

# Wanneer is iemand klaar om naar een lager beveiligingsniveau te gaan?

Een onderzoek naar de toepasbaarheid van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 in de forensische psychiatrie

Petra Habets, Inge Jeandarme

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(1), 52-70]

## SAMENVATTING

In België is er nog geen systematische en gestructureerde manier beschikbaar om in te schatten wanneer een persoon met een forensisch statuut klaar is om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau of naar de reguliere zorg. De DUNDRUM-toolkit is een gestructureerd klinisch beoordelingsinstrument dat hiervoor gebruikt kan worden. Subschalen van de DUNDRUM-toolkit brengen de voortgang van de behandeling (DUNDRUM-3) en de mate van herstel (DUNDRUM-4) in kaart op basis van de scores van het behandelteam evenals op basis van de scores van de patiënt zelf (zelfinvulversie). Wij onderzochten de toepasbaarheid van deze twee subschalen en de ervaringen van de gebruikers in de Vlaamse forensische context (*high* en *medium security*). Vergeleken met de scores in de *high security*, waren de verschillen tussen de scores van de psychologen en de patiënten in de *medium security* kleiner. In deze populatie had zowel het DUNDRUM-3- en het DUNDRUM-4-eindoordeel van de psycholoog als de score van de patiënt een voorspellende waarde voor de transfer naar een lager beveiligingsniveau. Voor de patiënten in *high security* hadden de scores geen voorspellende waarde. Het instrument werd goed ontvangen; er werden voornamelijk opmerkingen gemaakt over woordgebruik en zinsbouw. Hoewel verder onderzoek met een grote steekproef en een langere follow-up nodig is, kunnen we stellen dat de Nederlandstalige versie van DUNDRUM-3 en -4 klaar is voor gebruik in de Vlaamse forensische context.

**Trefwoorden:** beveiligingsniveau, DUNDRUM-3, DUNDRUM-4, forensische psychiatrie

## Inleiding

Mensen die een misdrijf hebben gepleegd en door de rechtbank ontoerekeningsvatbaar worden verklaard, worden geïnterneerd. Internering is een veiligheidsmaatregel met een dubbel doel: de geïnterneerde behandelen en de maatschappij beschermen (Jeandarme, 2016). Een speciale rechtbank, de Kamer ter Bescherming van de Maatschappij (KBM), beslist in welk beveiligingsniveau de patiënt zijn behandeling moet ondergaan (Habets, Jeandarme, & Kennedy, 2020). Duidelijke criteria voor de inschatting van het beveiligings-

niveau zijn vooralsnog niet beschikbaar. Ook is het onduidelijk wanneer iemand voldoende vooruitgang heeft geboekt, zodat transfer naar een lager beveiligingsniveau verantwoord is. Een foutieve inschatting hiervan kan zowel voor de patiënt, voor de samenleving als voor de diensten zelf nadelig zijn (Seynnaeve, Goyens, & Dheedene, 2018) door een te lange behandelduur, een hogere kans op recidive en een hogere kostprijs (Andrews & Bonta, 2010). De KBM beslist over de overplaatsing van geïnterneerden op basis van een multidisciplinair psychosociaal-psychiatrisch verslag opgesteld door de instelling waar de patiënt verblijft. Vanuit de verwijzende instelling wordt een vraag tot opname gesteld aan de potentiële vervolginstellingen. Die zijn het niet altijd eens met de doorverwijzing (Jeandarme, 2016). De reden voor weigering is meestal het ontbreken van een ‘passend profiel’ (63,4%; Centre de Recherche en Défense Sociale / Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg, 2020). Het kan dan gaan om een te grote zorgbehoefte, een te hoog risicoprofiel, een gebrek aan motivatie of aan een duidelijke hulpvraag.

Het beveiligingsniveau mag niet verward worden met het risiconiveau van een patiënt. Bij dat laatste gaat het om het recidiverisico – het plegen van nieuwe delicten – dat idealiter wordt ingeschat aan de hand van een risicotaxatie-instrument. Bijvoorbeeld, bij iemand met de diagnose exhibitionismestoornis die openbare zedenfeiten pleegde, is er een groot risico op recidive, zoals blijkt uit de risicotaxatie, maar is een laag beveiligingsniveau nodig. Bij dat laatste gaat het om de mate van beveiliging die nodig is zodat de behandeling op een veilige manier kan verlopen. Het correct inschatten van het risiconiveau en het beveiligingsniveau is cruciaal om goede forensische zorg te kunnen aanbieden.

Het bepalen van het beveiligingsniveau is moeilijk en vergt een afweging tussen het beschermen van de samenleving tegen verdere schade en de ethische verantwoordelijkheid om een patiënt in het laagste beveiligingsniveau te plaatsen dat compatibel is met zijn behoeften (Davoren et al., 2013).

Hoewel er in de Belgische forensische instellingen al gebruik gemaakt wordt van structurerende mechanismen (zoals intakeprocedures, doorstroomcommissie, interne adviescommissie), is er nog geen uniform instrument dat gebruikt kan worden om het advies over het beveiligingsniveau en de doorstroming tussen de verschillende niveaus te structureren. Zo'n instrument kan zorgen voor meer transparantie en duidelijkheid voor alle betrokken partijen.

De DUNDRUM-toolkit, een gestructureerd klinisch beoordelingsinstrument, kan hier een meerwaarde bieden. De eerste subschaal (DUNDRUM-1) is ontwikkeld om de beveiligingsbehoefte in kaart te brengen bij de start van de behandeling. De tweede subschaal (DUNDRUM-2) kan gebruikt worden om de urgentie voor opname te bepalen. De twee laatste

subschalen (DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4) ondersteunen het beslissingsproces rond de geschiktheid door te stromen naar een ander beveiligingsniveau. DUNDRUM-3 peilt de voltooiing van het therapeutisch programma; DUNDRUM-4 richt zich op de mate van herstel. DUNDRUM-3 en -4 zijn gebaseerd op theorieën over motivatie, veranderingscyclus, inzet en risicomangement (Kennedy, O'Neill, Flynn, Gill, & Davoren, 2016). De items over programmavoltooiing in DUNDRUM-3 weerspiegelen de indeling van de verschillende behandelprogramma's: 1. lichamelijke gezondheid, 2. geestelijke gezondheid, 3. drugs en alcohol, 4. probleemgedrag, 5. zelfzorg en dagelijkse activiteiten, 6. opleiding, beroep en creativiteit, en 7. familie- en intieme relaties. DUNDRUM-4 (de herstelschaal) richt zich op zeven kenmerken die de voortgang naar herstel aangeven: stabiliteit, inzicht, therapeutische relatie, verlof, aanpakken van dynamische risicofactoren, slachtofferkwesaties en hoop. De DUNDRUM-3-items moeten altijd samen met de DUNDRUM-4 beoordeeld worden. De items moeten gezien worden als 'dynamisch' (veranderlijk) en zouden op vaste intervallen opnieuw beoordeeld moeten worden (bijvoorbeeld iedere drie of zes maanden) of bij een verandering van de situatie (bijvoorbeeld transfer naar een andere afdeling). Van DUNDRUM-3 en -4 is er ook een zelfinvulversie beschikbaar. In het kader van herstelgericht behandelen is het perspectief van de patiënt belangrijk. De zelfbeoordeling kan de betrokkenheid bij het opstellen van herstelgerichte individuele zorg- en behandelingsplannen bevorderen. Onderzoek toont aan dat naarmate het beveiligingsniveau daalt, de concordantie tussen de scores van de behandelaars en de patiënten hoger is (Davoren et al., 2015). De kloof tussen die scores is dus op zichzelf een nuttige indicator voor voortgaand herstel.

DUNDRUM-3 en -4 worden al in meerdere landen (Ierland, Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland en Australië) toegepast en onderzoek bevestigt hun validiteit. Maar in België zijn ze nog niet gevalideerd. Daarom werd in deze studie, zowel kwantitatief als kwalitatief, de toepassing van de DUNDRUM-toolkit in Vlaanderen onderzocht. Door na te gaan in hoeverre DUNDRUM-3 en -4 voorspellend zijn voor toekomstige transfers naar een lager beveiligingsniveau, werd de validiteit onderzocht. Hiervoor werden de DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-scores van patiënten van de medium security (MS)-afdelingen van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem (OPZC) en van high security (HS)-patiënten van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) te Gent onderzocht.

Voor het kwantitatieve deel formuleerden we de volgende hypothesen:

- De zelfbeoordelingsscores correleren met de scores van de psycholoog.
- Er wordt een hogere concordantie in eindoordeelscores gevonden tussen patiënten en psycholoog bij MS-patiënten dan bij HS-patiënten.
- De DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-eindoordeelscores van de psychologen hebben een voorspellende waarde voor transfers naar lagere beveiligingsniveaus, terwijl de

DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-eindoordeelscores van de patiënten geen voorspellende waarde hebben.

Het kwalitatieve deel – hoe het instrument ontvangen werd door de hulpverleners en de patiënten – werd onderzocht via focusgroepen.

## Methoden

### Procedure

De patiënten werden voor deelname ingelicht over de inhoud van het onderzoek en tekenden een toestemmingsformulier (informed consent). De dataverzameling verliep ‘gepseudonimiseerd’: de deelnemers kregen een code waardoor de vragenlijsten van de psychologen door de onderzoekers gekoppeld konden worden aan de vragenlijsten van de patiënten. Deelname was vrijwillig en de deelnemers kregen geen vergoeding. Het Ethisch Comité Universitair Ziekenhuis Antwerpen / Universiteit Antwerpen gaf op 10 januari 2018 een positief advies voor dit onderzoek.

Voor de start van de dataverzameling kregen de deelnemende afdelingspsychologen gedurende een dagdeel een training in het gebruik van de DUNDRUM-toolkit.

De participerende patiënten kregen uitleg over de zelfinvulversie en vulden vervolgens de vragenlijst in. Daarna werd hun om feedback gevraagd over de verwoording en de moeilijkheidsgraad van de items. De afdelingspsychologen kregen een overzicht van de deelnemende patiënten, zodat zij de DUNDRUM konden scoren. Na de dataverzameling konden de psychologen in een gezamenlijke feedbacksessie hun mening geven over het gebruik en de toepassing van de DUNDRUM. Psychiatrische diagnoses werden gesteld door de behandelend psychiater volgens de vierde of vijfde editie van de DSM (American Psychiatric Association [APA], 1994, 2013) waarbij soms meerdere diagnoses per persoon gesteld werden.

### Beveiligingsniveau

Forensische patiënten verblijven binnen beveiligde settings en stromen gedurende hun behandeling trapsgewijs door naar lagere niveaus van beveiliging. Voor de indeling van niveaus verwijzen we naar Habets et al. (2020).

## Participanten

Het OPZC Rekem beschikt over MS-afdelingen met een behandelaanbod voor geïnterneerde mannen. Uit de caseload van vier psychologen van die afdelingen werden at random patiënten geselecteerd. Aan die patiënten werd de zelfinvaluersie voorgelegd. Aan de psychologen werd gevraagd om voor minstens tien patiënten de DUNDRUM te scoren. Twee psychologen hebben ieder twee patiënten extra gescoord, wat het totaal op 44 scores brengt. 66 patiënten werden benaderd voor deelname, 25 weigerden en 2 patiënten haakten af. Van de 44 scores van de psychologen kunnen er dus 39 aan de zelfinvaluersie van een patiënt gelinkt worden. Twee vragenlijsten konden niet betrouwbaar gescoord worden<sup>1</sup> waardoor er 37 zelfinvaluersies resteerden.

Het FPC Gent heeft een behandelaanbod op HS-niveau voor geïnterneerde mannen. Op dertien afdelingen werd aan de patiënten gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Er werden 145 patiënten benaderd, waarvan er 105 weigerden. Voor de 40 scores van de psychologen was er van 34 patiënten een zelfinvaluersie beschikbaar (zes vragenlijsten konden niet betrouwbaar gescoord worden).

## Meetinstrumenten

De DUNDRUM-toolkit werd ontwikkeld door psychiaters (Kennedy et al., 2016), maar wordt bij voorkeur multidisciplinair gebruikt. De toolkit bestaat uit een set van vier schalen die de methode van het gestructureerd klinisch oordeel volgen. Bij deze methode is er sprake van een empirische grondslag en vormt een vaste lijst factoren met scoringsinstructies het uitgangspunt. Maar het klinisch eindoordeel volgt niet uit een rekenkundige bewerking, maar uit een klinische afweging die uitmondt in een globale categorisatie. Om tot een eindoordeel te komen wordt er bij het klinisch gebruik van de DUNDRUM-toolkit gekeken naar het patroon van de scores en naar scores op afzonderlijke items. Voor onderzoeksdoeleinden wordt er een gemiddelde berekend aan de hand van de ingevulde items en krijgt dus ieder item hetzelfde gewicht.

In een onderzoek van O'Dwyer et al. (2011) bleek de interne consistentie van de DUNDRUM-3 en de DUNDRUM-4 (respectievelijk 0,91 en 0,89) uitstekend en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed te zijn. Davoren et al. (2013) toonden aan dat DUNDRUM-3 (AUC = 0,902;  $p < 0,001$ ) evenals de DUNDRUM-4 (AUC = 0,848;  $p < 0,001$ ) het beste voorspelden welke patiënten voorwaardelijk werden vrijgelaten. Analyses toonden ook aan dat de Global Assessment of Functioning (GAF; APA, 1994) en de DUNDRUM-3 het sterkst geassocieerd waren met voorwaardelijk ontslag. Ook werd aangetoond dat de

DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-scores significant lager (lees: beter) waren voor diegenen met voorwaardelijk ontslag, zelfs na correctie voor hun recidiverisico op basis van de Historical Clinical Risk Management-20-totaalscore (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997).

De zelfinvulversies van beide schalen werden gevalideerd in een prospectief onderzoek (Davoren et al., 2015). De zelfbeoordelingsscores correleerden goed met de scores van de behandelaars (respectievelijk  $r = 0,57$  en  $r = 0,71$ ). Maar het oordeel over het moment van ontslag verschilde: vergeleken met de behandelaars plaatsten patiënten zichzelf verder in het herstelproces. Het verschil tussen de beoordelingen van behandelaars en patiënten werd kleiner naarmate patiënten in een lager beveiligingsniveau verbleven.

In onze studie werd de Nederlandse vertaling van de DUNDRUM-toolkit gebruikt (Jeandarme, Habets, & Pouls, 2020).

## Statistische analyses

We gebruikten SPSS-versie 22 voor de statistische analyses. De gegevens werden anoniem verwerkt. De non-parametrische Spearman's rho werd gebruikt om correlaties tussen instrumenten te berekenen en de indeling van Cohen (1988) om de grootte van de correlatie te kwantificeren:  $< 0,30$  = zwak;  $0,30-0,50$  = gemiddeld;  $0,50-0,70$  = sterk en  $> 0,70$  = zeer sterk. De non-parametrische Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test werd gebruikt om verschillen tussen de scores van de psychologen en patiënten te toetsen. Om de concordantie tussen de psychologen en de patiënten weer te geven werden verschilcores berekend door het eindoordeel van de psycholoog af te trekken van het eindoordeel van de patiënt. Bij een positief getal schat de psycholoog het benodigde beveiligingsniveau hoger in dan de patiënt; bij een negatief getal schat de psycholoog het benodigde niveau lager in dan de patiënt.

Om de predictieve validiteit van het eindoordeel van de DUNDRUM voor een gewijzigd beveiligingsniveau zes maanden later na te gaan werd de Receiver Operating Characteristic (ROC)-analyse gebruikt. Bij de ROC-analyse geeft de Area Under the Curve (AUC)-waarde de accuraatheid van de test weer. Die waarde situeert zich tussen 0 en 1, waarbij hogere waarden een voorspellend vermogen indiceren. De criteria van Rice en Harris (2005) werden gebruikt bij het evalueren van de AUC-waarden:  $AUC \geq 0,56$  = klein effect,  $AUC \geq 0,64$  = gemiddeld effect,  $AUC \geq 0,71$  = groot effect.

**Tabel I.** Demografische, klinische en juridische kenmerken.

|                                |                 | N     | M    | SD   | Min. | Max. | F/ chi <sup>2</sup> /<br>Fisher exact | p    |
|--------------------------------|-----------------|-------|------|------|------|------|---------------------------------------|------|
| Leeftijd bij afname            | Medium security | 44    | 42,0 | 10,7 | 19   | 68   | 0,99                                  | 0,32 |
|                                | High security   | 40    | 44,7 | 13,8 | 21   | 72   |                                       |      |
|                                | Totaal          | 84    | 43,3 | 12,3 | 19   | 72   |                                       |      |
| Leeftijd eerste feit           | Medium security | 41    | 23,4 | 9,3  | 8    | 50   | 0,01                                  | 0,91 |
|                                | High security   | 40    | 23,2 | 8,9  | 13   | 54   |                                       |      |
|                                | Totaal          | 81    | 23,3 | 9,0  | 8    | 54   |                                       |      |
| Aantal voorgaande feiten       | Medium security | 38    | 3,9  | 5,7  | 0    | 30   | 0,08                                  | 0,78 |
|                                | High security   | 33    | 4,2  | 3,6  | 0    | 11   |                                       |      |
|                                | Totaal          | 71    | 4,0  | 4,8  | 0    | 30   |                                       |      |
| Onbetrouwbare zelfinvalversie  | Medium security | 7/44  |      |      |      |      | 0,01                                  | 0,91 |
|                                | High security   | 6/40  |      |      |      |      |                                       |      |
| Ooit in contact met jeugdrecht | Medium security | 17/44 |      |      |      |      | 0,02                                  | 0,88 |
|                                | High security   | 16/38 |      |      |      |      |                                       |      |
| NAH                            | Medium security | 1/44  |      |      |      |      |                                       | 0,33 |
|                                | High security   | 3/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Cluster A                      | Medium security | 1/44  |      |      |      |      |                                       | 0,59 |
|                                | High security   | 2/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Cluster B                      | Medium security | 23/44 |      |      |      |      | 1,00                                  | 0,32 |
|                                | High security   | 24/38 |      |      |      |      |                                       |      |
| Cluster C                      | Medium security | 5/44  |      |      |      |      |                                       | 0,06 |
|                                | High security   | 0/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Verstandelijke beperking       | Medium security | 13/44 |      |      |      |      | 2,03                                  | 0,15 |
|                                | High security   | 17/38 |      |      |      |      |                                       |      |
| Pedofiele stoornis             | Medium security | 2/44  |      |      |      |      |                                       | 0,04 |
|                                | High security   | 8/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Angststoornis                  | Medium security | 3/44  |      |      |      |      |                                       | 0,25 |
|                                | High security   | 0/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Middelen                       | Medium security | 32/44 |      |      |      |      | 5,51                                  | 0,02 |
|                                | High security   | 18/38 |      |      |      |      |                                       |      |
| Stemming                       | Medium security | 8/44  |      |      |      |      |                                       | 0,01 |
|                                | High security   | 0/38  |      |      |      |      |                                       |      |
| Psychotische stoornis          | Medium security | 24/44 |      |      |      |      | 3,41                                  | 0,07 |
|                                | High security   | 13/38 |      |      |      |      |                                       |      |

Legenda: N = steekproefgrootte; M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; Min. = minimum; Max. = maximum; F = F-statistiek; p = p-waarde.

## Resultaten

### Demografische, klinische en juridische kenmerken (tabel I)

De patiënten van de twee voorzieningen verschilden op de volgende gebieden: de MS-patiënten hadden minder vaak een diagnose pedofiele stoornis dan de HS-patiënten (5% versus 21%), vaker een verslavingsproblematiek (73% versus 47%) en vaker een stemmingsstoornis (18% versus 0%).

### DUNDRUM-3- en -4-scores

De gemiddelde DUNDRUM-3- en -4-eindoordeelscores van de patiënten en de psychologen, en de verschilscores staan vermeld in tabel 2 voor zowel de hele onderzoekspopulatie als gestratificeerd naar beveiligingsniveau (MS en HS).

**Tabel 2.** DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-scores medium en high security-afdelingen.

|  |                 | N  | M   | SD  | Min. | Max. | F     | p    |
|--|-----------------|----|-----|-----|------|------|-------|------|
| Eindoordeel<br>DUNDRUM-3 patiënt       | Medium security | 37 | 1,5 | 0,7 | 0,4  | 2,9  | 0,20  | 0,66 |
|  | High security   | 34 | 1,4 | 0,8 | 0    | 3,3  |       |      |
|  | Totaal          | 71 | 1,4 | 0,7 | 0    | 3,3  |       |      |
| Eindoordeel<br>DUNDRUM-4 patiënt       | Medium security | 37 | 1,5 | 0,6 | 0,4  | 3    | 1,65  | 0,20 |
|  | High security   | 34 | 1,7 | 0,7 | 0,4  | 3,6  |       |      |
|  | Totaal          | 71 | 1,6 | 0,6 | 0,4  | 3,6  |       |      |
| Eindoordeel<br>DUNDRUM-3 psycholoog    | Medium security | 44 | 2,2 | 0,8 | 0,9  | 3,7  | 15,16 | 0,00 |
|  | High security   | 40 | 2,9 | 0,8 | 0,9  | 4    |       |      |
|  | Totaal          | 84 | 2,5 | 0,8 | 0,9  | 4    |       |      |
| Eindoordeel<br>DUNDRUM-4 psycholoog    | Medium security | 44 | 1,8 | 0,6 | 0,7  | 3    | 28,43 | 0,00 |
|  | High security   | 40 | 2,6 | 0,7 | 1    | 3,8  |       |      |
|  | Totaal          | 84 | 2,2 | 0,8 | 0,7  | 3,8  |       |      |
| Verschilscore<br>DUNDRUM-3 eindoordeel | Medium security | 37 | 0,8 | 0,6 | -0,4 | 2,1  | 12,64 | 0,00 |
|  | High security   | 34 | 1,5 | 1,0 | -1,1 | 3,7  |       |      |
|  | Totaal          | 71 | 1,1 | 0,9 | -1,1 | 3,7  |       |      |
| Verschilscore<br>DUNDRUM-4 eindoordeel | Medium security | 37 | 0,3 | 0,6 | -1,1 | 1,3  | 10,22 | 0,00 |
|  | High security   | 34 | 0,9 | 0,9 | -2,2 | 3,1  |       |      |
|  | Totaal          | 71 | 0,6 | 0,8 | -2,2 | 3,1  |       |      |

Legenda: N = steekproefgrootte; M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; Min. = minimum; Max. = maximum; F = F-statistiek; p = p-waarde.



## Missing items

Het aantal ontbrekende waarden per item gestratificeerd naar beveiligingsniveau en beoordelaar staat vermeld in tabel 3.

**Tabel 3.** Aantal ontbrekende waarden per item.

|  | Medium security |            | High security |            |
|--|-----------------|------------|---------------|------------|
|  | Patiënt         | Psycholoog | Patiënt       | Psycholoog |
| PV1 Lichamelijke gezondheid                          |                 |            |               |            |
| PV2 Geestelijke gezondheid                           | 1               |            |               |            |
| PV3 Drugs en alcohol                                 | 1               | 1          |               |            |
| PV4 Probleemgedrag                                   |                 |            |               |            |
| PV5 Zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven |                 |            | 1             |            |
| PV6 Opleiding, beroep en creativiteit                |                 |            | 1             | 1          |
| PV7 Familie en sociale netwerken                     |                 |            |               |            |
| H1 Stabiliteit                                       | 1               |            | 5             |            |
| H2 Inzicht   | 1               |            | 2             |            |
| H3 Therapeutische relatie                            |                 | 1          | 5             |            |
| H4 Verlof  | 2               |            | 2             |            |
| H5 Dynamische risicofactoren                         | 6               | 35         | 4             | 39         |
| H6 Slachtofferkwesties                               |                 | 6          | 4             | 6          |
| H7 Hoop  |                 | 2          | 4             | 1          |

## Correlatie

Het eindoordeel van de MS-psychologen en van de patiënten correleerde sterk met elkaar (DUNDRUM-3:  $r = 0,64$ ;  $p = 0,00$ ; DUNDRUM-4:  $r = 0,51$ ;  $p = 0,00$ ). De HS-eindoordeelscores correleerden niet met elkaar (DUNDRUM-3:  $r = 0,06$ ,  $p = 0,73$ ; DUNDRUM-4:  $r = 0,21$ ;  $p = 0,22$ ).

## Concordantie scores

De MS-psychologen scoorden het DUNDRUM-3-eindoordeel ( $Z = 5,0$ ;  $df = 36$ ;  $p = 0,00$ ) en DUNDRUM-4-eindoordeel ( $Z = 3,0$ ;  $df = 36$ ;  $p = 0,00$ ) hoger dan de MS-patiënten. Hetzelfde patroon zien we terug bij de HS: psychologen scoorden het eindoordeel DUNDRUM-3 ( $Z = 4,8$ ;  $df = 33$ ;  $p = 0,00$ ) en DUNDRUM-4 ( $Z = 4,2$ ;  $df = 33$ ;  $p = 0,00$ ) hoger dan de HS-patiënten. Waarbij de verschillen van het eindoordeel in de HS hoger waren dan in de MS (zie tabel 2).

## Voorspelling wijziging van het beveiligingsniveau

Na een half jaar waren vanuit de MS negen patiënten (20%) doorgestroomd naar een lager beveiligingsniveau: zes patiënten naar beschut wonen en drie naar leefstijltraining<sup>2</sup>. Drie (7%) waren teruggestuurd naar de gevangenis. Van de doorstroompatiënten hadden er zeven (78%) een DUNDRUM-3-score die aangaf dat ze klaar waren om door te stromen naar een lager niveau. Op de DUNDRUM-4 hadden acht patiënten (89%) een score die aangaf dat ze klaar waren om door te stromen naar een lager niveau. 35 patiënten stroomden niet door naar een ander beveiligingsniveau. Daarvan gaven de MS-psychologen 26 personen (74%) een DUNDRUM-3-eindoordeelscore die niet lager was dan hun huidige beveiligingsniveau (niet klaar om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau) en voor de DUNDRUM-4 waren dat 20 personen (57%). De sensitiviteit van het DUNDRUM-3-eindoordeel van de MS-psychologen was 78% en de specificiteit was 74%; voor de DUNDRUM-4 was dat respectievelijk 89% en 57%. De DUNDRUM-3- en DUNDRUM-4-eindoordeelscores van zowel de MS-psycholoog als de MS-patiënt waren voorspellend voor een daling in beveiligingsniveau zes maanden later (tabel 4).

Vanuit de HS waren na een half jaar zes patiënten (15%) doorgestroomd naar een lager beveiligingsniveau: twee naar een MS-afdeling, één naar een gesloten forensische VAPH-instelling<sup>3</sup>, twee naar een woonzorgcentrum voor personen met een verstandelijke beperking en één naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Van de zes doorgestroomde patiënten hadden de HS-psychologen twee patiënten (33%) een DUNDRUM-3-eindoordeelscore gegeven die aangaf dat ze klaar waren om door te stromen naar een lager niveau. Op de DUNDRUM-4 hadden vijf patiënten (83%) een eindoordeelscore die lager was dan HS. 33 personen<sup>4</sup> (83%) stroomden niet door naar een ander beveiligingsniveau. Daarvan hadden de HS-psychologen 15 personen (44%) een DUNDRUM-3-eindoordeelscore gegeven die niet lager was dan hun huidige beveiligingsniveau (niet klaar om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau) en voor de DUNDRUM-4 waren dat ook 15 personen (44%). De sensitiviteit van het DUNDRUM-3-eindoordeel van de HS-psychologen was 33% en de specificiteit was 44%; voor de DUNDRUM-4 was dat respectievelijk 83% en 44%. Noch het eindoordeel van de psycholoog noch dat van de patiënt op de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 was voorspellend voor een daling in beveiligingsniveau zes maanden later (tabel 4).

**Tabel 4.** Voorspelling van het eindoordeel voor doorstroming naar een lager beveiligingsniveau.

|                      | AUC  | p    | CI   |      |
|----------------------|------|------|------|------|
| Medium security      |      |      |      |      |
| DUNDRUM-3 psycholoog | 0,80 | 0,02 | 0,66 | 0,93 |
| DUNDRUM-4 psycholoog | 0,80 | 0,01 | 0,64 | 0,97 |
| DUNDRUM-3 patiënt    | 0,80 | 0,02 | 0,62 | 0,97 |
| DUNDRUM-4 patiënt    | 0,92 | 0,00 | 0,82 | 1,00 |
| High security        |      |      |      |      |
| DUNDRUM-3 psycholoog | 0,57 | 0,54 | 0,38 | 0,76 |
| DUNDRUM-4 psycholoog | 0,67 | 0,12 | 0,48 | 0,86 |
| DUNDRUM-3 patiënt    | 0,43 | 0,50 | 0,23 | 0,63 |
| DUNDRUM-4 patiënt    | 0,39 | 0,31 | 0,17 | 0,61 |

Legenda: AUC = area under the curve; p = p-waarde; CI = betrouwbaarheidsinterval.

## Feedback patiënten

De patiënten gaven vooral feedback over de zinsbouw en de woordkeuze omdat ze die soms moeilijk begrepen. Er waren ook patiënten die hun daden ontkenden, waardoor ze aangeven dat sommige items niet van toepassing zijn. Sommige patiënten vermeldden dat 'probleemgedrag' moeilijk te scoren is, omdat zij geen verleden van probleemgedrag hebben of naar eigen zeggen momenteel geen probleemgedrag vertonen. Zij gaven bijvoorbeeld aan geïnterneerd te zijn vanwege verbale agressie, wat niet onder de DUNDRUM-definitie van probleemgedrag valt: 'gedrag waardoor u uzelf of andere mensen in gevaar brengt'. Verder kon het item 'dynamische risicofactoren' vaak niet ingevuld worden, omdat patiënten aangaven dat ze dat begrip niet kenden. Ook vonden patiënten de verschillen tussen twee scoreopties soms te groot of te klein.

## Feedback psychologen

Opgemerkt werd dat scores kunnen variëren afhankelijk van de discipline die scoort. Volgens de psychologen zal een criminoloog de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 anders invullen dan een psycholoog of een ergotherapeut. Ook menen ze dat de score afhankelijk is van welke norm men als uitgangspunt hanteert bij personen met een verstandelijke beperking. Ook vroegen ze zich af hoe te scoren als de patiënt zijn daden ontkent. Evenals de patiënten geven de psychologen aan dat de stappen tussen twee scores soms te groot zijn. Soms moet er volgens de scoringsinstructies aan meerdere voorwaarden voldaan worden. Hierdoor vonden de psychologen de beoordeling soms wat ongenueanceerd. Ze vulden dan

– conform de handleiding – een lagere score in dan hun gevoel aangaf. Een andere opmerking betrof het feit dat in de HS niet dezelfde programma's aangeboden worden als die in de DUNDRUM-3 beschreven staan (geen 'educatieve programma's rond lichamelijke gezondheid' of 'wellnessprogramma'). Ze vonden daarom dat de DUNDRUM-3 niet voldoende aangepast was aan hun setting. Het invullen van de DUNDRUM-3 en -4 riep in eerste instantie weerstand op omwille van de extra werklast. Uiteindelijk bleek het scoren mee te vallen en kostte dat ongeveer twintig minuten per patiënt. Inzage in de zelfbeoordelingsscores leidde tot verbazing dat sommige patiënten zichzelf vrij goed kunnen inschatten. De psychologen merkten ook op dat ze niet beschikken over relevante informatie over eventuele voorgaande opnames of HCR-20-scores; de duur van de therapie en de voortgang zijn dan niet goed in te schatten. De vraag werd gesteld in hoeverre de voorgeschiedenis toch meegewogen moet worden. Men vroeg zich ook af hoe de DUNDRUM zich verhoudt tot risicotaxatie. De DUNDRUM-toolkit en risicotaxatie moeten complementair aan elkaar gebruikt worden, maar dat werd door twee psychologen geïnterpreteerd als 'vergelijkbaar'. De psychologen zijn het er wel over eens dat er behoefte is aan een 'algemeen communicatiemiddel' ten behoeve van transfers. Ze ervaren dat hun klinisch oordeel (dus niet op basis van de DUNDRUM) over de mogelijkheid tot doorstroming van een patiënt naar een lager beveiligingsniveau vaak niet gedeeld wordt door de instelling waarnaar doorverwezen wordt, waarna overplaatsing geweigerd wordt.

## Discussie

### Correlatie- en concordantiescores

In de huidige studie werd er een correlatie gevonden tussen de scores van de patiënten en de behandelaars van de MS-afdelingen, maar niet bij de HS-afdelingen. De eerste hypothese kan dus maar gedeeltelijk aanvaard worden. De resultaten zijn wel in lijn met eerder onderzoek dat aantoonde dat naarmate het beveiligingsniveau daalt, de scores van behandelaars en patiënten dichter bij elkaar komen te liggen (Davoren et al., 2015). Ook wij vonden hogere verschillen in de HS vergeleken met de MS, waardoor we de tweede hypothese kunnen aanvaarden. HS-patiënten zagen zichzelf veel verder in het traject dan dat de HS-psychologen inschatten, terwijl de scores van de MS-patiënten dichter bij die van de MS-psychologen lagen. Een mogelijke verklaring voor het feit dat HS-patiënten zichzelf eerder geschikt achten voor een low security setting is dat een HS-afdeling geen patiënten kan weigeren. Hierdoor is de kans groter dat de HS-patiënten minder ziekte-inzicht hebben. Personen met weinig ziekte-inzicht willen doorgaans geen opname, terwijl bij die groep plaatsing in een HS vaak de enige oplossing is, onafhankelijk van het feit of die persoon daadwerkelijk een hoog beveiligingsniveau nodig heeft. Gerelateerd hieraan

is de mate van motivatie (Tervoort, 2012): ongemotiveerde patiënten zullen eerder in een HS dan in een MS terechtkomen, omdat de MS-afdelingen als opnamevoorwaarde hantieren dat de patiënt gemotiveerd moet zijn voor behandeling.<sup>5</sup> Het gedwongen kader binnen de forensische zorg leidt binnen alle beveiligingsniveaus tot problemen op het gebied van motivatie, die toch cruciaal is voor de behandeling. Lage motivatie voor behandeling is een mogelijke risicofactor voor recidive (Philipse, De Ruiters, Hildebrand, & Bouman, 2000). De DUNDRUM-toolkit kan ook hier behulpzaam zijn: de scores op alle items van de DUNDRUM-3 weerspiegelen namelijk ook de mate van motivatie.

### Predictieve validiteit

In deze studie werd onderzocht of de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 de doorstroom naar een lager beveiligingsniveau binnen zes maanden kunnen voorspellen. Voor de MS-patiënten voorspelden zowel het DUNDRUM-3- en -4-eindoordeel van de psycholoog als de scores van de patiënten welke MS-patiënt naar een lager beveiligingsniveau doorstroomt. De DUNDRUM-3- en -4-scores hadden daarentegen voor de HS-patiënten geen voorspellende waarde. De studie van Davoren et al. (2015) leverde deels vergelijkbare resultaten op, maar de zelfbeoordelingsscores hadden hier geen voorspellende waarde. Het verschil in de resultaten kan verklaard worden door het feit dat de onderzoekspopulatie van Davoren et al. (2015) zowel high, medium als low security-patiënten bevatte, terwijl in de huidige studie de analyses gestratificeerd waren naar beveiligingsniveau. We vonden een hoge specificiteit (hoe hoger de specificiteit van een test, hoe groter de kans dat iemand die niet doorstroomde, een hogere DUNDRUM-eindoordeelscore kreeg) voor de DUNDRUM-4-eindoordeelscores, maar een lage sensitiviteit (hoe hoger de sensitiviteit van een test, hoe groter de kans dat iemand die doorstroomde daadwerkelijk een lagere DUNDRUM-eindoordeelscore kreeg) voor de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat personen wel geschikt werden geacht om door te stromen, maar dat de instelling waarnaar werd verwezen de opname heeft geweigerd. Helaas beschikken we alleen over de gegevens van de succesvolle transfers en niet over de verwijzingen naar vervolginstellingen. De DUNDRUM kan dan wel gebruikt worden om het beslissingsproces te ondersteunen en te structureren, maar vervolgens zouden alle stappen in de keten die beslissing moeten volgen, en dat loopt in de praktijk anders: zowel de KBM als een vervolginstelling kan een transfer tegenhouden. Onderzoek heeft aangetoond dat de HS-centra hierbij meer moeilijkheden ondervinden: maar 25% van de HS-patiënten stroomde de laatste vijf jaar door (Jeandarme et al., 2020). Verder onderzoek met een grotere steekproef per beveiligingsniveau, gegevens over verwijzingen naar vervolginstellingen en eventueel een langere follow-upperiode is zonder twijfel nodig; hierbij zou ook de relatie met het aantal incidenten en de mate van recidive onderzocht moeten worden.

Ondanks het feit dat de patiënten zich al snel voor een laag beveiligingsniveau geschikt achtten, waren we toch verrast dat de MS-patiëntscores goede voorspellers bleken te zijn voor de geschiktheid om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau. Eerdere studies vonden enkel predictieve validiteit voor de scores van de behandelaars (Davoren et al., 2015). De zelfbeoordelingsscores zijn niet ontwikkeld om transfers naar een lager niveau te voorspellen. Die scores of de discrepanties tussen die scores en die van de behandelaars worden namelijk niet meegenomen bij het bepalen van het beveiligingsniveau. De patiëntscores geven een beeld van waar de patiënt zichzelf op het pad naar herstel situeert en bieden mogelijkheden om de verschillen te bespreken. De psychologen vonden dat de zelfinvulversie zeker een meerwaarde heeft en dat de zelfbeoordelingsscores bruikbaar zijn bij *shared decision making*. Onderzoek in de reguliere psychiatrie heeft aangetoond dat *shared decision making* zorgt voor meer patiënttevredenheid, en de therapietrouw en levenskwaliteit verhoogt (Joosten et al., 2008). In de forensische psychiatrie is het onderzoek hiernaar nog beperkt, maar de eerste resultaten laten een positieve trend zien (Ray & Simpson, 2019).

## Feedback psychologen en patiënten

Door de psychologen werd opgemerkt dat de scores kunnen variëren naargelang de discipline die scoort. In de praktijk wordt de DUNDRUM-toolkit multidisciplinair gescoord, zodat alle disciplines hierin een stem hebben. Het is een instrument dat zich baseert op een gestructureerd klinisch oordeel, waarbij scores verkregen worden via een proces dat gestuurd wordt door de scoringsinstructies, maar het eindoordeel laat ruimte voor een klinische afweging en biedt de mogelijkheid om aan bepaalde items meer gewicht toe te kennen. Indien iedereen de handleiding correct hanteert, zouden in principe verschillende disciplines tot vergelijkbare scores moeten komen. Het eindoordeel zou wel kunnen verschillen, omdat hierin het klinisch oordeel verwerkt wordt. Onderzoek bij risicotaxatie-instrumenten laat zien dat de attributies van de beoordelaar een effect kunnen hebben op het eindoordeel (Murray, Charles, Cooke, & Thomson, 2014). Bijvoorbeeld bij de HCR-20 heeft men een verschil aangetoond tussen clinici en onderzoekers. De HCR-20-scores van de beoordelaars die dagelijks contact hadden met de patiënt en die van de beoordelaars die de patiënten minder vaak zagen of zelfs niet kenden, zoals teamleiders of onderzoekers, waren niet verschillend, maar bij het klinisch eindoordeel kwamen clinici tot lagere risicobeoordelingen (De Vogel & de Ruiter, 2004, 2006). De auteurs geven als mogelijke verklaring dat clinici toch een bepaalde druk ervaren om patiënten zo snel mogelijk te laten doorstromen. Ook kunnen persoonlijkheidstrekken van de beoordelaar een effect hebben (Miller, Rufino, Boccaccini, Jackson, & Murrie, 2011), evenals de ervaring van de beoordelaar en de mate van training (Murrie, Boccaccini, Caperton, & Rufino, 2012). Het

multidisciplinair scoren van de DUNDRUM-toolkit omzeilt mogelijke verschillen tussen beoordelaars. In het huidige onderzoek werden evenwel geen dubbele metingen gedaan, waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet onderzocht kon worden.

De psychologen merkten op dat mensen met een verstandelijke beperking moeilijker te scoren waren, omdat specifieke richtlijnen voor die doelgroep ontbreken. Voor de DUNDRUM-toolkit is er nog geen onderzoek beschikbaar bij die doelgroep. Wel is er enig onderzoek waaruit blijkt dat risicotaxatie-instrumenten bruikbaar zijn bij personen met een verstandelijke beperking en dat extra richtlijnen geen toegevoegde waarde hebben voor het voorspellen van recidive, al kunnen ze, klinisch gezien, wel behulpzaam zijn bij het scoren (Pouls & Jeandarme, 2015). De DUNDRUM-toolkit mag dan wel geen risicotaxatie-instrument zijn, hij is wel gebaseerd op dezelfde scoringsprincipes waardoor dezelfde factoren een rol kunnen spelen bij het invullen.

De HS-psychologen merkten op dat de DUNDRUM niet voldoende aansloot bij hun werkwijze. Tijdens de training werden de verschillen tussen de systemen en instellingen wel toegelicht en in de handleiding worden in voetnoten vergelijkingen gemaakt met het Belgische systeem. Dat alles blijkt toch nog niet te voldoen en dus behoeft de handleiding verdere aanpassingen en zal tijdens de training hieraan nog meer aandacht besteed moeten worden. De zelfinvulversie zal aangepast worden, waarbij moeilijk te begrijpen zinnen vervangen zullen worden. Ook lijkt het wenselijk om een vereenvoudigde zelfinvulversie te maken voor personen met een verstandelijke beperking.

### Missing items

Een indicatie voor de bruikbaarheid van een instrument is het aantal *missing items* per schaal. In de handleiding van de DUNDRUM-toolkit zijn geen richtlijnen opgenomen over een minimumaantal ingevulde items. De totaalscores met ontbrekende items worden pro rato gescoord om het eindoordeel te verkrijgen, waarbij het gemiddelde berekend wordt aan de hand van de beschikbare items. Deze methode van pro rato scoren wordt in verschillende disciplines toegepast om om te gaan met missing items (Mazza, Enders, & Ruehlman, 2015). In het huidige onderzoek waren er abnormaal veel *missings* voor het vijfde item van de DUNDRUM-4: de dynamische risicofactoren. Dat was niet onverwacht: om dat item te kunnen scoren heeft men informatie nodig van het risicotaxatie-instrument, de HCR-20. Aangezien het OPZC Rekem dit instrument niet systematisch gebruikt en het FPC Gent niet dit maar een ander instrument gebruikt (de Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie [HKT-R]), kon dit item meestal niet worden ingevuld. Door gebruik te maken van het eindoordeel (de score pro rato) was dat ook niet problematisch. Om in de toekomst de

bruikbaarheid van dit item te verhogen, wordt onderzocht of er geen vertaalslag gemaakt kan worden van de HKT-R naar de HCR-20.

## Beperkingen van het huidige onderzoek

Bij de HS-populatie ging het niet om een random geselecteerde populatie, terwijl dat wel het geval was voor de MS-populatie. Het zou dus kunnen dat de onderzoekspopulatie van de HS niet representatief is voor de gehele populatie en dat de 'betere' patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Niettemin constateren we dat de HS-psychologen in vergelijking met hun MS-collega's hogere scores aanleveren. Verder zijn er participanten die hun delict ontkennen. Het ontkennen van het delict is niet gerelateerd aan een hoger recidiverisico (O'Brien & Daffern, 2017). Helaas was 'ontkenning' niet geregistreerd in de dataset en konden we niet onderzoeken of er een relatie was tussen ontkenning en het beveiligingsniveau. Maar aangezien de scores van de behandelaar en niet die van de patiënt gebruikt worden om het benodigde beveiligingsniveau in te schatten, is een relatie tussen ontkenning en beveiligingsbehoefte niet relevant. De relatie tussen het recidiverisico (zoals gemeten door de HCR-20) en de behoefte aan beveiliging konden we helaas niet onderzoeken omdat we over onvoldoende risicotaxatiegegevens beschikten. Men zou natuurlijk kunnen argumenteren dat risicotaxatie verweven is met de DUNDRUM-scores, zoals sommige psychologen – ondanks de aandacht die hieraan werd besteed tijdens de training – deden. Onderzoek heeft aangetoond dat de DUNDRUM-3 en -4 gemiddeld correleren met de HCR-20 (O'Dwyer et al., 2011), maar dat de DUNDRUM-3- en -4-scores, zelfs na correctie voor HCR-20-scores, nog steeds een voorwaardelijk ontslag voorspellen (Davoren et al., 2013). Ander onderzoek heeft aangetoond dat de DUNDRUM-3- en -4-scores intramuraal geweld en zelfbeschadiging voorspellen, maar wanneer er gecontroleerd wordt voor risico op geweld (aan de hand van HCR-20-scores), verdwijnt dat effect (Abidin et al., 2013). Die resultaten ondersteunen de stelling dat de DUNDRUM-toolkit en de HCR-20 verschillende constructen meten, maar dat zal nog bevestigd moeten worden door onderzoek in de (Vlaamse) forensische setting.

## Conclusie

Problemen rond doorstroming zorgen voor een te lange behandelduur in onnodig hoge beveiligingsniveaus. Het uitbouwen van forensische zorgcircuits waarbij zoveel mogelijk dezelfde instrumenten gebruikt worden, en waarbij opname- en exclusiecriteria transparant zijn, is nodig. Vanuit het werkveld is er vraag naar een instrument dat ondersteuning biedt bij het bepalen van de geschiktheid om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau.



De resultaten van deze studie geven een eerste onderbouwing (in combinatie met de internationale studies) voor de toepasbaarheid van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 in het Vlaamse forensische werkveld. Ons advies is evenwel om een DUNDRUM-toolkitopleiding te volgen en om te kiezen voor een multidisciplinaire scoring.

Verder onderzoek met een grote steekproef en een langere follow-upperiode, met cijfers over incidenten en recidive, is echter nodig om na te gaan hoe het doorstroomproces verder te ondersteunen en te faciliteren is.

## Noten

1. Bijvoorbeeld: meerdere antwoordmogelijkheden ingevuld of blanco items.
2. Binnen deze leefgroep ligt de nadruk op training van vaardigheden van zelfredzaamheid en de voorbereiding op de stap naar de maatschappij.
3. VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.
4. Eén patiënt was ondertussen overleden.
5. Hier wordt soms wel een uitzondering op gemaakt en wordt de patiënt toch opgenomen. Een van de behandel doelstellingen is dan het verhogen van de motivatie.

## Literatuur

- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., & Kennedy, H.G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, 197. doi:10.1186/1471-244X-13-197
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755. doi:10.1177/0093854811406356
- Centre de Recherche en Défense Sociale / Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg. (2020). *Project internering: feedbackgegevens 2018* (Samenvatting: Deel 1 Resultaten). Geraadpleegd op 6 februari 2020 via [www.psy107.be](http://www.psy107.be) => internering => 23/01/2020 Project internering: feedback gegevens 2018 (CRDS – Kefor)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., & Kennedy, H.G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: The DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, 13, 185. doi:10.1186/1471-244X-13-185

- Davoren, M., Hennessy, S., Conway, C., Marrinan, S., Gill, P., & Kennedy, H.G. (2015). Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital: The self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry*, *15*, 61. doi:10.1186/s12888-015-0433-x
- De Vogel, V., & De Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *15*, 145-164. doi:10.1080/14788940410001655916
- De Vogel, V., & De Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, *12*, 321-336. doi:10.1080/10683160600569029
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H.G. (2020). Determining security level in forensic psychiatry: A tug of war between the DUNDRUM toolkit and the HoNOS-Secure. *Psychology, Crime & Law*, *26*, 868-886. doi:10.1080/1068316X.2020.1742338
- Jeandarme, I. (2016). Forensische psychiatrie à la flamande. *Orde van de Dag*, *74*, 32-40.
- Jeandarme, I., Habets, P., & Pouls, C. (2020). *Dangerousness understanding recovery urgency manual: The DUNDRUM quartet* (Nederlandse vertaling). <https://www.opzcrekem.be/home/kefor>
- Jeandarme, I., Van Heesch, B., De Boel, L., Dekkers, I., Goktas, G., & Verbeken, G. (2020). High security geïnterneerden: Wie zijn zij? Waar komen ze vandaan? Waar gaan zij (niet) naartoe? *Panopticon*, *41*, 448-466.
- Joosten, E.A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G.H., Sensky, T., Van der Staak, C.P., & De Jong, C.A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 219-226. doi:10.1159/000126073
- Kennedy, H.G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The Dundrum toolkit: Dangerousness, understanding, recovery and urgency manual (the DUNDRUM quartet) V1.0.30 (30/05/16). Four structured professional judgment instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments*. Dublin, Ireland: Trinity College Dublin.
- Mazza, G.L., Enders, C.K., & Ruelhman, L.S. (2015). Addressing item-level missing data: A comparison of proration and full information maximum likelihood estimation. *Multivariate Behavioral Research*, *50*, 504-519. doi:10.1080/00273171.2015.1068157
- Miller, A.K., Rufino, K.A., Boccaccini, M.T., Jackson, R.L., & Murrie, D.C. (2011). On individual differences in person perception: Raters' personality traits relate to their psychopathy checklist-revised scoring tendencies. *Assessment*, *18*, 253-260. doi:10.1177/10731911111402460
- Murray, J., Charles, K.E., Cooke, D.J., & Thomson, M.E. (2014). Investigating the influence of causal attributions on both the worksheet and checklist versions of the HCR-20. *International Journal of Forensic Mental Health*, *13*, 8-17. doi:10.1080/14999013.2014.890978
- Murrie, D.C., Boccaccini, M.T., Caperton, J., & Rufino, K. (2012). Field validity of the Psychopathy Checklist-Revised in sex offender risk assessment. *Psychological Assessment*, *24*, 524-529. doi:10.1037/a0026015
- O'Brien, K., & Daffern, M. (2017). Treatment gain in violent offenders: The relationship between proximal outcomes, risk reduction and violent recidivism. *Psychiatry, Psychology and Law*, *24*, 244-258. doi:10.1080/13218719.2016.1209804
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., & Kennedy, H.G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, *4*, 229. doi:10.1186/1756-0500-4-229
- Philipse, M., De Ruiter, C., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag* (Versie 2). Nijmegen/Utrecht: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Pouls, C., & Jeandarme, I. (2015). Risk assessment and risk management in offenders with intellectual disabilities: Are we there yet? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *8*, 213-236. doi:10.1080/19315864.2015.1070221
- Ray, I., & Simpson, A.I.F. (2019). Shared risk formulation in forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, *47*, 22-28. doi:10.29158/JAAPL.003813-19

- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's *d*, and *r*. *Law and Human Behavior*, 29, 615-620. doi:10.1007/s10979-005-6832-7
- Seynnaeve, K., Goyens, M., & Dheedene, J. (2018). Internering in een veranderd zorglandschap: wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon*, 39, 241-250.
- Tervoort, M. (2012). *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: Van Gorcum.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.

## Summary

*When is someone ready to move to a lower level of security? An investigation into the applicability of the DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 within forensic mental health care*

In Belgium, there is no systematic or structured method to determine when a forensic psychiatric patient is ready to move on to a lower level of security. The DUNDRUM toolkit is a structured professional judgement instrument that assesses treatment progress (DUNDRUM-3) and recovery (DUNDRUM-4) based on the scores of the treatment team as well as on the patient scores. The present study investigated the applicability of these two subscales in the Flemish forensic field (high and medium security). As well as the experiences of the users of the DUNDRUM-toolkit.

Differences in scores between psychologists and patients were smaller for the medium security subjects compared to the high security scores. For the medium security patients, both the DUNDRUM-3 and the DUNDRUM-4 final judgment of the psychologist and that of the patients were predictive of a transfer to a lower security level. The high security scores were not predictive. The instrument was well received, with mainly comments on sentence use and structure. Further studies with a large sample and a longer follow-up period are needed.

*Keywords:* security level, DUNDRUM-3, DUNDRUM-4, forensic psychiatry

## Personalia

Petra Habets, PhD, psychologe en onderzoekster KeFor, Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem.

E-mail: Petra.Habets@opzcrekem.be

Inge Jeandarme, M.D., PhD, psychiater, coördinator KeFor, OPZC Rekem; professor faculteit Rechtsgeleerdheid, KU Leuven.

## Verantwoording

De auteurs hebben de DUNDRUM-toolkit vertaald naar het Nederlands en zullen in de toekomst ook opleiding geven over dit instrument.