

Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: Implementatie in de medium security unit van Zelzate

JAN DE VARÉ^a
 VANESSA BAETENS^b
 MIKE DE CLERCO^c
 SABINE TREMMERY^d
 AN DE DECKER^e
 MANON HEYDRICKX^f
 LEEN CAPPON^g

- a Hoofdgeneesheer, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate
 b Coördinator onderzoek en beleid, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate
 c Projectmedewerker onderzoek en beleid, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate
 d Kinder- en jeugdpsychiater, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven en kinder- en jeugdpsychiatrie UPC, KU Leuven
 e Psycholoog, Kinder- en jeugdpsychiatrie UPC, KU Leuven
 f Stagiaire onderzoek, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate
 g Onderzoeker, PC Sint-Jan-Baptist Zelzate (Corresp.: leen.cappon@fracarita.org)

1. INLEIDING

In 2016 stelden SCHURINGA en collega's dat het periodiek meten van het recidiverisico en het systematisch transparant maken van de behandelvoortgang van een patiënt – ook wel *Routine Outcome Monitoring* (ROM) genoemd – cruciaal is in de forensische psychiatrie. Het periodiek meten van het recidiverisico krijgt voldoende aandacht in de forensische psychiatrie gezien de ontwikkeling, implementatie en systematische afname van risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20^{V3}. Voor het systematisch registreren van de behandelvoortgang is dit niet het geval (DE BEURS et al., 2016), ondanks tal van voordelen. Vooreerst dient het de belangen van de patiënten. Door structureel de behandellevolutie te meten kunnen behandelaars de behandelresultaten 'objectiever' – in vergelijking met een louter klinisch oordeel – in kaart brengen en het behandelplan erop afstemmen. Daarnaast verbetert het de communicatie – door het geven van feedback – tussen behandelaar en patiënt, wat op haar beurt de werkzaamheid van en de motivatie voor de behandeling lijkt te versterken (CARLIER et al., 2012; SHIMOKAWA, LAMBERT, & SMART, 2010). Bovendien kan het systematisch verzamelen van dit type gegevens bijkomende informatie leveren over de kwaliteit van de geboden zorg binnen een forensisch psychiatrische instelling (NUGTER & BUWALDA, 2012). Tot slot kan ze op termijn tot nieuwe wetenschappelijke inzichten leiden. ROM zorgt immers voor een meetvriendelijke cultuur in de voorziening waardoor deuren voor verder onderzoek met deze data geopend worden (DE BEURS & BARENDREGT, 2008). Dit is van cruciaal belang in de forensische psychiatrie gezien onderzoek naar effectieve behandelingen in deze setting nog in zijn kinderschoenen staat (KEUNE, DE VOGEL & VAN MARLE, 2016).

De concrete vertaalslag van het systematisch meten van behandelvoortgang naar de forensisch klinische praktijk lijkt te falen door het ontbreken van richtlijnen over het implementeren, de aanwezigheid van institutionele en/of praktische barrières en de beperkte aanwezigheid van specifieke forensisch psychiatrische ROM-instrumenten (BOSWELL, KRAUS, MILLER, & LAMBERT, 2015; VESS, 2001). BOSWELL en collega's (2015) stellen dat drie overlappende processen cruciaal zijn bij het implementeren van ROM (Tabel 1): (1) het creëren van de juiste voedingsbodem, (2) het kiezen van relevante ROM-instrumenten en (3) het bestendigen

van ROM. Elk van deze drie cruciale processen wordt in deze rubriekbijdrage beschreven en verder toegelicht aan de hand van de ervaringen in het Forensisch ZorgCircuit (FZC) van het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist (PC SJB, Zelzate). Het FZC is een *medium-security unit* waar geïnterneerde mannen en vrouwen opgenomen worden met een matig veiligheidsrisico voor zichzelf en/of de samenleving en een matig risico op herval (MOENS & PAUWELYN, 2012)¹. Het FZC bestaat uit zes afdelingen die verschillen in mate van beveiliging – open versus gesloten – en in het gewenste behandeltempo – intensief versus langdurig – om tegemoet te komen aan de individuele noden van de cliënt. Naargelang het behandeltempo wordt in het FZC de behandeling telkens na vier of zes maanden geëvalueerd.

TABEL 1. CRUCIALE PROCESSEN BIJ IMPLEMENTATIE VAN ROM (BOSWELL ET AL., 2015)

1. Het creëren van de juiste voedingsbodem	Erkennen en aanpakken van filosofische barrières
	Erkennen en aanpakken van praktische barrières
2. Het kiezen van relevante ROM-instrumenten	Definiëren van valide behandelindicatoren
	Selecteren van instrumenten afgestemd op de gekozen behandelindicatoren
3. Het bestendigen van ROM	Inbedding in klinische praktijk
	Investeren in ondersteunende technologie
	Investeren in onderzoek

2. DE CONCRETE IMPLEMENTATIE IN HET FZC

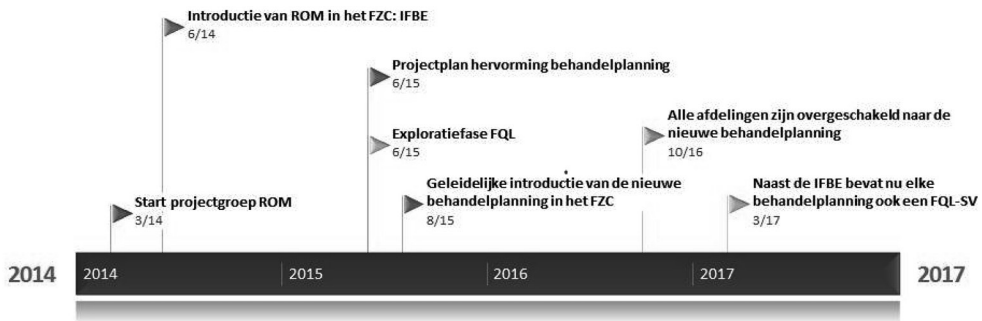
2.1. Het creëren van de juiste voedingsbodem

Bij de introductie van iets nieuws moeten eerst een aantal institutionele en praktische – infrastructuur, financieel, tijdsgebonden – barrières erkend en overwonnen worden (BOSWELL et al., 2015; DE BEURS & BARENDREGT, 2008). Dit kan bevorderd worden door de barrières systemisch te benaderen met de nodige participatie vanuit het werkveld (BOSWELL et al., 2015).

De dienst ‘Onderzoek en Beleid’² speelt een cruciale rol bij het erkennen en aanpakken van deze barrières. Ten eerste werd deze dienst reeds opgestart in 2012 vanuit de nood aan een meer *evidence-based* aansturing van de dagelijkse werking van het FZC. Specifiek staan zij voor ROM sinds 2014 in voor het voorbereidende werk, de (infrastructurele) ondersteuning en de bijsturing via periodieke evaluatie van de implementatie. Concreet gebeurt dit via een periodiek aangeboden inscholingstraject en praktijkondersteuning voor nieuwe en bestaande medewerkers. Deze dienst heeft ook de weerstand tegen verandering gecounterd via het stapsgewijs introduceren van de verschillende ROM-instrumenten en via het voorzien van voldoende tijd voor elke te nemen stap (Figuur 1). Dit alles gebeurt met de nodige inspraak van de medewerkers. Tot slot investeert de dienst ook in het overkoepelend verwerken en terugkoppelen van de ROM-gegevens waardoor de meerwaarde van deze gegevens voor het volledige FZC nogmaals bevestigd wordt.

1 In juni 2016 werd een *high security* afdeling voor vrouwen opgericht. Deze bijdrage betreft echter alleen *medium-security*.

2 Deze dienst bestaat uit de beleidsarts, een onderzoeker, criminologen en de coördinerende stafmedewerkers van het FZC.



FIGUUR 1. TIJDSLIJN IMPLEMENTATIE ROM IN FZC

Er werd ook getracht om de financiële last te beperken door waar mogelijk te kiezen voor gratis beschikbare ROM-instrumenten, zonder in te boeten op vlak van kwaliteit (NUGTER & BUWALDA, 2012). Gezien ROM gepaard gaat met veelvuldige metingen die tijdrovend zijn, was een investering in softwarematige ondersteuning noodzakelijk. In FZC werd vanuit het Provinciaal Broeders van Liefde gekozen voor ketenzorg software (VitalHealth – QuestManager) om de afname en verwerking van de ROM-instrumenten efficiënter te maken. Deze software zou de tijdsgebonden barrières moeten beperken, maar technische moeilijkheden – waaraan gewerkt wordt – zorgen er momenteel voor dat we moeten werken met minder geautomatiseerde werkwijzen.

2.2. Het kiezen van relevante ROM-instrumenten

Het kiezen van de relevante ROM-instrumenten bestaat uit twee stappen: (a) het definiëren van valide behandelindicatoren en (b) het selecteren van de instrumenten afgestemd op de gekozen behandelindicatoren.

a. Definiëren van behandelindicatoren

Gezien het belang van betrokkenheid van het werkveld (NUGTER & BUWALDA, 2012), werd aan de sociotherapeuten werkzaam op de verschillende afdelingen in het FZC gevraagd welke behandelindicatoren systematisch gemeten moeten worden tijdens de behandeling. Dit gebeurde aan de hand van de methodiek ‘concept mapping’ die gericht is op het genereren, organiseren en analyseren van kwalitatieve data (JOHNSON, BIEGEL, & SAFRAN, 2000). De sociotherapeuten werden bevestigd omwille van hun expertise over forensisch psychiatrische behandelindicatoren (*Step 1: Preparation*). Onder leiding van de afdelingspsychologen werden in maart 2014 brainstormsessies georganiseerd waarbij per afdeling alle als relevant beschouwde behandelindicatoren werden geïnventariseerd³ (*Step 2: Generation of Statements*) en geprioriteerd (*Step 3: Structuring the statements*). Hierbij werd vertrokken vanuit de idee dat een forensische behandeling gericht moet zijn op adequaat risicomanagement met aandacht voor risico- en beschermende factoren, afgestemd op de individuele noden van de patiënt (KEUNE et al., 2016). In april 2014 werden de besproken behandelindicatoren geclusterd door het overkoepelende beleidsniveau van het FZC – dienst onderzoek en beleid, psychiaters, en afdelingshoofden (*Step 4 & 5: Representation and interpretation of the statements*; Tabel 2). De bottom-up verzamelde behandelindicatoren komen overeen met de

3 De vraag werd gesteld om behandelindicatoren te benoemen naast de Central Eight uit het RNR-model van ANDREWS & BONTA (2010).

behandelindicatoren die benoemd worden in bestaand ROM-onderzoek als noodzakelijk te meten (VAN DER VEEKEN, BOGAERTS, & LUCIEER, 2012).

TABEL 2. CLUSTEREN BEHANDELINDICATOREN⁴

	Clusters
1	Antisociaal gedrag/attitudes/persoonlijkheidsstijl
2	Verslaving
3	Algemeen zelfstandig functioneren
4	Vrije tijd
5	Sociaal functioneren
6	Motivatie
7	Inzicht ziektebeeld
8	Medicatiegebruik
9	Medische klachten
10	Levenskwaliteit

b. Het selecteren van de instrumenten

Deze geïdentificeerde clusters vormden de basis voor een zoektocht naar relevante ROM-instrumenten die zoveel mogelijk van de benoemde behandelindicatoren behelzen (*Step 6: Utilization*; NUGTER & BUWALDA 2012). Naast deze vereiste worden drie algemene en drie forensisch specifieke vereisten – waar ROM-instrumenten moeten aan voldoen – vooropgesteld (Tabel 3; SHINKFIELD & OGLOFF 2014; STINCKENS, SMITS, CLAES, & SOENEN, 2012). Op basis van deze vereisten werd in eerste instantie gezocht naar ROM-instrumenten in Nederland gezien de wijdverspreide (succesvolle) ROM-implementatie aldaar (BRAND & NIJMAN, 2007; GOETHALS & VAN MARLE, 2012; MORRENS, 2015).

TABEL 3. VEREISTEN ROM-INSTRUMENTEN IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE TOEGEPAST OP IFBE, FQL-SV

ALGEMENE VEREISTEN		IFBE ¹	FQL-SV ²
Fijngevoelig voor verandering	Dynamische factoren meten Fijnmazig meten Concrete waarnemingen meten	4- of 6-maandelijks: • Probleemgedrag • Beschermende factoren • Resocialisatievaardigheden 17-puntschaal	4- of 6-maandelijks: • Fysiek welbevinden • Sociaal welbevinden • Vrijheid 10-puntschaal
Voldoende psychometrische kwaliteit	Betrouwbaar Intern/extern gevalideerd Contextueel genormeerd	Voldoende (SCHURINGA et al., 2014, 2016)	Voldoende (SCHEL et al., 2016)
Bruikbaar in de dagelijkse werking	Eenvoudige implementatie Weinig intensieve opleiding Als relevant ervaren worden Opleveren van inzichten	Training niet noodzakelijk 10-15 minuten invultijd	Training niet noodzakelijk 10-15 minuten invultijd

⁴ Alle benoemde behandelindicatoren zijn van belang. Welke behandelindicatoren het belangrijkst zijn, hangt af van de individuele casus.

FORENSISCH PSYCHIATRISCH SPECIFIEKE VEREISTEN		IFBE	FQL-SV
Afgestemd op de forensisch psychiatrische behandeling	Relevante behandelindicatoren	Cluster 1-8 (Tabel 2)	Levenskwaliteit
Gebruik van beoordelingsinstrumenten	Vermijden van sociaal wenselijkheid bij zelfrapportage	Observatie-instrument	Zelfrapportage en inschatting
Visie van verschillende behandelaars	Genuanceerd beeld	Interdisciplinaire beoordeling (overeenstemming)	Patiënt en personeel

¹ Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (SCHURINGA et al., 2014); ² Forensic inpatient Quality of Life questionnaire Short Version (SCHEL et al., 2015)

De zoektocht resulteerde uiteindelijk in vier mogelijk relevante ROM-instrumenten (Tabel 4) waarvan finaal twee gekozen werden voor toepassing in het FZC: IFBE (SCHURINGA, SPREEN, & BOGAERTS, 2014) en FQL (VORSTENBOSCH, BULTEN, BOUMAN, & BRAUN, 2007).

TABEL 4. BRUIKBARE ROM-INSTRUMENTEN

Cluster	IFBE	HoNOS-secure ¹	MANSA ²	FQL(-SV)
Cluster 1-8 (Tabel 2)	X			
Medische klachten (fysiek en psychisch)	X	X	X	X
Levenskwaliteit			X	X

¹ Health of the Nation Outcome Scale for Users of secure/forensic services (SUGARMAN & WALKER, 2007); ² Manchester Short Assessment of quality of life (VAN NIEUWENHUIZEN, SCHENE & KOETIER, 2000);

Een doorslaggevende reden om voor de IFBE te kiezen was de omvattendheid en de multidisciplinaire scoring van het instrument waardoor een nauwkeurig en genuanceerd beeld van de evolutie van de patiënt bekomen wordt. Specifiek in het FZC werd op aangegeven van de betrokken medewerkers geopteerd om per IFBE-item observaties te laten noteren naast de kwantitatieve scoring om de behandellevolutie nog concreter te kunnen duiden en beoordelen.

De benoemde cluster 'levenskwaliteit' komt echter in dit instrument niet aan bod waardoor een extra ROM-instrument noodzakelijk was. Zowel de MANSA als de FQL meten levenskwaliteit. Uiteindelijk werd gekozen voor de FQL omwille van de aandacht voor de specifieke eigenschappen van langdurige forensische zorg, de mogelijkheid om een verkorte vragenlijst te gebruiken (FQL-SV; SCHEL, BOUMAN, VORSTENBOSCH, & BULTEN, 2015) en de beschikbaarheid van een patiëntversie en een stafversie. Na een eerste evaluatie (MEULEWATER, 2016) werd beslist om de verkorte versie van de FQL te hanteren om de tijdsinvestering te beperken.

In eerste instantie werd de HoNOS-secure niet weerhouden voor ROM gezien medische klachten aan bod komen in de IFBE en de FQL. Eind 2016 echter besliste FOD Volksgezondheid dat de HoNOS-secure afgenomen moet worden bij elke geïnterneerde. Daarom wordt dit instrument vanaf mei 2017 ook opgenomen in de ROM-batterij van het FZC.

2.3. Het bestendigen van ROM

Eenmaal gestart met ROM in de forensische psychiatrische praktijk is een beleid gericht op het bestendigen van de implementatie minstens even belangrijk (BOSWELL et al., 2015; VESS,

2001). De belangrijkste stap hierin is de inbedding in de klinische praktijk (HOENDERS et al., 2014). Bijkomend zijn verdere investeringen in ondersteunende technologie en onderzoek noodzakelijk.

a. Inbedding in de klinische praktijk: Zorgaansturing

In het FZC is het afnemen en analyseren van ROM-instrumenten volledig afgestemd op het tempo van de behandellevotiebesprekingen van de patiënt – 4- of 6-maandelijks. De afdelingspsycholoog speelt hierin een cruciale rol (Tabel 5).

TABEL 5. STAPPEN IN BEHANDELEVOTIEBESPREKING

Wanneer	Wat	Wie	Waar
Week -2	Disciplines aansturen om IFBE en FQL-SV in te vullen	Psycholoog	Outlook taak
	Scoren IFBE + noteren observaties per item	Psycholoog, sociotherapeuten, psychiater en vaktherapeuten	Papieren versie
	Scoren FQL	Sociotherapeuten: FQL-staf Patiënt: FQL-patiëntversie	Elektronisch patiëntendossier (EPD)
Week -1	Verwerking van IFBE scores en observaties	Psycholoog	Excel en EPD
	Vergelijking gegevens FQL-SV (staf- versus patiëntversie)	Psycholoog	EPD
	Bespreken van FQL-SV (IFBE-Z) met de patiënt	Sociotherapeut	EPD
Week 0	Behandellevotiebespreking	Multidisciplinair team	EPD

Ter illustratie geeft Figuur 2 de evolutie van een patiënt doorheen de opname weer op de drie factoren van de IFBE zoals die weergegeven wordt op een behandellevotiebespreking. Deze ROM-uitkomsten worden vertaald in concrete behandeldoelen voor de volgende behandelperiode. Uit deze grafiek blijkt ook dat de vooropgestelde tijd tussen afnames niet altijd gehaald wordt; zeker wanneer patiënten veranderen van afdeling. De dienst 'Onderzoek en Beleid' zoekt nu – in samenspraak met de verschillende afdelingen – naar een oplossing voor deze wijzigende periodes

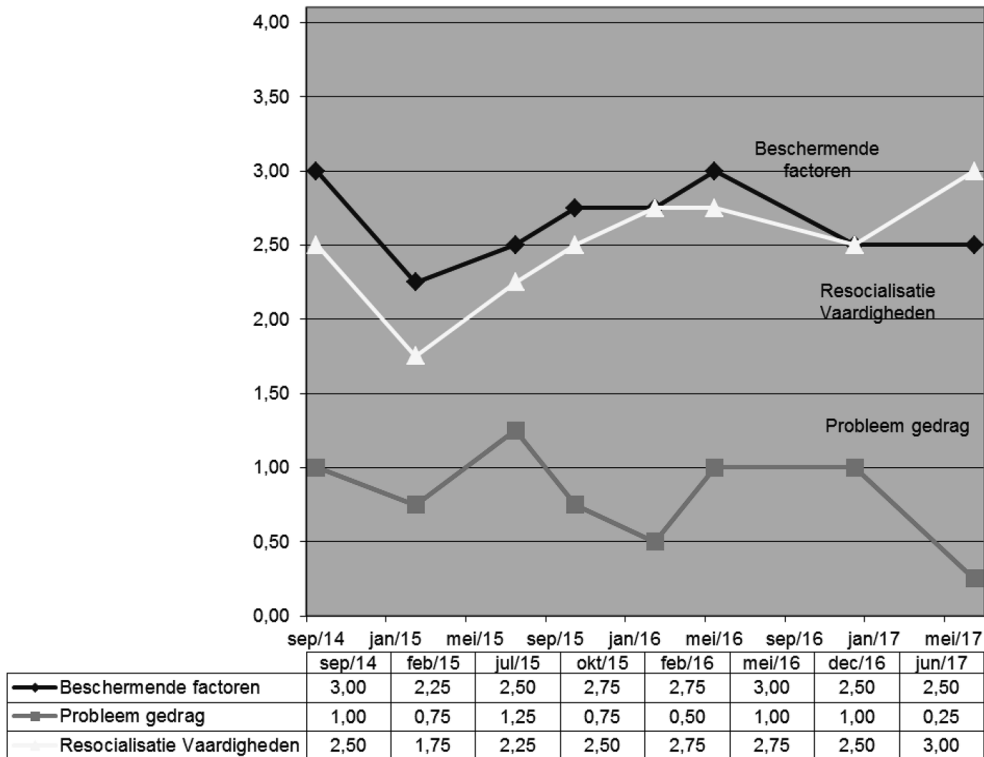
b. Investeren in ondersteunende technologie

De inbedding kan verder gefaciliteerd worden door het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid via investeringen in ondersteunende technologie (Vess, 2001). In PC SJB gaan momenteel veel tijd, middelen en energie naar de integratie van de ROM-instrumenten in de aangeleverde software – momenteel zonder bevredigend resultaat. Er wordt op korte termijn samen met de software-aanbieder naar een oplossing gezocht zodat de technologie effectief ondersteunend kan werken.

c. Investeren in onderzoek

Naast het gebruiken van de gegevens op patiëntniveau (supra) worden de gegevens eveneens verzameld en verwerkt op groepsniveau. Zo kan op langere termijn ingezet worden op het uitvoeren van een effectieve behandellevotie. Dit wordt de taak van de onderzoek-

medewerker die zal focussen op het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling van geïnterneerde mannen en vrouwen. De structuuraspecten en patiëntkenmerken worden mee in kaart gebracht zodat het outcome-onderzoek kwaliteitsvol uitgevoerd kan worden (DRIESCHNER, HESPER, & MARRAZOS, 2010). Dit onderzoek wordt momenteel verder opgezet en uitgevoerd.



FIGUUR 2. EVOLUTIE IFBE-SCORES OP PATIËNTNIVEAU

3. CONCLUSIE

Deze bijdrage beoogde het beschrijven van het implementatieproces van ROM in het FZC van PC SJB te Zelzate. De beschrijving toont aan dat het implementeren van ROM tijd, middelen en energie vraagt, maar toont ook aan hoe ROM na de implementatie onmiddellijk zijn meerwaarde bewijst, zowel op patiëntniveau als groepsniveau (BOSWELL et al., 2015; DE BEURS & BARENDREGT, 2008). Natuurlijk is deze implementatie niet zo rechtlijnig verlopen als hierboven beschreven en blijven er aandachtspunten in het verder bestendigen van het ROM-gebeuren.

Ten eerste kan het blijvende belang van de dienst ‘Onderzoek en Beleid’ niet onderschat worden. Zij moeten er immers voor zorgen dat het FZC blijft ‘ROMmen’ door aandacht te hebben voor huidige problemen en die ook – zo goed als mogelijk – aan te pakken. Dit houdt dan ook in dat de automatiseringsproblemen snel moeten aangepakt worden – ondanks het bijbehorende kostenplaatje – om zo ook de tijdsinvestering van de medewerkers (vooral van de afdelingspsychologen) voor ROM binnen de perken te houden. Deze dienst tracht dit

te doen via zowel formele als eerder informele (aanwezigheid tijdens behandellevotiebesprekingen) evaluatiemomenten. Zij dienen ook te blijven toezien op het vasthouden aan de ROM-afnames elke vier of zes maanden – waar nu vaak in tekort wordt geschoten.

Ten tweede blijft het belangrijk om na te gaan of de keuze van de ROM-instrumenten blijft voldoen aan de vooropgestelde behandelindicatoren in het FZC. ROM is en blijft een dynamisch proces met aandacht voor de ervaringen van de patiënt en de medewerkers (NUGTER & BUWALDA, 2012). Concreet wordt daarom in het FZC van PC SJB geïnvesteerd in het introduceren van de zelfrapportage versie van de IFBE (IFBE-Z) en het periodiek meten van agressie-incidenten (TREMERY et al., 2014) en het ervaren leefklimaat (ROS, VANDER HELM, WIS-SINK, STAMS, & SCHAFTENAAR, 2013).

Tot slot moet het FZC blijvend investeren in analyses op groepsniveau gezien dit ook relevante inzichten oplevert voor de behandelpraktijk en het door terugkoppeling de motivatie van medewerkers voor ROM levendig houdt (NUGTER & BUWALDA, 2012).

We hopen met deze rubriekbijdrage andere (forensisch psychiatrische) voorzieningen warm gemaakt te hebben voor ROM. De praktijkervaring en de besproken richtlijnen kunnen – ons inziens – beschouwd worden als een leidraad voor ROM-implementatie.

REFERENTIES

- ANDREWS, D.A., & BONTA J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th Edition)*. New Providence NJ: LexisNexis.
- BOSWELL, J.F., KRAUS, D.R., MILLER, S.D., LAMBERT, M.J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19.
- BRAND E., & NIJMAN, H. (2007). Risicotaxatie en behandelevaluatie met twee forensische observatielijsten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 221-232.
- CARLIER, I.V.E., MEULDIJK, D., VAN VLIET, I.M., VAN FENEMA, E.M., VAN DER WEE, N., & ZITMAN, F.G. (2012). Empirische evidentie voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 121-128.
- DE BEURS, E., & BARENDREGT, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de TBS-sector: Komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.
- DE BEURS, E., BARENDREGT, M., DE HEER, A., VAN DUJIN, E., GOEROE, B., KLOOS, M., ..., MERKS, A. (2016). Comparing methods to denote treatment outcome in clinical research and benchmarking mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 308-318.
- DRIESCHNER, K., HESPER, B., & MARRAZOS, I. (2010). Effectonderzoek in de TBS-sector: Theoretische overwegingen en praktische uitvoering bij Trajectum Hoeve Boschoord. *De Psycholoog*, 45, 38-48.
- GOETHALS, K.R., & VAN MARLE, H.J.C. (2012). Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: Een lang verhaal in het kort. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 179-183.
- HOENDERS, R.H.J., BOS, E.H., BARTELS-VELTHUIS, A.A., VOLLBEHR, N.K., VAN DER PLOEG, K., DE JONGE, P., & DE JONG, J.T.V.M. (2014). Pitfalls in the assessment, analysis and interpretation of routine outcome monitoring data: Results from an outpatient clinic for integrative mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 647-659.
- JOHNSON J.A., BIEGEL D.E., & SHAFRAN, R. (2000). Concept mapping in mental health: Uses and adaptations. *Evaluation Program Planning*, 23, 67-75.
- KEUNE, L.H., DE VOGEL, V., & VAN MARLE, H.J.C. (2016). Methodological development of the Hoeven Outcome Monitor (HOM): A first step towards a more evidence based medicine in forensic mental health. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 43-51.

- MEULEWAETER, F. (2016). *Quality of Life bij forensisch-psychiatrische patiënten: Een pilootstudie op basis van de Forensic inpatient Quality of Life questionnaire* (onuitgegeven masterproef). Gent: Universiteit Gent.
- MOENS, I., & PAUWELYN, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- MORRENS M. (2015). Routine outcome monitoring in Vlaanderen: Leren we wel de juiste lessen uit het Nederlandse geROMmel? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 392-94.
- NUGTER, M.A., & BUWALDA, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 111-120.
- ROS, N., VAN DER HELM, P., WISSINK, I., STAMS, G., & SCHAFTENAAR, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24, 713-727.
- SCHL, S.H.H., BOUMAN, Y.H.A., VORSTENBOSCH, E.C.W., & BULTEN, B.H. (2016). Development of the forensic inpatient quality of life questionnaire: short version (FQL-SV). *Quality of Life Research*, 26, 1153-1161.
- SCHL, S.H.H., BOUMAN, Y.H.A., VORSTENBOSCH, E.C.W., & BULTEN, E. (2015). *Forensic inpatient Quality of Life questionnaire short version*. Nijmegen: Pompestichting.
- SCHURINGA, E., HEININGA, V.E., SPREEN, M., & BOGAERTS, S. (2016). Concurrent and predictive validity of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation: From risk assessment to routine multidisciplinary treatment evaluation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-19.
- SCHURINGA, E., SPREEN, M., & BOGAERTS, S. (2014). Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency, and factorial structure of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Journal of Forensic Psychological Practice*, 14, 127-144.
- SHIMOKAWA, K., LAMBERT, M.J., & SMART, D. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- SHINKFIELD, G., & OGLOFF, J. (2014). A review and analysis of routine outcome measures for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 252-271.
- STINCKENS, N., SMITS, D., CLAES, L., & SOENEN, S. (2012). Zinvol 'rommen': Zoeken naar een evenwicht tussen gebruiksvriendelijkheid en klinische relevantie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 161-165.
- SUGARMAN, P., & WALKER, L. (2007). *Health of Nation Outcome Scale for Users of Secure/Forensic services (version 2b)*. Northampton: Saint Andrew's Hospital.
- TREMMERY, B., DANCKAERTS, M., BRUCKERS, L., MOLENBERGHS, G., DE HERT, M., WAMPERS, M., DE VARÉ, J., & DE DECKER, A. (2014). Registration of aggressive incidents in an adolescent forensic psychiatric unit and implications for further practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 823-833.
- VAN DER VEEKEN, F., BOGAERTS, S., & LUCIEER, J. (2012). Routine Outcome Monitoring in forensic psychiatry: FPC2landen and FPC de Kijvelanden. In T.I. OEI & M.S. GROENHUIJSEN (Eds). *Progression in forensic psychiatry. About boundaries* (1st Edition) (pp. 355-375). Gent: Wolters-Kluwer.
- VAN NIEWENHUIZEN, C., SCHENE A.H., & KOETIER, M.W.J. (2000). *Manchester verkorte Kwaliteit van Leven meting*. Eindhoven: Forensische Jeugdpsychiatrische Kliniek de Catamaran.
- VESS, J. (2001). Implementation of a computer assisted treatment planning and outcome evaluation system in a forensic psychiatric hospital. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 124-132.
- VORSTENBOSCH, E.C.W., BULTEN, E., BOUMAN, Y.H.A., & BRAUN P.C. (2007). *Forensic inpatient Quality of Life questionnaire*. Nijmegen: Pompestichting.