

### Format projectvoorstel

Een projectvoorstel is een korte aanvraag naar aanleiding van een gepubliceerde call en dient als voorselectie voor de uitgewerkte aanvraag. Een projectvoorstel moet worden ingediend in het volgende format:

<h2>Format Projectvoorstel KFZ versie 2</h2> <p style="text-align: right;">Versie 14-02-13</p>
--

### 1) Gegevens

Callronde:	<p>n.v.t.</p> <p>Het onderstaande onderzoeksvorstel is uitgewerkt op verzoek van KFZ naar aanleiding van het ontwikkelen van de FARE risicofactoren voor het ambulante forensische veld. Het ontwikkelde instrument heet 'Forensisch Ambulante Risico Evaluatie – FARE'</p> <p>Het betreft de tweede versie van het onderzoeksvorstel dat is aangepast naar aanleiding van enkele aanvullende opmerkingen van de programmacommissie KFZ.</p>
Instelling:	de Waag, Kairos, De Tender, Het Dok
Naam project:	Vervolgonderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE
Naam en functie projectleider/ contactpersoon	<p>Dr. Joan E. van Horn, onderzoeker DFZS, portefeuille ambulante forensische zorg.</p> <p>Prof. Dr. Stefan Bogaerts, Hoofd Onderzoek en Behandelinnovatie Fivoor (KijvelandenDok/Palier/Aventurijn/FPC Gent, kernhoogleraar forensische psychologie, Universiteit Tilburg).</p> <p>Betrokken organisaties, tevens projectleden: De Waag, Dr. J.E. van Horn &amp; M.J. Eisenberg MSc Kairos en de Tender, Dr. Y Bouman Het Dok, prof. Dr. S. Bogaerts &amp; F.J.A.C. van den Hanenberg MSc Universiteit van Amsterdam, Dr. C.E. van der Put</p>
Adres, email en telefoonnummer:	<p>Willem Dreeslaan 55, 3515 GB, Utrecht <a href="mailto:ivanhorn@dfzs.nl">ivanhorn@dfzs.nl</a> / <a href="mailto:joanvanhorn@gmail.com">joanvanhorn@gmail.com</a> 06-24090654 Kijvelandsekade 1, 3172 AB Poortugaal, <a href="mailto:s.bogaerts@uvt.nl">s.bogaerts@uvt.nl</a> en <a href="mailto:stefan.bogaerts@kijvelanden.nl">stefan.bogaerts@kijvelanden.nl</a> 06-51886398</p>

## 2) Achtergrond en doel projectvoorstel (maximaal 300 woorden)

Geef (met inachtnaam van de vraagstelling en de op te leveren resultaten uit de call) een korte schets van de achtergrond en de huidige stand van zaken op dit onderwerp. Besteed daarin aandacht aan het doel van het project en de doelgroep waarop de richtlijn- of protocolontwikkeling zich richt.

### **Introductie**

In vervolg op het onderzoek naar aanleiding van de de KFZ calls 2014-38 'Risicotaxatie in de ambulante forensische zorg' en 2015-39(2) 'Ontwikkeling kernset K-factoren', wordt het huidige onderzoek beschreven. De resultaten van genoemde calls staan beschreven in:

Dr. J.E. van Horn, Prof. dr. S. Bogaerts, M.J. Eisenberg MSc, dr. C.E. van der Put, J.M. Dekker MSc, F.J.A.C. van den Hanenberg MSc en dr. Y.H.A. Bouman (2016). *Kernset K-factoren voor het ambulante forensische veld. Een multi-method onderzoek naar risico- en beschermende factoren in relatie tot algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive*. Kwaliteit Forensische Zorg.

Dr. J.E. van Horn, M.J. Eisenberg MSc, dr. Y.H.A. Bouman, F.J.A.C. van den Hanenberg MSc, dr. C.E. der Put en Prof. dr. S. Bogaerts (2016). *Handleiding. Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE. Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*. Kwaliteit Forensische Zorg.

De conceptversie van de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (in het vervolg: FARE) is opgeleverd op 23 augustus 2016. Momenteel is een pilot in uitvoering bij drie forensische poliklinieken waarin de praktische bruikbaarheid van de FARE wordt getest door de gebruikers. De pilot wordt in de derde week van november afgerond en eind november 2016 wordt het verslag aan KFZ aangeleverd. Aan de hand van de resultaten wordt de FARE aangescherpt.

Met de nieuwe versie van de FARE wordt een vervolgonderzoek gestart waarin enkele psychometrische eigenschappen worden onderzocht. Leidraad hierbij zijn de COSMIN-richtlijnen (Mokkink, Terwee, e.a. 2012).

### **Aanvullende opmerkingen Programmatie KFZ**

In de bijeenkomst van de programmacommissie van KFZ in december 2016 werd een aantal aanvullende opmerkingen geplaatst bij het onderzoeksvorstel. In deze tweede versie van het onderzoeksvorstel worden deze punten geadresseerd. Kort samengevat betreffen het de volgende aanvullende opmerkingen, met tussen haakjes de onderdelen waar de opmerkingen worden geadresseerd:

- De reikwijdte van de inzet van het instrument in het veld moet worden verhelderd en worden opgenomen in de rapportages (punt 2 Achtergrond en doel; punt 5. Resultaten).
- Toets toevoegen om te bepalen hoe de scores van studenten zich verhouden tot de scores van behandelaars (punt 3. Aanpak, Statistische analyses)
- Voorkeur voor meerdere studenten die verschillende instrumenten voor een enkele cliënt scoren (punt 3. Aanpak, procedure)
- Opnieuw bekijken van de begroting, met name begroting studenten (punt Planning en kosten)

### **Doel van het project en doelgroep(en)**

Het doel van het vervolgonderzoek naar de FARE is om een aantal psychometrische eigenschappen van de FARE te onderzoeken. Het onderzoek wordt opgedeeld in twee fasen waarbij in:

Fase 1 de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de convergente validiteit worden onderzocht.

Fase 2 de predictieve validiteit van de FARE wordt onderzocht. Specifieke onderzoeksvragen voor beide fasen zijn:

Fase 1

- Wat is de overeenstemming tussen de beoordelaars (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid)?
- Wat is de samenhang van de FARE met andere risicotaxatie-instrumenten (RAF GGZ, IFpBE, LS/CMI) die hetzelfde beogen te meten (convergente validiteit)?
- In welke mate worden in de herhaalmetingen met 4 a 5 maanden tussenperioden, veranderingen bij cliënten in kaart gebracht? Zijn er subgroepen cliënten of cliëntprofielen te onderscheiden?

Fase 2

- Wat is de predictieve validiteit van de factoren in de FARE voor recidive<sup>1</sup>?
- Zijn er subgroepen van cliënten en/of cliëntprofielen te onderscheiden en zijn er verschillen in predictieve validiteit tussen subgroepen en/of cliëntprofielen?
- Is er aanleiding om op basis van de data verzameld met de FARE de actuariële risicoschatting bij te stellen?

### **Reikwijdte van het instrument**

De FARE is ontwikkeld als generiek instrument met als doel om bij de grootste groep cliënten in ambulante forensische zorg (ongeveer 80%), de belangrijkste risicofactoren te identificeren en te monitoren en om het recidiverisico in te schatten.

Om risicofactoren te identificeren voor bepaalde typen delinquenten, waaronder pedoseksuelen en huiselijk geweldplegers, wordt aanvullend het gebruik van een delictspecifiek risicotaxatie-instrument aanbevolen.

Onderzoek naar de meerwaarde en validiteit van de FARE bij cliëntengroepen met complexe problemen, zoals mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die vaak in ForFACT-teams worden behandeld, valt buiten de scope van het onderhavige onderzoek. Aangeraden wordt wel om de FARE te gebruiken als generiek instrument en deze aan te vullen met een instrument gevalideerd voor de EPA doelgroep. ForFACT-teams gebruiken momenteel de START als risicotaxatie-instrument, maar is binnen deze doelgroep nog niet gevalideerd. Aangeraden wordt om de FARE te gebruiken als generiek instrument en aan te vullen met de START.

### **3) Aanpak (maximaal 1000 woorden)**

*3.1) Schets op hoofdlijnen uw plan van aanpak. Beschrijf de gekozen aanpak (methoden en analyses) inclusief theoretische en/of empirische onderbouwing.*

#### **Plan van Aanpak**

Fase 1

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de convergente validiteit te kunnen onderzoeken, is het van belang dat de FARE door twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar wordt gescoord voor een aantal cliënten. Voor de convergente validiteit worden de huidige instrumenten (RAF GGZ,

<sup>1</sup> Onder andere algemeen en gewelddadig recidive tijdens en na behandeling op basis van politie-informatie, self-report en CJIB-gegevens.

IFpBE, LS/CMI) en de FARE bij dezelfde groep cliënten gescoord. Om de belasting voor cliënten en behandelaars zo veel mogelijk te beperken, wordt een interviewprotocol uitgewerkt waarin alle informatie wordt gevraagd die nodig is om alle genoemde instrumenten te kunnen scoren.

Daarnaast wordt het gesprek met de cliënt opgenomen op audio zodat cliënt en behandelaar slechts 1 keer het gesprek hoeven te voeren. Deze opzet is uniek in het forensische wetenschappelijk veld. Er worden meerdere instrumenten met elkaar vergeleken op basis van informatie die voor elke beoordelaar dezelfde is.

Na toestemming van de cliënt wordt het interview door de behandelaar uitgevoerd en opgenomen op een audiobestand. De 200 audiobestanden worden gescoord door masterstudenten die getraind worden in de risicotaxatie-instrumenten. Twee studenten scoren onafhankelijk van elkaar de FARE bij 40 cliënten (10 uit elke poli) om de interbeoordelaars-betrouwbaarheid van de FARE te kunnen berekenen.

Het totale bestand van 200 audiobestanden wordt gebruikt ten behoeve van het berekenen van de convergente validiteit.

Fase 1 (veranderingsgevoeligheid) en Fase 2 (predictieve validiteit)

De 1000 FARE herhaalde metingen uit de 4 instellingen worden samengevoegd in 1 bestand zodat de veranderingen in de dynamische criminogene risicofactoren kunnen worden geanalyseerd voor de totale groep en de subgroepen en eventueel onderscheidende clientprofielen. Daarnaast worden in juli 2019 de HKS-gegevens (politiecontacten) opgevraagd, bewerkt en geanalyseerd.

### **Psychologische Ethische Toetsing (PET)**

Het onderzoeksvorstel (fase 1 en fase 2) zal worden voorgelegd aan de Psychologisch Ethische Toetsingscommissie (PETC) van de Universiteit van Tilburg. De inschatting is dat deze toetsing een maand zal duren.

*3.2) Geef aan op welke manier daarbij invulling wordt gegeven aan de fases uit het Masterprotocol KFZ (Voorbereiding, Literatuurstudie/ consultatie/ aanbevelingen, Programma van eisen, Formuleren en toetsen van het protocol, Interne pilot, Implementatieplan, Externe pilot, Implementatie en onderhoud. Zie voor het Masterprotocol KFZ de website [www.kwaliteitforensischezorg.nl](http://www.kwaliteitforensischezorg.nl))*

### **Vorbereidingsfase**

De voorbereidende fase kent een aantal activiteiten:

#### Projectgroep

De projectgroep is inmiddels samengesteld en bestaat uit dezelfde personen als die van eerdere calls, 2014-38 en 2015-39(2)

- Rolverdeling: Stefan Bogaerts en Joan van Horn zijn beiden contactpersoon met KFZ/EFP
- Vergaderfrequentie en –wijze: in overleg met de onderzoeksgroep

#### Implementatie FARE en start data verzameling

De dataverzameling gaat van start zodra de FARE in de participerende instellingen is geïmplementeerd volgens de gangbare Risicotaxatie en ROM routine van de betreffende instelling. Dat betekent dat de FARE ingebouwd wordt in de ROM-systemen van de instelling. Gekeken moet worden welke instellingen hetzelfde ROM-systeem gebruiken zodat het instrument maar door 1

instelling hoeft te worden ingebouwd. Ingeschat wordt dat voor de implementatie van de FARE in de instellingen ongeveer 2 maanden nodig zijn. Werkzaamheden in de implementatiefase omvatten onder andere het maken van een interview protocol, studenten werven en trainen, uitgebreid onderzoeksvoorstel t.b.v. ethische toetsing, het informeren en indien relevant instrueren van directie, management, behandelaars, secretariaten.

Gestreefd wordt om de FARE per 01.03.2017 geïmplementeerd te hebben in de deelnemende instellingen tbv het verzamelen van de data voor fase 1 en 2. Indien om organisatorische redenen de streefdatum niet wordt gehaald, zal in ieder geval z.s.m. met de dataverzameling worden begonnen.

De FARE zal worden afgenomen bij alle nieuwe cliënten (zowel in een strafrechtelijk als vrijwillig kader) vanaf de datum van implementatie.

#### *Voorwaarde vervolgonderzoek*

De projectgroep gaat over tot het implementeren en uitvoeren van het vervolgonderzoek als aan een belangrijke voorwaarde is voldaan. Die voorwaarde is dat de FARE wordt uitgezet in 2017 bij alle nieuwe cliënten ongeacht het behandelkader.

In aanloop naar deze voorwaarde werd reeds in het rapport 'Kernset K-factoren voor het ambulante forensische veld' het volgende geadresseerd:

Voor de acceptatie van de kernset (thans FARE genoemd) door het veld is het van belang om de volgende punten in overweging te nemen:

- De kernset zou enkel bedoeld zijn voor cliënten die in een strafrechtelijk kader worden behandeld. Uitgaande van het feit dat de percentuele verhouding tussen het aantal cliënten in verplicht en vrijwillig kader ongeveer gelijk is en dat binnen één behandeling het kader (en financier) kan veranderen, is de projectgroep van mening dat het gebruik van de kernset voor enkel cliënten in een strafrechtelijk kader de implementatie onnodig complex maakt. Bovendien is er geen enkele inhoudelijke reden om onderscheid te maken op basis van het behandelkader.

De projectgroep is van mening dat het onderscheid tussen cliënten die in een vrijwillig (DBC) en in een strafrechtelijk kader (DBBC) worden behandeld, slechts een financiële procedure is. Bovendien kunnen cliënten van een strafrechtelijk naar een vrijwillig kader overgaan. Het gebruik van hetzelfde instrument garandeert de continuïteit van de zorg. Zoals hierboven ook aangegeven kan binnen een zorgtraject de financieringsstructuur diverse keren wijzigen.

Voor het monitoren van de behandelvoortgang zou het zeer onwenselijk zijn om te moeten switchen van instrument als het kader wijzigt. Het vervolgonderzoek zoals in dit document wordt voorgesteld is niet haalbaar als op financieringscircuit moet worden geromd. Daarom is met diverse personen gesproken. Hieronder volgt een korte verslaglegging van deze gesprekken.

Door Marline Delfgaauw, Sr. Beleidsadviseur, Divisie Forensische zorg/JJI is toegezegd (mailwisseling 10.10.2016) dat de deelnemende instellingen gevrijwaard worden voor aanlevering van data van de huidige instrumenten bij nieuwe cliënten om te voorkomen dat er in de participerende instellingen extra druk op de behandelaars komt te liggen om te moeten ROMmen met twee instrumenten, het huidige instrument en de FARE. De data van de huidige instrumenten worden aangeleverd tbv de prestatie indicator forensische psychiatrie 3.1 en zullen worden vervangen door de FARE data. Hiermee voldoen de participerende instellingen aan de ROM-verplichting, maar dan met een nieuw instrument dat per 1.1.2018 landelijk wordt uitgerold. Afgesproken is met Marline Delfgaauw dat de projectgroep in 2017 een trainingstool oplevert om nieuwe instellingen adequaat uit te rusten met de benodigde kennis en vaardigheden om de FARE goed te kunnen gebruiken.

Voorwaarde voor bovengeschetste implementatie van de FARE en de daarbij behorende dataverzameling is dat de zorgverzekeraars (voor de cliënten in vrijwillig kader) en Stichting Benchmark GGZ (SBG) ingericht wordt om data van de FARE te ontvangen, waarmee tevens akkoord is van de zorgverzekeraars dat genoemde instellingen in 2017 bij nieuwe cliënten ROMmen met de FARE in plaats van met het oude instrument.

Inmiddels is met Marko Barendregt gesproken (d.d. 23-11-2016) die toegezegd heeft de FARE op te nemen in de Minimale DataSet (MDS) voor 01-01-2017. Opname in de MDS betekent dat zorgverzekeraars akkoord gaan met het nieuwe instrument.

Resumerend worden de FARE data aangeleverd ten behoeve van de benchmark in plaats van de huidige instrumenten voor nieuwe cliënten vanaf de implementatie van de FARE die in een strafrechtelijk kader of vrijwillig kader geaccepteerd worden voor behandeling. Voor de Waag is dat de RAF GGZ, voor het Dok is dat de IFpBE en voor De Tender en Kairos betreft dit de LS/CMI.

De FARE is ontwikkeld als generiek instrument.

### **Uitvoeringsfase**

#### **Onderzoeksdesign**

Het betreft een prospectief onderzoeksdesign met een voormeting en twee tussenmetingen, elk na 4 of 5 maanden (afhankelijk van de ROM-routine in de deelnemende poliklinieken).

#### **Onderzoeksgroep**

Fase 1 (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en convergente validiteit)

De onderzoeksgroep bestaat uit 200 nieuw geaccepteerde cliënten in de dataverzamelingsperiode. Het streven is om een representatieve onderzoeksgroep te hebben wat betreft indexdelict, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

De benodigde sample size om veranderingen te kunnen meten op basis van minimaal drie metingen is 150 bij een power van .80, alpha van 0,05 bij 2-zijdige toetsing. Er zal rekening moeten worden gehouden met minimaal 30% no-shows en drop-outs. Het aantal geïnccludeerde cliënten zal daarom rond de 200 zijn.

Fase 1 (veranderingsgevoeligheid) en Fase 2 (predictieve validiteit)

De onderzoeksgroep bestaat uit alle nieuw ingestroomde cliënten uit 4 instellingen gedurende 18 maanden waarvan minimaal 3 metingen (begin en 2 herhaalmetingen) beschikbaar zijn.

#### **Risicotaxatie-instrumenten**

Fase 1 (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en convergente validiteit)

Om de belasting voor cliënten en behandelaars te minimaliseren wordt een interview protocol geschreven om informatie te verzamelen aan de hand waarvan de instrumenten (FARE, RAF GGZ volwassenen, IFpBE, LS/CMI) gescoord kunnen worden.

Fase 1 (veranderingsgevoeligheid) en Fase 2 (predictieve validiteit)

FARE data van alle nieuwe cliënten in 18 maanden uit 4 instellingen. Geschat aantal van 1000 cliënten, rekening houdend met een uitval gedurende de dataverzameling. Van deze cliënten worden in juli 2019 de politiegegevens opgevraagd uit de Herkenningsdienstsysteem – HKS. De follow-up periode is daarmee voor alle geïnccludeerde cliënten minimaal 12 maanden (laatste instroom is juli 2018).

Voor beide fasen worden enkele cliëntgegevens verzameld uit het EPD, waaronder geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, indexdelict, type slachtoffer en diagnose.

## **Procedure**

### Startmeting

Bij de startmeting wordt het interviewschema gebruikt. Dit schema is zo opgesteld dat het informatie bevat om alle instrumenten (FARE, RAF GGZ volwassenen, IFpBE, LS/CM) te kunnen scoren. De behandelaar neemt het interview af en zorgt voor een digitale opname ervan. Het interview vindt plaats gedurende één behandelsessie. De behandelaar scoort na het interview de FARE die in het ROM-systeem van de instelling beschikbaar is. In totaal worden 200 cliënten geïnterviewd (50 per deelnemende poli).

Van de 200 opnames worden 40 gebruikt om alle instrumenten te scoren tbv de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit gebeurt door 2 koppels van studenten. Elk koppel scoort dus 20 opnames.

Bij de overige 160 cliënten wordt enkel de FARE gescoord door de studenten. Elke student scoort de FARE voor 40 cliënten. Van deze 160 cliënten wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gemeten tussen de student en de behandelaar.

### Herhaalmetingen

De herhaalmetingen (met een tussenliggende periode van 4 a 5 mnd) worden verricht enkel voor de FARE die wordt gescoord door de behandelaar in het ROM-systeem.

## **Statistische analyses**

De overeenstemming tussen beoordelaarskoppels (student vs student; student vs behandelaar) wordt berekend aan de hand van Intra Class Correlation coefficients (ICC's).

De convergente validiteit wordt berekend – afhankelijk van meetniveau en score verdeling - met Spearman Rho's of Pearson correlatie coëfficiënten tussen items van de FARE en die van andere risicotaxatie instrumenten.

Veranderingen in de dynamische criminogene risicofactoren worden geanalyseerd met repeated measures waarbij diverse groepen met elkaar kunnen worden vergeleken. Aan de hand van de Reliable Change Index (RCI) kan worden berekend in welke mate de veranderingen klinisch relevant is.

De predictieve validiteit (totale populatie, subgroepen en/of profielen) wordt onderzocht op basis van verschillende prestatieaspecten, waaronder kalibratie (vastgesteld met bijvoorbeeld Brier-scores en de Hosmer and Lemeshow toets) en discriminatie (vastgesteld met bijvoorbeeld biseriële correlaties, sensitiviteit en specificiteit bij verschillende cutoff scores van het instrument en AUC-waardes). Tenslotte zal een CHAID-analyse worden gedaan om te onderzoeken welke combinaties van risicofactoren het recidiverisico niveau het beste voorspellen.

## **4) Projectorganisatie en samenwerking (maximaal 300 woorden)**

### *4.1) Geef op hoofdlijnen aan hoe de projectorganisatie er uit ziet:*

Deelnemende forensische poliklinieken zijn de Waag, Het Dok, De Tender en Kairos. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de leden van de projectgroep die eerder het onderzoek naar aan FARE gerelateerd KFZ-onderzoeken (2014-39, 2015-38, 2015-39(2)) hebben uitgevoerd. Met deze instellingen is er voldoende spreiding over de Nederlandse forensische poliklinieken. Daarnaast is de Universiteit van Amsterdam (UvA) en Tilburg University betrokken bij de opzet van het onderzoek.

4.2) Geef, gelet op het onderwerp van de call, aan met welke andere instellingen/ universiteiten/ kennisinstellingen u samenwerkt om tot een nog beter resultaat te komen. Geef aan waar die samenwerking uit bestaat.

Zie ook 4.1

## 5) Resultaten (maximaal 500 woorden)

Geef aan tot welk (SMART) resultaten uw aanpak leidt. Neem hier in ieder geval de doelstellingen uit de call zelf op.

Op te leveren producten:

### Fase 1

- Trainingsmodule voor nieuwe gebruikers van de FARE. Hetzij in de vorm van een train-de-trainer cursus, hetzij in een vorm van een E-Learning module.
- Rapport waarin de bevindingen staan beschreven van de onderzoeksvragen uit fase 1. Specifiek gaat het om de verslaglegging met betrekking tot de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de convergente validiteit. In het rapport wordt de reikwijdte van de FARE voor zover mogelijk beschreven.

### Fase 2

- Rapport waarin de bevindingen staan beschreven van de onderzoeksvragen uit fase 2. Specifiek gaat het om de verslaglegging met betrekking tot de predictieve validiteit van de FARE.

## 6) Planning en kosten (maximaal 300 woorden)

6.1) Geef op hoofdlijnen aan wat de planning is

### Fase 1

Doorlooptijd 18 maanden. Beoogde startdatum: 1 januari 2017. Oplevering deelproduct fase 1: Q3 2018

### Fase 2

Doorlooptijd 12 maanden vanaf afronding Fase 1. Oplevering deelproduct fase 2: Q4 2019

6.2) Geef op hoofdlijnen aan hoe de begroting er uit ziet.

### Fase 1

Vorbereiding onderzoek (protocol maken: 40 uur): €4000,-

Vorbereiding onderzoek: inbouwen FARE in twee ROM-systemen: €2000,-

Studenten trainen (4 instrumenten): 3 dagdelen a 500: €1500,-

Bijeenkomsten projectgroep (3x): €3000,-

Scoren van de videotapes (200 tapes, per tape 4 uur uitwerken, 25 euro pu): €20.000,-

Data-invoer, voorbereiding en analyses: €4000,-

Beschrijven resultaten: €4000,-



Opname apparatuur: elke instelling 2 opname apparaten a 30 euro: 4 instellingen \* 60 euro=€240,-  
 Vergoeding cliënten (150 a 25 euro cadeaubon): €3750,-  
 Vergoeding instellingen: 4 \* 5000 euro=€20.000,-  
**Totaal fase 1: €62.490,-**

**Fase 2**

Opvragen HKS-gegevens: €2500,-  
 Verwerken en voorbereiden data: €5000,-  
 Analyseren gegevens en rapportage: €5000,-  
**Totaal fase 2: €12.500,-**

**7) Uitsluitingsgronden**

<p>7.1) De indiener zal, indien hem de opdracht gegund wordt, protocollen/richtlijnen opstellen en indienen ('de Protocollen'). Het intellectuele eigendom blijft bij de indiener. De indiener stemt er mee in dat de Protocollen na indiening onvoorwaardelijk en zonder kosten worden gebruikt door alle instellingen binnen het forensisch zorgveld. De indiener zal op generlei wijze bezwaar maken tegen het voornoemd gebruik en/of de aanpassing van de door de indiener ingediende Protocollen. De vergoeding voor voornoemd gebruik, de vermenigvuldiging en/of verspreiding van de Protocollen is inbegrepen in de vergoeding die de indiener ontvangt van het Programma KFZ.</p>	<p>Akkoord ja</p>
<p>7.2) De indiener maakt gebruik van de standaard sjablonen van het Programma Kwaliteit Forensische Zorg voor plannen van aanpak, voortgangsrapportages, eindrapporten, etc.</p>	<p>Akkoord ja</p>
<p>7.3) De indiener maakt gedurende het project gebruik van het Masterprotocol Kwaliteit Forensische Zorg.</p>	<p>Akkoord: ja</p>
<p>7.4) De projectresultaten voor Fase 1 worden in Q3 2018 opgeleverd. De projectresultaten voor Fase 2 worden in Q4 2019 opgeleverd.</p>	<p>Akkoord: ja</p>
<p>7.5) De indiener gaat ermee akkoord dat op de callprocedure geen bezwaar en beroepsprocedure van toepassing is.</p>	<p>Akkoord: ja</p>
<p>7.6) De indiener gaat er mee akkoord dat bij afsluiting van het project naast de in de call beschreven producten en publicaties een eindrapport dient te worden opgemaakt inclusief een definitieve kostenverantwoording.</p>	<p>Akkoord: ja</p>
<p>7.7) De directie van de instelling ondersteunt het indienen van het projectvoorstel en (eventueel) de meer uitgewerkte aanvraag en gaat akkoord met de inhoud van de plannen en de inzet van de in de stukken genoemde medewerkers.</p>	<p>Akkoord: ja</p>