldt dat deze niet door alle klinieken of niet door alle klinieken structureel worden geregistreerd zoals geformuleerd in de vragenlijst. Het gaat daarbij in hoofdlijnen om:

- a. Fase tenuitvoerlegging tbs;
- b. Formeel kader;
- c. What Works principe: responsiviteit;
- d. Gebruik van zorgprogramma's.

3.2 De toetsing

79 De inventarisatie geeft eveneens een beeld van de stand van zaken van dossiervorming ten behoeve van vervolgonderzoek (onderzoeksvragen f en g). De registratiepraktijk van klinieken, zoals hierboven beschreven, is niet gericht op onderzoeksdoeleinden. Het scoren van dossiers op vragen en categorieën zoals die in 2011 zijn gehanteerd zal naar verwachting de nodige interpretatie vergen van de onderzoekers. .

80 Bij het onderzoek in 2011 zijn op een aantal terreinen beperkingen gesignaleerd in de dossiervorming. Op basis van de huidige inventarisatie blijkt dat deze beperkingen grotendeels nog steeds gelden. In hoofdlijnen hebben deze beperkingen voor onderzoek betrekking op:

- a. Behandelfase;
- b. Behandeling;
- c. Milieutherapie/sociotherapie;
- d. Knelpunten.

81 De aard van de geregistreeerde informatie is weinig veranderd. Wel is er sprake van diverse algemene ontwikkelingen gerelateerd aan registratie en dossiervorming zoals het Toetsingskader Primair Proces TBS, de Landelijke Databank Risicotaxaties-tbs, Routine Outcome Monitoring en de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. De effecten van deze ontwikkelingen waren geen direct onderwerp van dit onderzoek en bieden op dit moment nog beperkte aanknopingspunten. Wel bieden de deze ontwikkelingen en de in dat kader gemaakte afspraken ten aanzien van het registreren, genereren en verstrekken van informatie perspectief voor de toekomst.

82 Van een deel van de onderwerpen die nog niet structureel en uniform worden geregistreerd, wordt nut en noodzaak van doorontwikkeling gezien door de deelnemers aan de groepsbijeenkomst¹⁷. Deze lijst zou een aanzet kunnen zijn voor de 'Top X' waarop doorontwikkeling zou kunnen plaatsvinden. Bovendien hebben de deelnemers van de groepsbijeenkomst onderwerpen benoemd die niet in het huidige onderzoek zijn meegenomen, maar die wel voor doorontwikkeling in aanmerking komen.

83 Een aanzet voor de Top X bestaat uit (zie ook tabel 2 in paragraaf 2.3):

- a. Onderwerpen die in het onderzoek reeds naar voren komen:
 - i. Behandeling (doelen en evaluatie);
 - ii. Aangeboden behandelingen;

¹⁷ Van het andere deel wordt weliswaar erkend dat de registratie qua uniformiteit te wensen overlaat, maar wordt doorontwikkeling niet als prioriteit aangemerkt.

- iii. Inrichting milieutherapie/sociotherapie;
 - iv. What Works principes.
- b. Gewenste aanvullingen ten opzichte van de bestaande vragenlijst:
- i. Kwaliteit van de therapeutische relatie;
 - ii. Somatische screening;
 - iii. Tijdig contact na ontslag uit kliniek.

84 Uit de bijeenkomst bleek een sterke en brede behoefte aan een chronologisch overzicht ('routekaart') van de behandeling van de cliënt: wanneer is de behandeling gestart, welke behandelingen (modules) zijn ingezet, met welk resultaat, in welke behandelsetting, et cetera. Deze routekaart zou zowel een terugkijkend als vooruitkijkend karakter kunnen hebben. De routekaart zou ook aangevuld kunnen worden met informatie over uitkomsten van risicotaxaties en eventueel fase van behandeling, tenuitvoerlegging en verlof. De routekaart zou zowel intern als extern (voor verlofvoetsing, bij overdracht naar een andere kliniek) toegevoegde waarde hebben.

3.3 Mogelijk vervolg

3.3.1 *Nader dossieronderzoek zal momenteel naar verwachting geen nieuwe inzichten opleveren*

85 Nieuw dossieronderzoek lijkt op dit moment vergelijkbare resultaten op te zullen leveren als het onderzoek in 2011 en bovendien naar verwachting niet leiden tot andere inzichten en conclusies dan uit de inventarisatie al komen. Het achterhalen van de informatie - die niet voor onderzoeksdoeleinden wordt geregistreerd - vergt een inspanning en een mate van interpretatie die de praktische mogelijkheden van dossierstudie voor onderzoeksdoeleinden beperkt. Belangrijk punt is dus of het, gegeven deze constatering, op dit moment nuttig en wenselijk is om opnieuw dossieronderzoek uit te gaan voeren.

86 Als nieuw dossieronderzoek wordt gehouden, is een bewuste overweging nuttig welke elementen uit 2011 daarin wel en niet worden meegenomen:

- a. Van een deel van de onderwerpen is bekend dat deze niet altijd op individueel niveau worden geregistreerd;
- b. Een ander deel van de onderwerpen wordt wel geregistreerd; niet in de gevraagde categorieën, maar in de vorm van beschrijvingen. Bij dergelijke beschrijvingen is de toegankelijkheid van de benodigde informatie beperkt en soms lastiger te interpreteren;
- c. Voor een groot deel wordt door klinieken onderschreven dat de onderwerpen uit de vragenlijst 'need to know' informatie zijn. Echter, voor een aantal onderwerpen is een minderheid van klinieken van mening dat het 'nice to know' informatie is. Doelstelling van registratie van deze informatie zou nader kunnen worden gespecificeerd, waarbij ook de relevantie voor dossierstudie kan worden betrokken.

3.3.2 *Mogelijkheden om de registratiepraktijk te verbeteren*

87 Gezien de diversiteit in de registratiepraktijk tussen de klinieken zou het, onder meer uit het oogpunt van onderzoeksdoeleinden, wenselijk zijn als hier meer uniformiteit wordt gecreëerd. Hier bestaat een

spanningsveld tussen uniformering enerzijds en de autonomie van de klinieken anderzijds. De volgende stappen zijn van belang om de registratiepraktijk verder te verbeteren:

- a. Inzichtelijk maken van hoe de diverse ontwikkelingen zoals het Toetsingskader Primair Proces TBS, de Landelijke Databank Risicotaxaties-tbs, Routine Outcome Monitoring en de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie (zie paragraaf 2.2.4) zich tot elkaar verhouden en vaststellen welke door te ontwikkelen onderwerpen uit de vragenlijst van Van Nieuwenhuizen en de aanvulling daarop hierbinnen al worden geadresseerd. Op die manier wordt inzichtelijk op welke onderwerpen aanvullend actie moet worden ondernomen om doorontwikkeling van de grond te krijgen;
- b. Tussen het ministerie van VenJ en het LBHIV duidelijke afspraken maken over de doorontwikkeling van de registratiepraktijk gegeven de vragenlijst van Van Nieuwenhuizen en de uitkomsten van het huidige onderzoek;
- c. Het toetsen van het draagvlak onder klinieken voor doorontwikkeling. De indruk op basis van de groepsbijeenkomst is dat er bij klinieken draagvlak is om te werken aan het verbeteren van de registratie van enkele onderwerpen. Aangezien bij deze bijeenkomst niet alle klinieken vertegenwoordigd waren, verdient het de aanbeveling om het draagvlak breder (bijvoorbeeld bij het LBHIV) te toetsen om een gezamenlijk commitment te verkrijgen;
- d. Conclusies voor verbetering en doorontwikkeling van de registratiepraktijk trekken. Op basis van dit onderzoek kan het volgende onderscheid gemaakt worden:
 - i. Continueren wat goed gaat. Voor de onderwerpen die nu goed worden geregistreerd zijn geen nieuwe afspraken nodig. De klinieken hoeven de huidige wijze van registreren dus slechts te continueren;
 - ii. Doorontwikkelen op basis van prioriteiten. Voor de onderwerpen die nu onvoldoende worden geregistreerd en nog onvoldoende worden opgepakt in lopende ontwikkelingen (zie paragraaf 2.2.4) een prioriteitenlijst (Top X) opstellen voor doorontwikkeling (zie ook paragraaf 3.2). Voor deze onderwerpen zijn nieuwe afspraken nodig en is inspanning vereist om de registratie te verbeteren. Voor de nieuw aangedragen onderwerpen (zie ook paragraaf 3.2) is een beslissing nodig of deze deel uit moeten maken van de prioriteitenlijst voor doorontwikkeling en nieuwe afspraken;
 - iii. Heroverwegen overige onderdelen. Van onderwerpen die geen prioriteit zijn voor doorontwikkeling kan mogelijk expliciet worden gemaakt dat het niet nodig is deze onderdelen afzonderlijk structureel en uniform te registreren.
- e. Een suggestie is te starten met een concrete en breed gedragen wens voor doorontwikkeling: het concreet (laten) uitwerken van het idee met betrekking tot de routekaart. Het idee is om op één A4-tje overzicht te hebben van het verloop in de tijd. Dit is voor alle betrokkenen van concrete toegevoegde waarde. Bijkomend voordeel is dat het bijhouden van de routekaart stimulerend werkt voor het bijhouden van de registratie, zeker ook omdat het resultaat voor de gebruiker in één oogopslag zichtbaar is. Het uitwerken van dit idee kan naar verwachting snel worden opgepakt.

A. Deelnemers aan het onderzoek

Interviews

Arkin	GZ-psycholoog, tevens manager behandelzaken FPK
GGZ Drenthe	Beleidsmedewerker bedrijfsvoering
Kijvelanden	Hoofd onderzoek en behandelinnovatie
Oostvaarderskliniek	Onderzoeksmedewerker
Pompestichting	Directeur patiëntenzorg en beleidsmedewerker
Rooyse Wissel	Behandelaar
Van der Hoeven	Afdelingshoofd
Van Mesdagkliniek	Directeur behandelzaken
Woenselse Poort	Senior wetenschappelijk medewerker

Groepsbijeenkomst

Secretaris	AVT
Directeur behandelzaken	Inforsa
Directeur behandeling en zorg	Rooyse Wissel
Wetenschappelijk medewerker	Woenselse Poort
Behandelcoördinator	Pompestichting
Onderzoeker	Lid begeleidingscommissie
Emeritus hoogleraar	Lid begeleidingscommissie
Wetenschappelijk adviseur	EFP
Specialistisch inspecteur	IGZ
Juridisch adviseur	DJI
Psychiatrisch adviseur	DJI

B. Resultaten per onderwerp vragenlijst

In deze bijlage worden de resultaten per afzonderlijk onderwerp van de vragenlijst weergegeven. De opbouw van de tabel is als volgt:

- a. Een regelnummer ten behoeve van eenvoudige verwijzing bij bespreking.
- b. Overzicht van de onderwerpen voor de dossierstudie (conform vragenlijst 2011).
- c. Gehanteerde categorieën (conform rapportage in 2011).
- d. Kleurcodering registratie van de kenmerken in 2011. De betekenis van de kleurcoderingen is als volgt:
 - i. Groen wil zeggen dat voor (vrijwel) alle dossiers (meer dan 95%) het kenmerk geregistreerd kon worden;
 - ii. Rood geeft aan dat voor een deel van de dossiers het kenmerk niet geregistreerd kon worden;
 - iii. Blanco betekent dat het onbekend is of het kenmerk in dossiers kan worden gevonden aangezien hierover niet is gerapporteerd in 2011 en ook geen aanvullende gegevens van de onderzoekers ontvangen zijn.
- e. Het aantal klinieken met een antwoord per categorie van:
 - i. Registratie van het onderwerp;
 - ii. Structureel karakter van registratie;
 - iii. Beoordeling als 'need to know' of 'nice to know';
- f. Een opmerkingsveld met een kwalitatieve toelichting waar dat specifiek van belang is.



		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011															
		Ja (en in de genoemde categorieën)															
		Ja, maar niet in genoemde categorieën															
		Ja, maar niet bekend in welke categorieën															
		Nee															
		Onbekend															
		Structureel (indien van toepassing)															
		Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)															
		Niet structureel															
		Onbekend / wordt niet geregistreerd															
		Need to know															
		Nice to know															
		Anders, nl...															
		Onbekend															
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking	
Kenmerken geselecteerde casussen																	
Algemeen																	
1	Kliniek																
2	Geboortedatum	- Leeftijd	9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
3	Geboorteland (persoon, vader, moeder)	- Autochtoon - Allochtoon - Onbekend	3	0	6	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	Registratie veelal ongecategoriseerd
6	Geslacht	- Man - Vrouw	9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
8	Nationaliteit(en)	- Nederlandse nationaliteit - Dubbele nationaliteit - Overige nationaliteiten - Onbekend	1	0	8	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	Registratie veelal ongecategoriseerd
12	Leeftijd tbs	- Leeftijd oplegging terbeschikkingstelling - Leeftijd opname in eerste tbs-kliniek - Leeftijd opname huidige tbs-kliniek - Huidige leeftijd	2	1	5	1	0	8	0	0	0	1	8	1	0	0	
16	Hoogst gevolgde opleiding / diploma	- Lager onderwijs - Voortgezet onderwijs - Middelbaar beroepsonderwijs - Hoger onderwijs - Anders - Onbekend	4	0	5	0	0	6	1	1	0	1	9	0	0	0	
22	Aantal broers /zussen		9	0	0	0	0	7	1	0	0	1	8	0	0	1	
23	Rangorde broers /zussen		9	0	0	0	0	7	1	0	0	1	8	0	0	1	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend	
24	Burgerlijke staat NU	- Ongehuwd - Gehuwd - Gescheiden - Weduwe/weduwnaar		9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
28	Partner NU			9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
29	Burgerlijke staat bij aanvang TBS	- Ongehuwd - Gehuwd - Gescheiden - Weduwe/weduwnaar		9	0	0	0	0	7	0	0	1	1	7	2	0	0	
33	Partner bij aanvang TBS			9	0	0	0	0	6	0	1	1	1	7	1	0	1	
34	Kinderen	- Aantal kinderen		9	0	0	0	0	8	0	0	1	0	9	0	0	0	
35	Opvoederhistorie	- meer dan 3 wisselingen opvoeders ja/nee		2	2	5	0	0	5	3	0	0	1	9	0	0	0	
36	Life events van geboorte tot heden	- Problemen met school, werk en/of werkloosheid van de patiënt zelf - Problemen met verslaving drank/drugs van de patiënt zelf - Problemen met geld/inkomen van de patiënt zelf - Woonproblemen/problemen met huisvesting of verblijf in Nederland - Echtscheiding van de ouders - Tehuisopname voor het 18e jaar - Overlijden van vader of moeder - Verhuizing of migratie voor het 18e jaar - Mishandeld door (een van de) ouders - Regelmatige ruzies tussen ouders onderling		2	4	3	0	0	6	1	1	0	1	9	0	0	0	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend														
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking
		- Problemen met verslaving drank/drugs van de ouders - Zelf gepest worden - Psychische ziekte van vader of moeder - Geweld of mishandeling tussen de ouders - Suïcidepogingen - Langdurige of levensbedreigende ziekte van vader of moeder - Langdurige of levensbedreigende ziekte van patiënt zelf - Seksueel misbruik - Problemen met de nieuwe ouder - Problemen met werk en/of werkloosheid van de ouders - Scheiding van patiënt zelf - Problemen met geld/inkomen van de ouders - Zelf een ongeval gehad - Overlijden van een ander belangrijk persoon - Overlijden van een broer of zus - Psychische ziekte van broer of zus - Mishandeld door andere - Zelf gepest hebben - Vlucht vanuit een ander land naar Nederland - Voor mannelijke patiënten: iemand zwanger gemaakt voor 18e levensjaar														

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend															
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking	
		- Langdurige of levensbedreigende ziekte broer of zus - Adoptie - Gediscrimineerd worden - Voor vrouwelijke patiënten: zwanger voor 18e levensjaar - Overig															
71	Aantal suicidepogingen	- ooit een poging; aantal pogingen		8	0	1	0	0	6	2	0	0	1	9	0	0	0
72	Traumatische ervaringen voor het 3e levensjaar (ja/nee/onbekend)	- Verwaarlozing - Lichamelijk misbruik en geweld - Middelenmisbruik van de ouders - Ondervoeding - Seksueel misbruik		2	2	5	0	0	2	3	3	0	1	9	0	0	0
77	Prenatale risicofactoren			7	0	2	0	0	1	2	3	2	1	7	2	0	0
78	Perinatale risicofactoren																
79	Neonatale risicofactoren																
80	Middelengebruik			7	0	2	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0
81	Wordt het laatste half jaar...																
82	Softdrugs gebruikt																
83	Harddrugs gebruikt																
84	Alcohol gebruikt																
85	Middelengebruik			7	0	2	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0
86	Vanaf een half jaar geleden tot verder terug:																
87	Gebruik softdrugs																
88	Gebruik harddrugs																
89	Gebruik alcohol																
90	Psychopathologie																
91	Neurobiologische afwijkingen:			1	1	7	0	0	4	1	2	1	1	8	0	0	1

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know			Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend	
92	Hersenletsel																
93	Afwijkende groei																
94	Opvallende uiterlijke kenmerken																
95	Ogend conform kalenderleeftijd																
96	Kernproblematiek en meest recente DSM-IV-TR classificatie (behandelplan kliniek): Hoofddiagnose, nevend diagnoses en GAF score	DSM As-I classificatie: - Aan middelen gebonden stoornissen: Niet in remissie - Aan middelen gebonden stoornissen: Gedeeltelijk of geheel in remissie - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen - Seksuele en genderidentiteitsstoornissen - Ontwikkelingsstoornissen: Pervasieve ontwikkelingsstoornissen - Ontwikkelingsstoornissen: Aandachtstekort- en - Stemmingsstoornissen - Angststoornissen - Stoornissen in de impulsbeheersing - Overige stoornissen - Geen diagnose op As-I DSM As-II classificatie: - Cluster A persoonlijkheidsstoornis - Cluster B persoonlijkheidsstoornis - Cluster C persoonlijkheidsstoornis - Persoonlijkheidsstoornis NAO		2	1	6	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0

			Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend															
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking		
		- Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid - Geen diagnose op As-II DSM As V-classificatie: - Gemiddelde GAF score																
117	Diagnose uit laatste PJ-rapportage (van veroordeling huidige TBS, dus niet van een verlenging): Hoofddiagnose, nevendiaagnoses en GAF score			4	1	4	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
118	IQ (meest recente): TIQ / VIQ / PIQ			3	4	2	0	0	2	1	5	0	1	7	0	2	0	
119	- leeftijd bij/datum van afname																	
120	- soort test																	
121	Delictkenmerken - per indexdelict								0	0								
122	Omschrijving indexdelict:	- (Poging tot) moord/doodslag		2	1	6	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
123	- afpersing	- Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen																
124	- diefstal	- Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen																
125	- doodslag	- Brandstichting, zowel met als zonder gevaar voor personen																
126	- aanranding	- Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling)																
127	- verkrachting	- Bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing)																
128	- openlijke geweldpleging	- Diefstal (met en zonder geweld)																
129	- moord																	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know			Opmerking	
				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3		
130	- brandstichting (met gevaar voor personen)																	
131	- poging tot doodslag																	
132	- poging tot moord																	
133	- zware mishandeling																	
134	- vrijheidsberoving																	
135	- overig (omschrijving in tekst)																	
136	Aard van het geweld			1	3	5	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
137	- geen																	
138	- dreiging																	
139	- fysiek geweld																	
140	Wapen			1	4	4	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
141	- geen																	
142	- vuurwapen																	
143	- wurggereedschap																	
144	- slagwapen																	
145	- steekwapen																	
146	- vloeistof																	
147	- vuur																	
148	- stungun																	
149	- vergif																	
150	- explosief																	
151	Leeftijd / datum indexdelict			5	0	4	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
152	Onder invloed			6	1	2	0	0	5	0	3	0	1	9	0	0	0	
153	- ja																	
154	- nee																	
155	Middelengebruik in periode			1	1	7	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
156	- geen																	
157	- alleen softdrugs																	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend															
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking	
158	- alleen harddrugs																
159	- alleen alcohol																
160	- softdrugs & harddrugs																
161	- softdrugs & alcohol																
162	- harddrugs & alcohol																
163	- softdrugs, harddrugs &																
164	- wel, maar onbekend welke																
165	Aantal slachtoffers		9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
166	Relatie met slachtoffer (per slachtoffer)		4	1	4	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
167	- partner																
168	- familie																
169	- gezin																
170	- eigen kinderen																
171	- een vriend																
172	- andere bekende/kennis																
173	- burens																
174	- een onbekende																
175	- expartner																
176	Leeftijd slachtoffer (per slachtoffer)		7	1	0	1	0	2	0	1	4	2	4	2	3	0	Leeftijd slachtoffer is relevant bij zedendelict, voor andere delicten minder van belang
177	Geslacht slachtoffer (per slachtoffer)		6	0	2	1	0	5	0	1	1	2	6	2	1	0	
178	Letsel slachtoffer (per		1	5	3	0	0	5	0	2	1	1	7	2	0	0	
179	- geen																
180	- overleden																
181	- verwond																
182	Dagbesteding pre delict	- Geen dagbesteding - Werk - Opleiding	1	1	7	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie						Structureel						Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Nice to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend			
		- Onbekend																		
186	Delict motief			1	1	7	0	0	6	1	0	1	1	8	1	0	0			
187	- geen																			
188	- lust																			
189	- wraak																			
190	- jaloezie																			
191	- verveling																			
192	- materieel/ geldelijk belang																			
193	- anders, nl. (tekstveld)																			
194	Eerdere delicten - per delict								0	0										
195	Type delict:	First offender / Recidivist		3	0	6	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0			
196	- mishandeling	(Poging tot) moord of doodslag																		
197	- dealing	Zedendelicten																		
198	- huisvredebreuk	Brandstichting																		
199	- vernieling	Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving																		
200	- verkeersdelicten	Ernstig geweld inclusief zware mishandeling																		
201	- verbod wapens	Diefstal met en zonder geweld inclusief oplichting																		
202	- zeden																			
203	- ontucht																			
204	- bedreiging																			
205	- oplichting																			
206	- afpersing																			
207	- diefstal																			
208	- doodslag																			
209	- aanranding																			

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie						Structureel				Need to know of nice to know			Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	
210	- verkrachting																
211	- openlijke geweldpleging																
212	- moord																
213	- brandstichting																
214	- vrijheidsberoving																
215	- anders																
216	Aantal van dit type delict			6	1	2	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0
217	Eerdere straffen of maatregelen (nee/ een keer / meerdere keren):	Civielrechtelijke maatregelen:		2	0	7	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0
218	Taakstraf	(V)OTS ((voorlopige) ondertoezichtstelling)															
219	IBS	IBS (inbewaringstelling)															
220	(V)OTS	RM (rechterlijke machtiging)															
221	PIJ (on- & voorwaardelijk)	Strafrechtelijke maatregelen:															
222	jeugdTBR	Voorwaarden jeugdreclassering															
223	RM	PIJ (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen)															
224	Voorwaarden jeugdreclassering	Tbs met voorwaarden															
225	Jeugddetentie	Tbs met dwangverpleging															
226	Detentie	JeugdTBR															
227	Preventieve hechtenis	Straffen:															
228	Hechtenis (overige)	Detentie															
229	TBS met dwangverpleging	Taakstraf															
230	Andere TBS-vormen	Hechtenis (alle vormen behalve preventieve hechtenis)															
231		Jeugddetentie															
232	Justitiële voorgeschiedenis	- First offender		2	0	7	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend	
		- Recidivist																
234	Leeftijd / datum 1e delict			9	0	0	0	0	5	1	1	1	1	9	0	0	0	
235	Leeftijd / datum 1e veroordeling			9	0	0	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
236	TBS maatregel																	
237	Datum oplegging TBS	Leeftijd ttv oplegging		8	0	1	0	0	9	0	0	0	0	9	0	0	0	
238	Datum ingang TBS	Totale verblijfsduur in Jaren		8	0	1	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
239	TBS verlengingen sinds lopende TBS (aantal)			5	1	3	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
240	6-jaarsverlenging (ja/nee)			8	0	1	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
241	Aantal eerdere TBS opleggingen			7	1	1	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
242	Leeftijd/ datum eerdere TBS oplegging (per tbs oplegging)			8	0	1	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
243	Datum opname in huidige FPC	Verblijfsduur huidige kliniek in jaren		3	0	6	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
244	Leeftijd bij opname (in huidige FPC)			5	2	2	0	0	8	0	0	0	1	8	1	0	0	Deels herleidbaar uit andere informatie (geboortedatum en datum opname)
245	Aantal TBS-klinieken met huidige TBS	- Aantal klinieken tijdens huidige terbeschikkingstelling (huidige kliniek meegeteld)		3	0	6	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	Deels herleidbaar uit algemen informatie over tbs historie
246	Per kliniek met huidige TBS:																	
247	Welke kliniek			9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
248	Opnameduur	Gemiddelde duur tot eerste overplaatsing		1	0	8	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	Deels herleidbaar uit andere informatie over tbs historie
249	Opnamedatum			9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
250	Reden overplaatsing tijdens lopende TBS (per			3	3	3	0	0	5	1	2	0	1	9	0	0	0	Beschikbare informatie is afhankelijk van vorige kliniek
251	- incident																	
252	- i.h.k.v. behandeling																	
253	- herselectant																	
254	- second opinion																	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking		
255	Eerdere behandelingen (klinisch en ambulante)																	
256	Eerdere behandelingen	- Nooit eerder in contact geweest met hulpverlening		1	1	7	0	0	6	2	0	0	1	9	0	0	0	
257	- nooit	- Eerder alleen ambulante hulpverlening ontvangen																
258	- eens	- Eerder alleen opgenomen geweest, zonder ambulante hulpverlening																
259	- vaker	- Zowel eerder opgenomen geweest als ambulante hulpverlening																
260		- Onbekend																
261	Eerdere opnames (vrijwillig en onvrijwillig): aantal			5	0	4	0	0	6	2	0	0	1	9	0	0	0	
262	Eerdere ambulante behandeling: aantal			5	0	4	0	0	6	2	0	0	1	9	0	0	0	
263	Leeftijd / datum eerste hulpverleningscontact			8	0	1	0	0	3	3	2	0	1	7	2	0	0	
264	Leeftijd / datum laatste hulpverleningscontact (voor TBS)			8	0	1	0	0	2	2	4	0	1	8	1	0	0	
265	Incidenten (tijdens het laatste halfjaar)																	
266	Aantal ontvluchtingen tijdens huidige TBS (tijdens laatste half jaar)			6	1	2	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
267	Aantal onttrekkingen tijdens huidige TBS (tijdens laatste half jaar)			6	1	2	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
268	Totaal aantal gevallen van ongeoorloofde afwezigheid (tijdens laatste half jaar)			6	1	2	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011																
		Ja (en in de genoemde categorieën)																
		Ja, maar niet in genoemde categorieën																
		Ja, maar niet bekend in welke categorieën																
		Nee																
		Onbekend																
		Structureel (indien van toepassing)																
		Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)																
		Niet structureel																
		Onbekend / wordt niet geregistreerd																
		Need to know																
		Nice to know																
		Anders, nl...																
		Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking		
269	Aantal schendingen van afspraken over behandeling (tijdens laatste half jaar)			2	2	5	0	0	7	0	0	1	1	9	0	0	0	
270	- nooit																	
271	- soms																	
272	- vaak																	
273	Aantal schendingen van afspraken omtrent druggebruik (tijdens laatste half jaar)			1	2	6	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
274	- nooit																	
275	- soms																	
276	- vaak																	
277	Aantal schendingen van afspraken omtrent medicatiegebruik (tijdens laatste half jaar)			1	2	6	0	0	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
278	- nooit																	
279	- soms																	
280	- vaak																	
281	Risicoanalyse								0	0								
282	Soort meest recente risicotaxatie	- Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30)		3	2	4	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
283	- geen	- 9-items van de HKT-30 (afgeleid van bovenste schaal)																
284	- HCR-2-	- Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20)																
285	- SVR-2-	- Hare's Psychopathie Checklist – Revised (PCL-R)																
286	- HKT-3-	- Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)																
287	- Hare PCL-R																	
288	- VRAG																	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know			Opmerking	
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...		Onbekend
289	- FP4-																	
290	- Static-99																	
291	Datum risicotaxatie (meest recente)			8	0	1	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
292	Laatste risicotaxatie ingevuld door			1	2	6	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
293	- behandelaar																	
294	- onderzoeker																	
295	- consensus																	
296	Fase tenuitvoerlegging van de TBS maatregel																	
297	Fase verlof (tijdens laatste half jaar):	Geen verlof		3	0	5	0	1	7	1	0	0	1	9	0	0	0	
298	- geen	Begeleid verlof met en zonder beveiligde fase																
299	- beveiligde fase binnen het begeleid verlof	Onbegeleid verlof																
300	- onbeveiligde fase binnen begeleid verlof	Transmuraal verlof																
301	- onbegeleid verlof	Proefverlof																
302	- transmuraal verlof																	
303	- proefverlof																	
304	Fase behandeling (tijdens laatste half jaar): Ja/nee	- Behandelfase		1	3	2	2	1	3	1	0	2	3	8	1	0	0	Deels af te leiden (bijvoorbeeld o.b.v. afdeling) dit is echter niet volledig sluitend.
305	Observatie	- Resocialisatiefase																
306	Diagnostiek	- Diagnostiek- en observatiefase																
307	Doorstroom	- Onbekend (van toepassing op alle klinieken)																

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011																	
		Ja (en in de genoemde categorieën)																	
		Ja, maar niet in genoemde categorieën																	
		Ja, maar niet bekend in welke categorieën																	
		Nee																	
		Onbekend																	
		Structureel (indien van toepassing)																	
		Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)																	
		Niet structureel																	
		Onbekend / wordt niet geregistreerd																	
		Need to know																	
		Nice to know																	
		Anders, nl...																	
		Onbekend																	
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking	
308	Behandeling																		
309	Uitstroom																		
310	Resocialisatie/rehabilitatie																		
311	Aantal afgewezen verloven (in het afgelopen halfjaar)			4	0	4	0	1	7	1	0	0	1	9	0	0	0		
312	Formele kader (wetgeving, beleidskaders, etc.)																		
313	Formele kader:			2	1	3	1	2	6	0	0	0	3	8	0	0	1	Vraagstelling opmerkelijk. WGBO is altijd van toepassing. Combinatie beginselenwet en BOPZ is niet mogelijk.	
314	- alleen beginselenwet																		
315	- beginselenwet i.c.m. WGBO																		
316	- beginselenwet i.c.m. BOPZ																		
317	- beginselenwet i.c.m. beiden																		
318	Manier uitreiken maatregel:			1	1	4	3	0	4	0	0	1	4	7	0	2	0	Schriftelijke uitreiking is verplicht en is traceerbaar in dossier.	
319	- schriftelijk																		
320	- mondeling																		
321	- beiden																		
322	Gebruik maatregelen (nooit/soms/vaak):	- Afzondering (ooit, nooit, onbekend)		2	2	5	0	0	6	1	0	1	1	9	0	0	0		
323	Afzondering	- Intrekken verloven/vrijheden (ooit, nooit, onbekend)																	
324	Separatie	- Separatie (ooit, nooit, onbekend)																	
325	Fixatie	- Dwangmedicatie (ooit, nooit, onbekend)																	
326	Medicatie	- Brief/telefonische censuur (ooit, nooit, onbekend)																	
327	Toedienen voeding of vocht	- Toedienen van vocht of voedsel (ooit, nooit, onbekend)																	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011																		
		Ja (en in de genoemde categorieën)																		
		Ja, maar niet in genoemde categorieën																		
		Ja, maar niet bekend in welke categorieën																		
		Nee																		
		Onbekend																		
		Structureel (indien van toepassing)																		
		Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)																		
		Niet structureel																		
		Onbekend / wordt niet geregistreerd																		
		Nice to know																		
		Nice to know																		
		Anders, nl...																		
		Onbekend																		
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking				
		- Medicamenteuze ondersteuning zowel regulier als bij calamiteiten - Financiële en andere praktische regelingen																		
348	- Doelen t.a.v. resocialisatie (meest recent)	- Natraject		2	1	6	0	0	0	6	1	0	0	1	1	9	0	0	0	
349	- Doelen t.a.v. risicotaxatie (meest recent)	- Risicofactoren/probleemgebieden - Protectieve factoren		1	1	7	0	0	0	7	0	0	0	0	2	9	0	0	0	
351	- Overige doelen (tekstveld)			3	0	4	1	1	1	4	0	0	0	1	4	7	0	1	1	
352	Per behandelgoal: zijn de opgestelde doelen behaald mbt (meest recente evaluatie):	- Niet behaald - Geheel behaald - Gedeeltelijk behaald (- Onbekend)		1	6	1	1	0	0	4	1	1	1	1	2	9	0	0	0	
356	Aangeboden behandeling(en) (in de huidige kliniek)																			Aangeboden behandeling is deels individueel overstijgend doordat het om zorgpaden en modules gaat (in ontwikkeling).
357	Diagnostiek: ja/nee			9	0	0	0	0	0	8	0	0	0	1	1	8	0	0	1	
358	Observatie vaktherapie: ja/nee			8	1	0	0	0	0	7	1	0	0	1	1	8	1	0	0	
359	Aangeboden behandelingen:	NB: Meer / andere categorieën dan in vragenlijst!		3	1	4	1	0	0	6	1	0	0	2	2	9	0	0	0	
360	- (cognitieve/dialectische) gedragstherapieën	Behandeling in het kader van het delict:																		
361	- psycho-educatie	- Delictketen/delictscenario/delictdynamiek																		
362	- overige psychotherapieën	- Dadergroepen																		
363	- schematherapie	- Terugvalpreventie																		
364	- vaardigheidstrainingen	Psycho-educatie & therapieën:																		
365	- gezin/systeemtherapie	- Psycho-educatie																		

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking	
366	- verslavingstherapieën	- (Cognitieve/dialectische) Gedragstherapie															
367	- maatschappelijk werk	- Schemagerichte therapie															
368	- muziektherapie	Overige therapie door psycholoog/psychiater/psychotherape															
369	- dramatherapie	- Gesprektherapie															
370	- beeldende therapie	- EMDR															
371	- PMT	- Overige therapieën															
372	- overige therapieën (tekstveld)	Gezin/systeemtherapie															
373		- Relatietherapie															
374		Vaardigheidstrainingen:															
375		- m.b.t. middelengebruik															
376		- m.b.t. agressiehantering															
377		- m.b.t. sociale vaardigheden															
378		- m.b.t. psycho-educatie															
379		- m.b.t. seksueel en relationeel gedrag															
380		- m.b.t. arbeid, scholing en vrije tijd															
381		- Overige vaardigheidstrainingen															
382		Non-verbale therapieën:															
383		- Muziektherapie															
384		- Dramatherapie															
385		- Beeldende therapie															
386		- Psychomotorische therapie															
387		- Overige non-verbale therapieën															
388		Maatschappelijk werk															
389	Per behandeling onderstaande vragen:																

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend	
390	Duur van behandeling (per behandeling)			6	1	0	2	0	4	0	0	1	4	8	1	0	0	
391	Intensiteit van behandeling (per behandeling)	- > 1x per week		4	0	3	2	0	4	1	0	1	3	8	1	0	0	
392	- dagelijks	- 1x per week																
393	- 2 of meer keren per week	- 2x per maand																
394	- 1x per week	- <2x per maand																
395	- 2 tot 3 keer per maand																	
396	- 1x per maand																	
397	- minder vaak dan 1x per maand																	
398	Op basis van een protocol (per behandeling)			6	0	2	1	0	5	1	0	1	2	8	1	0	0	
399	- ja																	
400	- nee																	
401	Individuele behandeling vs groepsbehandeling (per behandeling)	- Individueel		0	0	8	1	0	6	1	0	0	2	8	1	0	0	
402	- groep	- Groep																
403	- individueel	- Beiden																
404	- groep en individueel	- Onbekend																
405	Reden gekozen behandeling (per behandeling)			0	1	7	1	0	5	1	0	1	2	9	0	0	0	
406	- DSM diagnose (stabilisatie stoornis)																	
407	- delict																	
408	(tekstveld)																	
409	Uitvoerende personen (per behandeling):			0	6	3	0	0	6	1	1	0	1	8	0	1	0	
410	- arts																	
411	- psychiater																	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking	
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend		
412	- groepsleider(s)																		
413	- basispsycholoog																		
414	- GZ-psycholoog																		
415	- GZ-psycholoog in opleiding																		
416	- klinisch psycholoog in opleiding																		
417	- klinisch psycholoog																		
418	- psychotherapeut (bv: cliëntcentered)																		
419	- systeembehandelaar																		
420	- maatschappelijk werker																		
421	- psychomotore therapeut																		
422	- drama-therapeut																		
423	- creatief therapeut																		
424	- bewegingsagoog																		
425	- vaktherapeut																		
426	- arbeidsconsulent																		
427	Theoretisch model (per behandeling):		0	2	5	1	1	2	1	0	3	3	5	4	0	0			Theoretische vraag, nut van registratie wordt niet door alle klinieken onderschreven.
428	- geen																		
429	- gedragstherapeutisch																		
430	- CGT																		
431	- oplossingsgericht																		
432	- psychoanalytisch																		
433	- on analytic lines																		
434	- systeemtheoretisch																		
435	- eclecticisch																		
436	- medisch																		
437	- groepstherapie																		
438	- schemafocused																		
439	- cliëntcentered																		

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie						Structureel						Need to know of nice to know				Opmerking	
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend				
440	- EMDR																				
441	- anders, nl.																				
442	Afronding behandeling (per behandeling)	- Afgerond		0	2	7	0	0	7	1	0	0	1	8	1	0	0				
443	- ja	- Lopende																			
444	- nee	- Voortijdig afgebroken																			
445		- Onbekend																			
446	Inzet (per behandeling)? (van afgeronde behandelingen)			3	4	2	0	0	5	1	1	1	1	8	1	0	0				
447	- onvoldoende																				
448	- voldoende																				
449	- goed																				
450	Resultaat (per behandeling)? (van afgeronde behandelingen)	- Ja		3	3	3	0	0	5	1	1	1	1	9	0	0	0				
451	- onvoldoende	- Nee																			
452	- voldoende																				
453	- goed																				
454	Behandeling voortijdig afgebroken (per behandeling)			7	0	1	0	1	5	1	0	2	1	9	0	0	0				
455	- ja																				
456	- nee																				
457	Reden uitval / afbraak behandeling			1	1	7	0	0	5	1	0	2	1	8	1	0	0				
458	- absentie cliënt																				
459	- ontslag cliënt																				
460	- overlijden cliënt																				
461	- langdurige afwezigheid behandelaar																				
462	- anders																				
463	- nvt																				

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking		
464	m.b.t. (cognitieve/dialectische) gedragstherapiën: Niveau			0	1	7	1	0	3	1	0	3	2	6	3	0	0	
465	- syndroom																	
466	- delict																	
467	m.b.t. vaardigheidstrainingen: Module			0	0	9	0	0	6	1	0	1	1	7	2	0	0	
468	- Goldstein																	
469	- Liberman																	
470	- andere																	
471	Attitude ten opzichte van de behandeling (in het afgelopen half jaar)															Deze onderdelen worden geregistreerd in de vorm van omschrijvingen in behandelrapportages (niet in de genoemde categorieën).		
472	Patiënt: Toont zich betrokken bij de behandeling			2	3	4	0	0	6	1	0	1	1	8	1	0	0	
473	- niet																	
474	- enigszins																	
475	- wel																	
476	Patiënt: Sterke negatieve attitude en/of geen daadwerkelijke medewerking (NB: dubbele vraagstelling, dubbele ontkenning)			2	3	4	0	0	6	1	0	1	1	8	0	0	1	
477	- niet																	
478	- enigszins																	
479	- wel																	
480	Patiënt: Verzet zich actief tegen behandeling			1	3	5	0	0	7	0	0	1	1	9	0	0	0	
481	- niet																	
482	- enigszins																	
483	- wel																	

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend	
484	Is er op basis van het dossier een idee te krijgen over de behandelprognose van het behandelteam?			1	1	7	0	0	6	0	0	2	1	9	0	0	0	
485	- ja																	
486	- enigszins																	
487	- nee																	
488	Zo ja: Behandelprognose:			2	2	5	0	0	6	0	0	2	1	8	1	0	0	
489	- gunstig																	
490	- neutraal																	
491	- negatief																	
492	Klachten (sinds opname in huidige tbs-kliniek)																	
493	Aantal klachten per patiënt			8	0	1	0	0	7	1	0	0	1	7	2	0	0	
494	Beslissing klachten:	- Gegrond		2	0	7	0	0	7	1	0	0	1	7	2	0	0	
495	Aantal gegrond verklaarde klachten	- Ongegrond																
496	Aantal ongegrond verklaarde klachten	- Nog in behandeling																
497	Aantal onafgehandelde klachten	- Onbekend																
498	Signalerings- of terugvalpreventieplan (in het afgelopen half jaar)																	
499	Aanwezigheid signaleringsplan/terugvalpreventieplan/noodplan?			7	0	2	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
500	- ja																	
501	- nee																	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know			Opmerking	
502	Milieutherapie/sociotherapie (in het afgelopen half jaar)																Deze kenmerken zijn niet volledig op niveau van patient, deels ook kenmerken van de afdeling.	
503	Inrichting van socio-therapeutisch milieu, per onderdeel (hieronder):			0	3	5	0	1	3	1	0	4	1	6	1	0	2	
504	- duidelijk aanwezig																	
505	- enigszins aanwezig																	
506	- afwezig																	
507	Aanbieding van een vaste week- en dagstructuur	- het aanbieden van een vaste week- en dagstructuur		2	0	7	0	0	6	1	0	1	1	7	1	0	1	
508	Stimulatie tot een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid			2	0	7	0	0	5	0	0	3	1	6	2	0	1	
509	Extra aandacht voor farmacologische behandeling en medicatietrouw			2	0	7	0	0	6	0	0	2	1	7	1	0	1	
510	Activatie voor en ondersteuning bij de verzorgingen van zichzelf en hun omgeving	- het activeren en het ondersteunen van de patiënten bij de verzorging van zichzelf en hun omgeving		2	0	7	0	0	6	0	0	2	1	7	1	0	1	
511	Stimulatie tot zinvolle activiteiten die aansluiten bij hun mogelijkheden	- het stimuleren tot zinvolle activiteiten die bij de mogelijkheden aansluiten		1	1	7	0	0	6	0	0	2	1	7	1	0	1	
512	Individuele benadering en begeleiding, waardoor flexibel en onderhandeld kan worden gewerkt	- een Individuele benadering en begeleiding		1	1	6	0	1	5	0	0	2	2	6	1	0	2	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
513	Een laag EE-klimaat (expressed emotion ipv overmatige bezorgdheid en kritiek) met een behoud van een zo natuurlijk en direct mogelijk reageren			1	1	5	0	2	3	0	0	2	4	5	1	0	3	
514	Stimulatie tot het drugsvrij blijven en het drugsvrij maken en houden van de woonafdeling	- het stimuleren tot een drugsvrije woonafdeling		2	1	6	0	0	5	0	0	3	1	8	0	0	1	
515	Methodisch en doelgericht werken aan problematische gedragspatronen, die gerelateerd zijn aan delictrisico's en/of die het dagelijkse leven beïnvloeden			1	1	6	0	1	5	0	0	2	2	8	0	0	1	
516	Aanvoeling of ontspanning of afleiding van de problematiek noodzakelijk is			1	1	5	0	2	2	0	0	4	3	7	1	0	1	
517	Een (vanuit de rehabilitatiegedachte) stimulatie tot de hoogst haalbare vorm van autonomie			1	1	6	0	1	4	0	0	3	2	7	1	0	1	
518	Heeft de patiënt een cursus ADL gevolgd in het afgelopen half jaar of volat dat nu?	- Beschrijving Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) (NB: onduidelijk of dit 1 op 1 gerelateerd is aan cursus)		0	0	5	1	3	3	0	0	2	4	5	2	1	1	Cursus ADL wordt niet in alle klinieken gegeven.
519	- ja																	
520	- nee																	
521	Behandelsklimaat (in het afgelopen half jaar)																	Kenmerken niet op niveau van patient, meer kenmerken van afdeling of kliniek.

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Need to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend		
522	Samenstelling behandelteam (ja/nee per functie)			1	2	3	2	1	3	0	0	3	3	5	2	1	1	
523	Behandelcoördinator																	
524	Reclasseringswerker																	
525	Arts																	
526	Psychiater																	
527	Groepsleider(s)																	
528	Basispsycholoog																	
529	GZ-psycholoog																	
530	Klinisch psycholoog																	
531	Psychotherapeut (bv. clientcentered)																	
532	Systeembehandelaar																	
533	Maatschappelijk werker																	
534	Psychomotore therapeut																	
535	Drama-therapeut																	
536	Creatief therapeut																	
537	Bewegingsagoog																	
538	Vaktherapeut																	
539	Arbeidsconsulent																	
540	Samenwerking team: Beleidsoverleg			0	1	4	1	3	4	0	0	0	5	2	4	0	3	
541	- wekelijks																	
542	- tweewekelijks																	
543	- maandelijks																	
544	- halfjaarlijks																	
545	- jaarlijks																	
546	- niet																	
547	Samenwerking team: Behandelingsoverleg			0	1	4	1	3	4	0	0	0	5	5	1	0	3	
548	- wekelijks																	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																		
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking		
549	- tweewekelijks																			
550	- maandelijks																			
551	- halfjaarlijks																			
552	- jaarlijks																			
553	- niet																			
554	Samenwerking team: Samenwerkingsoverleg (interview)			0	1	4	1	3	4	0	0	0	5	3	3	0	3			
555	- wekelijks																			
556	- tweewekelijks																			
557	- maandelijks																			
558	- halfjaarlijks																			
559	- jaarlijks																			
560	- niet																			
561	Eindverantwoordelijkheid behandeling			0	0	6	1	2	5	0	0	0	4	7	1	0	1			
562	- behandelcoördinator																			
563	- assistent zorgmanager																			
564	- hoofdbehandelaar																			
565	- zorgmanager																			
566	Leefgroep (in het afgelopen half jaar)																	Kenmerken niet volledig op niveau van patient, meer kenmerken van de afdeling.		
567	Grootte	Op niveau leefgroep		1	1	1	2	4	2	0	0	1	6	6	1	0	2			
568	Minimumleeftijd			1	1	0	3	4	2	0	0	0	7	4	2	0	3			
569	Maximumleeftijd			1	1	0	3	4	2	0	0	0	7	4	2	0	3			
570	Samenstelling:	Op niveau kliniek		0	1	1	3	4	2	0	0	0	7	4	3	0	2			
571	- gemengd																			
572	- alleen mannen																			
573	- alleen vrouwen																			

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Ja, maar niet bekend in welke categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking	
574	Organisatie leefgroep (per onderdeel: duidelijk aanwezig / enigszins aanwezig / afwezig):			0	0	6	1	2	2	0	0	2	5	5	2	0	2	
575	- Tijd- en ruimtegrenzen																	
576	- Rooster met dagindeling																	
577	- Huishoudelijke taken																	
578	- Flexibiliteit (van het team)																	
579	- Flexibiliteit (van het programma)																	
580	Afspraken m.b.t. (per onderdeel: duidelijk aanwezig / enigszins aanwezig / afwezig):			0	0	7	0	2	4	0	0	2	3	4	3	0	2	
581	- Rusttijd																	
582	- Maaltijden																	
583	- Bezoek																	
584	- Weekenden																	
585	- Nieuwe bewoners																	
586	- Bewoners die met ontslag gaan																	
587	- Algemene zaken																	
588	- Huisdienst																	
589	- Overlegsituaties																	
590	Hoeveel uur per dag mag de patiënt van de afdeling af?			5	0	0	1	3	4	0	0	1	4	5	2	0	2	
591	AVS (Arbeid, Scholing, Vrijtijdsbesteding)																	Wordt geregistreerd voor zover van belang voor financiering, betaling en behandeling. Niet alle AVS wordt geregistreerd.

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Nice to know	Nice to know	Anders, nl...	Onbekend		
592	Is er voor deze patiënt een mogelijkheid tot betaalde arbeid? Ja/Nee (Het is dus niet de vraag of er in de kliniek mogelijkheid is tot betaalde arbeid, maar het gaat echt over deze patiënt.)			6	0	2	0	1	4	0	3	1	1	6	2	0	1	
593	Verricht de patiënt op dit moment betaalde arbeid?	Betaald en onbetaald werk samen		5	0	3	0	1	5	0	2	0	2	7	1	0	1	
594	Werkzaamheden betaalde arbeid patiënt (tekstveld)			7	0	0	0	2	4	0	2	0	3	7	0	0	2	
595	Hoeveel uur per week verricht de patiënt betaalde arbeid?	Gemiddeld aantal uren (betaald) werk per week		8	0	0	0	1	5	0	2	0	2	7	1	0	1	
596	Is er voor deze patiënt een mogelijkheid tot onbetaalde arbeid? Ja/Nee (stage, werkervaring, vrijwilligerswerk, etc) (Het is dus niet de vraag of er in de kliniek mogelijkheid is tot onbetaalde arbeid, maar het gaat echt over deze patiënt.)			7	0	1	0	1	4	0	3	0	2	7	1	0	1	
597	Verricht de patiënt op dit moment onbetaalde arbeid? Ja/Nee	Betaald en onbetaald werk samen		7	0	1	0	1	5	0	2	0	2	7	1	0	1	
598	Werkzaamheden onbetaalde arbeid patiënt (tekstveld)			6	0	0	0	3	2	0	3	0	4	7	0	0	2	
599	Hoeveel uur per week verricht de patiënt onbetaalde arbeid?			6	1	0	0	2	2	0	2	1	4	7	1	0	1	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Need to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
600	Is er voor deze patiënt een mogelijkheid tot scholing? Ja/Nee			8	0	0	0	1	4	0	3	1	1	6	1	1	1	Anders: niet in alle gevallen need to know
601	Volgt de patiënt op dit moment scholing? Ja/Nee	Onderwijs volgen		7	0	0	0	2	4	0	2	1	2	8	0	0	1	
602	Wat voor opleiding/scholing volgt de patiënt op dit moment? (tekstveld)			6	1	0	0	2	4	0	2	1	2	8	0	0	1	
603	Hoeveel uur per week volgt de patiënt scholing?	Gemiddeld aantal uren per week		7	0	0	0	2	3	0	2	1	3	7	1	0	1	
604	Is er voor deze patiënt een mogelijkheid tot vrijetijdsbesteding buiten de directe afdeling van de patiënt? Ja/Nee			6	0	0	0	3	2	0	2	1	4	8	0	0	1	
605	Maakt de patiënt gebruik van deze vrijetijdsbestedingsmogelijkheden? Ja/Nee	Vrijetijdsbesteding hebben		5	0	1	1	2	3	0	2	0	4	8	0	0	1	
606	Welke vrijetijdsbesteding doet de patiënt? (tekstveld)			7	0	0	0	2	4	0	2	0	3	7	1	0	1	
607	Hoeveel uur per week doet de patiënt vrijetijdsbesteding buiten de directe afdeling?	Gemiddeld aantal uren per week		5	1	0	0	3	2	0	2	1	4	7	1	0	1	
608	What Works-principes																	
609	Risicoprincipe:																	
610	Hoeveel maanden zitten er tussen de opname van de patiënt en de eerste risicotaxatie?			6	2	1	0	0	8	0	0	0	1	8	1	0	0	

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011 Ja (en in de genoemde categorieën) Ja, maar niet in genoemde categorieën Nee Onbekend Structureel (indien van toepassing) Structureel indien bekend (indien niet: vermeld) Niet structureel Onbekend / wordt niet geregistreerd Nice to know Nice to know Anders, nl... Onbekend																
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
611	Datum eerste risicotaxatie			9	0	0	0	0	8	0	0	0	1	9	0	0	0	
612	(Hoe) wordt de inschatting van de risicofactoren gemaakt?			2	0	6	0	1	7	0	0	0	2	8	1	0	0	
613	- gestandaardiseerde methode																	
614	- andere methode																	
615	- wordt niet ingeschat																	
616	Behoeftepincipe:																	
617	Komen de risicofactoren duidelijk in de risicotaxatie naar voren? Ja/Nee			6	0	2	0	1	6	0	0	1	2	9	0	0	0	
618	Komen de risicofactoren terug (als doelen) in het behandelplan? Ja/Nee			6	0	2	0	1	6	0	0	1	2	9	0	0	0	
619	Responsiviteitsprincipe:																	
620	Is er een beschrijving van de leerstijl van een patiënt? Ja/Nee			5	0	1	3	0	2	0	1	3	3	8	1	0	0	
621	Zo ja: Komt deze leerstijl terug in de keuze voor een bepaalde behandeling(svorm)? Ja/Nee			2	0	1	5	1	1	0	1	1	6	8	1	0	0	
622	Behandelintegriteitsprincipe: Wordt de behandeling ook zo gegeven als hij bedoeld is? (achteraf scoren)			1	0	1	5	2	2	0	0	0	7	8	1	0	0	
623	Farmacotherapie (in het afgelopen half jaar)																	
624	Type farmacotherapie (ja/nee per dimensie)	- psychotische decompensatie (antipsychotica)		1	1	7	0	0	6	0	0	1	2	8	0	0	1	Farmacotherapie wordt geregistreerd, maar niet in betreffende categorieën.
625	- op dimensie psychotische decompensatie (anti	- somatische aandoeningen																

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011																			
		Ja (en in de genoemde categorieën)																			
		Ja, maar niet in genoemde categorieën																			
		Ja, maar niet bekend in welke categorieën																			
		Nee																			
		Onbekend																			
		Structureel (indien van toepassing)																			
		Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)																			
		Niet structureel																			
		Onbekend / wordt niet geregistreerd																			
		Need to know																			
		Nice to know																			
		Anders, nl...																			
		Onbekend																			
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking			
626	- op dimensie stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	- stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)																			
627	- op dimensie impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	- impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit																			
628	- op dimensie seksuele component (hormonale libidoremmers)	- middelenafhankelijkheid/verslaving																			
629	- op dimensie seksuele component (antidepressiva/stemmingsstabilisatoren)	- seksuele component (hormonale libidoremmers)																			
630	- op dimensie middelenafhankelijkheid/verslaving																				
631	- op dimensie somatische aandoeningen																				
632	- dosering (tekstveld)																				
633	- soort medicatie (tekstveld)																				
634																				Knelpunten: vraagstelling is onduidelijk en grotendeels niet op het niveau van de patient	
635	Knelpunten instellingen (IIG de onderstaande categorieën):			1	0	4	1	3	4	0	0	1	4	3	2	0	4				Alleen verlof is op het niveau van de patient.
636	- verlof (algemeen)																				
637	- beveiligde fase van verlof																				
638	- AVT																				
639	- (gebrek aan) motivatie)																				
640	- werkdruk																				
641	- te weinig personeel																				
642	- anders, nl...																				

		Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011																		
		Ja (en in de genoemde categorieën)				Ja, maar niet in genoemde categorieën				Nee				Opmerkend						
		Structureel (indien van toepassing)				Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)				Niet structureel				Opmerkend						
		Need to know of nice to know				Need to know				Nice to know				Opmerkend						
Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie				Structureel				Need to know of nice to know				Opmerking				
643	Knelpunten wetgeving (IIG de onderstaande categorieën):			0	0	1	1	7	1	0	0	0	0	8	3	1	0	5		
644	- schriftelijke maatregelen																			
645	- bureaucratie																			
646	- anders, nl...																			
647	Gevolgen behandeling (tekstveld)			0	0	1	1	7	1	0	0	0	0	8	3	1	0	5		
648	Gevolgen behandeltraject (tekstveld)			0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	9	3	1	0	5		
649	Gevolgen tenuitvoerlegging (tekstveld)			0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	9	3	1	0	5		
650																				
651																				
652																				
653	Diagnostische informatie																			
654		Diagnostisch onderzoek plaatsgevonden in huidige kliniek? (ja/nee)		9	0	0	0	0	7	0	0	0	0	2	8	0	0	0	1	
655		Delictanalyse opgesteld in huidige kliniek? (ja/nee)		9	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	8	0	0	0	1	
656	Gebruik van zorgprogramma's																			
657		Inzet van interventies uit 1 van de 3 - Seksueel overschrijdend gedrag - Psychotische kwetsbaar en delictgevaarlijk - Persoonlijkheidsstoornissen		3	0	2	4	0	4	0	0	0	0	5	6	0	0	0	3	Zorgprogramma's zijn nog niet in alle klinieken geïmplementeerd
661	Behandelaanbod																			Relatief algemene vraagstelling. Detailniveau van beschrijving wordt niet gespecificeerd.

Regel	Onderdeel voor dossierstudie (2011)	Categorie rapportage (2011)	2011	Registratie					Structureel					Need to know of nice to know				Opmerking
				Kleurcodering registratie o.b.v. onderzoek 2011	Ja (en in de genoemde categorieën)	Ja, maar niet in genoemde categorieën	Ja, maar niet bekend in welke categorieën	Nee	Onbekend	Structureel (indien van toepassing)	Structureel indien bekend (indien niet: vermeld)	Niet structureel	Onbekend / wordt niet geregistreerd	Nice to know	Nice to know Anders, nl...	Onbekend		
662		Beschrijving van behandeling in evt vorige kliniek		8	0	0	1	0	1	0	2	2	4	7	1	0	1	
663		Beschrijving van behandeling psycholoog/psychiater		9	0	0	0	0	4	0	0	2	3	8	0	0	1	