

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het  
BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM  
in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg**

Hanne Van Horebeek  
Dr. Petra Habets  
Dr. Kathleen De Cuyper  
Dr. Kirsten Hermans  
Dr. Bojoura Schouten  
Liza Van Eenoo  
Prof. dr. Anja Declercq  
Prof. dr. Chantal Van Audenhove  
Prof. dr. Ingeborg Jeandarme



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
 Tel 0032 16 37 34 32  
 E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2020/12

SWVG-Rapport 42

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Titel rapport:** Exploratieve studie van de bruikbaarheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg

**Promotor:** Inge Jeandarme<sup>2</sup>

**Copromotoren:** Chantal Van Audenhove<sup>1</sup> en Anja Declercq<sup>1</sup>

**Onderzoekers:** Hanne Van Horebeek<sup>1</sup>, Petra Habets<sup>2</sup>, Kathleen De Cuyper<sup>1</sup>, Kirsten Hermans<sup>1</sup>,  
 Bojoura Schouten<sup>1</sup> & Liza Van Eenoo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy, <sup>2</sup> Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg, OPZC Rekem

In samenwerking met dr. Sabine Nelis en Caroline Dejonghe, Thomas More hogeschool. Zij verzorgden de BelRAI GGZ-opleiding i.s.m. Hanne Van Horebeek, LUCAS KU Leuven.

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 42

September 2020

## Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek<sup>1</sup>, dr. Petra Habets<sup>2</sup>, dr. Kathleen De Cuyper<sup>1</sup>, dr. Kirsten Hermans<sup>1</sup>, dr. Bojoura Schouten<sup>1</sup> en Liza Van Eenoo<sup>1</sup>

Promotor: Prof. dr. Inge Jeandarme<sup>2</sup>

Copromotoren: Prof. dr. Chantal Van Audenhove<sup>1</sup> en prof. dr. Anja Declercq<sup>1</sup>

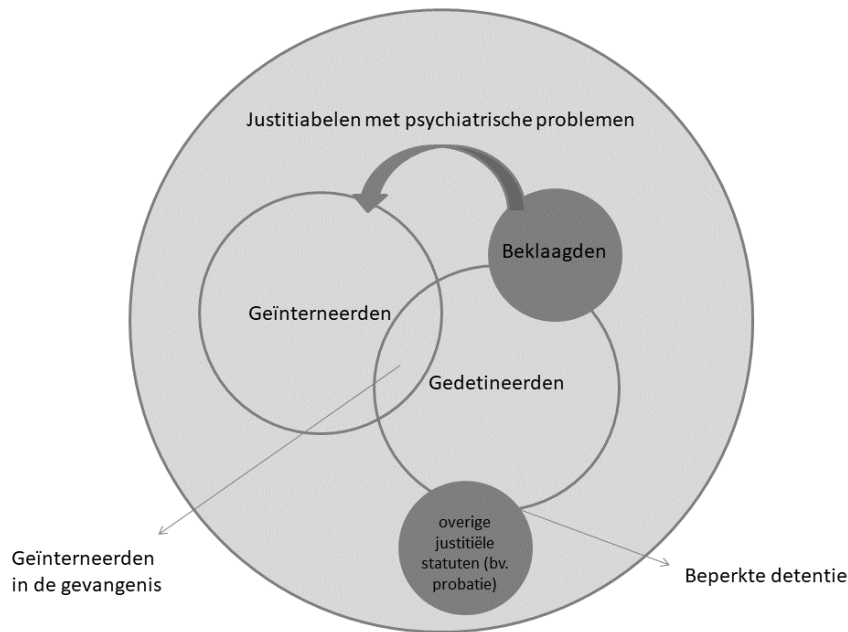
<sup>1</sup>LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy, <sup>2</sup> Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg, OPZC Rekem

### Samenvatting

Begin 2018 kreeg het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een **tweeledige opdracht** van het Agentschap Zorg en Gezondheid omtrent de generieke beoordeling van zorgnoden in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De onderzoeksopdracht bestond uit (1) de selectie van een generiek assessment instrumentarium, en (2) de uitvoering van een exploratieve studie om de gebruiksmogelijkheden van het geselecteerde instrumentarium voor de eerste keer - op kleine schaal - te testen.

In de Vlaamse forensische GGZ worden zowel **geïnterneerden** behandeld als justitiabelen met een psychiatrische stoornis die niet geïnterneerd zijn. Justitiabelen met een psychiatrische stoornis zijn personen die in contact zijn gekomen met justitie als dader, die een acute of chronische psychiatrische stoornis hebben en die toerekeningsvatbaar zijn voor hun daden. De geïnterneerden zijn daders die ontoerekeningsvatbaar verklaard zijn. Zij krijgen geen straf opgelegd, maar wel een beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur. Zoals te zien is in Figuur 1 omvat de term justitiabelen dus een zeer heterogene groep van personen, met een grote verscheidenheid aan zorgnoden en justitiële titels, hetgeen een wetenschappelijk onderzoek omtrent dit onderwerp bemoeilijkt. Daarom besloten we – in samenspraak met de opdrachtgevers – om de doelgroep van deze pilotstudie af te bakenen tot de groep van geïnterneerden.

Hoofdstuk 1 van dit rapport gaat dieper in op de afbakening van de doelgroep die in dit onderzoek in beeld komt. Het geeft een overzicht van de types Vlaamse forensische zorgvoorzieningen, en lijst de specifieke forensische topics op die hulpverleners in een forensische behandeling minimaal in kaart dienen te brengen. Deze topics zijn risicotaxatie, het infrastructureel beveiligingsniveau van een voorziening/afdeling, criminogene noden, algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden en behandelvoortgang.



Figuur 1 Omschrijving van de groep justitiabelen

In hoofdstuk 2 bespreken we de **literatuurstudie** die we in het voorjaar van 2018 uitvoerden om een overzicht te krijgen van de beschikbare **instrumenten om zorgnoden in de forensische populatie in kaart te brengen**. De zorgnoden van forensische patiënten zijn vergelijkbaar met die van cliënten uit de reguliere GGZ, maar forensische patiënten hebben – naast de algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden – ook criminogene noden. De doelstelling van de literatuurstudie bestond erin *generieke* assessment instrumenten (“comprehensive assessment”) te identificeren die deze noden meten in de sector van de forensische psychiatrische zorgverlening. Risicotaxatie-instrumenten zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, aangezien ze de kans op *delict-specifieke* recidive meten (bv. kans op herval in seksueel geweld, intramuraal geweld of intra familiaal geweld). Deze instrumenten zijn dus niet geschikt voor *generiek* gebruik in de sector.

De literatuurstudie resulteerde in 28 artikels over de psychometrische kwaliteiten van vijf instrumenten:

- Camberwell Assessment of Need – Forensic version (CANFOR; Thomas et al., 2003),
- Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual (DUNDRUM; Kennedy et al., 2016),
- Health of the Nations Outcome Scale-Secure (HoNOS-Secure; Royal College of Psychiatrists, 2013),
- interRAI - Mental Health (interRAI MH; Hirdes, Smith et al., 2002). Het interRAI Forensic supplement werd binnen interRAI ontwikkeld als aanvulling op de interRAI MH, om ook criminogene noden in de forensische populatie in beeld te kunnen brengen. Dit supplement resulteerde niet uit de literatuurstudie omdat dit nog een pilootversie betreft, en er nog geen wetenschappelijk onderzoek is gepubliceerd waarin de psychometrische kwaliteiten werden onderzocht;
- Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins et al., 2007).

Op basis van de psychometrische kwaliteiten van alle instrumenten kwamen de interRAI MH, de DUNDRUM-toolkit en de CANFOR als beste uit de literatuurstudie. Op inhoudelijk vlak verschillen de instrumenten sterk van elkaar. De CANFOR meet zorgnoden bij forensische patiënten, de interRAI MH meet zorgnoden bij cliënten uit de reguliere GGZ, terwijl de DUNDRUM individuele beveiligingsnoden, urgentie voor opname, behandelvoortgang en mate van herstel meet, onder meer in het kader van een eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau. Inhoudelijk zijn de instrumenten dus moeilijk vergelijkbaar.

Om een beter beeld te krijgen over de inhoudelijke samenhang tussen de instrumenten is een ‘crosswalk’ uitgevoerd waarbij we op item-niveau keken naar de samenhang tussen de instrumenten. In deze vergelijkende analyse namen we het interRAI Forensic supplement ook mee. Samenvattend kunnen we stellen dat geen enkel instrument allesomvattend blijkt te zijn om de zorgnoden van een forensische patiënt in kaart te brengen. Daarom is de afname van meerdere instrumenten nodig om alle noden systematisch te kunnen meten. Op basis van de psychometrische kwaliteiten, de inhoud van de instrumenten en in hoeverre de instrumenten complementair aan elkaar zijn, adviseerden we om de **interRAI MH**, aangevuld met het interRAI **Forensic supplement**, in combinatie met de **DUNDRUM-toolkit** uit te testen als generiek assessment instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ.

De keuze voor de DUNDRUM-toolkit om het beveiligingsniveau te bepalen, werd ook na onze literatuurstudie bevestigd door het onderzoek van Habets, Jeandarme en Kennedy (2020). Zij toonden aan dat de DUNDRUM-1 (bepalen van beveiligingsniveau) de voorkeur heeft op de HoNOS-secure vanwege de betere psychometrische kwaliteiten, transparantere scoringsinstructies en betere voorspellende waardes. Voor de exploratieve studie in de Vlaamse forensische GGZ namen we tenslotte het **BelRAI Addictions supplement – extended version** mee (Van Horebeek et al., 2019) aangezien verslavingsproblematiek bij de forensische populatie ook impact heeft op recidive (Bonta, Blais, & Wilson, 2014). Voor de ambulante<sup>1</sup> voorzieningen vervingen we de interRAI MH – die bedoeld is voor gebruik in *residentiële* voorzieningen – door de **interRAI Community Mental Health (CMH)**. In hoofdstuk 3 lichten we de interRAI GGZ-instrumenten toe die in België en/of Vlaanderen vertaald zijn, en de BelRAI instrumenten worden genoemd.

Dit voorstel voor een generiek assessment instrumentarium werd afgetoetst met en goedgekeurd door het Agentschap Zorg en Gezondheid, het departement en kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en de federale overheidsdienst en kabinet Volksgezondheid. De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium in de zorg voor **geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving** hebben we vervolgens in een exploratieve studie getest in **acht residentiële en ambulante forensische diensten**. Volgende **onderzoeksvragen** komen aan bod in hoofdstuk 4:

1. Welke gebruiksmogelijkheden biedt het BelRAI GGZ-instrumentarium aangevuld met de DUNDRUM voor de hulpverleners in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving?

Het betreft hier (a) de *geschiktheid* van de instrumenten en (b) de *haalbaarheid* in het gebruik van de instrumenten voor de hulpverleners.

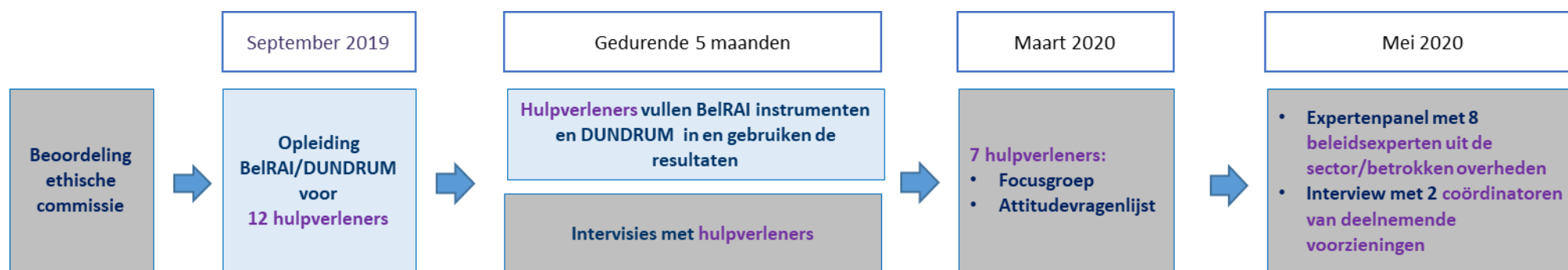
---

<sup>1</sup> In dit rapport verwijzen we met de term ‘ambulante voorzieningen of settings’ naar consultatiediensten (zoals een CGG), diensten voor beschut wonen en mobiele 2b teams.

2. Welke gebruiksmogelijkheden bieden de *resultaten* van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM voor de hulpverleners bij het opstellen of evalueren van het *begeleidingsplan* van de betreffende cliënt binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt?
3. Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst?
4. Hoe karakteriseren de BelRAI en DUNDRUM-resultaten de betrokken cliënten uit de forensische GGZ?

In hoofdstuk 5 lichten we de methode van de **mixed-method exploratieve studie** toe. We betrokken cliënten, hulpverleners, coördinatoren van deelnemende voorzieningen, beleidsexperten van de betrokken overheden en coördinatoren van de Vlaamse netwerken internering in deze pilootstudie. Twaalf hulpverleners kregen een BelRAI GGZ en DUNDRUM-opleiding van twee dagen. Gedurende vijf maanden vulden zij – en ook de cliënten – de instrumenten in. De assessments van een aantal cliënten bespraken ze tijdens de teamvergadering. Tijdens deze fase waren we telefonisch en via mail bereikbaar om vragen te beantwoorden, en vonden er intervisiemomenten plaats. Nadat de periode van dataverzameling afgelopen was, hebben we zeven hulpverleners in een focusgroep bevraagd over de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium. Hulpverleners gaven hun visie over (1) de geschiktheid van het instrumentarium, (2) de haalbaarheid van het gebruik ervan, (3) het gebruik van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten in het kader van het begeleidingsplan (inclusief verwijzing), en (4) het gebruik van het instrumentarium in de toekomst in de Vlaamse forensische GGZ. Ook beleidsexperten uit de betrokken overheden en uit de sector, inclusief twee coördinatoren van deelnemende voorzieningen, gaven in een expertpanel en een interview hun visies over deze gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium. De concrete procedure wordt weergegeven in Figuur 2 op de volgende pagina.

De hulpverleners bekeken voor 126 geïnterneerden met een EPA en/of verslaving die minstens één maand in opname of behandeling waren, of inclusie in de studie mogelijk was. In totaal includeerden de hulpverleners **56 cliënten**. Achtendertig geïnterneerde personen werden geëxcludeerd omwille van een exclusiecriteria van de studie, of door een andere reden die de hulpverleners zelf aangaven. Tot slot weigerden 32 geïnterneerden om deel te nemen aan de studie zonder een reden op te geven. De verdeling van de cliënten over deze drie exclusie-groepen – op basis van een exclusiecriteria van de studie, een andere reden opgegeven door de hulpverleners, of weigering door de cliënt zonder reden – is sterk verschillend tussen de acht deelnemende voorzieningen. Zeventig geïnterneerden met een EPA en/of verslaving die minstens één maand in opname/ behandeling waren, werden dus niet geïnccludeerd in de studie.



Figuur 2 Procedure BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilotstudie

Hoofdstuk 6 biedt een **kwantitatieve beschrijving van de steekproef** van 56 cliënten aan de hand van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten (onderzoeksvraag 4). De resultaten op de subschalen (DUNDRUM), zorgschalen (BelRAI), clinical assessment protocols (CAP's; BelRAI), en een aantal individuele items van de BelRAI supplementen geven we weer. De steekproef wordt beschreven op basis van:

- Gegevens uit het BelRAI GGZ-instrumentarium:
  - Enkele demografische gegevens (BelRAI MH of CMH)
  - Behandelgeschiedenis (BelRAI MH of CMH)
  - Kenmerken van de huidige behandeling (BelRAI MH of CMH)
  - Gestelde psychiatrische diagnoses en somatische ziektebeelden (BelRAI MH of CMH)
  - Huidig verslavingsprofiel en voorgeschiedenis (BelRAI MH of CMH, Addictions supplement – extended version)
  - Criminele activiteiten in de voorgeschiedenis (Forensic supplement)
  - Huidig psychisch en cognitief functioneren (BelRAI MH of CMH, Forensic supplement)
  - Huidige zorgnoden gerelateerd aan de veiligheid van de cliënt en anderen (BelRAI MH of CMH)
  - Huidige mate van sociale teruggetrokkenheid (BelRAI MH of CMH)
  - Huidige fysieke toestand en lichamelijke complicaties (BelRAI MH of CMH, Addictions supplement – extended version)
  - Huidig functioneel presteren: ADL- en IADL-vaardigheden (BelRAI MH of CMH)
  - Domeinen waarop bijkomende begeleiding nodig zou kunnen zijn opdat de cliënten beter zouden kunnen functioneren, of opdat achteruitgang verminderd of stopgezet zou kunnen worden. De BelRAI brengt dit aan de hand van de CAP's in kaart voor 21 domeinen. Deze domeinen hebben betrekking op: (1) de veiligheid van de cliënten en anderen, (2) het sociaal leven van de cliënten, (3) economische factoren, (4) de autonomie van de cliënten en (5) gezondheidspromotie (BelRAI MH of CMH)
- Gegevens uit de DUNDRUM-1, 3 en 4:
  - Individuele beveiligingsnoden die noodzakelijk zijn om behandeling te kunnen aanbieden (DUNDRUM-1),
  - De mate van voortgang in behandeling en mate van herstel in het kader van een eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau (DUNDRUM-3 en 4, hulpverleners- en cliëntversie).

In hoofdstuk 7 geven we een overzicht van de **gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium** in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving (onderzoeksvragen 1, 2 en 3). De gebruiksmogelijkheden werden aangebracht door de hulpverleners die het instrumentarium hebben ingevuld, en door beleidsexperten uit de betrokken overheden en de sector, inclusief twee coördinatoren van deelnemende voorzieningen. De visie van deze stakeholders is samengevat in hoofdstuk 7.

Op basis van de dataset die we tijdens de pilootstudie verzamelden, de visie op de gebruiksmogelijkheden van de betrokken stakeholders, resultaten van internationaal wetenschappelijk



onderzoek, en expertise opgebouwd in voorgaand DUNDRUM en BelRAI onderzoek formuleert de onderzoeksequipe volgende beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden.

**I. De DUNDRUM en het geteste BelRAI GGZ-instrumentarium vormen een generiek assessment instrumentarium voor de Vlaamse forensische GGZ, mits (de structuur van) het instrumentarium enkele aanpassingen ondergaat**

Op basis van de literatuurstudie en de pilootstudie in acht Vlaamse forensische GGZ-voorzieningen besluiten we dat de instrumenten die op hun gebruiksmogelijkheden onderzocht werden een generiek assessment instrumentarium vormen voor geïnterneerden die behandeling krijgen in de forensische GGZ:

1. **DUNDRUM-1** geeft input omtrent de beveiligingsnoden van een forensische patiënt die nodig zijn om de betreffende persoon behandeling te kunnen bieden;
2. **BelRAI Forensic supplement** en **BelRAI Addictions supplement-uitgebreide versie** inventariseren criminogene noden, waaronder ook zorgnoden omtrent verslaving. Opdat het Forensic supplement volledig zou aansluiten bij de Central Eight criminogene noden van het Risk-Need-Responsivity model is herwerking van dit supplement nodig. Ook herwerking van het BelRAI Addictions supplement-uitgebreide versie is aangewezen, zodat het aansluit bij de werking van de Vlaamse forensische GGZ en verslavingszorg<sup>2</sup>.
3. **BelRAI Mental Health** of **BelRAI Community Mental Health** inventariseren algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden en geven zodoende een holistisch beeld van de cliënt. Volgens het Good Lives model is het even belangrijk om deze niet-delictgerelateerde zorgnoden in de forensische GGZ in kaart te brengen. Opdat hulpverleners het hoofd-instrument en de supplementen meer op maat van de cliënt en de behandeling zouden kunnen invullen, is een aanpassing van de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium nodig. Dit impliceert de ontwikkeling van een BelRAI GGZ core instrument en de opdeling van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium in modules. Het BelRAI GGZ core instrument zal aangeven welke modules relevant zijn om in te vullen, afhankelijk van de zorgnoden van de cliënt en de focus van de behandeling. Het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium zal hierdoor ook haalbaarder zijn voor de hulpverleners, aangezien de omvang van het instrumentarium zal afhangen van de omvang en het type van zorgnoden van de cliënt.
4. **DUNDRUM-3 en 4** (die de forensische patiënt ook invult) geven input omtrent behandelvoortgang en mate van herstel, met eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau. De cliëntversie van DUNDRUM-3 en 4 heeft een herwerking nodig zodat meer cliënten deze versie op een zelfstandige manier kunnen invullen. Daarnaast is de ontwikkeling van een versie specifiek voor cliënten met een intellectuele beperking aan te bevelen.

Volgens de bevroegde beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden kan dit generiek assessment instrumentarium breed gebruikt worden bij personen met justitiële statuten. De DUNDRUM-1 en het BelRAI Forensic supplement sluiten aan bij de huidige rapportage van de

---

<sup>2</sup> De test van de uitgebreide versie van het BelRAI Addictions supplement in de Vlaamse verslavingszorg maakt deel uit van de tweede BelRAI GGZ-studie.

psychosociale diensten van gevangenissen. Dit generiek assessment instrumentarium bevat geen risicotaxatie-instrument, aangezien deze instrumenten gericht zijn op specifieke problematiek. Bijgevolg kunnen ze geen deel uitmaken van een *generiek* assessment instrumentarium.

Stilaan groeit het besef dat een betere doorstroom tussen voorzieningen met inbegrip van benchmarking en onderzoek over de populatie van gedetineerden – en ruimer justitiabelen - in België nodig is. Het delen van data zal ertoe bijdragen dat longitudinaal gebruik van de gegevens mogelijk wordt doorheen het behandeltraject over voorzieningen heen. Het gebruik van een generiek assessment instrumentarium is hiervoor nodig, en zal zelfs de administratieve last voor de hulpverleners reduceren. Het delen van de data kan uiteraard enkel mits akkoord van de cliënt of zijn vertegenwoordiger die zelf bepaalt welke informatie de hulpverleners met welk type van voorzieningen delen.

## II. Om het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium te implementeren in de Vlaamse forensische GGZ is het nodig dat eerst een aantal randvoorwaarden in de praktijk-settings gerealiseerd zijn

We denken hierbij aan volgende aspecten:

1. Het is belangrijk dat er consensus komt over de **Belgische definitie** van **high, medium en low security** zorg. Het For-Care onderzoek heeft een indeling voorgesteld, maar deze indeling wordt (nog) niet toegepast (For-Care, 2020). Deze definities zijn nodig om de DUNDRUM generiek in de forensische GGZ te gebruiken.
2. Er zal de nodige **opleidingscapaciteit** moeten voorzien worden om de verschillende disciplines uit de forensische GGZ - voldoende en regelmatig - op te leiden in het gebruik van DUNDRUM en BelRAI.
3. Er is een **integratie** nodig tussen het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium en de **B4-registratie van de federale overheid**.
4. We bevelen aan dat het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM worden opgenomen in het **Vlaams BelRAI IT-platform**. De gebruikte **software** zal op termijn ook **geïntegreerd** moeten worden **in de patiëntendossiers** om dubbel werk voor de hulpverleners te voorkomen.
5. Er dient een **kader voor informatiedeling** tussen de (geestelijke) gezondheidszorg en de welzijnszorg uitgewerkt te worden. Gegevensdeling tussen hulpverleners binnen een voorziening en tussen GGZ en niet GGZ-voorzieningen onderling kan best gebeuren op een need-to-know basis, rekening houdend met de juridische randvoorwaarden die duidelijk omschreven worden.

Het Vlaams BelRAI IT-platform dient te beschikken over een onderzoeks- en opleidingsruimte waaruit verzamelde data verwijderd kunnen worden eens een studie of opleiding afgelopen is. Op die manier worden alle rechten van deelnemers aan BelRAI-studies in alle omstandigheden gevrijwaard en krijgen de hulpverleners de kans om met BelRAI en DUNDRUM te leren werken, zonder dat deze data in de online dossiers van de respectievelijke cliënten terecht komen. We verwachten dat het longitudinaal gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (en de DUNDRUM) in de volledige gespecialiseerde GGZ de **continuïteit van zorg** en **integrale zorg** zal bevorderen in de Vlaamse GGZ. Door dit inzicht zou het belang van het instrumentarium als relevanter kunnen

beoordeeld worden door hulpverleners en voorzieningen. Het zal daarenboven, zoals in andere landen die interRAI gebruiken, een representatieve dataset opleveren, ook voor de Vlaamse forensische GGZ. Deze dataset zal de verdere validering van het instrumentarium mogelijk maken, ook voor gebruik op het niveau van het beleid in voorzieningen, netwerken en betrokken overheden.

**III. De volgende stap in het implementatieproces is bijgevolg het longitudinaal gebruiken en opvolgen van het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium in de volledige Vlaamse forensische GGZ**

We zien volgende stappen als prioritair:

1. Nadat het generiek assessment instrumentarium is aangepast volgens de aanbevelingen uit I.1 is de volgende stap in het implementatieproces het **longitudinaal gebruik** van het instrumentarium in de volledige sector. Dit impliceert dat hulpverleners het generiek assessment instrumentarium vanaf dat moment ook zullen gebruiken voor cliënten met **andere justitiële statuten dan internering** en voor cliënten met een **intellectuele beperking**. De doelstelling is dat men voor individuele cliënten het generiek assessment instrumentarium voor het eerst invult bij de start van het forensische zorgtraject. In volgende fases van dat traject vullen hulpverleners de gewijzigde zorgnoden aan in het assessment. Onderdelen van het instrumentarium zullen ook in de gevangenissen kunnen ingevuld worden (zie I.1).
2. Om het longitudinaal gebruik van het instrumentarium te realiseren zal de betrokkenheid van de **netwerken internering** cruciaal zijn. Daarenboven dient deze volgende stap in het implementatieproces deel uit te maken van een groter project waarin het longitudinaal gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (en de DUNDRUM) in de **volledige gespecialiseerde GGZ** wordt opgestart
3. De **meerwaarde van het systematisch monitoren van het gebruik van de instrumenten** in de praktijk verwachten we op vele vlakken waaronder: meer inzicht in de wijze waarop het generiek assessment instrumentarium bijdraagt tot samenwerking en continuïteit van de zorg en ondersteuning, de verdere validering van de instrumenten op eigen bodem, en vergelijkingen met data uit andere landen die kunnen leiden tot belangrijke nieuwe inzichten over de noden en zorgzwaarte van patiëntenpopulaties.



# Inhoudstafel

Lijst van afkortingen	19
<b>Hoofdstuk 1      Internering</b>	<b>23</b>
1      Afbakening van de doelgroep die in deze pilootstudie in beeld komt: geïnterneerden	23
2      Forensische zorg	24
3      Specifieke forensische topics die tijdens een forensische behandeling minimaal in kaart dienen gebracht te worden	26
3.1      Risicotaxatie	27
3.2      Beveiligingsniveau	28
3.3      Behandeloortgang	30
3.4      Zorgnoden	31
<b>Hoofdstuk 2      Literatuurstudie: Instrumenten om zorgnoden in kaart te brengen</b>	<b>35</b>
1      Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen	35
2      Methode literatuurstudie	35
3      Resultaten: Instrumenten	35
3.1      CANFOR	36
3.2      DUNDRUM-toolkit	37
3.3      HoNOS-Secure	38
3.4      interRAI MH	39
3.5      SNAP	40
4      Vergelijking van de instrumenten	41
4.1      Betrouwbaarheid	44
4.2      Constructvaliditeit	53
4.3      Predictieve validiteit	53
5      Crosswalk items	53
5.1      DUNDRUM-toolkit vs. interRAI MH	53
5.2      DUNDRUM-toolkit vs. HoNOS-Secure	55
5.3      interRAI MH vs. HoNOS-Secure	55
6      Conclusie van de literatuurstudie	58
<b>Hoofdstuk 3      BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>61</b>
1      Waarom kiezen voor BelRAI?	61
2      BelRAI GGZ-instrumentarium	62
3      Gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium	63
3.1      Invullen van de BelRAI GGZ-instrumenten	63
3.2      BelRAI GGZ-resultaten	65
4      Overzicht BelRAI projecten in de Belgische en Vlaamse GGZ	68

<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen</b>	<b>71</b>
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Methode</b>	<b>75</b>
1	Studie design	75
2	Steekproef	76
2.1	Rekrutering van de forensische GGZ-voorzieningen	76
2.2	Hulpverleners	77
2.3	Geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving	77
2.4	Beleidsexperten uit de sector en van betrokken overheden	78
3	Dataverzameling	78
3.1	Dataverzameling bij geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving	79
3.2	Dataverzameling bij de hulpverleners	80
3.3	Dataverzameling bij beleidsexperten uit de sector en van betrokken overheden	81
4	Procedure	82
5	Dataverwerking	85
5.1	Dataverwerking van onderzoeksvraag 1	85
5.2	Dataverwerking van onderzoeksvraag 2	86
5.3	Dataverwerking van onderzoeksvraag 3	86
5.4	Dataverwerking van onderzoeksvraag 4	86
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Kwantitatieve beschrijving van de steekproef aan de hand van het DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium</b>	<b>87</b>
1	Aantal ingevulde BelRAI- en DUNDRUM-assessments	88
2	Resultaten op basis van de beschrijvende statistieken van het BelRAI GGZ-instrumentarium	89
2.1	BelRAI (C)MH-instrument	89
2.2	Forensic supplement	100
2.3	Addictions supplement – extended version	105
2.4	Samenvattende bespreking van de steekproef op basis van het BelRAI GGZ-instrumentarium	110
3	Resultaten op basis van de beschrijvende statistieken van de DUNDRUM	111
3.1	Missing values	111
3.2	Interne consistentie	112
3.3	Gemiddelde scores	112

4	Het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-assessment om verwijzingen en behandeldoelstellingen te onderbouwen	114
4.1	Hoe DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten gebruiken om verwijzingen en behandeldoelstellingen wetenschappelijk te onderbouwen?	114
4.2	Casus 1: een persoon die behandeling krijgt in een residentiële forensische setting	115
4.3	Casus 2: een persoon die behandeling krijgt in een ambulante forensische setting	119
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Gebruiksmogelijkheden van het DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium</b>	<b>123</b>
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Conclusies en beleidsaanbevelingen</b>	<b>131</b>
1	Wat hebben we onderzocht?	131
2	Conclusies omtrent het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ	132
2.1	Risicotaxatie	133
2.2	DUNDRUM, toolkit om het gestructureerd klinisch oordeel omtrent beveiligingsniveau vorm te geven	134
2.3	Het BelRAI GGZ-instrumentarium om criminogene en algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden in kaart te brengen	135
2.4	Delen van DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten	140
2.5	IT-platform	141
3	Beleidsaanbevelingen vanwege de onderzoeksequipe	142
3.1	De DUNDRUM en het geteste BelRAI GGZ-instrumentarium vormen een generiek assessment instrumentarium voor de Vlaamse forensische GGZ, mits (de structuur van) het instrumentarium enkele aanpassingen ondergaat	142
3.2	Om het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium te implementeren in de Vlaamse forensische GGZ is het nodig dat eerst een aantal randvoorwaarden in de praktijk-settings gerealiseerd zijn.	144
3.3	De volgende stap in het implementatieproces is bijgevolg het longitudinaal gebruiken en opvolgen van het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium in de volledige Vlaamse forensische GGZ.	145
	<b>Referenties</b>	<b>147</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>157</b>
	Bijlage 1. Informatiebrochure BelRAI geestelijke gezondheidszorg (GGZ) studie	159
	Bijlage 2. Richtvragen focusgroep hulpverleners	167
	Bijlage 3. Gedetailleerde weergave van de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners en beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden	171

## Lijst van Tabellen

Tabel 1	Overzicht van de kenmerken van de instrumenten uit de literatuurstudie	43
Tabel 2	Overzicht van de geïncludeerde studies	45
Tabel 3	Overzicht psychometrische eigenschappen CANFOR	47
Tabel 4	Overzicht psychometrische eigenschappen DUNDRUM	48
Tabel 5	Overzicht psychometrische eigenschappen HoNOS-Secure	50
Tabel 6	Overzicht psychometrische eigenschappen interRAI MH	51
Tabel 7	Overzicht psychometrische eigenschappen SNAP	52
Tabel 8	DUNDRUM-1 vs. interRAI MH en Forensic supplement	54
Tabel 9	DUNDRUM-2 vs. interRAI MH en Forensic supplement	54
Tabel 10	DUNDRUM-3 vs. interRAI MH en Forensic supplement	54
Tabel 11	DUNDRUM-4 vs. interRAI MH en Forensic supplement	55
Tabel 12	HoNOS-Secure vs. DUNDRUM-toolkit	56
Tabel 13	HoNOS-Secure vs. interRAI MH en Forensic supplement	57
Tabel 14	Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen	67
Tabel 15	Overzicht van het aantal ingevulde BelRAI GGZ-instrumenten/-supplementen en DUNDRUM-toolkits	88
Tabel 16	Beschrijvende statistieken zorgschalen (veiligheid, sociaal leven, somatische complicaties)	95
Tabel 17	Beschrijvende statistieken zorgschalen (cognitieve en psychisch functioneren en functioneel presteren)	96
Tabel 18	Cronbach's Alpha DUNDRUM subschalen	112
Tabel 19	Gemiddelde DUNDRUM-scores	113
Tabel 20	Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Geschiktheid en de haalbaarheid van het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ instrumentarium volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden	124
Tabel 21	Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten in kader van het begeleidingsplan (inclusief verwijzing) volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden	127
Tabel 22	Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 3: Het toekomstig gebruik van DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium in Vlaamse forensische GGZ volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden	129



## Lijst van Figuren

Figuur 1	Omschrijving van de groep justitiabelen	24
Figuur 2	Procedure BelRAI en DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie	83
Figuur 3	Verdeling cliënten volgens leeftijdscategorieën	90
Figuur 4	Verdeling cliënten volgens burgerlijke staat	90
Figuur 5	Verdeling cliënten over het aantal opnames in de residentiële GGZ in het verleden	91
Figuur 6	Leeftijd cliënten bij eerste overnachting in residentiële GGZ	91
Figuur 7	Verdeling cliënten volgens huidig type van voorziening	92
Figuur 8	Verdeling cliënten volgens duur huidige behandeling	92
Figuur 9	Verdeling cliënten over DSM-diagnosecategorieën	93
Figuur 10	Verdeling cliënten volgens ziektebeelden	94
Figuur 11	Tijd sinds laatste gebruik van verslavende middelen	94
Figuur 12	Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond veiligheid	97
Figuur 13	Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond sociaal leven	98
Figuur 14	Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond economische factoren	99
Figuur 15	Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond autonomie	99
Figuur 16	Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond gezondheidspromotie	100
Figuur 17	Gedragsproblemen voor 12 jaar	101
Figuur 18	Uit huis geplaatst door de rechtbank of jeugdbescherming voor 18 jaar	101
Figuur 19	Al dan niet naleven van ontslagvoorwaarden vorige opname	101
Figuur 20	Indicatoren van psychisch functioneren	102
Figuur 21	Soorten ernstige misdrijven	103
Figuur 22	Verdeling cliënten volgens leeftijd bij eerste politietussenkomst	103
Figuur 23	Verdeling cliënten over het al dan niet efficiënt oplossen van problemen	104
Figuur 24	Verdeling cliënten volgens het al dan niet hebben van onrealistische plannen	104
Figuur 25	Verdeling cliënten over leeftijdscategorieën eerste alcohol (n = 52) of middelengebruik	106
Figuur 26	Langste periode van onthouding – alcohol en andere verslavende middelen	107
Figuur 27	Verdeling cliënten volgens substitutiebehandeling in het verleden	107
Figuur 28	Verdeling cliënten volgens al dan niet injectie psychoactieve substantie in het leven	108

Figuur 29	Verdeling cliënten volgens meest recente overdosis	108
Figuur 30	Verdeling cliënten volgens toestand tanden	109
Figuur 31	Hulpverlenerscores gestratificeerd naar beveiligingsniveau	113
Figuur 32	Cliëntscores gestratificeerd naar beveiligingsniveau	114
Figuur 33	Evenwicht criminogene noden en zorgnoden in relatie tot risico op hervat	137
Figuur 34	Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium betreffende geschiktheid	177
Figuur 35	Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium omtrent haalbaarheid	181
Figuur 36	Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden BelRAI GGZ-resultaten in het begeleidingsplan	183
Figuur 37	Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst in de Vlaamse (G)GZ	185

## Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AUC	Area Under the Curve
BI	Barthel Index
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BW	Beschut Wonen
B-SAFER	Brief Spousal Assault For Evaluation of Risk
CAGE	De letter C, A, G en E verwijzen naar de vier criteria: (1) Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? (2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt Guilty about drinking? (4) Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?
CAN	Camberwell Assessment of Need
CANFOR	Camberwell Assessment of Need – Forensic version
CAP's	Clinical Assessment Protocols
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression scale
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CoBRHA register	Common Base Registry for HealthCare Actor
CPS	Cognitive Performance Scale
CRDS	Centre de Recherche en Défense Sociale
DROS	Dynamic Risk Outcome Scales
DSI	Depressive Severity Index
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUNDRUM	Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual
D1-TB	DUNDRUM-1 Triage Beveiliging
D3-PV	DUNDRUM-3 Programma Voltooiing
D4-H	DUNDRUM-4 Herstel
EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoening
FARE	Forensisch Ambulante Risico Evaluatie
FOD	Federale Overheidsdienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum

## Lijst van afkortingen

---

GAF	Global Assessment of Functioning
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GKO	Gestructureerd Klinisch Oordeel
GLM	Good Lives Model
GPCSL	General Personality and Cognitive Social Learning
HCR	History, Clinical and Risk Management
HCR-20v2	History, Clinical and Risk Management 20 versie 2
HCR-20v3	History, Clinical and Risk Management 20 versie 3
HKT-R	Historisch, Klinisch, Toekomst - Revisie
HoNOS-Secure	Health of the Nations Outcome Scale-Secure
Hv's	Hulpverleners
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
IBW	Initiatieven voor Beschut Wonen
ICC	Intra-classcorrelatie
ICD	International Classification of Diseases
IFBE	Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie
IFpBE	Instrument voor Forensisch poliklinische Behandel Evaluatie
interRAI CMH	interRAI Community Mental Health
interRAI MH	interRAI Mental Health
KBI	Kamers ter Bescherming van de Maatschappij
KeFor	Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg
Lawton IADL- CV	Lawton Instrumental ADL scale- Chinese Version
LFPZ	Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg
LS/CMI	Level of Service/Case Management Inventory
MDO	Mentally Disordered Offenders
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MPG	Minimale Psychiatrische Gegevens
MSA	Medium Security Afdelingen
MT	Mobiele Teams
OMI	Offenders with a Mental Illness
OPZC	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PC	Psychiatrisch Centrum

PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PPV	Positive Predictive Values
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RHO	Risk of Harm to Others
RNR	Risk-Need-Responsivity
ROM	Routine Outcome Monitoring
SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors for violence risk
SAVRY	Structured Assessment of Violence Risk in Youth
SCL-90	Symptom-Checklist-90
SNAP	Security Needs Assessment Profile
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
SPSS	Superior Performing Software Systems
SRP	Stalking Risk Profile
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability
START-S	Short-Term Assessment of Risk and Treatability - strength schaal
START-V	Short-Term Assessment of Risk and Treatability - vulnerability schaal
SWS	Social Withdrawal Scale
SWVG	Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide
VVBV	Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



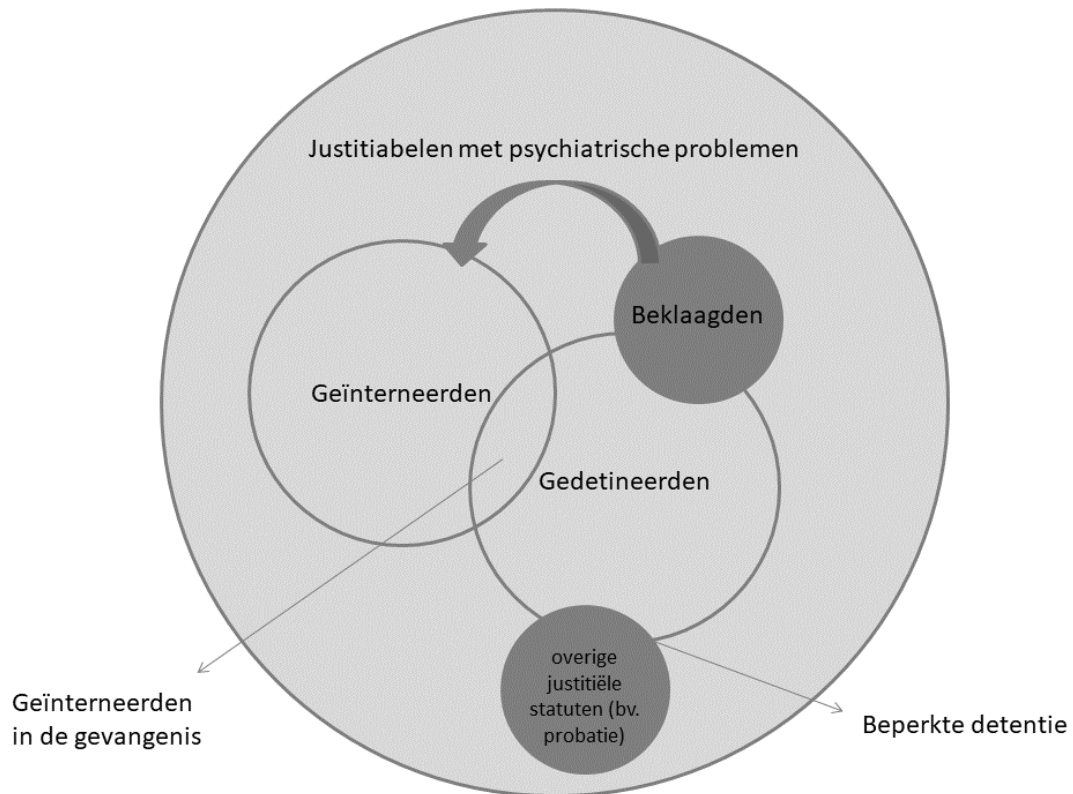
# Hoofdstuk 1

## Internering

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst waarom we gekozen hebben om bij dit onderzoek te focussen op de populatie van geïnterneerde personen en geven we uitleg over de forensische zorg, waaronder een uiteenzetting van de verschillende diensten die forensische zorg verlenen. Tenslotte bespreken we een aantal specifieke forensische topics die belangrijk zijn om tijdens een forensische behandeling in kaart te brengen.

### **1 Afbakening van de doelgroep die in deze pilotstudie in beeld komt: geïnterneerden**

Het begrip ‘justitiabelen’ duidt op personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden. Het kan gaan om verdachten (bij de politie), gedetineerden (in voorhechtenis of veroordeeld), geïnterneerden of personen die vrij onder voorwaarden zijn (zie Figuur 1). Geïnterneerden zijn personen die een misdrijf gepleegd hebben, waarvoor zij ten gevolge van hun psychiatrische problematiek ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Het is hierbij belangrijk op te merken dat niet iedere persoon met een psychiatrische stoornis die een delict gepleegd, geïnterneerd is. Het is daarom nodig om ook een onderscheid te maken tussen een geïnterneerde en een justitiabele met een psychiatrische stoornis, die niet geïnterneerd werd. De internationale literatuur omschrijft deze groep doorgaans als “Mentally Disordered Offenders” (MDO) of “Offenders with a Mental Illness” (OMI). Een justitiabele met een psychiatrische stoornis is bijgevolg een persoon die in contact is gekomen met justitie als dader en een acute of chronische psychiatrische stoornis heeft, maar toerekeningsvatbaar is voor zijn daden. De geïnterneerden zijn daders die ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Zij krijgen geen strafmaatregel maar wel een beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur opgelegd. De term justitiabelen omvat dus een zeer heterogene groep van personen, met een grote verscheidenheid aan zorgnoden en justitiële titels, hetgeen een wetenschappelijk onderzoek omtrent dit onderwerp bemoeilijkt. Daarom is besloten – in samenspraak met de opdrachtgevers – om in deze pilotstudie te focussen op de groep van geïnterneerden en de doelgroep niet breder te trekken naar justitiabelen. De grote groep van justitiabelen zal onderzocht moeten worden in een vervolgonderzoek.



Figuur 1 Omschrijving van de groep justitiabelen

## 2 Forensische zorg

Volgens de wet betreffende de internering van personen (wet van 5 mei 2014, gewijzigd door de Potpourri III-wet van 4 mei 2016) kan in België in geval van ontoerekeningsvatbaarheid een interneringsmaatregel van onbepaalde duur worden opgelegd door onderzoeks- en vonnisgerechten. In tegenstelling tot een straf wordt er geen einddatum uitgesproken bij het opleggen van de interneringsmaatregel. Een interneringsmaatregel is een beveiligingsmaatregel met een tweeledig doel, namelijk de maatschappij beschermen en de geïnterneerde medisch-psychiatrisch behandelen (Cosyns, D'Hont, Janssens, Maes, & Verellen, 2007; Vandevelde et al., 2011). Er kan een einde gesteld worden aan de interneringsmaatregel, de zogenaamde definitieve invrijheidsstelling, wanneer de geestestoestand van de betrokken persoon voldoende gestabiliseerd is en het risico op recidive gedaald (wet betreffende de internering van 5 mei 2014, art. 66).

Geïnterneerden vallen onder de bevoegdheid van de Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM). De KBM's beslissen over alle uitvoeringsmodaliteiten. Zo beslissen zij over uitgangsvergunningen, verloven, beperkte detentie, elektronisch toezicht, invrijheidsstelling op proef, (over)plaatsing, vervroegde invrijheidsstelling met oog op verwijdering grondgebied/overlevering, en definitieve invrijheidsstelling. De KBM's kunnen besluiten om de geïnterneerde persoon te



plaatsen of vrij op proef te laten gaan onder een aantal strikte voorwaarden en beslissen ook bij welke instelling, of onder welke voorwaarden, deze persoon vrij op proef gaat<sup>3</sup>.

De KBM kan een geïnterneerde persoon laten plaatsen. De plaatsing gebeurt in Vlaanderen in een afdeling/inrichting bescherming van de maatschappij (zoals de afdelingen bescherming van de maatschappij in de gevangenissen van Merksplas, Turnhout, Brugge en Antwerpen), in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC zoals in Gent en Antwerpen) of in een door de overheid erkende voorziening (bv. een psychiatrisch ziekenhuis) waarmee een plaatsingsovereenkomst is afgesloten<sup>4</sup> (Casselmann, De Rycke, & Heimans, 2015). De FPC's zijn de enige behandelinstellingen die verplicht zijn om een persoon op te nemen. Alle andere voorzieningen mogen een patiënt weigeren.

Buiten plaatsing kan een geïnterneerde ook vrij op proef behandeld worden in een residentieel of ambulantly zorgtraject. In 2001 werden in Vlaanderen drie forensisch psychiatrische afdelingen opgericht (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, Sint-Jan-Baptist te Zelzate en Sint-Kamillus te Bierbeek). De afdelingen worden medium security afdelingen (MSA) genoemd, refererend naar hun beveiligingsniveau. De focus ligt hierbij op geïnterneerden met een gemiddeld beveiligingsrisico voor zichzelf en de samenleving en een gemiddeld risico op herval (Moens & Pauwelyn, 2012). De term 'security' of 'beveiliging' verwijst naar een essentieel onderdeel in de forensische zorg en bestaat uit drie aspecten: 1) omgevings- of materiele beveiliging, 2) procedurele beveiliging en 3) relationele beveiliging (Kennedy, 2002). Waar de eerste twee componenten uitgaan van het aanbodperspectief, is de derde component nauw verbonden met het individuele risicoprofiel en de beveiligingsnoden van de patiënt. Het MSA-zorgaanbod is bedoeld voor Nederlandstalige geïnterneerden met enige mate van motivatie en leerbaarheid en op psychiatrisch vlak bij voorkeur een psychotische en/of een persoonlijkheidsstoornis. Exclusiecriteria voor opname zijn een op de voorgrond staande seksuele of verslavingsproblematiek en/of een hoge mate van psychopathie (De smedt, Mariën, & Vermeiren, 2008). Alleen de MSA van Zelzate heeft sinds 2006 een aanbod voor vrouwelijke geïnterneerden. Verder zijn er vier afdelingen opgericht voor de doelgroep seksuele delinquenten (niet enkel geïnterneerden) (Libra in PZ Asster, Sint-Truiden, Kliniek voor Forensische Psychiatrie in APZ Sint-Lucia, Sint-Niklaas, Diga in Sint-Jan-Baptist, Zelzate en Fides in PC Sint-Amandus, Beernem). Daarnaast zijn er nog de forensische VAPH-projecten, forensisch beschut wonen, forensische PVT's, de forensische mobiele teams, forensische (upgrade) bedden binnen de reguliere psychiatrische ziekenhuizen (en upgrade-plaatsen in regulier beschut wonen en PVT) en kunnen geïnterneerden ook ambulantly behandeld worden (zowel forensisch als regulier). Daarnaast zijn er nog enkele verbeterprojecten, alsook crisis- en time-outbedden. Bij gebrek aan gepaste doorverwijsmogelijkheden verbleven in 2011 meer dan 600 Vlaamse geïnterneerden in een gevangenis (Moens & Pauwelyn, 2012). Ondertussen zijn twee high security instellingen (FPC Gent en FPC Antwerpen) operationeel en is er een high security afdeling voor vrouwen gekomen (Levanta, Zelzate), waardoor de patiënten met een high security profiel ook aangepaste zorg kunnen krijgen

<sup>3</sup> De invrijheidstelling op proef is een modaliteit waarbij de geïnterneerde persoon de hem opgelegde veiligheidsmaatregel ondergaat in een residentieel of ambulantly zorgtraject mits hij de voorwaarden naleeft die hem gedurende de proeftijd worden opgelegd. De zorgopvolging moet verzekerd zijn en daarom dient de invrijheidstelling op proef steeds samen te gaan met een zorgtraject.

<sup>4</sup> Dit zijn: de afdeling voor langdurig forensisch psychiatrische zorg (LFP), de afdeling Geïntegreerde Ondersteuning Lichte verstandelijke beperking en Forensische zorg (GoLF) en alle medium security afdelingen van de zorggroep Sint Kamillus te Bierbeek; de afdeling Levanta en alle medium security afdelingen in het PC Sint Jan Baptist te Zelzate en de medium security afdeling van het OPZC Rekem. Deze overeenkomst is nog niet officieel ondertekend maar er wordt wel al gehandeld volgens deze overeenkomst.

en niet langer in de gevangenis moeten blijven zitten. Verder is er ook een long stay afdeling in Bierbeek geopend (Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg (LFPZ)). Zo waren er in december 2017 bijna twee derde minder Vlaamse geïnterneerden in de gevangenis (Seynnaeve, Goyens, & Dheedene, 2018) en begin 2020 lijkt de daling zich verder te zetten (persoonlijke mededeling Katelijne Seynnaeve 20/01/2020). De financiering van de verschillende instellingen gaat via de federale of Vlaamse overheid. Sommige instellingen krijgen financiering van zowel de federale als de Vlaamse overheid. De psychiatrische ziekenhuizen (de FPC's, MSA's en de upgradebedden in reguliere psychiatrische ziekenhuizen) en de mobiele teams krijgen financiering van de federale overheid. De psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen en ambulante zorg (vb. CAW, CGG) vallen onder de Vlaamse bevoegdheid en krijgen dus hun financiering van de Vlaamse overheid. In sommige gevallen is de situatie ingewikkelder. Zo is bijvoorbeeld een forensische PVT voor de basisfinanciering afhankelijk van de Vlaamse overheid maar extra financiering voor geïnterneerden krijgen ze van de federale overheid via de B4-overeenkomst<sup>5</sup>.

### **3 Specifieke forensische topics die tijdens een forensische behandeling minimaal in kaart dienen gebracht te worden**

België hanteert geen systematische dataverzameling voor de geïnterneerde populatie. Op onder andere Vlaams niveau en op het niveau van de MSA's in Vlaanderen heeft men wel dataverzamelingen uitgevoerd. Zo hebben de netwerkcoördinatoren internering<sup>6</sup> gegevens verzameld omtrent alle Vlaamse geïnterneerden die op dat moment in de gevangenis verbleven. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat er op 24/12/2013 712 geïnterneerden verbleven in de Nederlandstalige gevangenissen (incl. de Nederlandstaligen in de Brusselse gevangenissen). Deze populatie betrof hoofdzakelijk personen met de Belgische nationaliteit en met een gemiddelde leeftijd van 41,5 jaar. De psychische problemen van deze populatie situeerden zich overwegend binnen de persoonlijkheidsstoornissen, gevolgd door middelenproblematiek, psychoses en verstandelijke beperking. De delicten betroffen vooral slagen en verwondingen, zedenfeiten en diefstal met verzwarende omstandigheden. Opvallend was dat de geïnterneerden gemiddeld 2,5 jaar in detentie verbleven en een aantal geïnterneerden kenden een zeer lange periode (15% met 10 jaar of meer) van opsluiting (Dheedene, Seynnaeve, & Van der Auwera, 2015).

Ook de MSA's hebben tussen 2001 en 2010 gegevens bijgehouden van alle geïnterneerden die de voorzieningen opnamen (Jeandarme, 2016). Verder ontbreekt het – buiten de gebruikelijke MPG – aan dataregistratie. Het For-Care project was in 2016 gestart met een onderzoeksproject dat een monitoringsysteem met betrekking tot de zorgpaden van de geïnterneerden in België in kaart wilde brengen (For-Care, 2020). Hun aanbeveling was dat er nood is aan systematische dataregistraties van alle forensische voorzieningen, bij voorkeur centraal aangestuurd. Diepgaand onderzoek naar de zorgpaden van geïnterneerden wordt geadviseerd. Bilaterale communicatie tussen instellingen over

---

<sup>5</sup> Een B4 overeenkomst is onderdeel van de ziekenhuisfinanciering. Via een B4 overeenkomst financiert de Federale Overheid specifieke projecten (bv. zorg aan geïnterneerden). Dit is geen structurele financiering maar een jaarlijks contract dat de Federale Overheid heeft met de ziekenhuizen.

<sup>6</sup> De netwerkcoördinator vormt een brug tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg met als doel adequate zorg te bieden aan personen met een interneringsstatuut. Hiertoe organiseert de netwerkcoördinator overleg tussen voorzieningen en werkt hij/zij mee aan een de uitbouw van een volledig zorgaanbod voor mensen met een interneringsstatuut.

opnamecriteria zou voor een vlottere doorstroom tussen instellingen moeten zorgen. Sinds 2017 is er een structurele registratie van gegevens van de geïnterneerden die aangemeld zijn bij projecten met een B4-overeenkomst. Deze gegevens worden in opdracht van de federale overheid jaarlijks geanalyseerd en gerapporteerd door het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) en Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) (Pouls, Delannoy, Pham, & Jeandarme, 2020).

Het forensische normenkader geeft een overzicht van een aantal domeinen die van belang zijn tijdens de duur van de interneringsmaatregel. Bij de intake is het belangrijk dat de persoon zorg krijgt binnen het juiste niveau van beveiliging. Dus het bepalen van het niveau van beveiliging is één van de domeinen die mee in kaart gebracht moet worden. Binnen het domein observatie en diagnostiek is het doel om onder andere de zorgnoden van de patiënt te weten en de behandeling aan te passen op zijn zorgnoden. Verder is risicotaxatie een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start dit al tijdens de observatiefase en de diagnosestelling (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019). Samengevat kan men stellen dat het in kaart brengen van de volgende domeinen hoort bij goede forensische zorg: risicotaxatie, niveau van beveiliging, behandelvoortgang (Routine Outcome Monitoring) en zorgnoden.

De huidige structurele registratie van gegevens bij de B4-instellingen registreert risicotaxatie, demografische, opname en klinische gegevens maar niet de beveiligingsnood, behandelvoortgang en zorgnoden. Een systematische registratie van de opgesomde domeinen zou bijdragen aan een betere continuïteit van zorg en zou communicatie tussen voorzieningen kunnen bevorderen (Institute of Medicine, 2001). Het vervolg van hoofdstuk 1 biedt een overzicht van welke instrumenten voorhanden zijn om deze gegevens op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te meten.

### **3.1 Risicotaxatie**

Risicotaxatie is het inschatten van de ernst van het risico dat iemand in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag gaat vertonen van bepaalde aard, omvang (recidive), en binnen een welbepaalde context. Risicofactoren zijn factoren waarvan via wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat zij in relatie staan tot een verhoogd risico op recidive in gewelddadig gedrag (bv. persoonskenmerken). Beschermende factoren zijn factoren die toelaten het risico op een bepaald gedrag te reduceren (bv. sociale relatie, werk, vaste verblijfplaats) (de Vogel, de Vries Robbé, de Ruiters, & Bouman, 2011). Er zijn risicotaxatie-instrumenten die louter gebaseerd zijn op risicofactoren, terwijl andere instrumenten ook beschermende factoren mee in rekening nemen. De aan- of afwezigheid van bepaalde statische of dynamische risicofactoren kunnen de kans op recidive verhogen of verlagen (Hanson, 2005). Statische variabelen veranderen niet doorheen de tijd. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan het criminele verleden, de ontwikkelingsgeschiedenis en aangeboren factoren. Dynamische variabelen kunnen wel veranderen doorheen de tijd, zoals bijvoorbeeld psychologische factoren.

Doorheen de geschiedenis van risicotaxatie werden er instrumenten ontwikkeld met een eerder actuariële of klinische invalshoek. De actuariële invalshoek is risicotaxatie op grond van kansberekening, toegepast op een lijst van relevante factoren. Deze factoren kunnen betrekking hebben op delictgeschiedenis, ziektebeeld, sociaal netwerk, ... Al deze factoren krijgen een score naargelang de aan- of afwezigheid ervan. Op basis van deze scores komt men tot een risico-inschatting (Harris & Rice, 2007).

De klinische invalshoek gaat uit van de kennis van experts en de professionele beoordeling en kan zowel gestructureerd als ongestructureerd zijn. Bij het ongestructureerd klinisch oordeel maakt men geen gebruik van een vooropgesteld instrument, maar komt de clinicus tot een risico-inschatting door middel van gesprekken met de betrokkene en dossieronderzoek. Onderzoek heeft aangetoond dat het ongestructureerd klinisch oordeel slechter dan op kansniveau presteert met betrekking tot het voorspellen van herval (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006). Bij het gestructureerd klinisch oordeel (GKO) maakt de clinicus een inschatting van een aantal risico- en/of beschermende factoren (die vanuit de empirie blijken gerelateerd te zijn aan recidive) aan de hand van een vooropgesteld instrument.

Bij voorkeur gebeurt de risicotaxatie multidisciplinair en/of via de consensusmethode. Bovendien is de context waarin het instrument wordt afgenomen bepalend voor de interpretatie van de resultaten. Risicotaxatie is een hulpmiddel waarop men zich kan baseren om een inschatting van het risico op recidive van een persoon te maken. Singh, Grann en Fazel (2011) hebben een meta-analyse gemaakt van de risicotaxatie-instrumenten gerapporteerd tussen 1995 en 2008 en geven een gedetailleerd overzicht weer van de huidige risicotaxatie-instrumenten. Onderzoek heeft aangetoond dat in België de HCR-20, de VRAG en de PCL-R de meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten zijn (Pham et al., 2016). Onderzoek naar het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in Vlaanderen zal in de toekomst opgestart worden in het kader van de structurele registratie van gegevens van de geïnterneerden die aangemeld zijn bij projecten met een B4-overeenkomst.

### **3.2 Beveiligingsniveau**

De KBM bepaalt welke instelling en dus ook welk beveiligingsniveau de patiënt nodig heeft om zijn behandeling te volgen. Alleen ontbreken er duidelijke criteria en procedures om het beslissingsproces te ondersteunen. Nochtans is het de verantwoordelijkheid van de KBM's om de patiënten te verwijzen naar het beveiligingsniveau dat compatibel is met hun risico en noden. Het foutief inschatten hiervan kan zowel voor de samenleving als voor de geïnterneerde persoon zelf, als voor de diensten hogere kosten met zich mee brengen. Bijvoorbeeld in geval van een incident vanwege behandeling in een setting met een te laag beveiligingsniveau of onnodige plaatsing in een te hoog beveiligingsniveau.

Om te kunnen inschatten waar een persoon zijn behandeling moet krijgen, is het essentieel om te weten welke nood aan beveiliging er nodig is en wat het risico op herval is. Die criteria bepalen immers de context van de zorg, behandeling en/of begeleiding. Bijvoorbeeld iemand die openbare zedenfeiten pleegde (potloodventer) heeft een groot risico op herval maar het niveau van gevaarlijkheid is laag waardoor er geen nood is aan een hoog beveiligingsniveau. Dus ondanks het feit dat de kans dat hij opnieuw feiten gaat plegen groot is, hoeft deze persoon zijn behandeling niet te volgen in een hoog beveiligde instelling. Een objectieve inschatting van de nood aan beveiliging, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, bestaat (nog steeds) niet (Moens & Pauwelyn, 2012). Er zijn wel verschillende pogingen geweest om concrete definities en richtlijnen te creëren maar daar is tot op heden nog geen concreet voorstel voor uitgewerkt. Momenteel zijn er dus geen objectieve criteria om aan te geven aan welke voorwaarden een medium of high security afdeling/ziekenhuis moet voldoen om het label 'medium' of 'high' te krijgen.

Toen de eerste medium security units werden opgestart in 2001 werd er een interuniversitaire onderzoeksgroep aangesteld om na te gaan in hoeverre medium risk/security patiënten verschillen

van de low/high risk/security geïnterneerden (Casselmann et al., 2002). Hieruit kwam het theoretisch model van Vertommen en Maesschalck (2007) voort waarbij drie pijlers werden beschreven: risico- en beveiligingsniveau, behandelbaarheid van de patiënt en aparte behandelprogramma's voor specifieke psychopathologieën. Hun model is grotendeels gebaseerd op de conceptuele en operationele definities die van toepassing zijn binnen het Verenigd Koninkrijk.

De eerste pijler betreft het risico- en beveiligingsniveau. Risico wordt gedefinieerd als de mate van gewelddadige neigingen en het risico op (gewelddadig) recidive hetgeen laag, medium of hoog kan zijn. Dit risico meet men meestal aan de hand van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Risico is een dynamisch concept dat kan fluctueren over tijd, situatie en context. Daarom is het juist zo moeilijk om de mate van risico in een operationele definitie te gieten. Het beveiligingsniveau daarentegen heeft betrekking op het infrastructurele beveiligingsniveau van een instelling of afdeling (low, medium or high security), is dus statisch en gerelateerd aan het risiconiveau van de patiënt. Een patiënt heeft low, medium of high beveiligingsniveaus, terwijl de afdeling het hierbij aansluitende beveiligingsniveau voorziet. Het beveiligingsniveau wordt ingedeeld volgens structurele (bv. bij medium security een ontsnapbestendig gebouw), procedurele (bv. bezoek onder toezicht, beperkte toegang tot cash geld) en relationele beveiligingskarakteristieken (Kennedy, 2002). Relationele beveiligingskarakteristieken zijn gerelateerd aan kwaliteit van zorg en omvatten – bij medium security – hoge patient-to-staff ratios, intensieve behandelprogramma's en specifieke therapeutische vaardigheden om te kunnen omgaan met gevaarlijke patiënten met een ernstige psychische stoornis.

De tweede pijler betreft de behandelbaarheid van de patiënt: psychopathologie, motivatie en mogelijkheid tot samenwerking met de medewerkers. Afhankelijk van deze behandelbaarheid wordt zorg (ondersteuning en begeleiding) of herstel (behandeling of therapie) aangeboden. Wanneer er onduidelijkheid is over de behandelbaarheid zal men starten met een periode van observatie. Het krijgen van zorg is volledig onafhankelijk van beveiligingsniveau en wordt dus aangeboden op elk niveau. Herstel daarentegen kan belemmerd worden door verblijf in medium en high beveiligingsniveaus.

Voor de derde pijler werden er aparte behandelprogramma's voor specifieke psychopathologieën geïdentificeerd. Aparte programma's voor patiënten met een psychotische stoornis, met een persoonlijkheidsstoornis en verstandelijk beperkte geïnterneerden, alsook programma's voor zedendelinquenten en vrouwen, zijn beschikbaar.

Voortgaand op dit theoretisch model hebben Vertommen en Maesschalck (2007) geprobeerd om de term medium security te operationaliseren en om criteria te definiëren. Als eerste moet het risico en beveiligingsniveau bepaald worden aan de hand van 1) neiging tot geweld (klinische inschatting), 2) risico op recidive (bepaald d.m.v. risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20, mogelijks gecombineerd met de PCL-R) en 3) de aanwezigheid van impulsiviteit (vroeger en/of nu). Ten tweede, of zorg, herstel of observatie nodig is, is afhankelijk van 1) motivatie, 2) engagement, 3) mate van spanning en 4) psychopathologie. Ten derde, de nood aan een specifiek behandelprogramma zou afhankelijk moeten zijn van de psychiatrische diagnose (Vertommen & Maesschalck, 2007).

Ondanks deze theoretische indeling van de beveiligingsniveaus, werd volgens Casselman et al. (2002) de indicatie voor opname in een medium security uitgevoerd op een "pragmatische, ontoereikend en soms onaanvaardbare manier" (p. 19), en met een "ernstig gebrek aan uniformiteit" (p. 25). In de praktijk handelden de clinici als poortwachters voor de MSA en beslissingen betreffende opnames

werden gemaakt op basis van klinisch oordeel waarbij een panel van clinici oordeelde over de beste plaatsing. De vraag kan dus gesteld worden over hoe betrouwbaar, valide en transparant deze beslissingen zijn in de praktijk (Stredny, Parker, & Dibble, 2012).

Jeandarme (2016) onderzocht het profiel van de MSA-patiënt en vond dat de demografische en diagnostische profielen vergelijkbaar waren met medium security populaties in de internationale literatuur. Het onderzoek van Jeandarme (2016) vertoonde alleen een lager percentage van personen met een psychotische stoornis vergeleken met de internationale literatuur. Verassend was dat de scores op de risicotaxatie-instrumenten eerder concordant waren met scores van patiënten binnen een high security unit. Verder is er ook een hoge drop-out rate gevonden, hetgeen zou kunnen wijzen op een verkeerde inschatting van beveiligingsniveau. Er is een inherent probleem van circulariteit met het proberen te bepalen van patiënten-karakteristieken voor een specifiek type van behandelunit of door bepalen van het niveau van beveiliging door juist die mensen te onderzoeken die op dat moment in die units verblijven. Het probleem is dat er momenteel nog geen definitie is van wat een medium security populatie is. De nood aan duidelijke definities en onderzoek naar de verschillende aspecten van beveiligingsniveaus binnen de forensische psychiatrie blijkt dus nog steeds actueel. In een meer recente poging hebben de onderzoekers van het For-Care project een poging gedaan om de forensische diensten in te delen op basis van sectoren die onder de bevoegdheden van verschillende overheden vallen (federaal/Vlaams of justitie/ gezondheid) en op basis van het model van Kennedy (2002) hierboven beschreven (For-Care, 2020).

Uit een literatuuroverzicht blijkt dat er weinig instrumenten voorhanden zijn die aanvullend aan een risicotaxatie kunnen gebruikt worden om het beveiligingsniveau vast te stellen en de transfer tussen verschillende niveaus te kunnen bepalen (Habets, 2020, intern rapport) (Keulen-de Vos & Schepers, 2016). Er kwamen maar twee empirisch gevalideerde instrumenten naar voren: de Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins, Davies, & Ashwell, 2007) en de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual V1.0.30 (DUNDRUM) (Kennedy, O'Neill, Flynn, Gill, & Davoren, 2016).

### **3.3 Behandelvoortgang**

Het voorkomen van recidive is het hoofddoel van forensisch psychiatrische behandeling (Yiend et al., 2011), maar Routine Outcome Monitoring (ROM) is ook een belangrijk thema in de forensische psychiatrie (Goethals & van Marle, 2012). Een wijziging in de dynamische risicofactoren kan namelijk gelinkt worden aan behandelvoortgang (De Vries, de Vogel, Douglas, & Nijman, 2014). ROM is de routinematige beoordeling van klinisch relevante uitkomstmaten om behandelvoortgang te kunnen bepalen. Er zijn meerdere voordelen aan ROM: ROM informeert patiënten, hulpverleners, en management over veranderingen in de behandeling en de progressie van de behandeling. Verder bevatten de ROM-resultaten veel informatie die de patiënt-behandelaar relatie kan ondersteunen, hetgeen dan weer bevorderlijk is voor de behandeling. ROM faciliteert ook patiëntparticipatie en ondersteunt shared decision-making. Onderzoek heeft aangetoond dat ROM vooral een meerwaarde biedt bij patiënten die niet goed reageren op de behandeling. Bij personen die wel goed reageren op hun behandeling, kan ROM hun behandeling versnellen (Tiemens & Sonsbeek, 2017). Uit het onderzoek van Carlier en collega's (2012) blijkt dat ROM een positief effect heeft op de lichamelijke en/of psychische gezondheid van de patiënt (78%; Carlier, Meuldijk, Van Vliet, Van Fenema, Van Der Wee & Zitman, 2012).

ROM werd eerst toegepast in de algemene gezondheidszorg en pas later in de geestelijke gezondheidszorg (Buwalda, Nugter, Swinkels, & Mulder, 2011). Forensische ROM staat nog in de kinderschoenen (Yiend et al., 2011) (Van Der Veeken, Lucieer, & Bogaerts, 2018). Terwijl ROM juist erg nuttig kan zijn binnen de forensische psychiatrie. Forensische ROM focust zich op uitkomstmaten rondom dagelijks functioneren, ernst van symptomen, kwaliteit van leven en vermindering van de kans op recidive (Expertgroep forensische psychiatrie, 2011). Forensische ROM kan de basis vormen van diverse beslissingen, zoals met betrekking tot vrijheden, definitieve invrijheidstelling of geschikte behandelprogramma's of -trajecten (Ter Horst, van Ham, Spreen, & Bogaerts, 2014; Schuringa, Spreen, & Bogaerts, 2014). ROM kan op eenzelfde manier als in de reguliere psychiatrie gebruikt worden om behandelvoortgang te evalueren. In de reguliere psychiatrie worden indicatoren van dagelijks functioneren, symptomen en kwaliteit van leven routinematig in kaart gebracht via ROM (Mulder et al., 2010). Uitkomstmaten zoals remissie van symptomen zijn ook nuttig in de forensische psychiatrie (De Beurs & Barendregt, 2008). Volgens Shinkfield en Ogloff (2014) dient ROM binnen forensische psychiatrie te gebeuren op vier domeinen: (klinisch/psychosociaal) functioneren, herstel, risico en zorgpad. Zes instrumenten bleken hiervoor geschikt, hoewel geen enkel instrument alle domeinen in kaart brengt (Shinkfield & Ogloff, 2014). In Nederland meet men de behandelvoortgang via het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE), dat gebaseerd is op de klinische indicatoren van een risicotaxatie-instrument, de HKT-R. Deze ROM-methodiek bestaat erin dat alle disciplines en eventueel de patiënt zelf de indicatoren scoren. De resultaten worden visueel weergegeven en vormen de basis voor de behandelplanbespreking. In het referentiekader van forensische zorg in Nederland zijn drie indicatoren gelinkt aan ROM: meten van de ernst van de problematiek, recidiverisico en verandering van het recidiverisico (cf. supra). Hiervoor werden de volgende instrumenten aangereikt: BPRS, DROS, HoNOS-12, IFBE/IFpBE, B-SAFER, FARE, HCR-20v3, HKT-R, SAVRY (jeugd), SRP, Static/Stable-2007/Acute-2007, START.

### 3.4 Zorgnoden

Geïnterneerden hebben extra zorgnoden in vergelijking met personen die alleen een psychiatrische problematiek hebben. Criminogene noden - dynamische factoren die het risico op een delict verhogen - zijn de focus van de behandeling in de forensische zorg. Indien behandeling succesvol inspeelt op deze criminogene factoren verlaagt het risico op recidive. Voor een veilige terugkeer naar de samenleving moet men zich in de behandeling dus richten op die criminogene noden, het verbeteren van de mentale gezondheid en risicomangement. Forensische behandeling is voornamelijk gebaseerd op het risk-need-responsivity (RNR) model. Dit model stelt een aantal criminogene noden voorop: de Central Eight. Deze risicofactoren komen voort uit het General Personality and Cognitive Social Learning (GPCSL) perspectief rondom het ontstaan van crimineel gedrag. Deze criminogene noden zijn even belangrijk bij justitiabelen met een psychische stoornis als bij justitiabelen zonder psychische stoornis en zijn gelinkt aan zowel algemene als gewelddadige recidive (Bonta, Blais, & Wilson, 2014). Studies hebben aangetoond dat forensisch psychiatrische behandeling effectiever is bij naleving van de RNR-principes (Bonta & Andrews, 2007). In de afgelopen jaren zijn er nieuwe benaderingen toegevoegd waar de focus minder ligt op het risico maar waarbij ook wordt ingezet op de kracht van de patiënt: het 'Good Lives-model' (Ward & Brown, 2004).

Een recente SWVG-studie over de kwaliteitscriteria van forensische GGZ (Pouls & Jeandarme, 2020) toont op basis van internationale wetenschappelijk literatuur en best practices aan dat kwaliteit van

leven en de forensische herstelgerichte benadering steeds belangrijker worden in het behandelmodel, uiteraard naast risicomanagement en inschatting van beveiligingsniveau. Verder heeft onderzoek uitgewezen dat de gezondheid van forensische patiënten vaak slechter is dan die van patiënten in de reguliere psychiatrie (Awofeso, 2005; Harty, Jarrett, Thornicroft, & Shaw, 2012; Kipping, Scott, & Gray, 2011; Leese, Thomas, & Snow, 2006; Seto, Harris, & Rice, 2004). Dus niet alleen criminogene noden zijn belangrijk om te inventariseren, maar algemene zorgnoden (psychische en fysieke gezondheid, maatschappelijke rollen, kwaliteit van leven, ...) moeten ook in kaart gebracht worden (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Segal, Daffern, Thomas, & Ferguson, 2010a; Shaw, 2002). Het niet tegemoet komen aan deze noden tijdens de behandeling kan gevolgen hebben voor het risico op recidive (Bonta & Andrews, 2007; Serin, Lloyd, Helmus, Derkzen, & Luong, 2013). Het heeft ook impact op de kwaliteit van leven (Evans, Banerjee, Leese, & Huxley, 2007; Naus & Hirdes, 2013). Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat subjectieve indicatoren van kwaliteit van leven (tevredenheid rondom financiën en gezondheid, levensdoelen) geassocieerd zijn met minder geweldsrecidive (Bouman, 2009).

Juist omdat de focus in de forensische zorg voornamelijk ligt op risico, is er nog weinig onderzoek gedaan naar zorgnoden en hoe men deze zorgnoden kan meten binnen de forensische zorg. In de reguliere psychiatrie in het buitenland is er een langere traditie van het in kaart brengen van zorgnoden. We denken hierbij aan de Symptom-Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973), de Positive and Negative Symptom Scale (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Ventura et al., 1993), en de Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS; Goldman, Skodol, & Lave, 1992). Deze instrumenten zijn ook in gebruik binnen de forensische psychiatrie, maar hun psychometrische eigenschappen kunnen verschillend zijn van die in de reguliere psychiatrie. Als men bijvoorbeeld naar zelfrapportage-instrumenten kijkt zoals de SCL-90 kunnen er problemen zijn vanwege cognitieve distorties en sociaal wenselijk antwoorden (Fitzpatrick et al., 2010; Haywood, Grossman, & Hardy, 1993; Keulen-de Vos et al., 2011; Yiend et al., 2011). Alleen rekening houden met de scores van de personeelsleden heeft ook zijn nadelen: personeelsleden kunnen een bias hebben waardoor ze meer noden zien dan er eigenlijk zijn (Davoren, Hennessy et al., 2015; Pillay, Oliver, Butler, & Kennedy, 2008) of geen kennis hebben van de meer geïnternaliseerde noden van een patiënt (Keulen-de Vos et al., 2011; Seto et al., 2004). Voor de reguliere psychiatrie zijn er al verschillende generieke beoordelingsinstrumenten ontwikkeld zoals de Camberwell Assessment of Need ([CAN]; (Slade, Thornicroft, Loftus, Phelan, & Wykes, 1999)), de Health of the Nation Outcome Scales ([HoNOS]; (Royal College of Psychiatrists, 2013)), en de interRAI (Community) Mental Health instrumenten ([interRAI (C)MH]; Hirdes et al., 2020). Deze generieke beoordelingsinstrumenten omzeilen de beperkingen met betrekking tot zelfrapportage, cognitieve distorties en verscheidene biases omdat ze de voordelen van verschillende methodes combineren. Bijvoorbeeld, de procedure om de interRAI MH te scoren is dat er informatie over de zorgnoden wordt verzameld bij verschillende bronnen: observaties van de hulpverlener, de patiënt, zijn dossier, zijn omgeving, andere hulpverleners. Op basis van al deze informatie vult de hulpverlener het instrument in, waarbij het hulpverleningsperspectief doorslaggevend is wanneer dit niet overeenkomt met dat van de patiënt en/of zijn omgeving, of andere hulpverleners.

Deze generieke instrumenten zijn voornamelijk ontwikkeld om een uitgebreide anamnese van algemene zorgnoden tijdens opname te bekomen. Verder worden ze ook gebruikt voor behandelplannen en Routine Outcome Monitoring (ROM). Onderzoek heeft uitstekende betrouwbaarheid en



validiteit aangetoond (Drukker et al., 2008; Onder et al., 2012; Parsons et al., 2013; Pirkis et al., 2005; Wennstrom, Berglund, Lindback, & Wiesel, 2008).

Sinds kort zijn sommige van deze instrumenten aangepast voor gebruik in de forensische zorg. Bij de CAN en de HoNOS zijn er extra vragen toegevoegd voor de forensische doelgroep. Bij de interRAI-(C)MH werd – met dezelfde doelstelling – een pilootversie ontwikkeld van het forensic supplement. Gezien er op het moment van deze studie nog geen finale versie bestond, is er over het Forensic supplement nog niks gepubliceerd in wetenschappelijke literatuur. Keulen-de Vos en Schepers (2016) hebben een review gedaan naar de instrumenten die binnen de forensische zorg gebruikt worden om zorgnoden te meten. Slechts 28 wetenschappelijke artikels (van de 1432 oorspronkelijke hits) en vier instrumenten (CANFOR, DUNDRUM-toolkit, HoNOS-Secure en interRAI MH) kwamen in aanmerking om geïnccludeerd te worden in hun review. Van de 28 studies in de review rapporteerden 20 studies psychometrische eigenschappen. Dit geeft nogmaals aan dat er internationaal meer gericht wetenschappelijk onderzoek nodig is over de zorgnoden van forensische patiënten.

Voor de start van het onderzoek hebben we daarom een literatuurstudie uitgevoerd om een overzicht te krijgen van de beschikbare instrumenten om zorgnoden in de forensische populatie in kaart te brengen. Het volgende hoofdstuk focust op deze literatuurstudie.



## Hoofdstuk 2

### Literatuurstudie: Instrumenten om zorgnoden in kaart te brengen

In dit hoofdstuk bespreken we eerst de onderzoeksdoelstelling van de literatuurstudie om vervolgens de methode te beschrijven. Daarna leggen we de resultaten van de literatuurstudie voor en maken we een vergelijking tussen de instrumenten die resulteren uit de literatuurstudie, en ook tussen de items van de instrumenten (crosswalk). In de conclusie formuleren we een voorstel omtrent de combinatie van instrumenten waarmee men zo breed mogelijk en op een generieke manier noden in de forensische zorg in kaart kan brengen.

#### 1 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

De onderzoeksdoelstelling van de literatuurstudie bestond erin een overzicht te krijgen van de beschikbare instrumenten om zorgnoden in de forensische populatie in kaart te brengen. De zorgnoden van de forensische patiënt zijn vergelijkbaar met die van de reguliere psychiatrische patiënt, maar forensische patiënten hebben extra zorgnoden. Om na te gaan welke instrumenten deze zorgnoden in kaart brengen in de forensische populatie is een literatuurstudie uitgevoerd naar de beschikbare generieke beoordelingsinstrumenten ("comprehensive assessment") in de sector van de forensische psychiatrische zorgverlening.

#### 2 Methode literatuurstudie

Voor deze literatuurstudie zijn de volgende zoektermen gebruikt: (("comprehensive assessment" OR "needs" OR "Health assessment") AND "forensic psychiatry") in Pubmed en PsycINFO. Alleen publicaties van voor 1/1/2000 werden geïnccludeerd om te vermijden dat de studie verouderde theorieën en instrumenten zou bevatten. Aanvullend hieraan zijn de referentielijsten van de geïnccludeerde artikels nagekeken en de auteurs van de instrumenten gecontacteerd om ervoor te zorgen dat de referentielijst zo compleet mogelijk was. In de twee databanken werden 1012 artikels gevonden op basis van de zoektermen. Na het verwijderen van de artikels die meermaals voorkwamen ( $n = 194$ ), selectie op taal (exclusie van alle talen met uitzondering van Engels, Nederlands en Frans;  $n = 33$ ), artikels gepubliceerd voor 2000 ( $n = 98$ ), bleven er 687 artikels over. Na evaluatie van de titels en abstracts waren er nog 61 resterende artikels. Van die 61 artikels rapporteerden 28 artikels gegevens over psychometrische eigenschappen: betrouwbaarheid, interne consistentie, constructvaliditeit of predictieve validiteit. Deze literatuurstudie is uitgevoerd in het voorjaar van 2018.

#### 3 Resultaten: Instrumenten

In wat volgt zal er eerst een korte beschrijving van het instrument gegeven worden, waarna telkens de onderzoeksresultaten met betrekking tot de betrouwbaarheid (mate waarin de vragenlijst een consistente of accurate meting kan genereren), de constructvaliditeit (de mate waarin de vragenlijst meet wat het moet meten) en de predictieve validiteit (in hoeverre voorspelt het instrument vooraf

bepaalde uitkomsten) van het instrument besproken worden. De conclusies met betrekking tot de psychometrische kwaliteiten van de vijf instrumenten die resulteren uit de literatuurstudie, komen aan bod in deel 4 van dit hoofdstuk waarin de vijf instrumenten met elkaar vergeleken worden.

De volgende instrumenten werden bestudeerd in de 28 geselecteerde artikels: Camberwell Assessment of Need – Forensic version (CANFOR; Thomas et al., 2003), Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual (DUNDRUM; Kennedy et al., 2016), Health of the Nations Outcome Scale-Secure (HoNOS-Secure; Royal College of Psychiatrists, 2013), interRAI - Mental Health (interRAI MH; Hirdes, Smith et al., 2002) en de Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins et al., 2007). De instrumenten meten verschillende aspecten: de CANFOR meet zorgnoden van de forensische patiënten. De DUNDRUM-toolkit meet de noden aan therapeutische beveiliging, nood aan een dringende opname, behandelvoortgang en mate van herstel. De HoNOS-Secure meet - net zoals de CANFOR - zorgnoden, terwijl de SNAP alleen beveiligingsnoden meet. De interRAI MH verschilt van de vorige instrumenten omdat het een bredere waaier van algemene zorgnoden in kaart brengt zoals de noden die nodig zijn voor het opstellen van een zorgplan, ROM en het benchmarken op basis van kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën.

### 3.1 CANFOR

De CANFOR omvat een breed spectrum van gezondheid, sociale, klinische, en functionele noden. Voor elk domein wordt er gekeken of de noden voldaan zijn of niet (vervulde noden versus onvervulde noden). Wanneer een nood niet voldaan is, betekent dit dat een persoon niet de juiste (of effectieve) hulp of behandeling krijgt voor dat domein. Wanneer een nood is aangetoond, volgt evaluatie van de verkregen hulp (Drukker et al., 2008; Harty et al., 2004; Phelan et al., 1995; Slade et al., 1999). De CANFOR meet de noden van de laatste maand en kan afgenomen worden door verscheidene geestelijke gezondheidsspecialisten zoals verpleegkundigen, psychologen en sociaal assistenten. Er zijn drie versies van de CANFOR: onderzoeks-, klinische en korte versie. Er is geen Nederlandstalige versie beschikbaar.

#### 3.1.1 Betrouwbaarheid van de CANFOR

De meeste studies beschrijven uitstekende inter-rater betrouwbaarheid voor de CANFOR (Romeva et al., 2010; Thomas et al., 2008; van den Brink, Hooijschuur, van Os, Savenije, & Wiersma, 2010), één studie rapporteert een bijna perfecte inter-rater betrouwbaarheid ( $\kappa = .88$ ) (Talina et al., 2013), één studie liet goede inter-rater betrouwbaarheid zien (Castelletti et al., 2015) en een andere rapporteerde matige ICC (intra-classcorrelatie; Livingston, Chu, Milne, & Brink, 2015). De test-hertest betrouwbaarheid was in één studie aan de lage kant,  $\kappa = .45$  (Talina et al., 2013), terwijl de studie van Long, Webster, Waine, Motala, en Hollin (2008) een bijna perfecte overeenkomst tussen afnames laat zien en een goede overeenkomst tussen scores van het team en de patiënt. De studie van Castelletti et al. (2015) rapporteert ook bijna perfecte test-hertest scores. De interne consistentie van de CANFOR is 0.50 (Adams, Thomas, Mackinnon, & Eggleton, 2018).

#### 3.1.2 Constructvaliditeit van de CANFOR

Er werden significante negatieve correlaties gevonden met de Global Assessment of Functioning (GAF) gaande van  $-.23$  tot  $-.42$ : zwakke correlaties werden gerapporteerd door Romeva et al. (2010) en Thomas et al. (2008), en gemiddelde correlaties door Castelletti et al. (2015) en Talina et al. (2013).

Positieve correlaties met de BPRS werden gerapporteerd: zwakke correlaties (Talina et al., 2013), gemiddelde correlaties (Castelletti et al., 2015) en gemiddeld tot sterke correlaties (Long et al., 2008). Met de HoNOS-Secure werden er zwakke tot gemiddelde correlaties (Segal, Daffern, Thomas, & Ferguson, 2010b) en gemiddelde tot erg sterke correlaties aangetoond (Abou-Sinna & Luebbers, 2012). De HCR-20v2 correleerde gemiddeld tot erg sterk (Abou-Sinna & Luebbers, 2012) en de nieuwe versie van de HCR correleerde slecht tot erg sterk (Adams et al., 2018). Abou-Sinna en Luebbers (2012) rapporteerde een sterke correlatie met de Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI) (Andrews, Bonta, & Wormith, 2004). Voor de DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2 werden gemiddelde tot sterke correlaties gevonden, terwijl de DUNDRUM-4 zwakke tot sterke correlaties heeft met de CANFOR (Adams et al., 2018).

De CANFOR vervulde noden - gemeten door de verpleging en patiënt - correleerden niet met klinische schaal van de HoNOS-Secure (Abou-Sinna & Luebbers, 2012). De CANFOR onvervulde noden gescoord door de patiënt, correleerden niet met de HoNOS-Secure (Abou-Sinna & Luebbers, 2012). Het totaal aantal noden correleerde niet met de GAF score ( $r = -.20$ ,  $p = 0.06$ ) alsook de negatieve symptomen schaal van de BPRS (totaal aantal noden:  $r = .08$ ,  $p = .42$ ; totaal onvervulde noden:  $r = .21$ ,  $p = .06$ ) (Castelletti et al., 2015). De vervulde noden (gescoord door de patiënt) en het totaal aantal noden correleerde niet met de GAF en de BPRS, en het totaal aantal noden correleerde niet met de BPRS. Ook de vervulde noden als ingeschat door het team correleerden niet met de BPRS (Talina et al., 2013).

### 3.1.3 Predictieve validiteit van de CANFOR

Het aantal noden was een slechte voorspeller van gewelddadig of crimineel gedrag (Area under the curve (AUC) = .64) of risicoverhogend gedrag (AUC = .63) en het aantal onvervulde noden was evenmin een voorspeller voor gewelddadig, crimineel gedrag of risicoverhogend gedrag (van den Brink et al., 2010).

## 3.2 DUNDRUM-toolkit

De DUNDRUM-toolkit (Kennedy et al., 2016) is een instrument dat gebruikt kan worden om ondersteuning te bieden voor het gestructureerd klinisch oordeel bij het bepalen van beveiligingsniveau (DUNDRUM-1), opname prioriteit (DUNDRUM-2) behandelvoortgang (DUNDRUM-3) en mate van herstel (DUNDRUM-4). De DUNDRUM-3 en 4 meten verandering en in hoeverre men klaar is om naar een ander beveiligingsniveau door te stromen. Het kan afgenomen worden door elk lid van het multidisciplinaire team (Kennedy et al., 2016). De DUNDRUM-1 is een lifetime score en bepaalt men voor opname. DUNDRUM-2 wordt ook gescoord voor opname. DUNDRUM-3 en 4 worden elke drie à zes maanden opnieuw gescoord.

### 3.2.1 Betrouwbaarheid van de DUNDRUM-toolkit

De inter-rater betrouwbaarheid voor de DUNDRUM-1 was bijna perfect met kappa's groter dan .85 (Flynn, O'Neill, McInerney, & Kennedy, 2011) terwijl die van de DUNDRUM-3 en 4 gemiddeld zijn (O'Dwyer et al., 2011). De interne consistentie van de DUNDRUM-1 gaat van .84 tot .95 (Adams et al., 2018; Flynn, O'Neill, McInerney et al., 2011; Freestone et al., 2015) en de DUNDRUM-2 heeft een interne consistentie van .72 (Flynn, O'Neill, & Kennedy, 2011), bij de DUNDRUM-3 ligt dit tussen de

.84 tot .91 en de DUNDRUM-4 van .73 tot .90 (Abidin et al., 2013; Adams et al., 2018; Davoren, Byrne et al., 2015; O'Dwyer et al., 2011).

### 3.2.2 Constructvaliditeit van de DUNDRUM-toolkit

De DUNDRUM-1 correleert zwak met de Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF; negatieve correlatie), gemiddeld met de START (negatieve correlatie) (Abidin et al., 2013), gemiddeld tot sterk met de CANFOR en gemiddeld tot zeer sterk met de HCR-20v3 (Adams et al., 2018). De DUNDRUM-2 correleert gemiddeld tot sterk met de CANFOR (Adams et al., 2018; O'Dwyer et al., 2011) en met de HCR-20v2 (O'Dwyer et al., 2011), gemiddeld tot zeer sterk met de HCR-20v3 (Adams et al., 2018), sterk tot zeer sterk met de GAF (negatieve correlatie) (Davoren et al., 2013; O'Dwyer et al., 2011), sterk met de PANSS (O'Dwyer et al., 2011) en zeer sterk met de START, START-S en de SAPROF (Abidin et al., 2013). Vergelijkbare correlaties als die van de DUNDRUM-3 werden voor de DUNDRUM-4 gevonden (Abidin et al., 2013; Adams et al., 2018; Davoren et al., 2013; O'Dwyer et al., 2011). De DUNDRUM-1 correleerde niet met de HCR-20 (Flynn, O'Neill, McInerney et al., 2011). De DUNDRUM-3 en 4 correleerden niet met de patiëntscores vervulde noden en totaal aantal noden, en de teamscores van de vervulde noden van de CANFOR (O'Dwyer et al., 2011).

### 3.2.3 Predictieve validiteit van de DUNDRUM-toolkit

De DUNDRUM-1 was een goede voorspeller voor de beslissingen rondom opname (AUC = .79) (Freestone et al., 2015) en voor schade aan anderen (AUC = .74) (Abidin et al., 2013). De DUNDRUM-1 had een AUC van .71 maar deze was niet significant voorspellend voor schade aan zichzelf ( $p = 0.06$ ). De DUNDRUM-1 differentieerde ook tussen de mensen die een psychiatrische opname kregen en diegene die geen opname kregen (AUC = .98) en tussen de personen die een psychiatrische follow-up kregen of niet (AUC = .89) (Flynn, O'Neill, McInerney et al., 2011). De DUNDRUM-2 was een uitstekende voorspeller of iemand zal opgenomen worden of niet (Flynn, O'Neill, & Kennedy, 2011). De DUNDRUM-3 was een uitstekende voorspeller voor ontslag (Davoren et al., 2013), een goede voorspeller voor schade aan anderen (Abidin et al., 2013) en een matige voorspeller voor schade aan zichzelf (Abidin et al., 2013), transfers en of iemand een long stay patiënt is (Davoren, Hennessy et al., 2015; Eckert, Schel, Kennedy, & Bulten, 2017). Vergelijkbare cijfers zijn gevonden voor de DUNDRUM-4 (Abidin et al., 2013; Davoren et al., 2013; Davoren, Hennessy et al., 2015; Eckert et al., 2017).

## 3.3 HoNOS-Secure

De HoNOS-Secure meet vier domeinen van mentale gezondheid: gedragsproblemen, cognitieve en fysieke beperking, symptomatische problemen en sociale problemen. De HoNOS-Secure meet de klinische vooruitgang ten opzichte van de nood aan een beveiligde setting en tegenover een spectrum van zorgnoden. Scores zijn gebaseerd op de uitkomst van recente klinische beoordeling waaronder ook risicotaxatie. De HoNOS-Secure scoort men bij opname, bij voorkeur bij een maandelijkse of driemaandelijkse follow-up en bij ontslag. De HoNOS-Secure wordt gescoord door een lid van het geestelijk gezondheidszorgteam (verpleegkundige, psycholoog, ...). De schalen zijn gebaseerd op huidige noden voor beveiligde zorg en nemen zo ook gedrag uit het verleden mee, incidenten, attitudes, huidige voortgang en mogelijk problemen in de nabije toekomst (Lovaglio & Monzani, 2011; Royal College of Psychiatrists, 2013; Wing, Curth, & Beevor, 1996).

### 3.3.1 Betrouwbaarheid van de HoNOS-Secure

De inter-rater betrouwbaarheid voor de HoNOS-Secure gaat van slecht tot uitstekend (Dickens, Sugarman, & Walker, 2007). De interne consistentie ligt tussen de .73 en .79 (Dickens et al., 2007).

### 3.3.2 Construct validiteit HoNOS-Secure

Zwakke tot erg sterke correlaties zijn er gevonden met de CANFOR (Dickens et al., 2007; Segal et al., 2010b) en sterke tot zeer sterke correlaties met de START (Quinn, Miles, & Kinane, 2013).

## 3.4 interRAI MH

Het interRAI beoordelingssysteem – kortweg interRAI – bestaat uit een twintigtal instrumenten die specifiek ontwikkeld zijn voor bepaalde populaties of settings (acute zorg, ambulante zorg, thuiszorg, GGZ, ...). Dit beoordelingssysteem is ontwikkeld om op een uniforme manier data te verzamelen om zo de patiënt te kunnen volgen over verschillende settings en over de levensloop heen. De interRAI Mental Health (interRAI MH; Hirdes et al., 2020) meet een brede waaier van psychosociale, sociale, cognitieve en fysieke zorgnoden en functioneren, en gebruik van diensten door personen die behandeld worden binnen residentiële GGZ-voorzieningen. Op basis van de informatie die de instrumenten verzamelen over de zorgnoden en het functioneren van een persoon worden interRAI resultaten berekend. Deze resultaten omvatten zorgschalen, CAP's en bij periodieke afname ook individuele statistieken die de evolutie van het functioneren op verschillende levensdomeinen weergeeft. Dergelijke informatie geeft input aan de zorgverlener, het team van de zorgverlener, de patiënt en zijn naasten voor de opstelling of aanpassing van het begeleidingsplan. Bij afname van de interRAI instrumenten bij groepen van personen kunnen ook groepstatistieken berekend worden die een bijdrage kunnen leveren op vlak van (kwaliteits-)management op het niveau van voorzieningen, netwerken en overheden (zie hoofdstuk 3, 3.2)

In de studie van Urbanoski, Mulsant, Willett, Ehtesham, en Rush (2012) werd de content validiteit geëxploreerd door het bevragen van negen klinici en afdelingshoofden. Deze waren positief over het gebruik van de interRAI MH CAP's voor de zorgplanning, maar achtten bijkomende, meer specifieke assessments nodig om hun diagnostische en begeleidingsactiviteiten te kunnen uitoefenen. De interRAI instrumenten zijn dan ook niet bedoeld als diagnostische tools, maar als tools om systematisch het functioneren en de zorgnoden in kaart te brengen. Het kan de diagnostiek, opvolging en zorgplanning ondersteunen, niet vervangen. Het invullen van de interRAI MH gebeurt volgens de interRAI standaarden na een observatieperiode bij opname en vervolgens om de drie tot zes maanden.

De psychometrische eigenschappen van de interRAI MH zijn uitgebreid onderzocht binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar specifiek voor de forensische populatie zijn de studies eerder beperkt. In dit overzicht is ervoor gekozen om ook de resultaten van de niet-forensische studies te vermelden gezien de interRAI MH niet specifiek ontwikkeld is voor de forensische populatie. De 12 studies die hieronder besproken worden zijn uitgevoerd in residentiële settings, waarbij de psychometrische kwaliteiten zijn onderzocht van de interRAI MH-data, zorgschalen en CAP's. De onderstaande bespreking is gebaseerd op 12 studies met studiepopulatie van 19 tot 60.571 patiënten.

### 3.4.1 Betrouwbaarheid van de interRAI MH

De interne consistentie van de interRAI MH en een aantal van de subschalen kan aan de hand van de bevindingen in vier studies positief geëvalueerd worden ( $\alpha = 0.66-0.95$ ) (Chan, Lai, & Chi, 2014; Hirdes, Smith et al., 2002; Perlman et al., 2013; Rios & Perlman, 2017). De test-hertest betrouwbaarheid werd in de studie van Chan et al. (2014) onderzocht en de gemiddelde intra-class correlatiecoëfficiënten (ICC = 0.76-0.97) getuigden van een goede kwaliteit. Aan de hand van de vier studies werd evidentie gevonden voor gemiddelde tot sterke inter-beoordelaars betrouwbaarheid van het instrument (gemiddelde  $\kappa = .09-1.00$ ) (Chan et al., 2014; Foebel et al., 2013; Hirdes et al., 2008; Hirdes, Smith et al., 2002). Eén van de schalen van de interRAI MH, de Depression Severity Index heeft een interne consistentie van .77 (forensische onderzoekspopulatie: Perlman et al., 2013). De studie van Hirdes, Smith et al. (2002) onderzocht de betrouwbaarheid van de interRAI MH bij een gemengde populatie van reguliere en forensische patiënten. Alleen de items Delirium en Polydipsia hadden een kappa lager dan .41; de rest van de items scoorde gemiddeld tot goed.

### 3.4.2 Constructvaliditeit van de interRAI MH

Drie studies onderzochten de constructvaliditeit van de interRAI MH en diens subschalen. Hierbij werden correlaties van 0.01-0.87 gevonden (Chan et al., 2014; Jones, Perlman, Hirdes, & Scott, 2010; Urbanoski et al., 2012). Zo zijn er bijvoorbeeld zwakke tot gemiddeld negatieve correlaties gevonden met outcome-schalen van de interRAI MH en de GAF (forensische onderzoekspopulatie: Urbanoski et al., 2012).

### 3.4.3 Predictieve validiteit van de interRAI MH

Vier studies hebben de predictieve validiteit van de interRAI MH bestudeerd: Foebel et al. (2013) vonden een positieve predictieve waarde van 0.21-0.77 (= proportie van positieve screenings die leiden tot een daadwerkelijke diagnose). Neufeld, Perlman en Hirdes (2012) vonden dat de kans op fysieke agressie twee keer zo groot was bij personen waarbij de Risk of Harm to Others CAP 'highest risk of harm to others' aangaf vs. patiënten met een 'low-moderate risk of harm to others' beoordeling op deze CAP. Chan et al. (2014) konden op basis van de scores op de cognitieve en functionele schalen uit interRAI MH een onderscheid maken tussen psychiatrische patiënten die langere tijd in een residentiële psychiatrische setting dienden te verblijven, en zij die een minder intensieve behandeling nodig hadden. Op basis van de interRAI Home Care<sup>7</sup> en de interRAI MH kon men in de studie van Colantonio, Hsueh, Petgrave, Hirdes en Berg (2015) eveneens een onderscheid maken tussen vier groepen van patiënten met traumatische hersenschade, overeenkomend met het type zorg dat zij verkregen (geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, woonzorg en langdurige residentiële zorg voor personen met complexe zorgnoden).

## 3.5 SNAP

De SNAP (Collins et al., 2007) is ontworpen om een wetenschappelijke inschatting te kunnen maken van de beveiligingsnoden van de individuele patiënt in plaats van zich te baseren op een individueel klinisch oordeel. Dit instrument is opgebouwd aan de hand van drie dimensies van beveiliging: structurele, procedurele en relationele beveiliging. Elke dimensie is opgedeeld in verschillende items

---

<sup>7</sup> interRAI instrument dat gebruikt wordt in de thuiszorg.



(in totaal 22 items). Deze items scoort men op een 4-punten schaal die betrekking heeft op de verschillende beveiligingsniveaus: open, low, medium or high. Ervaren forensische clinici kunnen de SNAP scoren.

### 3.5.1 Betrouwbaarheid van de SNAP

Onderzoek heeft een interne consistentie gaande van .71 tot .93 (Collins & Davies, 2005) en van .58 tot .73 (Siu et al., 2017) aangetoond.

## 4 Vergelijking van de instrumenten

Tabel 1 biedt een overzicht van de eigenschappen van de instrumenten: doel, tijdsspanne waarop items beoordeeld worden, disciplines die instrument kunnen invullen, opleiding, versies, aantal items, tijd nodig om instrument in te vullen, in te vullen door hulpverlener en/of patiënt.

De interRAI MH is een generiek instrument dat een verscheidenheid aan domeinen per persoon in kaart brengt, maar geen forensisch gerelateerd domein bevroegt. De andere instrumenten (CANFOR, HoNOS-secure en de DUNDRUM) zijn specifiek ontwikkeld om ook criminogene noden te meten. Om die reden is een vergelijking met de andere instrumenten niet vanzelfsprekend. Recent werd binnen interRAI een Forensic supplement ontwikkeld; momenteel bestaat er nog geen finale en gepubliceerde versie van dit supplement. Het supplement brengt op gestandaardiseerde wijze de noden van de forensische patiënt in kaart, ter aanvulling op de interRAI MH en interRAI CMH. Het Forensic supplement is ontworpen om een eerste risico-evaluatie mogelijk te maken voorafgaand aan een gedetailleerde forensische evaluatie door een psycholoog. Om te bepalen welke items dienden toegevoegd te worden aan de interRAI MH en CMH werd nagegaan welke domeinen in de interRAI (C)MH niet aan bod komen, die wel bevroegt worden in de Psychopathy Checklist Revised (Hare, 2003), de History, Clinical and Risk 20 (Webster, Dougals, Eaves, & Hart, 1997) en de Violence Risk Appraisal Guide (Quinsey et al., 2006).

De Central Eight van het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (een geschiedenis van antisociaal gedrag, een antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities, een antisociaal netwerk, familiale dysfunctie en/of huwelijkse staat, opleidingsniveau en/of arbeidssituatie, vrijetijdsbesteding en middelenmisbruik) kunnen voor het grootste deel worden gemeten met de RAI-MH en het interRAI Forensic supplement. We verwijzen naar Appendix B van Mathias (2014) voor een volledige lijst van de interRAI MH en Forensic supplement items die aspecten van de Central Eight van het RNR-model meten. De geschiedenis van antisociaal gedrag – één van de acht factoren van het RNR model – komt niet aan bod in de interRAI MH en het interRAI Forensic supplement, aangezien het een statisch gegeven is waar interventies om het risico van recidive te helpen verminderen, geen impact op hebben (Andrews & Bonta, 2007).

Het Forensic supplement resulteerde niet uit de literatuurstudie, gezien het nog een pilootversie betreft en hierover nog geen wetenschappelijke publicaties beschikbaar zijn. Dit wil niet zeggen dat het interRAI MH-instrument niet geschikt is om de algemene zorgnoden van geïnterneerden te meten. De geïnterneerden hebben vergelijkbare zorgnoden als de patiënten uit de reguliere psychiatrie, alleen komen daar nog extra criminogene noden bij. De interRAI MH zou in de residentiële forensische populatie dus gebruikt moeten worden tezamen met het forensische supplement.

De SNAP en de DUNDRUM zijn specifiek ontwikkeld voor de forensische doelgroep, terwijl de CANFOR en de HoNOS-secure ontwikkeld zijn vanuit bestaande instrumenten voor reguliere GGZ-populaties (CAN en HoNOS) die aangepast zijn voor gebruik bij deze doelgroep. Dit zie je ook terugkomen in het aantal forensische items per instrument, zo zijn bij de CANFOR maar drie van de 25 items specifiek voor de forensische doelgroep.

Tabel 1 Overzicht van de kenmerken van de instrumenten uit de literatuurstudie

Instrument	Doel	Tijdspanne	Kan afgenomen worden door	Opleiding	Versies	Items	Tijd	Staf	Patiënt	Score
CANFOR	Meet noden in: gezondheid, sociaal, klinisch, functioneel	Laatste maand	Mental health professionals: verpleegsters, psychologen, sociaal assistenten	Training via handleiding	CANFOR-R: onderzoeksversie	25	15	√	√	Vier-punt schaal
					CANFOR-C: klinische versie	25	15	√	√	Vier-punt schaal
					CANFOR-S: verkorte versie	25	10	√	√	Probleem ja/nee
DUNDRUM-1	Beveiligingsniveau	Lifetime	Lid multidisciplinair team	Vignetten		11	15	√	∅	5-punt likert schaal
DUNDRUM-2	Prioriteit van opname	Huidige toestand	Lid multidisciplinair team	Vignetten		6	10	√	∅	5-punt likert schaal
DUNDRUM-3	Behandelvoortgang	Laatste 3/6 maanden	Lid multidisciplinair team	Vignetten		7	10	√	√	5-punt likert schaal
DUNDRUM-4	Mate van herstel	Laatste 3/6 maanden	Lid multidisciplinair team	Vignetten		7	10	√	√	5-punt likert schaal
HoNOS-secure	Klinische voortgang ten opzichte aan van nood beveiliging en ten opzichte mental health needs	Laatste twee weken	Lid primary mental health team	Aangeraden		19	10-20	√	∅	5-punt likert schaal
InterRAI MH	Zorgnoden, ROM en benchmarking kwaliteit indicatoren	Verschillend per item	Mental health professionals	Ja		244	45-60	√	∅	Ja/nee; multiple choice
SNAP	Beveiligingsniveau	?	Ervaren forensische clinici	Halve dag training/vignetten		22	20-30	√	∅	4-punt likert schaal

De HoNOS-secure heeft zeven forensische items en 12 algemene (niet-forensische) items en ondanks het feit dat de interRAI MH niet ontwikkeld is voor de forensische doelgroep bevat de interRAI MH twee forensische items (van de 244 items).

De DUNDRUM en de SNAP zijn de enige instrumenten die het beveiligingsniveau meten. Bij de SNAP ligt de focus eerder op structurele en procedurele beveiliging, terwijl de DUNDRUM het beveiligingsniveau ook vanuit de noden van de patiënt bekijkt. Verder meet de DUNDRUM niet alleen beveiligingsniveau maar ook urgentie van opname, progressie van behandeling en mate van herstel. De DUNDRUM is dus breder inzetbaar dan de SNAP.

Bij de CANFOR, interRAI MH en HoNOS-Secure ligt de focus voornamelijk op het bepalen van zorgnoden. De HoNOS-Secure meet daarbij voortgang ten opzichte van de nood aan beveiliging en ten opzichte van een variëteit aan gezondheids- en sociale noden. Het beveiligingsniveau zelf meet de HoNOS-Secure niet.

De CANFOR, DUNDRUM-3 en DRUNDRUM-4 hebben ook self-report items. De CANFOR en de SNAP zijn niet beschikbaar in het Nederlands. De HoNOS-Secure is vertaald in het Nederlands (niet via een back translation methode) maar er zijn nog geen validatie studies uitgevoerd. De interRAI MH en de DUNDRUM zijn in het Nederlands vertaald via de back translation methode en worden momenteel gevalideerd in het Nederlands.

Er zijn ook verschillen in de mate van opleiding om de instrumenten te kunnen gebruiken. De CANFOR mag zonder training afgenomen worden: de handleiding zou voldoende moeten zijn om het instrument te scoren. Voor de DUNDRUM is een officiële training niet nodig maar het is wel aan te raden eerst de vignetten te scoren om vertrouwd te raken met het instrument. Verder raden de auteurs ook aan om het instrument multidisciplinair te gebruiken om consistentie in scores te verzekeren. Training is wel verplicht voor de interRAI MH. Voor de interRAI MH is dat een uitgebreide training van een dag. Terwijl men voor de HoNOS-Secure een online-training aanraadt. Deze online-training bespreekt casussen om zo meer ervaring te krijgen in het afnemen van de HoNOS-Secure. Voor de SNAP is een training van een halve dag nodig en is het gebruik van vignetten aan te raden.

Het meeste onderzoek over de psychometrische eigenschappen van de instrumenten is terug te vinden over de interRAI MH (12 peer-reviewed studies, waarvan drie met een forensische doelgroep), de DUNDRUM (11 peer-reviewed studies) en de CANFOR (negen studies). Voor de HoNOS-secure en de SNAP waren er respectievelijk zeven en twee studies. Tabel 2 biedt een overzicht van de desbetreffende studies. In Tabel 3 tot en met 7 staan de psychometrische eigenschappen die gerapporteerd waren in deze studies per instrument opgelijst.

### **4.1 Betrouwbaarheid**

Alleen voor de CANFOR, de interRAI MH en de HoNOS-secure zijn er inter-rater betrouwbaarheids-cijfers beschikbaar. Met hogere scores voor de CANFOR en de interRAI MH dan voor de HoNOS-secure. De test-hertest betrouwbaarheid was beter voor de CANFOR en de interRAI MH (gaande van goed tot bijna perfecte overeenkomst) gevolgd door de DUNDRUM (goede overkomst). De interne consistentie werd voor alle instrumenten gerapporteerd waarvan de CANFOR de laagste interne consistentie had (0.50), gevolgd door de SNAP (.58 - .73).

Tabel 2 Overzicht van de geïncludeerde studies

Instrument	Onderzoekspopulatie	Populatie	Land	Referentie
CANFOR	High security forensisch ziekenhuis	$N^{for} = 50$	Italië	Castelletti et al., 2015
CANFOR	Forensisch ziekenhuis: medium en low	$N^{for} = 36$	Engeland	Long et al., 2008
CANFOR	GGZ-diensten in de gevangenis	$N^{for} = 90$	Spanje	Romeva et al., 2010
CANFOR	Psychiatrische afdeling gevangenis, psychiatrische afdeling en gedwongen opnames	$N^{for} = 143$	Portugal	Talina et al., 2013
CANFOR	Medium en high security psychiatrische diensten	$N^{for} = 77$	Verenigd Koninkrijk	Thomas et al., 2008
CANFOR HoNOS-SECURE	Residentieel forensisch ziekenhuis	$N^{for} = 72$	Australië	Abou-Sinna & Luebberset al., 2012
CANFOR HoNOS-SECURE	Psychiatrische zorg; gesloten afdelingen	$N^{for} = 50$	Australië	Segal et al., 2010
CANFOR HoNOS-SECURE	Ambulante forensische dienst	$N^{for} = 83$	Nederland	van den Brink et al., 2010
CANFOR DUNDRUM-toolkit	Forensische patiënten, high, medium, low en ambulant	$N^{for} = 327$	Australië	Adams et al., 2018
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 98$	Ierland	Abidin et al., 2013
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 86$	Ierland	Davoren et al., 2012
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 56$	Ierland	Davoren et al., 2013
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 97$	Ierland	Davoren, Abidin, et al., 2015
DUNDRUM-toolkit	Gedwongen opnames/ Medium security forensische patiënten	$n = 53 / n^{for} = 61$	België	De Smet & De Page, 2018
DUNDRUM-toolkit	Long-term high security forensisch ziekenhuis, forensisch ziekenhuis	$N^{for} = 139$	Nederland	Eckert et al., 2017
DUNDRUM-toolkit	Gevangenis	$N^{for} = 316$	Ierland	Flynn, O'Neill & Kennedy, 2011
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 65$	Ierland	Flynn, O'Neill, McInerney & Kennedy, et al., 2011
DUNDRUM-toolkit	Forensische diensten voor volwassenen	$N^{for} = 121$	Verenigd Koninkrijk	Freestone et al., 2015
DUNDRUM-toolkit	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	$N^{for} = 95$	Ierland	O'Dwyer et al., 2011
HoNOS-SECURE	Residentieel forensisch ziekenhuis	$N^{for} = 180$	Engeland	Dickens et al., 2010
HoNOS-SECURE	Gesloten psychiatrische afdelingen	$N^{for} = 60$	Verenigd Koninkrijk	Dickens et al., 2007
HoNOS-SECURE	Medium security forensische patiënten	$N^{for} = 80$	Verenigd Koninkrijk	Quinn et al., 2013
HoNOS-SECURE	Forensisch ziekenhuis	$N^{for} = 253$	Australië	Schinkfield & Ogloffl., 2016

Vervolg Tabel 2 Overzicht van de geïncludeerde studies

Instrument	Onderzoekspopulatie	Populatie	Land	Referentie
interRAI MH	Psychiatrische patiënten in long-term forensische ziekenhuizen	$n = 261$ $n^{for} = 50$	Canada	Hirdes, Smith, et al., 2002
interRAI MH	Residentiële psychiatrische zorg	$n = 35844$ $n^{for} = 1152$	Canada	Perlman et al., 2013
interRAI MH	Centrum voor verslaving en geestelijke gezondheidszorg Patiënten met een justitiële geschiedenis	$n = 2827$ $n^{for} = 1091$	Canada	Urbanoski et al., 2012
interRAI MH	Long-term zorg of beschut wonen	$N = 157$	China	Chan et al., 2014
interRAI MH	Residentiële psychiatrische zorg	$N = 60571$	Canada	Rios et al., 2017
interRAI MH	Niet vermeld	$N = 89$	Verschillende landen	Hirdes et al., 2008
interRAI MH	Psychiatrische zorg	$N = 13812$	Canada	Foebel et al., 2013
interRAI MH	Residentiële psychiatrische zorg	$N = 215$	Canada	Jones et al., 2010
interRAI MH	Residentiële psychiatrische zorg	$N = 6425$	Canada	Neufeld et al., 2012
interRAI MH	Patiënten met niet aangeboren hersenletsel	$N = 10878$	Canada	Colantonio et al., 2015
interRAI MH	Residentiële en ambulante psychiatrische zorg	$N = 963$	Canada	Martin et al., 2009
SNAP	Residentiële forensisch psychiatrische zorg	$N^{for} = 147$	Verenigd Koninkrijk	Collins & Davies, 2005
SNAP	Residentiële forensisch psychiatrische zorg	$N^{for} = 98$	China	Siu et al., 2017

Tabel 3 Overzicht psychometrische eigenschappen CANFOR

Studie	Betrouwbaarheid		Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	Test-hertest/kappa	AUC	
Adams et al., 2018			0.5	DUNDRUM-1 $r = .45$ tot $.64$
Adams et al., 2018				DUNDRUM-3 $r = .35$ tot $.68$
Adams et al., 2018				DUNDRUM-4 $r = .22$ tot $.70$
Adams et al., 2018				HCR-20 <sup>v3</sup> $r = .20$ tot $.71$
Abou-Sinna en Luebbbers, 2012				HCR-20 <sup>v2</sup> $r = .45$ tot $.79$
Abou-Sinna en Luebbbers, 2012				LS-CMI $r = .53$ tot $.55$
Abou-Sinna en Luebbbers, 2012				HoNOS-S $r = .43$ tot $.80$
Castelletti et al., 2015	.71-.74	.92-.97		BPRS $r = .37$ tot $.42$
Castelletti et al., 2015				GAF $r = -.34$ onvervulde noden
Long et al., 2008		>.66		BPRS $r = .40$ tot $.68$
Romeva et al., 2010	.44-1.00	.62-1.00		GAF $r = -.23$ tot $-.30$
Segal et al., 2010				HoNOS-S $r = .24$ tot $.40$
Talina et al., 2013		>.80		GAF $r = -.28$ tot $-.42$
Talina et al., 2013				BPRS $r = .23$ tot $.28$
Thomas et al. 2008	.97-.99	.70-.85		GAF $r = -.24$ tot $-.27$
van den Brink et al., 2010	.65-.89			Risico verhogend gedrag (AUC = .63)
van den Brink et al., 2010				Gewelddadig of crimineel gedrag (AUC = .64)

Tabel 4 Overzicht psychometrische eigenschappen DUNDRUM

Studie	Betrouwbaarheid			Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	test - hertest/kappa	Cronbach's alpha	AUC	
<b>DUNDRUM-1</b>					
Adams et al., 2018			0.84		CANFOR $r = .45-.64$
Adams et al., 2018					HCR-20 <sup>v3</sup> $r = .33$ tot $.81$
Abidin et al., 2013			0.60	Schade aan anderen = $.74$	START-S $r = -.37$
Abidin et al., 2013					START-V $r = .40$
Abidin et al., 2013					SAPROF $r = -.29$
Davoren et al., 2013				Ontslag = $.62$ n.s.	
De Smet & De Page, 2018			0.78		
Eckert et al., 2017				Long stay patiënt of reguliere forensische patiënt = $.70$	
Flynn, O'Neill, McInerney & Kennedy, 2011		0.85	0.95	Psychiatrische opname = $.98$ psychiatrische follow-up = $.89$	HCR-20 NS
Freestone et al., 2015			0.77	Opname of niet = $.79$	
<b>DUNDRUM-2</b>					
Flynn., O'Neill & Kennedy 2011	*		0.72	Opname of niet = $.91$	DUNDRUM-1 $r = .66$
<b>DUNDRUM-3</b>					
Adams et al., 2018			0.90		CANFOR $r = .35$ tot $.68$
Adams et al., 2018					HCR-20 <sup>v3</sup> $r = .33$ tot $.78$
Abidin et al., 2013			0.91	Schade aan anderen = $.83$ ; schade aan zichzelf = $.75$	START-S $r = -.82$
Abidin et al., 2013					START-V $r = .77$
Abidin et al., 2013					SAPROF $r = -.77$
Davoren et al., 2013				Ontslag of niet = $.90$	GAF $r = -.80$
Davoren, Hennessy et al., 2015			.84 - .90	Positieve transferts = $.72$ ; negatieve transferts = $.76$	Staf vs. patiënten $r = .57$
Davoren, Hennessy et al., 2015				Voorwaardelijke invrijheidstelling = $.96b$	



Vervolg Tabel 4 Overzicht psychometrische eigenschappen DUNDRUM

Studie	Betrouwbaarheid		Cronbach's alpha	Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	test - hertest/kappa		AUC	
<b>DUNDRUM-3</b>					
Eckert et al., 2017				Long stay patiënt of reguliere forensische patiënt = .72	
O'Dwyer et al., 2011		>.44 <sup>a</sup>	0.91		CANFOR $r = .33$ tot $.50$
O'Dwyer et al., 2011					HCR-20 <sup>v2</sup> $r = .48$ tot $.69$
O'Dwyer et al., 2011					GAF $r = -.65$
O'Dwyer et al., 2011					PANSS $r = .51$ tot $.57$
O'Dwyer et al., 2011					DUNDRUM-1 $r = .35$
O'Dwyer et al., 2011					DUNDRUM-4 $r = .73$
<b>DUNDRUM-4</b>					
Adams et al., 2018			0.89		CANFOR $r = .22$ tot $.70$
Adams et al., 2018					HCR-20 <sup>v3</sup> $r = .37$ tot $.88$
Abidin et al., 2013			0.89	Schade aan anderen = .73; schade aan zichzelf = .71	START-S $r = -.73$
Abidin et al., 2013					START-V $r = .72$
Abidin et al., 2013					SAPROF $r = -.68$
Davoren et al., 2013				Ontslag of niet = .85	GAF $r = -.73$
Davoren, Hennessy et al., 2015			.73 - .88	Positieve transferts = .70; negatieve transferts = .78	Staff vs. patiënten $r = .71$
Davoren, Hennessy et al., 2015				Voorwaardelijke invrijheidstelling = .84b	
Eckert et al., 2017				Long stay patiënt of reguliere forensische patiënt = .80	
O'Dwyer et al., 2011		>.44 <sup>a</sup>	0.88		CANFOR $r = .24$ tot $.50$
O'Dwyer et al., 2011					HCR-20 <sup>v2</sup> $r = .45$ tot $.73$

Vervolg Tabel 4 Overzicht psychometrische eigenschappen DUNDRUM

Studie	inter-rater/icc	test - hertest/kappa	Cronbach's alpha	AUC
<b>DUNDRUM-4</b>				
O'Dwyer et al., 2011				GAF $r = -.67$
O'Dwyer et al., 2011				PANSS $r = .59$ tot $.66$
O'Dwyer et al., 2011				DUNDRUM-1 $r = .44$
O'Dwyer et al., 2011				DUNDRUM-3 $r = .73$

a niet duidelijk welke kappa bij D-3 of D-4 hoort

b alleen staf versie significante voorspeller

\* Werd geen ICC berekend maar exacte overeenkomst tussen raters, waarbij percentages van exacte overkomsten gevonden werden tussen de 38% en 100%

Tabel 5 Overzicht psychometrische eigenschappen HoNOS-Secure

Studie	Betrouwbaarheid			Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	Test-herstest/kappa	Cronbach's alpha	AUC	
Abou-Sinna en Luebbers, 2012					CANFOR $r = .43$ tot $.80$
Dickens et al., 2007	.39 - .88		.73 - .79		
Quinn et al., 2013					START-S $r = -.70$ tot $-.78$
Quinn et al., 2013					START-V $r = .64$ tot $.73$
Quinn et al., 2013					START-RR $r = .57$ tot $.65$
Schinkfield & Ogloff, 2016					HoNOS $r = .28$ tot $.82$
Segal et al., 2010					CANFOR $r = .24$ tot $.40$

Tabel 6 Overzicht psychometrische eigenschappen interRAI MH

Studie	Betrouwbaarheid			AUC	Correlaties
	inter-rater/icc	test - heretest/kappa	Cronbach's alpha		
Hirdes, Smith, et al., 2002	.39-.78	> .39	.77 -.95		
Perlman et al., 2013			DSI =0.77		
Urbanoski et al., 2012					GAF $r = -.38$ tot $-.11$
Chan et al., 2014	.08-1.00	.54-.98	.66-.95	Long stay verzorgingstehuis of beschut wonen	Positieve Symptomen Schaal - BPRS pos symptomen $r = 0.75^*$
Chan et al., 2014					Anhedonia Schaal – BPRS neg symptomen $r = 0.25^*$
Chan et al., 2014					DRS – BPRS depressie/angst $r = 0.44^*$
Chan et al., 2014					DRS - CES-D $r = 0.29^*$
Chan et al., 2014					CPS - MMSE $r = - 0.65^*$
Chan et al., 2014					ADL Hiërarchie Schaal - BI $r = - 0.70^*$
Chan et al., 2014					IADL Involvement - Lawton IADL-CV $r = - 0.87^*$
Rios & Perlman, 2017			SWS =0.82		
Hirdes et al., 2008	.66-1.00				CPS-MMSE $r = -.69$
Foebel et al., 2013	.20-.73			Diabetes mellitus: PPV = 0.77	CPS-MoCA $r = -.69$
Foebel et al., 2013				Reactive airway disease: PPV = 0.27	
Foebel et al., 2013				Beroerte: PPV = .21	
Foebel et al., 2013				Alzheimer/dementie: PPV = 0.46	
Foebel et al., 2013				Hartfalen: PPV = 0.42	
Foebel et al., 2013				Parkinson: PPV = 0.55	
Foebel et al., 2013				Niet aangeboren hersenletsel: PPV = 0.55	
Foebel et al., 2013				Multiple sclerose: PPV = 0.51	
Foebel et al., 2013				Epilepsie: PPV = 0.27	

Vervolg Tabel 6 Overzicht psychometrische eigenschappen interRAI MH

Studie	Betrouwbaarheid			Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	test - hertest/kappa	Cronbach's alpha	AUC	
Jones et al., 2010					
Jones et al., 2010					
Neufeld et al., 2012				RHO CAP: Risico op fysieke agressie	
Neufeld et al., 2012					
Colantonio et al., 2015				Discrimineert tussen verblijfloccaties	
Martin et al., 2009					

<sup>a</sup> gemengde populatie, 19% forensische patiënten

Tabel 7 Overzicht psychometrische eigenschappen SNAP

Studie	Betrouwbaarheid			Predicteve validiteit	Correlaties
	inter-rater/icc	test - hertest/kappa	Cronbach's alpha	AUC	
Collins & Davies 2005			.71 - .93		
Siu et al., 2017			.58 - .73		

## 4.2 Constructvaliditeit

De sterkste correlaties met de GAF zijn gevonden met de DUNDRUM. De CANFOR en de DUNDRUM-schalen hebben vergelijkbare correlaties met de HCR-20V2, gaande van gemiddeld, sterk, tot zeer sterke correlaties. Voor de HCR-20V3 correleerde de DUNDRUM iets beter dan de CANFOR. Sommige instrumenten rapporteerden ook onderling correlaties; zo zijn zwakke tot zeer sterke correlaties gerapporteerd tussen de CANFOR en de HoNOS-secure en tussen de CANFOR en de DUNDRUM-schalen. Voor de verschillende schalen van de interRAI MH zijn er overwegend gemiddeld tot hoge correlaties gevonden met andere criteriuminstrumenten die psychiatrische symptomen meten (MMSE, MoCA, BPRS, CMMSE, BI, Lawton IADL-CV, CES-D, GAF).

## 4.3 Predictieve validiteit

Een aantal studies onderzochten de predictieve validiteit van de CANFOR en de DUNDRUM. De CANFOR bleek een slechte voorspeller te zijn van gewelddadig of crimineel gedrag of risicoverhogend gedrag. De predictieve validiteit van de DUNDRUM-toolkit varieerde van matig tot uitstekend. Op basis van bepaalde subschalen of CAP's bleek de interRAI MH een goede predictieve waarde te hebben met betrekking tot mate van agressie, behandeltermijn in een residentiële voorziening en type zorgvoorziening waarin patiënten behandeling krijgen. Predictieve validiteit werd bij de andere instrumenten niet onderzocht.

## 5 Crosswalk items

Niet alleen op psychometrisch vlak was een vergelijking tussen de instrumenten noodzakelijk. Er moet ook gekeken worden in hoeverre de instrumenten inhoudelijk vergelijkbaar zijn. Om die reden is er een crosswalk gedaan tussen de items van de verschillende instrumenten. Per item werd bekeken of er inhoudelijk vergelijkbare informatie werd verzameld in het andere instrument.

### 5.1 DUNDRUM-toolkit vs. interRAI MH

Vier items van de DUNDRUM-1 (33%) komen inhoudelijk overeen met items van de interRAI MH. Het grootste verschil tussen de DUNDRUM-1 en de interRAI MH is dat het bij de DUNDRUM-1 voornamelijk over lifetime informatie gaat en bij de interRAI MH over de laatste periode. Maar één DUNDRUM-1 item (8%) komt terug in het Forensic supplement. Verder is er geen overlap met het Forensic supplement en de andere DUNDRUM-schalen (Tabel 8). Twee van de zes items van de DUNDRUM-2 (33%) komen terug in de interRAI MH (Tabel 9). In DUNDRUM-3 gaat het voornamelijk om behandelvoortgang en ligt de focus op de mate waarin een persoon een bepaalde behandeling wilt volgen, al aan het volgen is en hoe de behandeling vordert (S1-S4). Dit zijn aspecten die niet aan bod komen in de interRAI MH. Voor de drie andere DUNDRUM-3 items zijn er vergelijkbare items in de interRAI MH (43%) (Tabel 10). DUNDRUM-4 items brengen mate van herstel in kaart en in hoeverre een persoon klaar is om naar een lager beveiligingsniveau te gaan. Mate van herstel en beveiligingsniveau komen niet terug in de interRAI MH. Alleen het item inzicht heeft een vergelijkbaar item in de interRAI MH (14%) (Tabel 11).

Tabel 8 DUNDRUM-1 vs. interRAI MH en Forensic supplement

DUNDRUM-1	interRAI MH	Forensic supplement
<b>TB1</b> Ernst van geweld		Item C2; Item C3; item C4
<b>TB2</b> Ernst van zelfbeschadiging		
<b>TB3</b> Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis	Schade aan anderen (CAP)	
<b>TB4</b> Acute dreiging van suicide	Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding (CAP)	
<b>TB5</b> Gespecialiseerde forensische zorg		
<b>TB6</b> Ontvluchting		
<b>TB7</b> Toegang vermijden	Vrijheidsbeperkende maatregelen (CAP)	
<b>TB8</b> Slachtofferkwesaties		
<b>TB9</b> Complexe noden omtrent risico op geweld		
<b>TB10</b> Institutioneel gedrag	Sectie F. Gedrag	
<b>TB11</b> Wettelijke procedure		

Tabel 9 DUNDRUM-2 vs. interRAI MH en Forensic supplement

DUNDRUM-2	interRAI MH	Forensic supplement
<b>U1</b> Huidig verblijf		
<b>U2</b> Geestelijke gezondheid	Sectie C. Stemming en gedrag	
<b>U3</b> Suicidepreventie	Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding CAP	
<b>U4</b> Humanitaire overwegingen		
<b>U5</b> Systemisch		
<b>U6</b> Wettelijk bepaalde urgentie		

Tabel 10 DUNDRUM-3 vs. interRAI MH en Forensic supplement

DUNDRUM-3	interRAI MH	Forensic supplement
<b>PV1</b> Lichamelijke gezondheid		
<b>PV2</b> Geestelijke Gezondheid		
<b>PV3</b> Drugs en Alcohol		
<b>PV4</b> Probleemgedrag		
<b>PV5</b> Zelfzorg en Activiteiten van het Dagelijks Leven	Zelfzorg (CAP)	
<b>PV6</b> Opleiding, Beroep en Creativiteit	Opleiding en werk (CAP)	
<b>PV7</b> Familie en Sociale Netwerken	Sociale relaties (CAP)	

Tabel 11 DUNDRUM-4 vs. interRAI MH en Forensic supplement

DUNDRUM-4	interRAI MH	Forensic supplement
H1 Stabiliteit		
H2 Inzicht	Sectie C. Stemming en gedrag. Item 3	
H3 Therapeutische Relatie		
H4 Verlof		
H5 Dynamische risicofactoren		
H6 Slachtofferkwesties		
H7 Hoop		

## 5.2 DUNDRUM-toolkit vs. HoNOS-Secure

Alle items van de HoNOS-secure schalen komen terug in de DUNDRUM-toolkit. De algemene schalen van de HoNOS-secure komen minder terug in de DUNDRUM: vier van de 12 items zijn vergelijkbaar met elkaar (33%). De algemene schalen worden afgenomen met als referentiekader de laatste twee weken terwijl een aantal DUNDRUM-items juist lifetime factoren in kaart brengen. Bijvoorbeeld item 1 (Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag) komt gedeeltelijk terug in item 10 van de DUNDRUM-1 (Gedrag binnen de instelling), maar kan dus alleen gescoord worden indien het gedrag de laatste twee weken gesteld werd (Tabel 12).

## 5.3 interRAI MH vs. HoNOS-Secure

Bij de vergelijking tussen de interRAI MH en de HoNOS-secure zien we een omgekeerd patroon terugkomen. Daar waar de DUNDRUM en de HoNOS-secure voornamelijk overeenkomsten lieten zien met de beveiligingsschalen en niet met de algemene schalen, zien we dat voor de interRAI MH een bijna volledige overeenkomst is met de items van de algemene schaal (m.u.v. item 11) en weinig overeenkomst met de beveiligingsschalen (29% overeenkomst; Tabel 13).

Tabel 12 HoNOS-Secure vs. DUNDRUM-toolkit

HONOS-SECURE	DUNDRUM-items
A. Risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen	D1-TB1 Ernst van geweld
B. Risico op zelfbeschadiging (opzettelijk of per ongeluk)	D1-TB2 Ernst van zelfbeschadiging
C. Behoeftte aan infrastructurele beveiliging om ontvluchting te voorkomen	DUNDRUM-1 eindoordeel
D. Behoeftte aan relationeel toezicht in de leefomgeving	DUNDRUM-1 eindoordeel
E. Behoeftte aan begeleiding bij uitgangen/uitgangsverloven (includeer niet de andere behoeften, zoals een taxichauffeur)	DUNDRUM-1; DUNDRUM-4 item 4 verlof
F. Risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd	D1-TB8 Slachtofferkwesties
G. Behoeftte voor risicomangement procedures	D1-TB5 Gespecialiseerde forensische zorg/ D1-TB7 Toegang vermijden
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	D1-TB3 Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis /D1-TB10 Institutioneel gedrag
2. Opzettelijke zelfverwonding	D1-TB4 Acute dreiging van suïcide/ D2-U3 Suïcidepreventie
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	D3-PV3 Drugs en Alcohol/ D1-TB7 Toegang vermijden
4. Cognitieve problemen	
5. Lichamelijke problemen of handicaps	
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	
7. Problemen met depressieve stemming	
8. Overige psychische en gedragsproblemen	
9. Problemen met relaties	
10. Problemen met ADL	D3-PV5 Zelfzorg en Activiteiten van het Dagelijks Leven
11. Problemen met woonomstandigheden	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd	



Tabel 13 HoNOS-Secure vs. interRAI MH en Forensic supplement

HONOS-SECURE	interRAI MH	Forensic supplement
A. Risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen	Schade aan anderen (CAP)	Item C2; Item C3; item C4
B. Risico op zelfbeschadiging (opzettelijk of per ongeluk)	Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding (CAP)	
C. Behoefte aan infrastructurele beveiliging om ontvluchting te voorkomen		
D. Behoefte aan relationeel toezicht in de leefomgeving		
E. Behoefte aan begeleiding bij uitgangen/uitgangsverloven (includeer niet de andere behoeften, zoals een taxichauffeur)		
F. Risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd		
G. Behoefte voor risicomanagement procedures		
1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) E4. Geweld F1. Gedragssymptomen (iE3)	
2. Opzettelijke zelfverwonding	E1. Overwoog automutilatie of deed poging ertoe (iX1c) E2. Doel van automutilatie was zelfdoding (iX1b) E3. Andere indicatoren van automutilatiegedrag	
3. Problematisch alcohol- of druggebruik	D1. Alcohol: Hoogst aantal alcoholische drankjes bij één gelegenheid in de laatste 14 dagen. (iJ8b) D2. Aantal dagen waarop de persoon in de laatste 30 dagen dronken was (iW2) D3. Tijd sinds gebruik D4. Intraveneus drugsgebruik- niet voorschreven geneesmiddelen (iW4) D5. Patronen van middelengebruik in de laatste 90 dagen D5. Ontwenningverschijnselen L4. Opzettelijk verkeerd gebruik van voorgeschreven of vrij verkrijgbare geneesmiddelen in de laatste 90 dagen	
4. Cognitieve problemen	G1. Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (iC1) G2. Geheugen/herinneringsvermogen (iC2) G3. Periodiek verward denken of bewustzijn	
5. Lichamelijke problemen of handicaps	J. Gezondheidstoestand I. Communicatie- en gezichtsvermogen	
6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen	C1. Stemming en gedrag Psychose: u. Hallucinaties v. Imperatieve hallucinaties w. Waanideeën x. Abnormale gedachtegang	

Vervolg Tabel 13

HONOS-SECURE	interRAI MH	Forensic supplement
7. Problemen met depressieve stemming	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemmingsstoornissen Negatieve symptomen C4. Zelfgemelde stemming (iE2)	
8. Overige psychische en gedragsproblemen	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) C2. Slaapproblemen tgv hypomanie of manie E5. Was reeds dader van seksueel geweld of aanranding (iX3) E6. Extreme gedragsstoornissen J6. Seksualiteit N2. Voedingsproblemen N3. Aanwezigheid van mogelijke tekenen van eetstoornissen in de laatste 30 dagen	
9. Problemen met relaties	O4. Overtuiging dat relatie met naast(e) familielid(-leden) verstoord is (iP7) O5. Conflicterende omgang met anderen O6. Sterke punten O7. Sociale omgang	
10. Problemen met ADL	H: Algemeen dagelijks functioneren	
11. Problemen met woonomstandigheden	Wordt bevraagd in CMH-instrument, niet in MH-instrument	
12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd	De aanwezigheid van mantelzorg wordt bevraagd, maar niet de aanwezigheid van formele zorg in de regio van de patiënt voor moest dit nodig zijn.	

## 6 Conclusie van de literatuurstudie

Op basis van de psychometrische eigenschappen van alle instrumenten komen de interRAI MH, de DUNDRUM-toolkit en de CANFOR als beste instrumenten uit de literatuurstudie. Dit zijn ook de instrumenten waarover het meeste onderzoek is gepubliceerd. Alleen op gebied van interne consistentie scoort de CANFOR het laagste vergeleken met de andere instrumenten. Interne consistentie is een maat in hoeverre de items van een instrument met elkaar samenhangen om zo te zien of de items allemaal hetzelfde construct meten. Maar de CANFOR meet verschillende dimensies hetgeen mogelijk de lage interne consistentie verklaart. De CANFOR is in meerdere landen onderzocht (Australië, Nederland, Italië, Verenigd Koninkrijk, Spanje en Portugal) terwijl het meeste onderzoek over de DUNDRUM in Ierland is uitgevoerd en een aantal studies in andere landen (Verenigd Koninkrijk, Australië, Nederland en België). Voor de interRAI MH is de onderzoekspopulatie voornamelijk gericht op Canada (negen studies). Op gebied van inhoud verschillen de instrumenten sterk van elkaar. De CANFOR meet zorgnoden van een forensische patiënt, terwijl de interRAI MH-zorgnoden meet voor de reguliere psychiatrische patiënt. De DUNDRUM meet beveiligingsnoden, urgentie voor opname, behandelvoortgang en mate van herstel bij forensische patiënten. Inhoudelijk zijn de instrumenten dus moeilijk vergelijkbaar. Om een beter beeld te krijgen over de inhoudelijke

samenhang tussen de instrumenten is een 'crosswalk' uitgevoerd waarbij op item-niveau is gekeken naar de samenhang tussen de instrumenten.

De HoNOS-Secure meet voortgang ten opzichte van de nood aan beveiliging en ten opzichte van een variëteit aan gezondheid en sociale noden. Het meet dus niet beveiligingsniveau zelf, want de scores op de HoNOS-secure geven niet weer in welk beveiligingsniveau een persoon behandeld moet worden. De beschrijvingen van de items uit de HoNOS-secure zijn erg beperkt en de items vragen naar de klinische inschatting van de beoordelaar zonder dat er hier handvaten of instructies worden gegeven rondom het beslissingsproces van dat item. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd om de behoefte aan infrastructurele beveiliging om ontvluchting te voorkomen te scoren. De beoordelaar moet dan zelf aangeven of een persoon geschikt is voor een open of gesloten voorziening, zonder dat er een duidelijke omkadering is om deze beslissing te maken. Bij de DUNDRUM daarentegen wordt mate van beveiliging gemeten aan de hand van een combinatie van verschillende items en richtlijnen, zoals mate van ernst van geweld, historiek van ontvluchtingen, gedrag binnen de instelling, etc. Bij het inhoudelijk vergelijken van de items, zien we een volledige overlap tussen items van de beveiligingschaal van de HoNOS-secure en de DUNDRUM. Voor de algemene schaal is er iets minder overlap, maar dat is ook te verwachten gezien deze items niet specifiek gericht zijn op de forensische doelgroep. Het beslissingsproces van de DUNDRUM is veel transparanter dan de HoNOS-secure en meer ondersteund met duidelijke richtlijnen, hetgeen voor een meer betrouwbare gegevens zorgt. De HoNOS-secure scoort op psychometrisch vlak ook wat lager dan de DUNDRUM. Om deze redenen heeft momenteel de DUNDRUM de voorkeur op de HoNOS-secure. Op dit moment zijn er een aantal onderzoeken in België lopende rondom de DUNDRUM en de HoNOS-secure. Alleen een rechtstreekse vergelijking tussen de instrumenten in dezelfde doelgroep en met dezelfde beoordelaars kan leiden tot concrete uitspraken over de (verschillen in) validiteit van deze twee instrumenten. De eerste resultaten wijzen uit dat de DUNDRUM en de HoNOS-secure een positieve samenhang vertonen en dat de DUNDRUM een iets betere inter-rater betrouwbaarheid heeft en hogere interne consistentie dan de interRAI MH.

Ondanks het feit dat de SNAP al het langst bestaat, zijn er nog maar twee studies over de SNAP verschenen, waarbij ook alleen maar de interne consistentie van de schaal werd gerapporteerd. De SNAP meet net zoals de DUNDRUM het beveiligingsniveau. Maar de DUNDRUM heeft veel betere psychometrische eigenschappen en is ook breder inzetbaar dan de SNAP. De CANFOR en de interRAI MH zijn niet ontwikkeld om beveiligingsniveau te meten. Dus om beveiligingsniveau te meten is de DUNDRUM-toolkit momenteel het meest geschikte instrument.

De interRAI MH is het buitenbeentje tussen de instrumenten. Het is ook het enige instrument dat niet specifiek ontwikkeld is voor de forensische doelgroep en meet eerder een variëteit aan zorgnoden die binnen de volledige geestelijke gezondheidszorg van belang zijn. Zorgnoden die zeker ook van toepassing zijn binnen de forensisch psychiatrische zorg, maar voor die doelgroep niet exhaustief zijn. De psychometrische kwaliteiten van de interRAI MH zijn afdoende maar gebaseerd op gemengde onderzoekspopulaties van forensische en niet-forensische psychiatrische patiënten. De interRAI MH is het enige instrument dat algoritmes heeft ingebouwd die voortgang of achteruitgang detecteren van het klinisch functioneren van een persoon. Daarnaast zijn ook algoritmes ontwikkeld die aangeven in welke mate er extra hulpverlening nodig is opdat het functioneren van de persoon zou kunnen verbeteren, of niet zou verslechteren (CAP's). Alleen is er meer onderzoek nodig om te kijken of deze algoritmes ook valide zijn binnen de forensische populatie. Inhoudelijk is er 31% overlap met de items van de DUNDRUM-toolkit en 29% overlap met

de veiligheidschaal van de HoNOS-secure. De algemene schaal van de HoNOS-secure laat dan juist wel een grote overlap zien met de interRAI MH, hetgeen te verwachten was gezien beiden schalen voornamelijk algemene zorgnoden meten.

Samenvattend betekent dit dat geen enkel instrument allesomvattend blijkt te zijn om alle zorgnoden van een psychiatrisch forensisch patiënt in kaart te brengen. De afname van meerdere instrumenten zou er wel toe leiden dat men alle noden systematisch in kaart brengt. Bijvoorbeeld het gebruik van de interRAI MH (aangevuld met het Forensic supplement) samen met de DUNDRUM-toolkit zou zowel zorgnoden, nood aan beveiliging, nood aan opname, behandelvoortgang en mate van herstel kunnen meten. Op basis van ons oordeel over zowel de psychometrische kwaliteiten, de inhoud van de instrumenten en in hoeverre de instrumenten complementair aan elkaar zijn, adviseren we daarom om de interRAI MH, aangevuld met het Forensic supplement, in combinatie met de DUNDRUM-toolkit te gebruiken in de pilootstudie.

## Hoofdstuk 3

### BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg

In dit hoofdstuk geven we toelichting over het BelRAI assessment systeem, het BelRAI GGZ-instrumentarium, de BelRAI GGZ-resultaten en over de BelRAI GGZ-studies die tot nu toe in België uitgevoerd zijn.

#### 1 Waarom kiezen voor BelRAI?

De interRAI instrumenten zijn internationaal gevalideerde, generieke assessment instrumenten waarmee hulpverleners op een gestandaardiseerde wijze de zorgnoden en het functioneren van zorgbehoevende personen in kaart kunnen brengen binnen alle gezondheids- en welzijnssectoren. De BelRAI instrumenten zijn de vertalingen van de interRAI instrumenten in de drie Belgische landstalen. De regionale en de federale overheden hebben ervoor gekozen om de BelRAI instrumenten te implementeren als uniform assessment instrument in alle sectoren van gezondheidszorg en welzijnswerk (actiepunt 8 van het plan e-Gezondheid).

Er zijn verschillende redenen om BelRAI als comprehensive assessment systeem te implementeren. Zo biedt BelRAI een gemeenschappelijke taal met een consistente terminologie waardoor alle hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een zorgbehoevend persoon - onafhankelijk van het type zorgvoorziening waarin de persoon verblijft of de discipline van de zorgverlener - dezelfde aspecten van functioneren op eenzelfde manier meten. Deze aspecten geven een holistisch beeld weer van de cliënt. Dezelfde taal spreken komt de onderlinge communicatie tussen zorgprofessionals ten goede. Een degelijke communicatie en samenwerking zijn essentiële voorwaarden om continuïteit van zorg te garanderen. BelRAI maakt een efficiënte informatieoverdracht van cliëntgegevens tussen verschillende zorgvoorzieningen mogelijk. Zeker voor personen met complexe zorgnoden die in verschillende types van zorgvoorzieningen – vaak ook meermaals – zorg nodig hebben, biedt dit een meerwaarde. Dubbele registraties en assessments door verschillende hulpverleners – die niet op elkaar afgestemd zijn – worden vermeden, en de zorggebruikers hoeven niet steeds hun verhaal opnieuw te vertellen. Waar momenteel het gebruik van verschillende inschalingsinstrumenten continuïteit van zorg bemoeilijkt, biedt BelRAI een breed scala aan instrumenten die geschikt zijn voor meerdere settings en meerdere doelgroepen.

Door in verschillende sectoren met eenzelfde registratie-instrument te werken, zullen hulpverleners die achtereenvolgens zorg bieden aan een persoon minder tijd moeten besteden aan de registratie van de zorgnoden. Het is immers de bedoeling dat elke hulpverlener die instaat voor de zorg van een persoon toegang heeft tot de informatie die de vorige hulpverlener(s) verzamelde(n). Het multidisciplinaire zorgteam vult samen de BelRAI instrumenten voor een cliënt in. Elke discipline kan een welbepaalde sectie invullen.

BelRAI vormt niet enkel een registratiesysteem. De gegevens die op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze verzameld zijn, zorgen voor resultaten (CAP's en zorgschalen, zie 3.2) die gebruikt kunnen worden als input voor het opstellen van een kwaliteitsvol zorgplan, of om deze aan te passen of te evalueren. BelRAI creëert niet automatisch een zorg-, begeleidings- of behandelplan. Het is belangrijk dat dit een combinatie blijft van de wetenschappelijk onderbouwde output die BelRAI

biedt, de expertise van het multidisciplinair zorgteam en de visie en wensen van de cliënt en eventueel zijn naaste omgeving. BelRAI maakt het ook mogelijk om op termijn kwaliteitsindicatoren te berekenen voor de ondersteuning van het kwaliteitsmanagement van zorgvoorzieningen. Eveneens zouden zorgzwaartecategorieën nuttig zijn om de kwaliteit van zorg te bepalen op het niveau van de regio's en overheden. Overheden kunnen ook beslissen om financiering aan de zorgzwaartecategorieën te koppelen. De doelstelling van het comprehensive assessment systeem bestaat er bijgevolg in om over de gezondheids- en welzijnssectoren heen de verschillende vormen van continuïteit van zorg, en de coördinatie van de zorg, te ondersteunen.

## 2 BelRAI GGZ-instrumentarium

Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn er twee BelRAI hoofdinstrumenten (Hirdes et al., 2020):

- het BelRAI Community Mental Health (CMH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in ambulante GGZ settings (Hirdes et al., 2010), inclusief diensten voor beschut wonen en mobiele teams;
- het BelRAI Mental Health (MH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in residentiële GGZ settings (Hirdes, Smith et al., 2002).

Als toevoeging bij deze hoofdinstrumenten zijn er drie BelRAI GGZ-supplementen waarvan momenteel binnen interRAI pilootversies bestaan (Hirdes et al., 2020):

- Addictions supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de zorgnoden van personen met een verslaving te evalueren en op te volgen in reguliere GGZ-voorzieningen (<http://www.interrai.org/mental-health.html>).
- Forensic supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de specifieke zorgnoden van justitiabelen<sup>8</sup> met een psychische problematiek te evalueren en op te volgen. Het betreft hier bijvoorbeeld geïnterneerden, veroordeelden vrij onder voorwaarden en veroordeelden onder voorlopige invrijheidsstelling (<http://www.interrai.org/mental-health.html>).
- Intellectual Disabilities supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de zorgnoden van personen met een aangeboren intellectuele beperking te evalueren en op te volgen.

Ter voorbereiding op de BelRAI GGZ-studies van 2018-2020 in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (zie deel 4 van dit hoofdstuk), zijn nog twee andere supplementen ontwikkeld, in overleg met de betrokken Vlaamse GGZ subsectoren en onderzoeksexperten in deze domeinen (Van Horebeek et al., 2019). Het betreft dus twee testversies van supplementen die ontwikkeld en gebruikt zijn in deze BelRAI GGZ-studies:

- BelRAI Addictions supplement – extended version: een supplement dat momenteel gebruikt wordt door de revalidatiecentra voor verslaving en de forensische GGZ-voorzieningen ter vervanging van het reeds vernoemde standaard Addictions supplement.
- BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement: een supplement dat momenteel gebruikt wordt door de psychosociale revalidatiecentra, de initiatieven voor beschut wonen (IBW) en de mobiele teams (MT).

---

<sup>8</sup> Een justitiabele is een persoon die in contact is met het gerecht als dader.

De BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten en supplementen worden multidisciplinair ingevuld door de hulpverleners (psychiatrische verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk assistent, psychiater, ...) aan de hand van informatie die zij verzamelen op basis van observatie, uit het dossier, bij de cliënt, bij de mantelzorgers en de familie en bij andere hulpverleners die betrokken zijn bij de cliënt.

Tenslotte is ook de Self-Reported Quality of Life Survey for Mental Health (BelRAI Quality of Life vragenlijst) vertaald in de drie Belgische landtalen (<http://www.interrai.org/quality-of-life.html>; Naus & Hirdes, 2013). Dit is het enige BelRAI GGZ-instrument dat de cliënt volledig zelf invult.

De software die momenteel in Vlaanderen gebruikt kan worden om de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten in te vullen, is de BelRAI 2.0 webapplicatie die de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ter beschikking stelt. Deze software is - voor toegang - gekoppeld met het CoBRHA register (Common Base Registry for HealthCare Actor). Hierdoor kunnen verschillende disciplines uit de GGZ deze webapplicatie (nog) niet gebruiken. We denken hierbij o.a. aan maatschappelijk werkers, psychologen<sup>9</sup>, pedagogen, criminologen en opvoeders.

### **3 Gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium**

Het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten bestaat grotendeels uit twee fasen. In een eerste fase vullen de hulpverleners de meeste instrumenten in; de BelRAI Quality of Life vragenlijst vult de cliënt zelf in. In een tweede fase kunnen deze hulpverleners, de cliënt en zijn naasten gebruik maken van resultaten die berekend zijn op basis van de ingevulde gegevens.

#### **3.1 Invullen van de BelRAI GGZ-instrumenten**

De BelRAI GGZ-instrumenten zijn generieke assessment instrumenten waarmee op een gestandaardiseerde en een systematische wijze gegevens verzameld worden over het functioneren van psychisch kwetsbare personen. In eerste instantie vullen hulpverleners een BelRAI GGZ 'hoofdinstrument' in. Op basis van de antwoorden op specifieke items uit dit hoofdinstrument – en/of op basis van het type voorziening waarbinnen de cliënt behandeling en/of begeleiding krijgt - wordt bepaald of één (of meerdere) van de supplementen ook dienen ingevuld te worden. Bij de supplementen beoordeelt men nieuwe domeinen of worden bepaalde domeinen, die reeds aangehaald zijn in een BelRAI GGZ-hoofdinstrument, uitgebreider bevraagd. Bijkomend vult de cliënt de BelRAI Quality of Life vragenlijst in.

In de instrumenten komen volgende domeinen aan bod:

- In de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten; het BelRAI Mental Health en Community Mental Health instrument:
  - A. Persoonlijke gegevens (8 items)
  - B. Opname en voorgeschiedenis (7 items)
  - C. Indicatoren van psychisch functioneren (5 items)
  - D. Middelengebruik of extreem gedrag (10 items)
  - E. Schade aan zichzelf en anderen (12 items)
  - F. Gedrag (1 item)

---

<sup>9</sup> De psychologen zijn opgenomen in KB 78 en hebben een visum. Maar dit is – naar wij weten - nog niet opgenomen in het CoBRHA register.

- G. Cognitie (5 items)
  - H. Algemeen dagelijks functioneren (6 items)
  - I. Communicatie- en gezichtsvermogen (3 items)
  - J. Gezondheidstoestand (13 items)
  - K. Stress en trauma (4 items)
  - L. Geneesmiddelen (5 items)
  - M. Zorgconsumptie en behandelingen (5 items)
  - N. Vrijheidsbeperkende maatregelen en observaties (enkel in MH-instrument)
  - O. Toestand van voeding (3 items)
  - P. Sociale omgang (uitbreider in het CMH-instrument: 9 items)
  - Q. Werk, opleiding en financiën (9 items)
  - R. Ontslagmogelijkheden (enkel in MH-instrument)
  - S. Beoordeling van de omgeving (enkel in het CMH-instrument: 1 item)
  - T. Diagnostische informatie (4 items)
  - U. Ontslaginformatie (5 items)
- In het BelRAI Addictions supplement:
    - A. Persoonlijke gegevens (3 items)
    - B. Voorgeschiedenis rond verslaving (5 items)
    - C. Toestand van mond en fysieke gezondheid (3 items)
    - D. Videogaming en internetgebruik (1 item)
    - E. Bereidheid, noodzaak en ondersteuning tot verandering (2 items)
  - In het BelRAI Addictions supplement – extended version:
    - A. Persoonlijke gegevens (6 items)
    - B. Voorgeschiedenis (9 items)
    - C. Beschrijving van het verslavingsprofiel (4 items)
    - D. Toestand van mond en fysieke gezondheid (3 items)
    - E. Bereidheid en ondersteuning tot verandering (2 items)
  - In het BelRAI Forensic supplement:
    - A. Identificatiegegevens (5 items)
    - B. Indicatoren van psychisch functioneren (1 item)
    - C. Betrokkenheid bij criminele activiteiten (4 items)
    - D. Gedrag (2 items)
    - E. Levensgebeurtenissen (1 item)
    - F. Sociale relaties (2 items)
    - G. Argumenten voor ontslag (2 items)
  - In het BelRAI Intellectual Disabilities supplement:
    - A. Persoonlijke gegevens (3 items)
    - B. Opname en voorgeschiedenis (5 items)
    - C. Gemeenschapsleven en sociale betrokkenheid (3 items)
    - D. Sterktes, relaties en mantelzorg (3 items)
    - E. Communicatie en Cognitie (2 items)
    - F. Stemming en gedrag (2 items)
    - G. Geneesmiddelen (1 item)
    - H. Ondersteuning en dienstverlening (1 item)



- In het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement:
  - A. Persoonlijke gegevens
  - B. Beoordeling woonomgeving
  - C. Dagelijks functioneren en cognitie
  - D. Gezondheidstoestand
  - E. Mantelzorg en steun
  - F. Dagbesteding
  - G. Financiële toestand
  - H. Ontslag en verwijzing
  
- In de BelRAI Quality of Life vragenlijst:
  - A. Persoonlijke kijk op het leven (4 items)
  - B. Autonomie en zelfbeschikking (4 items)
  - C. Dagelijkse activiteiten (3 items)
  - D. Vrienden en familie (5 items)
  - E. Gemeenschap (4 items)
  - F. Relatie met het personeel (4 items)
  - G. Privacy (3 items)
  - H. Empowerment en ondersteuning (4 items)
  - I. Discriminatie en levensomstandigheden (5 items)
  - J. Toegang tot diensten (5 items)
  - K. Diversen (5 items)

### 3.2 BelRAI GGZ-resultaten

Van zodra een BelRAI assessment is ingevuld, kunnen de volgende BelRAI resultaten berekend worden: zorgschalen, 'Clinical Assessment Protocols' (ook wel Cliënt AandachtsPunten of CAP's genoemd; Hirdes et al., 2011), kwaliteitsindicatoren (Perlman et al., 2013) en een case-mix classificatiesysteem (Hirdes, Fries et al., 2002). Zorgschalen en CAP's dienen in de eerste plaats om een onderbouwd begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Bij periodieke afname kunnen ook individuele statistieken die de evolutie van het functioneren in de levensdomeinen weergeven. Kwaliteitsindicatoren en het case-mix classificatiesysteem ondersteunen het kwaliteitsbeleid. Kwaliteitsindicatoren kunnen input bieden voor de kwaliteitsmonitoring binnen voorzieningen. Zorgzwaartecategorieën kunnen eveneens binnen voorzieningen gebruikt worden, maar maken ook regionale en internationale benchmarking mogelijk. De kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën van het case-mix classificatiesysteem worden niet berekend in de huidige BelRAI GGZ-studies. Het interRAI-consortium publiceerde recent een internationaal overzichtsartikel van de interRAI instrumenten voor de GGZ, met enkele voorbeelden over hoe men deze resultaten ook op het niveau van de voorzieningen en regio's kan gebruiken (Hirdes et al., 2020).

### Zorgschalen

Zorgschalen zijn wetenschappelijk onderbouwde schalen die worden berekend op basis van items uit het BelRAI (C)MH-instrument. Ze geven een indicatie van de huidige klinische en functionele status van een persoon. Voor de BelRAI GGZ hoofdsinstrumenten worden momenteel volgende zorgschalen berekend (Hirdes et al., 2011):

- Met betrekking tot veiligheid:
  - De 'Severity of Self-harm Scale' weerspiegelt het risico op zelfverwonding.
  - De 'Risk of Harm to Others Scale' weerspiegelt het risico op het toebrengen van schade aan anderen.
  - De 'Aggressive Behaviour Scale' bepaalt de mate van agressief gedrag dat de persoon vertoont.
  - De 'Self-care Index' weerspiegelt het risico op het onvermogen om voor zichzelf te zorgen omwille van psychiatrische symptomen.
- Met betrekking tot het sociaal leven van de persoon:
  - De 'Social Withdrawal Scale' identificeert sociale terugtrekking van de persoon.
- Met betrekking tot de cognitie en het psychisch functioneren van de persoon:
  - De 'Depression Rating Scale' geeft een indicatie van de aanwezigheid van depressieve symptomen (maar stelt geen diagnose).
  - De 'Depressive Severity Index' geeft een indicatie van de ernst van de depressieve symptomen.
  - De 'Mania Scale' meet de frequentie van symptomen gerelateerd aan manie.
  - De 'Positive Symptoms Scale Long' en de 'Positive Symptoms Scale Short' weerspiegelen de aanwezigheid en de frequentie van positieve symptomen.
  - De CAGE screent het middelengebruik in de laatste 90 dagen a.d.h.v. vier criteria<sup>10</sup>.
  - De 'Cognitive Performance Scale' meet het cognitief functioneren van de persoon.
  - De 'Communication Scale' geeft aan in welke mate de persoon problemen heeft om te communiceren.
- Met betrekking tot somatische complicaties:
  - De 'Pain Scale- Revised' geeft een indicatie van de ernst en de frequentie van pijn.
  - De 'Body Mass Index' is een manier om de verhouding tussen het gewicht en de lengte van een persoon weer te geven. Op die wijze vormt het een indicatie om na te gaan of de persoon al dan niet overgewicht heeft.
  - De 'Deafblind Severity Index' weerspiegelt in welke mate de persoon problemen ervaart met zijn/haar gehoor en/of zicht.
- Met betrekking tot het functioneel presteren van de persoon:
  - De 'ADL Hierarchy Scale' en de 'ADL Short Format Scale' geven aan in welke mate de persoon zelfstandig is bij het uitvoeren van zijn ADL taken zoals persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen en eten.
  - De 'IADL Capacity Hierarchy Scale' weerspiegelt in welke mate de persoon de mogelijkheden heeft om zijn/haar instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren (maaltijdbereiding, huishoudelijk werk, financieel beheer, geneesmiddelenbeheer, telefoongebruik, trappen doen, boodschappen doen en vervoer).

---

<sup>10</sup> De letter C, A, G en E verwijzen naar de vier criteria: (1) Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? (2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt Guilty about drinking? (4) Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

- De 'ADL-IADL Functional Hierarchy Scale' geeft het functioneren weer en combineert ADL en IADL taken (maaltijdbereiding, winkelen etc.) van lage naar hoge uitval.

#### *De Clinical Assessment Protocols (CAP's)*

De Clinical Assessment Protocols zijn een soort 'alarmpjes' die worden getriggerd van zodra (1) preventieve acties in een bepaald domein wenselijk zijn, (2) vooruitgang of beterschap mogelijk is in een bepaald domein op voorwaarde dat de persoon hierbij ondersteuning krijgt, en (3) een risico op achteruitgang bestaat indien er geen bijkomende hulp geboden wordt in het desbetreffende domein. De CAP's van de BeRAI GGZ-hoofdinstrumenten hebben betrekking op vijf levensdomeinen: veiligheid, sociaal leven, economische factoren, autonomie en gezondheidspromotie (Hirdes et al., 2011). Tabel 14 geeft een overzicht van de beschikbare CAP's per zorgdomein. De tabel geeft eveneens weer op basis van welk hoofdinstrument de CAP's berekend kunnen worden.

Tabel 14 Overzicht van de beschikbare BeRAI GGZ clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen

	MH	CMH
<b>VEILIGHEID</b>		
Schade aan anderen	X	X
Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding	X	X
Zelfzorg	X	X
<b>SOCIAAL LEVEN</b>		
Sociale relaties	X	X
Mantelzorg		X
Ondersteuningskader bij ontslag	X	
Intermenselijke conflicten	X	X
Traumatische levensgebeurtenissen	X	X
Criminele activiteiten	X	X
<b>ECONOMISCHE FACTOREN</b>		
Persoonlijke financiën	X	X
Opleiding en werk	X	X
<b>AUTONOMIE</b>		
Vrijheidsbeperkende maatregelen	X	
Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw	X	X
Heropname	X	X
<b>GEZONDHEIDSPROMOTIE</b>		
Roken	X	X
Middelengebruik	X	X
Gewichtsmanagement	X	X
Beweging	X	X
Slaapstoornissen	X	X
Pijn	X	X
Valincidenten	X	X

De CAP's zijn geen diagnostische tools. Ze genereren ook geen automatisch begeleidingsplan. CAP's en zorgschalen zijn wetenschappelijk onderbouwde tools die beslissingsondersteunend zijn bij het opstellen van het individueel begeleidingsplan. Een begeleidingsplan komt tot stand op basis van de interactie tussen (1) de expertise van het multidisciplinair zorgteam, (2) de visie en wensen van de cliënt en eventueel zijn naaste omgeving, en (3) de wetenschappelijk onderbouwde output die BelRAI biedt. Dit plan komt tot stand in interactie tussen de hulpverleners, de cliënt en eventueel zijn naaste omgeving.

#### **4 Overzicht BelRAI projecten in de Belgische en Vlaamse GGZ**

##### *Eerste BelRAI GGZ-studies*

In 2009 zijn voor het eerst de mogelijkheden van de BelRAI instrumenten in de GGZ bevestigd. Dit gebeurde bij acht Vlaamse en acht Waalse GGZ-voorzieningen op basis van inspectie van de instrumenten. Dit vond plaats in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Uit de expertpanels bleek dat het grootste deel van de betrokken GGZ-voorzieningen tevreden was met verschillende aspecten van de inhoud van de BelRAI instrumenten. Daarnaast zijn ook verschillende bedenkingen en kritieken geformuleerd met betrekking tot praktische, inhoudelijke en deontologische aspecten (De Groof, Bianchi, Jacob, Declercq, & Van Audenhove, 2009).

In 2011 is – eveneens in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en in het kader van de artikel 107-hervorming – een overzicht gemaakt van alle registratie- en monitoringsystemen die een continue opvolging van de cliënten en van de zorgcoördinatie toelaten over verschillende sectoren en (zorg)contexten heen. De conclusie van deze studie luidt dat enkel een systeem met de logica van de interRAI instrumenten tegemoet kan komen aan deze vereisten, temeer omdat een dergelijk systeem ook zorginhoudelijk input aanlevert. De zorgverleners kunnen deze zorginhoudelijke input gebruiken bij het bepalen van behandelingen en begeleidingen (De Jaeghere, De Smet, & Van Audenhove, 2011).

In 2017 vond in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een eerste pilootstudie plaats in de zorgpraktijk, met als doelstelling de geschiktheid, haalbaarheid en attitude ten aanzien van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving te onderzoeken. Aangezien er toen nog geen BelRAI GGZ-software beschikbaar was, zijn de BelRAI GGZ-instrumenten door hulpverleners uit 13 voorzieningen op papier ingevuld, en dit voor in totaal 61 cliënten. Er zijn verschillende sterktes aangehaald met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten, maar er zijn ook bezwaren geformuleerd door de deelnemende hulpverleners, coördinatoren van GGZ-voorzieningen en -netwerken, patiënten- en familievertegenwoordigers en beleidsmakers. Betreffende de geschiktheid van de BelRAI GGZ-instrumenten gaven de hulpverleners aan dat het instrumentarium een uitgebreid beeld biedt van de zorgnoden van de cliënt. Het instrumentarium helpt bovendien om delicate topics te bespreken met de cliënten. Bepaalde hulpverleners meldden dat sommige thema's niettemin confronterend zijn om te bevragen en/of privacygevoelig. Het Addictions supplement werd te summier bevonden om de zorgnoden van personen in de gespecialiseerde verslavingszorg in kaart te brengen. De Quality of Life-vragenlijst is zeer positief ontvangen, vooral omdat dit het cliëntperspectief op de zorgnoden in beeld brengt. Met het oog op de haalbaarheid van het gebruik van het instrumentarium, meldden de hulpverleners dat het invullen zeer tijdsintensief is. Een multidisciplinaire aanpak zou hier in de

toekomst een meerwaarde kunnen betekenen. Met betrekking tot het toekomstig gebruik zagen de betrokken stakeholders zowel sterktes als zwaktes. Het werd als positief beschouwd dat toekomstige software onmiddellijk een overzicht zou bieden van de resultaten waarmee de hulpverlener en cliënt aan de slag kunnen. Het delen van deze resultaten moet weliswaar met de nodige voorzichtigheid en de toestemming van de cliënt gebeuren. De hulpverleners vonden het ook positief dat de uitkomsten bruikbaar zijn op een hoger niveau, met het oog op kwaliteitsindicatoren, groepsstatistieken en benchmarking. Hier tegenover stond de bezorgdheid dat het instrumentarium hoofdzakelijk vertrekt vanuit het hulpverlenersperspectief. Dit gaat volgens de betrokken stakeholders lijnrecht in tegen de herstelvisie van waaruit de Vlaamse GGZ meer en meer werkt en die vertrekt vanuit de sterktes en capaciteiten van de cliënt. Tot slot was er ook ongerustheid over de eventuele koppeling tussen de BelRAI GGZ-data en zorgfinanciering (Van Eenoo, De Cuyper, Declercq, & Van Audenhove, 2017).

#### *BelRAI GGZ-studies 2018-2020 – voorbereidende fase*

In 2018 zijn vervolgens twee nieuwe BelRAI GGZ-studies opgestart in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

- De tweede BelRAI GGZ-studie vormt een vervolg op de reeds vermelde pilootstudie van 2017. Deze vervolgstudie loopt momenteel bij een grotere groep van voorzieningen van volgende types: initiatieven voor beschut wonen, psychiatrisch verzorgingstehuizen, woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA, psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving en mobiele 2b teams. Via het gebruik van software zullen de BelRAI resultaten onmiddellijk na de invulling van de BelRAI instrumenten beschikbaar zijn voor de hulpverleners.
- De BelRAI en DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie. Verder in dit rapport worden het opzet en de resultaten van deze pilootstudie weergegeven. Voortbouwend op de resultaten van de literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) zijn binnen de specifieke sector van de forensische GGZ zowel het BelRAI GGZ-instrumentarium alsook de DUNDRUM getest.

Omwille van de grote overlap – zowel procesmatig als inhoudelijk – tussen deze twee studies gebruiken we hieronder soms de term ‘BelRAI GGZ-studies’ om beide studies aan te duiden.

De BelRAI GGZ-studies konden in de zomer van 2018 niet van start gaan aangezien de Vlaamse GGZ - bij monde van de koepelorganisaties - een aantal bezwaren uitte met betrekking tot het toekomstig gebruik van BelRAI binnen de Vlaamse GGZ en de geplande BelRAI GGZ-studies. Deze bezwaren hadden betrekking op de inhoud en het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de gegevensdeling (Van Horebeek et al., 2019). Als reactie op deze tussenkomst van de koepelorganisaties, startte in het najaar van 2018 een participatief traject waaraan 49 GGZ-voorzieningen deelnamen in zeven BelRAI GGZ-werkgroepen (één werkgroep per type voorzieningen dat gerekruteerde was voor de BelRAI GGZ-studies, waaronder ook de forensische GGZ). De start van de BelRAI GGZ-studies voor de voorzieningen werd daardoor uitgesteld naar september 2019. Als resultaat van dit traject is het BelRAI GGZ-instrumentarium verder uitgebreid om de zorgnoden van alle verschillende doelgroepen die in de GGZ-behandeling/begeleiding krijgen, in kaart te kunnen brengen. Zo is een Addictions supplement – extended version en een Maatschappelijk Herstel supplement ontworpen en toegevoegd aan het instrumentarium. Daarnaast leverde dit participatief traject een aantal beleidsaanbevelingen op met betrekking tot het gebruik van BelRAI (en DUNDRUM) in de Vlaamse GGZ. Deze aanbevelingen focusten op de nood aan een BelRAI GGZ core

instrument en een BelRAI self-assessment instrument voor de cliënten, het uitwerken van de regulering rond gegevensdeling en de behoefte aan een implementatieplan rond BelRAI in de GGZ en dit op zowel het niveau van de voorzieningen als de Vlaamse overheid. Een uitgebreid overzicht van de resultaten van het traject van de werkgroepen is beschreven in het tussentijds rapport (Van Horebeek et al., 2019).

De volgende hoofdstukken focussen op de onderzoeksdoelstelling en -vragen, methode en de resultaten van de BelRAI – DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie.

## Hoofdstuk 4

### BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 van dit rapport zijn volgende topics essentieel om in kaart te brengen in de forensische zorg:

1. Riscotaxatie: dit omvat het inschatten van de ernst van het risico dat iemand in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag zal vertonen van bepaalde aard, omvang (recidive), en binnen een welbepaalde context;
2. Beveiligingsniveau: dit heeft betrekking op het infrastructurele beveiligingsniveau van een instelling of afdeling (low, medium of high security), is dus statisch en gerelateerd aan het risiconiveau van de patiënt. Een patiënt heeft low, medium of high beveiligingsniveaus, terwijl de voorziening het beveiligingsniveau voorziet;
3. Criminogene en andere – meer algemene – zorgnoden: niet alleen criminogene noden zijn belangrijk om te inventariseren, maar ook algemene zorgnoden (psychische en fysieke gezondheid, maatschappelijke rollen, kwaliteit van leven, ...). Algemene zorgnoden zijn niet delict-gerelateerd, en vaak niet criminogeen van aard, al kan dit voor bepaalde algemene zorgnoden wel het geval zijn voor een aantal individuele cliënten. We denken hier bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van bepaalde wanen;
4. Behandeloortgang op basis van een aantal van bovenstaande topics.

Uit de literatuurstudie met betrekking tot instrumenten om zorgnoden in de forensische populatie in kaart te brengen (hoofdstuk 2) kwamen vijf instrumenten:

1. CANFOR: dit instrument meet algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden (CAN) en criminogene noden in residentiële en ambulante forensische GGZ-voorzieningen (CANFOR);
2. DUNDRUM: dit instrument meet beveiligingsniveau, opnameprioriteit, behandeloortgang en mate van herstel in residentiële en ambulante forensische GGZ-voorzieningen. Deze elementen worden onder andere bepaald op basis van de inschatting van criminogene noden. Algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden komen in de DUNDRUM niet aan bod.
3. HoNOS-Secure: dit instrument meet algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden (HoNOS) en criminogene noden in residentiële en ambulante forensische GGZ-voorzieningen (HoNOS-Secure);
4. interRAI Mental Health (MH) : dit instrument meet bijna uitsluitend algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden - maar amper criminogene noden - in residentiële GGZ-voorzieningen, waaronder ook residentiële forensische GGZ-voorzieningen. Het Forensic supplement dat interRAI nog maar recent ontwikkelde, meet wel een aantal criminogene noden, en dient als aanvulling bij de interRAI MH en interRAI CMH (ambulante GGZ). Van dit Forensic supplement bestaat nog geen finale versie. Bijgevolg zijn er nog geen publicaties over de psychometrische

kwaliteiten ervan, en behoort dit supplement dus ook niet tot de resultaten van de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 wordt het BelRAI GGZ-instrumentarium gedetailleerd toegelicht, waaronder ook dit Forensic supplement.

5. SNAP: dit instrument meet beveiligingsniveau in residentiële forensische GGZ-voorzieningen met focus op de structurele en procedurele beveiliging, zonder dat de criminogene noden van de populatie mee in rekening worden genomen.

Op vraag van het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin stelden we op basis van deze literatuurstudie een **generiek assessment instrumentarium** samen om criminogene en andere, niet delict-gerelateerde zorgnoden in de forensische GGZ te meten. We vergeleken de psychometrische kwaliteiten van de instrumenten met elkaar (zie deel 4 van hoofdstuk 2). Daarnaast werd nagegaan in hoeverre (de items van) de instrumenten met elkaar overlappen (zie deel 5 van hoofdstuk 2). Op basis van deze analyses stelden we de combinatie van de DUNDRUM (Kennedy et al., 2016) en de Vlaamse variant van de interRAI Mental Health<sup>11</sup> (MH; Hirdes, Smith et al., 2002) voor als generiek assessment instrumentarium voor de Vlaamse forensische GGZ. We vulden de interRAI MH aan met andere bestaande interRAI GGZ-instrumenten. Deze instrumenten resulteerden niet uit de literatuurstudie aangezien er - voor zover wij weten - nog geen internationaal wetenschappelijk onderzoek in de forensische GGZ over gepubliceerd is. Het betreft de Vlaamse variant van de interRAI Community Mental Health<sup>12</sup> (CMH; Hirdes et al., 2010), het recent ontwikkelde interRAI Forensic supplement en de uitgebreide versie van het interRAI Addictions supplement (Hirdes et al., 2020; Van Horebeek et al., 2019). De BelRAI CMH is toegevoegd voor gebruik in ambulante settings; de BelRAI MH is hier immers niet voor geschikt. InterRAI ontwikkelde het Forensic supplement om aanvullend op de interRAI MH en CMH te gebruiken in forensische GGZ-voorzieningen zodat ook een aantal criminogene zorgnoden in kaart gebracht worden. Daarom werd dit supplement ook toegevoegd aan het generiek assessment instrumentarium. Het Addictions supplement is tenslotte - in zijn uitgebreide versie - toegevoegd aangezien verslavingsproblematiek bij de forensische populatie ook impact heeft op recidive (Bonta, Blais, & Wilson, 2014). De onderzoekers ontwikkelden de uitgebreide versie van het interRAI Addictions supplement op vraag van de BelRAI GGZ-werkgroep revalidatiecentra verslaving (zie traject met werkgroepen ter voorbereiding van de BelRAI GGZ-studies; Van Horebeek et al., 2019).

Op basis van dit instrumentarium kunnen het beveiligingsniveau, de criminogene noden en de algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden op een generieke wijze gemeten worden in alle types van forensische zorgvoorzieningen. Ook onderzoek dat gepubliceerd is ná de literatuurstudie (hoofdstuk 2) heeft aangetoond dat de DUNDRUM-1 (bepalen van beveiligingsniveau) de voorkeur heeft op de HoNOS-secure vanwege de betere psychometrische eigenschappen, transparantere scoringsinstructies en betere voorspellende waarden (Habets, Jeandarme, & Kennedy, 2020). Enkel de risicotaxatie is door dit generiek assessment instrumentarium niet gecoverd. De bestaande risicotaxatie-instrumenten zijn gericht op het voorspellen van specifiek delictgedrag. Een generiek risicotaxatie-instrument gebruiken is bijgevolg moeilijk omdat men delict-specifiek recidive wil meten (bv. kans op herval in seksueel geweld, intramuraal geweld of intra familiaal geweld). Onderzoek naar het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in Vlaanderen wordt momenteel gepland

---

<sup>11</sup> Voor residentiële GGZ-voorzieningen.

<sup>12</sup> Voor ambulante GGZ-voorzieningen, waaronder ook diensten voor beschut wonen en mobiele teams.



in het kader van de structurele registratie van gegevens van de geïnterneerden die aangemeld zijn bij projecten met een B4-overeenkomst.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid, het departement en kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en de federale overheidsdienst en kabinet Volksgezondheid keurden het geselecteerde generiek assessment instrumentarium in het voorjaar van 2018 goed om te testen in een pilotstudie.

De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium (BelRAI GGZ-hoofdinstrument + supplementen) in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving zijn vervolgens in een exploratieve studie getest in acht residentiële en ambulante (inclusief mobiele) forensische diensten. De keuze om specifiek geïnterneerden te includeren is gestuurd door de verwachting dat het gebruik van een cross-sectoraal beoordelingssysteem zinvol kan zijn voor deze doelgroep, o.a. in het kader van de ondersteuning van integrale zorg en continuïteit van zorg. Daarnaast werd er ook voor gekozen om personen met een intellectuele beperking – alhoewel ze ruim vertegenwoordigd zijn in de forensische zorg – niet te includeren in deze pilotstudie (Uzieblo, Pouls, Habets, & Jeandarme, 2019). Deze doelgroep vraagt immers om een specifieke aanpak bij het invullen en bespreken van een assessment. Op basis van deze pilotstudie willen we tot conclusies komen en aanbevelingen doen enerzijds naar de Vlaamse overheid toe over de samenstelling van het generiek assessment systeem voor de Vlaamse forensische GGZ, en anderzijds naar de voorzieningen toe over hoe dit generiek assessment systeem gebruikt kan worden in de zorg voor personen met een EPA en/of verslaving in de Vlaamse forensische GGZ.

De onderzoeksvragen voor de BelRAI en DUNDRUM forensische GGZ-pilotstudie waren:

1. Welke gebruiksmogelijkheden bieden het BelRAI GGZ-instrumentarium aangevuld met de DUNDRUM voor de hulpverleners in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving?  
Het betreft hier (a) de *geschiktheid* van de instrumenten en (b) de *haalbaarheid* in het gebruik van de instrumenten voor de hulpverleners.  
De hulpverleners die zelf het BelRAI instrumentarium en de DUNDRUM hebben ingevuld, beoordelen deze gebruiksmogelijkheden.
2. Welke gebruiksmogelijkheden bieden de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM voor de hulpverleners bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de betreffende cliënt binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt?  
Om deze gebruiksmogelijkheden te onderzoeken, hebben de hulpverleners de vraag gekregen om de resultaten van het BelRAI instrumentarium en de DUNDRUM mee te nemen naar de teamvergadering van de voorziening, deze daar te bespreken, en te kijken of en hoe ze input kunnen bieden voor het opstellen en/of evalueren van het begeleidingsplan van de betreffende cliënt. De forensische GGZ-voorzieningen stonden er zelf op om ook deze tweede onderzoeksvraag – waarin voorzieningen vrij waren om deze al dan niet mee te onderzoeken – op te nemen (Van Horebeek et al., 2019). Voor de DUNDRUM is niet enkel bekeken hoe de resultaten voor het begeleidingsplan gebruikt kunnen worden, maar ook wat de gebruiksmogelijkheden zijn bij verwijzing van een cliënt met een EPA en/of verslaving tussen voorzieningen met verschillende beveiligingsniveaus.
3. Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst?  
De hulpverleners die het BelRAI instrumentarium invulden, alsook beleidsexperten uit de betrokken overheden en de sector, beoordeelden deze gebruiksmogelijkheden.

4. Hoe karakteriseren de BelRAI en DUNDRUM-resultaten de betrokken cliënten uit de forensische GGZ?

Aan de hand van de kleine steekproef van deze pilootstudie willen de onderzoekers tonen welke karakteristieken van geïnterneerden men kan beschrijven aan de hand van de BelRAI en DUNDRUM-resultaten. Aangezien het niet tot de doelstelling behoorde om een representatieve steekproef in deze pilootstudie te verzamelen, zijn deze resultaten niet representatief voor de karakteristieken van geïnterneerden in de Vlaamse forensische GGZ. Doordat tijdens de pilootstudie de hulpverleners voor de eerste keer de kans kregen om te leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium, heeft dit logischerwijze ook geleid tot een aantal fouten bij het beoordelen van de items.

## Hoofdstuk 5

### BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Methode

In dit hoofdstuk lichten we toe hoe we de deelnemende voorzieningen rekruteerden, welke data op welke manier verzameld werden bij cliënten, hulpverleners en beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden, en hoe deze data verwerkt zijn geweest. De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven na raadpleging van de ethische comités van de deelnemende centra (S61488).

#### 1 Studie design

Binnen deze studie werd een cross-sectioneel, mixed-method design gehanteerd om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ en DUNDRUM-instrumentarium en de bijhorende resultaten te onderzoeken voor hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving. Na het volgen van een BelRAI en DUNDRUM-opleiding includeerden de betrokken hulpverleners geïnterneerden met een ernstig psychische aandoening (EPA) en/of verslaving voor deze studie. Nadat deze personen hun geïnformeerde toestemming hadden gegeven aan de hand van een informed consentformulier, verzamelden hulpverleners tijdens de routinezorg gegevens van deze personen aan de hand van BelRAI GGZ-instrumenten en de DUNDRUM. De hulpverleners en de cliënten maakten gebruik van Qualtrics-software om deze instrumenten in te vullen. Deel 4 van dit hoofdstuk licht de procedure van de studie verder toe.

De gebruiksmogelijkheden van de onderzochte instrumenten en bijbehorende resultaten in de zorg voor en het begeleidingsplan van cliënten met een EPA en/of verslaving (onderzoeksvragen 1 en 2) zijn bekeken. Voor de DUNDRUM werd ook nagegaan wat de gebruiksmogelijkheden zijn bij verwijzing van een cliënt met een EPA en/of verslaving tussen voorzieningen met verschillende beveiligingsniveaus. De gebruiksmogelijkheden naar de toekomst toe (onderzoeksvraag 3) zijn eveneens onderzocht. Dit gebeurde bij de hulpverleners aan de hand van een focusgroep, een attitudevragenlijst en een korte bevraging van de rol van BelRAI binnen de werkcontext tijdens de studie. Deze derde onderzoeksvraag is ook bevestigd bij beleidsexperten uit de sector en van de betrokken overheden. Zij gaven eveneens feedback op de visie van de hulpverleners op de eerste en tweede onderzoeksvraag. Voor de beleidsmedewerkers van twee deelnemende forensische GGZ-voorzieningen gebeurde dit via een interview en eveneens de attitudevragenlijst. De overige experts – die een GGZ-subsector, netwerk internering of overheidsinstantie vertegenwoordigde – namen deel aan een expertenpanel.

Aan de hand van de BelRAI GGZ en DUNDRUM-data die verzameld werden door de hulpverleners tijdens de routinezorg, zijn de geïnterneerden uit de steekproef beschreven (onderzoeksvraag 4).

## 2 Steekproef

Om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM te kunnen onderzoeken in de zorg voor geïnterneerden met EPA en/of verslaving, werden forensische GGZ-voorzieningen gerekruteerd voor deelname aan deze studie. Elke voorziening duidde zelf één of twee hulpverleners aan die de instrumenten zouden invullen. Daarnaast was er binnen elke deelnemende voorziening ook een beleidsmedewerker betrokken die de hulpverleners ondersteunde bij het invullen van de instrumenten. De hulpverleners includeerden de cliënten in de studie nadat zij hun geïnformeerde toestemming daarvoor hadden gegeven. Ook de visie van verschillende beleids-experten uit de sector en van betrokken overheden werd bevroegd.

### 2.1 Rekrutering van de forensische GGZ-voorzieningen

Voor de doelgroep van geïnterneerde personen met een EPA en/of verslaving kwamen volgende forensische GGZ-voorzieningen in aanmerking voor rekrutering: forensische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen (PZ), revalidatiecentra voor verslaving die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden, forensische psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) of PVT's die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden, forensische IBW of IBW die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden, MT die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden en daderteams van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. De forensisch psychiatrische centra zijn niet gerekruteerd voor deze pilootstudie aangezien deze volledig onder federale bevoegdheid vallen, en dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het (Vlaamse) Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Om deze voorzieningen te rekruteren werden de netwerkcoördinatoren internering van de hoven van beroep Antwerpen, Gent en Brussel Nederlandstalig persoonlijk aangeschreven met een korte uitleg over de studie en een uitnodiging tot deelname. De netwerkcoördinatoren nodigden op hun beurt de forensische GGZ-voorzieningen uit en verzamelden de gegevens van de voorzieningen die wilden deelnemen aan de studie. De netwerkcoördinatoren gaven vervolgens de namen van de geïnteresseerde voorzieningen door aan de onderzoekers. Deze rekruteringsfase vond reeds plaats in het voorjaar van 2018. De start van de pilootstudie moest uitgesteld worden naar aanleiding van de tussenkomst van de koepelorganisaties in de zomer van 2018 en het traject met de werkgroepen dat daarop volgde (zie hoofdstuk 3 van dit rapport + Van Horebeek et al., 2019).

Acht forensische GGZ-voorzieningen gaven zich in de zomer van 2019 uiteindelijk op voor deelname aan de studie:

- 4 forensische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen (3 medium security en 1 high security)
- 1 forensische PVT-afdeling in een PZ
- 1 forensisch initiatief voor beschut wonen (IBW) + mobiele zorg
- 1 forensisch initiatief BW
- 1 daderteam in een CGG

De deelnemende voorzieningen werden uitgenodigd voor een informatiesessie waarin ze uitleg kregen over het BelRAI GGZ-instrumentarium, de DUNDRUM en de studie.

Met uitzondering van forensisch psychiatrische centra – die niet zijn gerekruteerd voor deze studie – weerspiegelen de deelnemende voorzieningen een representatief beeld van de settings binnen de Vlaamse forensische GGZ. Zoals in hoofdstuk 4 werd vermeld, zal deze pilootstudie zich focussen op

geïnterneerden met een EPA en/of verslaving. Zo zullen onder meer de geïnterneerde personen met een intellectuele beperking – hoewel ruim vertegenwoordigd in de forensische GGZ – niet deelnemen. De steekproef van geïnterneerden waarvoor het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM worden ingevuld, zullen dan ook geen representatieve steekproef zijn van de cliënten die behandeling en begeleiding krijgen in de forensische GGZ.

## 2.2 Hulpverleners

Elke deelnemende voorziening duidde zelf één of twee hulpverleners aan die de BelRAI GGZ en DUNDRUM opleiding hebben gevolgd en het BelRAI GGZ instrumentarium en DUNDRUM invulden.

## 2.3 Geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving

Uit voorgaand onderzoek (Declercq et al., 2011) is gebleken dat hulpverleners een tiental BelRAI beoordelingen moeten invullen vooraleer ze de BelRAI instrumenten onder de knie hebben. Om een antwoord te krijgen op de vraag naar de gebruiksmogelijkheden van het onderzoeksinstrumentarium volgens de hulpverleners, is het dan ook belangrijk dat de hulpverleners voldoende ervaring hebben met het gebruik van de instrumenten. Daarom werd aan elke deelnemende voorziening gevraagd om één of twee hulpverleners aan te duiden die het BelRAI GGZ instrumentarium en de DUNDRUM zouden invullen voor tien personen met een EPA en/of verslaving. Vanaf het begin van de dataverzamingsperiode werden de instrumenten ingevuld voor cliënten die minimaal een maand in behandeling waren binnen de residentiële voorziening. Voor ambulante voorzieningen<sup>13</sup> kon dit een iets langere periode zijn. De voorzieningen die op deze manier op vijf maanden tijd niet aan tien inclusies kwamen, vulden de instrumenten ook in voor cliënten die reeds verschillende maanden in behandeling waren.

Cliënten die geïnccludeerd werden:

- waren geïnterneerd,
- hadden een ernstige psychische aandoening en/of verslaving (Bachrach, 1988, 1991; Schinnar, Rothbard, Kanter, & Jung, 1990; Slade, Powell, & Strathdee; 1997; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000; Van Audenhove, Van Humbeek, & Van Meerbeek, 2005; Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006; Delespaul & de consensusgroep EPA, 2013; Dieterich et al., 2017).

Dit houdt in:

- hebben één of meerdere DSM-diagnoses (of ICD),
- hebben reeds méér dan 2 jaar te kampen met deze psychische problematiek,
- ervaren beperkingen in het psychische én sociaal functioneren die het gevolg zijn van deze psychische problematiek,
- waren minimaal een maand opgenomen in een residentiële setting, in ambulante voorzieningen kon dit langer zijn.

---

<sup>13</sup> Wanneer we in dit rapport de term ‘ambulante setting’ gebruiken, doelen we op consultatiediensten zoals een CGG, mobiele teams en diensten voor beschut wonen.

Daarnaast waren er drie exclusiecriteria:

- cliënt bevond zich in een urgentie- of crisissituatie,
- de hulpverlener bood aanklampende of bemoeizorg aan de cliënt,
- geïnterneerden met een verstandelijke beperking.

Desondanks de vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria was het voor bepaalde cliënten en zorgvormen moeilijk of niet mogelijk om het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in te vullen. Voor de huidige BelRAI GGZ-studies en toekomstig onderzoek is het belangrijk om hier zicht op te krijgen. Daarom werd aan de deelnemende voorzieningen gevraagd om te noteren voor welke cliënten/zorgvormen dit het geval was en wat de reden hiervoor was (één van de exclusiecriteria of een andere reden).

#### **2.4 Beleidsexperten uit de sector en van betrokken overheden**

De experts waren vertegenwoordigers vanuit verschillende niveaus van de GGZ. Zowel mensen die bij het beleid van een voorziening, sector of netwerk waren betrokken, alsook overheidsvertegenwoordigers participeerden aan de studie.

De input van de experts die verbonden waren aan de studie via een GGZ- subsector, -netwerk of overheid is bevestigd in een expertenpanel. Concreet waren volgende instanties vertegenwoordigd: agentschap Zorg en Gezondheid, departement WVG, kabinet De Block, netwerken internering, familieplatform GGZ, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek en het VVBV (Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg).

Hiernaast zijn twee beleidsexperten uit deelnemende forensische GGZ-voorzieningen bevestigd. Beiden waren beleidsmedewerker binnen hun voorziening en ondersteunden op die manier de hulpverleners die deelnamen aan de BelRAI en DUNDRUM-opleiding en het instrumentarium invulden. Daarnaast namen zij ook deel aan het werkgroepentrajec dat in de voorbereidingsfase van de BelRAI GGZ-studies plaatsvond (zie hoofdstuk 3 en Van Horebeek et al., 2019). Omwille van de maatregelen die genomen werden in het kader van COVID-19, vonden zowel het expertenpanel als het interview online plaats.

### **3 Dataverzameling**

De hulpverleners gaven uitleg over de studie aan cliënten die voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria van de studie. Hierbij is gebruik gemaakt van een informatiebrochure over de BelRAI GGZ-studies die werd opgesteld door de onderzoekers en waarin de verschillende stappen van de studie op een cliëntvriendelijke manier werden uitgelegd (zie bijlage 1). Op basis hiervan konden de cliënten vrijblijvend beslissen om al dan niet deel te nemen aan de studie. Indien er een akkoord was tot deelname werd een geïnformeerd toestemmingsformulier dubbel ondertekend door zowel de cliënt als de hulpverlener. Hierna verzamelden hulpverleners data over de cliënten a.d.h.v het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM. Ook de cliënten zelf vulden een instrument in, namelijk de cliëntversie van de DUNDRUM-3 en -4 (zie hieronder 3.1). Van cliënten die niet geïnccludeerd werden in de studie noteerden de hulpverleners de reden hiervoor, met name één van de exclusiecriteria dat van toepassing was en/of een andere reden.

Na de periode van dataverzameling werden de hulpverleners bevestigd in verband met de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM. Deze bevindingen zijn voorgelegd aan de beleidsexperten – via een interview en expertenpanel - voor verdere opmerkingen en aanvullingen. De experts focusten voor het geven van eigen input voornamelijk op de derde onderzoeksvraag, nl. de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst.

De invulling van de instrumenten over of door de cliënt gebeurde aan de hand van de onderzoekssoftware Qualtrics. Qualtrics laat toe om de instrumenten in te vullen op een computer met internetaansluiting. Na de opleiding kregen de hulpverleners van elke voorziening een lijst doorgestuurd met 20 unieke identificatiecodes die ze moesten ingeven bij het invullen van een assessment in de software. De helft hiervan was bedoeld voor de assessments door de hulpverleners, de andere helft voor de assessments door de cliënt, nl. de cliëntversie van DUNDRUM-3 en -4. Een voorbeeld van een code die van toepassing was voor een hulpverlenersbeoordeling is FOR-01-01.

### **3.1 Dataverzameling bij geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving**

Het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM zijn uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 2 en 3. Het huidige hoofdstuk biedt een kort overzicht van de instrumenten die ingevuld worden in deze studie.

#### *BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten*

Voor elke geïnterneerde met een EPA en/of verslaving vulden de hulpverleners in eerste instantie een BelRAI GGZ-hoofdinstrument in. Indien de betreffende persoon in een residentiële setting verbleef, is dit de BelRAI Mental Health. Voor personen die in een ambulante setting in behandeling waren, is dit de BelRAI Community Mental Health.

#### *BelRAI GGZ-supplementen*

Het **BelRAI Forensic supplement** werd in de forensische GGZ-voorzieningen ingevuld voor alle geïnterneerden die deelnamen aan de studie.

Het **BelRAI Addictions supplement – extended version** werd in de forensische GGZ-voorzieningen ingevuld indien:

- de CAP Middelengebruik geactiveerd was met code 1 of met code 2 na het invullen van een BelRAI Mental Health of een BelRAI Community Mental Health;  
*EN/OF*
- de reden van opname gerelateerd was aan een verslaving. Dit kan gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken;  
*EN/OF*
- de hulpverleners een vermoeden hadden dat de persoon een verslaving heeft. Dit kan gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken.

Qualtrics gaf automatisch aan of het BelRAI Addictions supplement – extended version diende ingevuld te worden voor een bepaalde cliënt.

## *DUNDRUM*

Aangezien de DUNDRUM-2 schaal uitsluitend bedoeld is voor personen die op een wachtlijst staan voor opname, hetgeen niet het geval hoeft te zijn voor cliënten die deelnemen aan deze studie, werd de hulpverleners gevraagd om enkel de DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te gebruiken. Zoals reeds aangehaald omvat de DUNDRUM ook een cliëntversie van de DUNDRUM-3 en 4. De cliënt zelf vulde deze versie in.

### **3.2 Dataverzameling bij de hulpverleners**

Bij de hulpverleners werden kwalitatieve data verzameld tijdens een focusgroep en – en voorafgaand daaraan – kwantitatieve data (1) via een korte bevraging m.b.t. de werkcontext en het gebruik van de BelRAI hierin en (2) via een attitudeschaal. Alvorens de focusgroep plaatsvond, kregen de hulpverleners informatie over de studie en het belang van de attitudeschaal, de focusgroep en de verwerking ervan. Hulpverleners gaven vervolgens eerst hun geïnformeerde toestemming vooraleer ze de korte bevraging en de attitudeschaal invulden en aan de focusgroep deelnamen.

#### *Attitudeschaal*

Om na te gaan wat de attitude was van de hulpverleners ten opzichte van het gebruik van BelRAI in de forensische GGZ in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving, ontwikkelden de onderzoekers bij de eerste pilootstudie in de reguliere GGZ een attitudeschaal (Van Eenoo et al., 2017). Op basis van de resultaten van de pilootstudie werden een aantal items toegevoegd en enkele items weggelaten, en de verwoording van enkele items aangepast. De nieuwe versie van de attitudeschaal bestaat uit 31 stellingen. Het eerste deel van de schaal verwijst naar eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten die werden ervaren tijdens de studie. Het tweede deel focust op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium wanneer deze gedurende een langere tijd gebruikt zullen worden in de GGZ. Elke stelling kan gescoord worden tussen -5 en +5. De respondent - hulpverlener of beleidsexpert van een forensische GGZ-voorziening - omcirkelt bij elke stelling het cijfer dat overeenkomt met zijn mening:

- -5 wil zeggen dat de persoon de gebruiksmogelijkheid die beschreven staat in de stelling ervaart als een zwakte van BelRAI GGZ.
- 0 wil zeggen dat de persoon een neutrale houding heeft wat betreft de gebruiksmogelijkheid die beschreven staat in de stelling.
- +5 wil zeggen dat de persoon de gebruiksmogelijkheid die beschreven staat in de stelling ervaart als een sterkte van BelRAI GGZ.

Op het einde van de attitudeschaal werd een open vraag gesteld zodat de respondenten nog andere mogelijke sterktes en zwaktes van BelRAI en van de BelRAI GGZ-instrumenten konden toevoegen, indien gewenst.

#### *Bevraging werkcontext en het gebruik van BelRAI tijdens de studieperiode*

In een beknopte bevraging werden bij aanvang van de focusgroep enkele professionele karakteristieken bevraagd (type GGZ-setting, functie van de hulpverlener, opleidingsachtergrond), alsook het gebruik van de BelRAI instrumenten tijdens de studieperiode (aantal ingevulde BelRAI assessments, aantal besprekingen van BelRAI en DUNDRUM-resultaten met de cliënt en in het teamoverleg). Op basis van deze bevraging konden we de deelnemers aan de focusgroep in het werkveld situeren en hun vertrouwdheid met en gebruik van de BelRAI instrumenten en de resultaten inschatten.



### *Focusgroep*

Er werd één focusgroep georganiseerd waarvoor één hulpverlener uit elke deelnemende forensische GGZ-voorziening uitgenodigd werd. Zeven van de acht hulpverleners participeerden uiteindelijk aan de focusgroep. De gerekruteerde high security afdeling was niet aanwezig, maar werd mee vertegenwoordigd door de medium security afdeling van dezelfde voorziening.

Tijdens de vier uur durende focusgroep werd er allereerst gepeild naar de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM in de zorg voor geïnterneerden met EPA en/of verslaving (onderzoeksvraag 1). Hierbij lag de focus zowel op de geschiktheid van het instrument als op de haalbaarheid in gebruik. Ook de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM-resultaten bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan zijn bevraagd (onderzoeksvraag 2). Voor de DUNDRUM is niet enkel bekeken hoe de resultaten voor het begeleidingsplan gebruikt kunnen worden, maar ook wat de gebruiksmogelijkheden zijn bij verwijzing van een cliënt met een EPA en/of verslaving tussen voorzieningen met verschillende beveiligingsniveaus. De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst, zijn niet expliciet bevraagd bij de hulpverleners. De antwoorden van de hulpverleners op de eerste twee onderzoeksvragen, gaven ook informatie die betrekking heeft op het toekomstig gebruik van de DUNDRUM in Vlaanderen.

Vervolgens werd tijdens de focusgroep gepeild naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving. Ook hier lag de focus zowel op geschiktheid als op haalbaarheid (onderzoeksvraag 1). Ook de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan (onderzoeksvraag 2) zijn bevraagd en de gebruiksmogelijkheden van de instrumenten in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst (onderzoeksvraag 3). Bijlage 2 bevat de richtvragen die tijdens de focusgroep zijn voorgelegd aan de hulpverleners.

### **3.3 Dataverzameling bij beleidsexperten uit de sector en van betrokken overheden**

Bij de beleidsexperten uit de sector en van betrokken overheden werden kwalitatieve data verzameld tijdens een interview en expertenpanel. Beide meetings vonden online plaats in het kader van de COVID-19 maatregelen. Net zoals bij de hulpverleners, vulden ook de twee beleidsmedewerkers van forensische GGZ-voorzieningen een attitudeschaal in. De resultaten van deze attitudeschaal werden bekeken, maar niet verder opgenomen in dit rapport omdat het slechts over de scores van twee beleidsmedewerkers uit deelnemende voorzieningen gaat.

#### *Interview en expertenpanel*

De beleidsexperten gaven hun opmerkingen bij de visie van de hulpverleners op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de zorg voor de betrokken cliënten, alsook van de resultaten ten aanzien van het begeleidingsplan en - wat betreft DUNDRUM - bij eventuele doorverwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau (onderzoeksvraag 1 en 2). De grootste focus lag op hun eigen input m.b.t. de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst (onderzoeksvraag 3).

#### **4 Procedure**

Figuur 2 geeft de procedure van de BelRAI en DUNDRUM forensische GGZ-pilotstudie schematisch weer.



Figuur 2 Procedure BelRAI en DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie

Elke deelnemende voorziening heeft één of twee hulpverleners aangeduid die de BelRAI instrumenten en DUNDRUM hebben ingevuld. De deelnemende hulpverleners kregen anderhalve dag BelRAI GGZ-opleiding en een halve dag DUNDRUM-opleiding aangeboden vooraleer ze van start gingen met het invullen van het instrumentarium voor tien van hun cliënten (september 2019). De BelRAI GGZ-opleiding werd aangeboden door de Thomas More hogeschool in samenwerking met LUCAS, KU Leuven. KeFor OPZC Rekem bood de DUNDRUM-opleiding aan. Tijdens de eerste BelRAI GGZ opleidingsdag werd toegelicht wat BelRAI instrumenten zijn en hoe men deze invult. Om ook de BelRAI GGZ-software onder de knie te krijgen, hebben de hulpverleners tijdens de opleiding zelf casussen ingevuld, gebruik makend van deze software. Bijkomend werd het BelRAI GGZ-protocol toegelicht, met de uitleg over de informed consent formulieren die de personen voor wie het BelRAI GGZ instrumentarium en de DUNDRUM werd ingevuld, hebben ondertekend. Enkele weken na de eerste dag opleiding volgde een tweede opleidingsdag waarvan de eerste helft bestond uit extra input voor de hulpverleners omtrent de interpretatie van de BelRAI resultaten en hoe ze deze konden gebruiken in overleg met de cliënt en het team. De tweede helft van deze dag was voorzien voor de DUNDRUM-opleiding.

Van zodra de hulpverleners de volledige opleiding hadden gevolgd, konden ze van start gaan met het includeren van geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving.

Cliënten konden enkel geïncludeerd worden in de studie na het ondertekenen van een geïnformeerde toestemming. Van zodra de persoon zijn toestemming tot deelname aan de studie had gegeven, zijn de nodige instrumenten ingevuld. De hulpverleners werd gevraagd om nadien de BelRAI en DUNDRUM-resultaten met de betreffende cliënt te bespreken en op die manier na te gaan of de resultaten bijkomende informatie boden bij het opstellen, aanpassen of evalueren van het persoonlijk begeleidingsplan.

Aan de hulpverleners werd bijkomend gevraagd om de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM voor minstens drie cliënten te bespreken tijdens de teamvergadering over de betreffende cliënt, en met het team na te gaan in hoeverre ze deze informatie kunnen gebruiken voor het opstellen of bijsturen van het persoonlijke begeleidingsplan (onderzoeksvraag 2). De deelnemende voorzieningen aan de BelRAI GGZ-studies waren vrij in hun keuze om deze onderzoeksvraag al dan niet op te nemen binnen hun organisatie. Voorafgaand aan de studie hebben alle participerende forensische GGZ-voorzieningen ervoor gekozen om dit wel te doen.

Tijdens de periode van dataverzameling zijn twee intervisiemiddagen georganiseerd. Tijdens deze intervisiemomenten is bevraagd hoe ver de hulpverleners stonden met het verzamelen van de data, en werd nagegaan waar er nog onduidelijkheden of moeilijkheden waren bij het invullen van de BelRAI- en DUNDRUM-items en/of het gebruik van de resultaten. Op deze wijze kon het gebruik van de instrumenten en resultaten tijdig bijgestuurd worden indien nodig.

Na de dataverzamelingsperiode werd de focusgroep georganiseerd met één hulpverlener van elke voorziening. Vervolgens werd een online-expertenpanel gehouden met beleidsexperten die een GGZ-subsector, netwerk of overheidsniveau vertegenwoordigden. Tenslotte is er een online-interview afgenomen bij twee beleidsmedewerkers uit deelnemende voorzieningen.

## 5 Dataverwerking

Zoals hierboven beschreven werd, zijn er tijdens deze pilotstudie zowel kwalitatieve als kwantitatieve data verzameld. De focusgroep met de hulpverleners leverde data op voor de eerste drie onderzoeksvragen over de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM. Het interview met de beleidsexperten vulden de eerste en tweede onderzoeksvraag aan, maar gaven voornamelijk info over de gebruiksmogelijkheden van de instrumenten in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst (onderzoeksvraag 3). De kwantitatieve data over de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium zijn verzameld via de attitudeschaal. Voor de vierde onderzoeksvraag is de BelRAI GGZ en DUNDRUM-data kwantitatief geanalyseerd.

### 5.1 Dataverwerking van onderzoeksvraag 1

Om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM na te gaan, zijn de resultaten van de focusgroep met de hulpverleners geanalyseerd. De dataverwerking van de focusgroep gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de audio-opnames. De focusgroep werd at verbatim getranscribeerd om vervolgens tot een samenvatting te herleiden. Om het materiaal volledig te begrijpen, zijn beide documenten herhaaldelijk doorgenomen. Daarna is de info via Excel gecategoriseerd per onderzoeksvraag en hieronder per thema. Voor de eerste onderzoeksvraag lag de focus zowel op de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM, alsook op de haalbaarheid in gebruik van de instrumenten.

Om de attitude van de hulpverleners ten opzichte van de geschiktheid en de haalbaarheid in gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium na te gaan, werden ook de data van de attitudeschaal geanalyseerd die van toepassing waren op deze eerste onderzoeksvraag. De analyses zijn voornamelijk descriptief van aard. Voor elk item van de attitudeschaal is de mediaanscore berekend. De mediaanscores zijn ingedeeld in vijf categorieën die de attitude van hulpverleners t.o.v. de betrokken stelling beschrijven:

- mediaanscores van -5 tot -4 (inclusief -4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap als een expliciete zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- mediaanscores van -4 tot -1 (exclusief -4 en inclusief -1) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap (eerder) als een zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- mediaanscores van -1 tot 1 (exclusief -1 en 1) = minstens de helft van de hulpverleners heeft hoogstens of minimaal een neutrale houding ten opzichte van de eigenschap die beschreven staat in de stelling. Dit houdt in dat het merendeel van de respondenten ofwel een tegengestelde houding heeft ten opzichte van de eigenschap ofwel een neutrale houding.
- mediaanscores van 1 tot 4 (inclusief 1 en exclusief 4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap (eerder) als een sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- mediaanscores van 4 tot 5 (inclusief 4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de eigenschap die beschreven staat in de stelling als een expliciete sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem.

De data van de online-bijeenkomsten (expertenpanel en interview beleidsmedewerkers) werden eveneens herbeluisterd aan de hand van de Zoom-opname. Ook hier is het papieren verslag meermaals doorgenomen en zijn de aanvullingen en opmerkingen van de experts ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag thematisch gerangschikt.

## 5.2 Dataverwerking van onderzoeksvraag 2

Om de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM na te gaan – zowel ten aanzien van het begeleidingsplan, als voor DUNDRUM ook met het oog op doorverwijzing –, werden op eenzelfde manier als bij de eerste onderzoeksvraag de resultaten van de focusgroep met de hulpverleners geanalyseerd. Ook hier werd gebruik gemaakt van de attitudeschaal om de attitude ten aanzien van de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium bij het opstellen of aanpassen van het begeleidingsplan in kaart te brengen.

Op eenzelfde manier als bij de eerste onderzoeksvraag, is ook voor deze onderzoeksvraag de input van de experts verwerkt.

## 5.3 Dataverwerking van onderzoeksvraag 3

Om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst te bevragen, zijn de resultaten van de focusgroep met de hulpverleners en de bijeenkomsten met de beleidsexperts geanalyseerd. Dit gebeurde op een gelijkaardige manier als bij de voorgaande onderzoeksvragen. Het tweede deel van de attitudeschaal – gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten wanneer deze gedurende een langere tijd gebruikt zullen worden in de GGZ - werd geanalyseerd voor deze onderzoeksvraag.

## 5.4 Dataverwerking van onderzoeksvraag 4

Na het downloaden van de kwantitatieve data uit Qualtrics naar SPSS en Excel, zijn de assessments binnen de dataset gehergroepeerd volgens voorziening, zijn missings gedefinieerd en waar nodig (zie hoofdstuk 6, deel 2) de datasets van de hulpverlenersbeoordelingen voor de ambulante en residentiële settings samengevoegd. De zorgschalen van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de subschalen van de DUNDRUM werden samengevat aan de hand van de standaard beschrijvende statistieken: gemiddelde, mediaan, standaarddeviatie, minimum en maximum. Daarnaast is de interne consistentie berekend van alle BelRAI zorgschalen en de DUNDRUM-subschalen a.d.h.v. de Cronbach's alpha. Deze analyses gebeurden via SPSS. Verder werd bekeken hoe de steekproef kon beschreven worden aan de hand van items uit het BelRAI (C)MH-instrument, het Forensic supplement, het Addictions supplement – extended version en de DUNDRUM. Via Excel zijn de frequenties berekend waarmee een code 0, 1 of – indien mogelijk – 2 werd gescoord op een CAP. Het is belangrijk te beklemtonen dat deze steekproef niet representatief is voor de volledige forensische GGZ-populatie in Vlaanderen.

Voor twee cliënten waarvoor een hulpverleners- en cliëntbeoordeling werd ingevuld, hebben de onderzoekers een mogelijk begeleidingsplan opgesteld op basis van de antwoorden op item-niveau, zorgschalen, CAP's en scores op de DUNDRUM-subschalen. Zoals aangegeven in hoofdstuk 6, deel 4 is dit slechts een illustratie van hoe men op basis van de wetenschappelijk onderbouwde input van BelRAI en DUNDRUM een begeleidingsplan mee kan vormgeven. Doordat de onderzoekers zich enkel op de kwantitatieve gegevens konden beroepen, kon er geen rekening gehouden worden met de behoeften en wensen van de cliënt en de expertise van de hulpverleners. Iets wat bij het opstellen van een begeleidingsplan in de praktijk cruciaal is.

## Hoofdstuk 6

### BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Kwantitatieve beschrijving van de steekproef aan de hand van het DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium

In dit hoofdstuk geven we allereerst een overzicht van het aantal cliënten die zelf en waarvoor de hulpverleners instrumenten hebben ingevuld. In totaal werd voor 56 cliënten een – al dan niet volledig – assessment ingevuld.

Vervolgens geven we per instrument

- Een overzicht van de items die de hulpverleners of cliënten niet steeds invulden, als ook de redenen die we hiervoor vermoeden. Wanneer een item niet wordt ingevuld, spreken we van een *missing value*. Bij de instrumenten op basis waarvan subschalen, zorgschalen en/of CAP's berekend worden, waarschuwde de software de hulpverlener/cliënt wanneer een item onbeantwoord bleef. Bij de twee BelRAI supplementen toonde de software deze boodschap niet, aangezien hiervoor geen zorgschalen of CAP's berekend worden. Dit kan mee verklaren waarom er in het algemeen meer missing values zijn bij de supplementen dan bij de DUNDRUM en de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten.
- De interne consistentie van de subschalen. Dit rapporteren we enkel voor de DUNDRUM. Op de BelRAI zorgschalen scoorden het merendeel van de cliënten erg laag, waardoor de interne consistentie van de zorgschalen niet berekend kon worden.
- De resultaten op de subschalen (DUNDRUM), zorgschalen, CAP's (BelRAI), of een aantal individuele items van de BelRAI supplementen.

De resultaten geven geen representatief beeld van de forensische GGZ-populatie. Het behoorde niet tot de doelstelling van de pilootstudie om de steekproef op een dergelijke manier te verzamelen dat een representatief beeld kon gegeven worden van de noden van deze populatie. Om het uit te testen instrumentarium niet te complex te maken voor een pilootstudie gold de diagnose van een intellectuele beperking als exclusiecriteria, alhoewel deze diagnose in de forensische GGZ-populatie regelmatig voorkomt. Tenslotte mogen we ook in rekening nemen dat de hulpverleners die voor het eerst hebben leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM logischerwijze nog een aantal fouten hebben gemaakt in dit leerproces.

De resultaten geven informatie over het functioneren van deze steekproef op *groepsniveau*. Om te illustreren hoe de BelRAI GGZ en DUNDRUM-resultaten op het niveau van *individuele cliënten* input kunnen geven voor de behandeldoelstellingen en een mogelijke verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau, beëindigen we dit hoofdstuk met de bespreking van de assessments van twee van de 56 cliënten waarvoor hulpverleners de BelRAI GGZ en DUNDRUM-data verzamelden in deze pilootstudie.

## 1 Aantal ingevulde BelRAI- en DUNDRUM-assessments

Tabel 15 geeft het aantal geïnterneerden met een EPA en/of verslaving die minstens één maand in behandeling/opname waren weer waarvoor de hulpverleners – en deels de cliënt zelf – het BelRAI GGZ-instrumentarium en/of de DUNDRUM hebben ingevuld. De supplementen zijn niet voor evenveel cliënten ingevuld als de hoofdinstrumenten. Dit is te wijten aan het feit dat het Forensic supplement voor twee cliënten om onbekende redenen werd opengelaten en dat het Addictions supplement – extended version voor vier cliënten niet van toepassing was (zie 2.3).

Tabel 15 Overzicht van het aantal ingevulde BelRAI GGZ-instrumenten/-supplementen en DUNDRUM-toolkits

	Residentiële settings	Ambulante settings	Totaal
<b>BelRAI GGZ- hoofdinstrument</b>	35 (BelRAI MH)	21 (BelRAI CMH)	56
<b>Forensic supplement</b>	34	20	54
<b>Addictions supplement – extended version</b>	34	18	52
<b>DUNDRUM- hulpverlenersversie</b>	32	21	53
<b>DUNDRUM-cliantversie</b>	27	17	44

De hulpverleners bekeken voor elke geïnterneerde met een EPA en/of verslaving binnen hun voorziening/afdeling of het al dan niet mogelijk was om het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in te vullen. Indien dit niet mogelijk was, gaven de hulpverleners de reden hiervoor op. Verschillende cliënten zijn geëxcludeerd omwille van een exclusiecriteria dat was opgelegd door de onderzoekers, nl.:

- Cliënt bevindt zich in een urgentie- of crisissituatie ( $n=9$ )
- De hulpverlener biedt aanklappende of bemoeizorg aan de cliënt ( $n=3$ )
- Geïnterneerde met een verstandelijke beperking ( $n=9$ )

De hulpverleners gaven nog enkele andere redenen op – naast de exclusiecriteria van de onderzoekers – voor het excluderen van cliënten voor de studie:

- Taalbarrière ( $n=8$ )
- Redenen die verband houden met de psychische of somatische toestand: Psychotische problematiek ( $n=1$ ), probleem met gehoor ( $n=1$ ), niet-aangeboren hersenletsel ( $n=1$ ), autisme-spectrum stoornis ( $n=1$ ), kanker ( $n=1$ )
- Weerstand tegen behandeling leidde tot niet bereidwilligheid voor de studie ( $n=1$ )
- In time-out ( $n=1$ )
- Cliënt volgt fulltime opleiding, weinig tijd ( $n=1$ )
- Te vermoeiend, beperkte aandachtsmogelijkheden ( $n=1$ )

Van de cliënten waarvoor geen enkel exclusiecriteria van de onderzoekers gold, weigerden 32 cliënten deelname aan de studie zonder opgegeven reden.



De hulpverleners bekeken voor 126 geïnterneerden met een EPA en/of verslaving die minstens één maand in opname/behandeling waren of ze in de studie betrokken konden worden. Zessenvijftig onder hen zijn geïnccludeerd en voor deze cliënten is een BelRAI GGZ-hoofdinstrument ingevuld. Achtendertig geïnterneerde personen konden niet geïnccludeerd worden omwille van een exclusiecriteria dat door de onderzoekers was opgelegd of door een andere reden die de hulpverleners zelf aangaven. Tot slot weigerden 32 geïnterneerden om deel te nemen aan de studie zonder een opgegeven reden. De verdeling van de cliënten over deze drie exclusie-groepen – o.b.v. van een exclusiecriteria, een andere reden, of weigering zonder reden – is sterk verschillend tussen de deelnemende voorzieningen. Zeventig geïnterneerden met een EPA en/of verslaving die minstens één maand in opname/behandeling waren in de betrokken voorzieningen zijn dus niet opgenomen in de studie.

## 2 Resultaten op basis van de beschrijvende statistieken van het BelRAI GGZ-instrumentarium

### 2.1 BelRAI (C)MH-instrument

Het BelRAI MH-instrument werd ingevuld voor 35 cliënten, het BelRAI CMH-instrument voor 21 cliënten (zie Tabel 15).

#### 2.1.1 Missing values

Het gemiddeld aantal missing values per item van de BelRAI MH en CMH is (afgerond) 0.

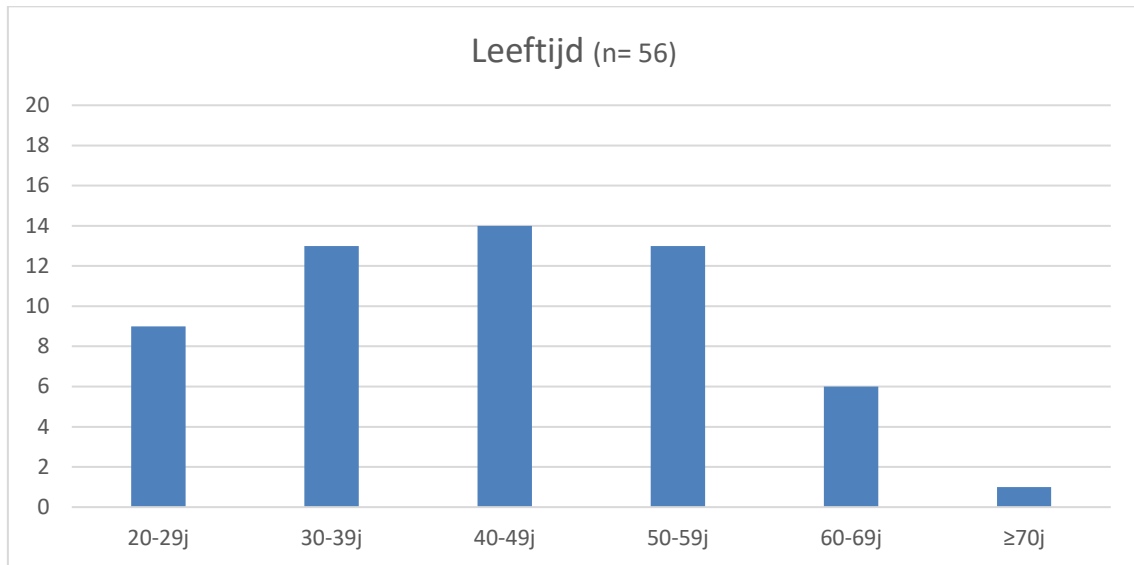
- Items met 1 missing value: 36 items uit het BelRAI MH-instrument en 21 items uit het CMH-instrument.
- Items met 2 missing values:
  - BelRAI MH: ‘Het acuut gebruik van geneesmiddelen ter controle van het toebrengen van schade aan zichzelf of anderen’ en ‘zorgconsumptie en behandelingen – diëtist’.
  - BelRAI CMH: ‘Valincidenten in de laatste 30 dagen’.
- Item met meerdere missing values: Enkele items betreffende ontslaginformatie<sup>14</sup> kenden meerdere missing values wat te wijten is aan het feit dat deze items mochten worden overgeslagen wanneer er van ontslag nog geen sprake was.

---

<sup>14</sup> Vermoedelijke tijd tot ontslag (MH bevat dit item niet; CMH: n = 10), beslissing van ontslag is genomen (MH bevat dit item niet; CMH: n = 13), laatste dag van het verblijf/de zorgverlening (MH: n = 19; CMH: n = 21), persoon vertrok tegen medisch advies in (MH: n = 10; CMH bevat dit item niet) en ontslagen naar (MH: n = 23; CMH: n = 21).

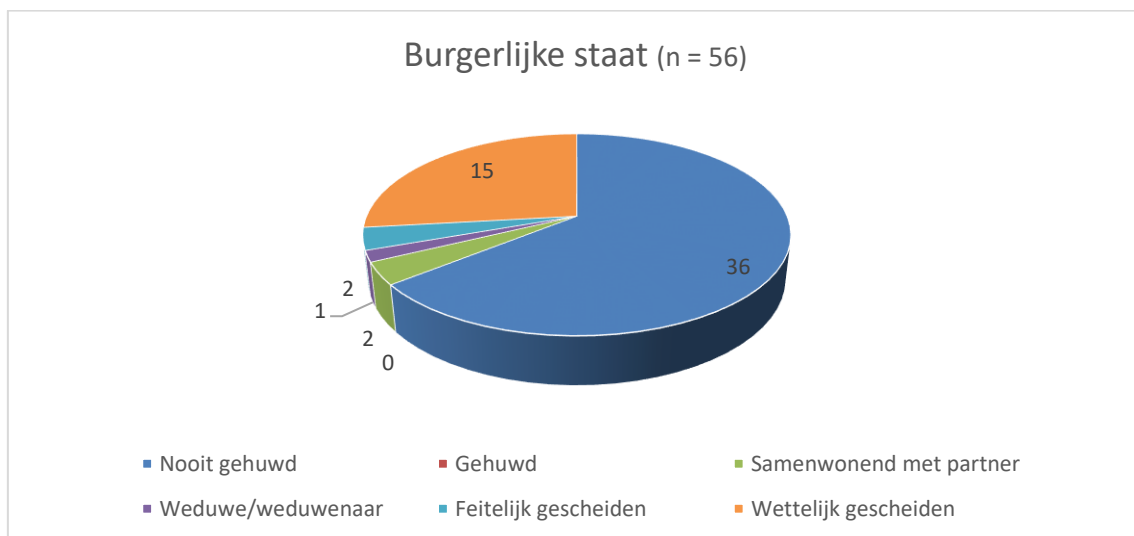
2.1.2 Beschrijving van de steekproef aan de hand van de BeIRAI (C)MH-items

A. Persoonlijke gegevens



Figuur 3 Verdeling cliënten volgens leeftijdscategorieën

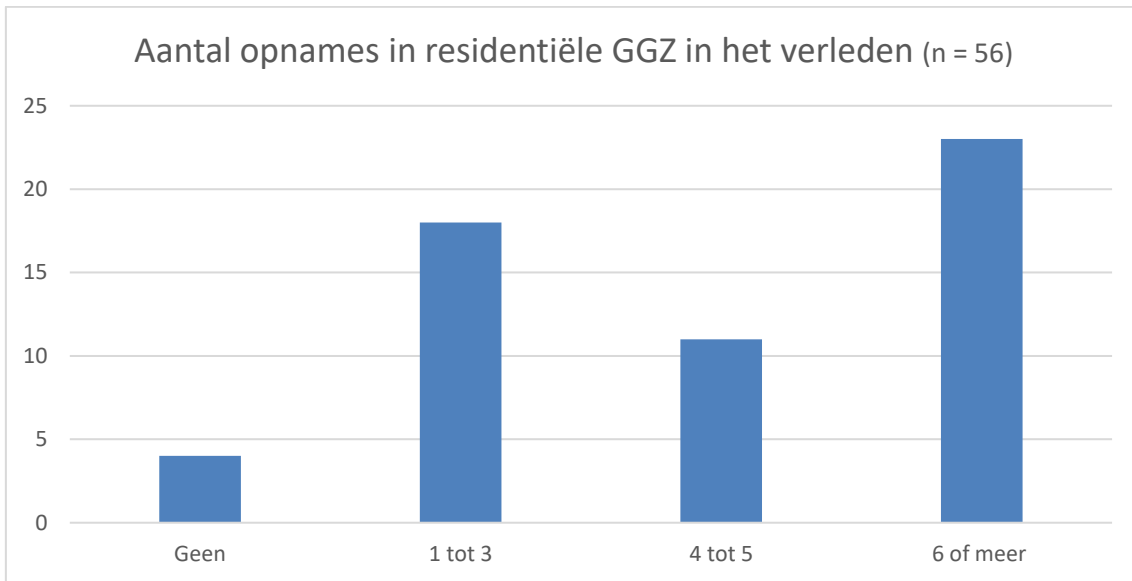
Het merendeel van de cliënten was tussen de 20 en 59 jaar oud. Slechts zeven van de 56 cliënten waren ouder.



Figuur 4 Verdeling cliënten volgens burgerlijke staat

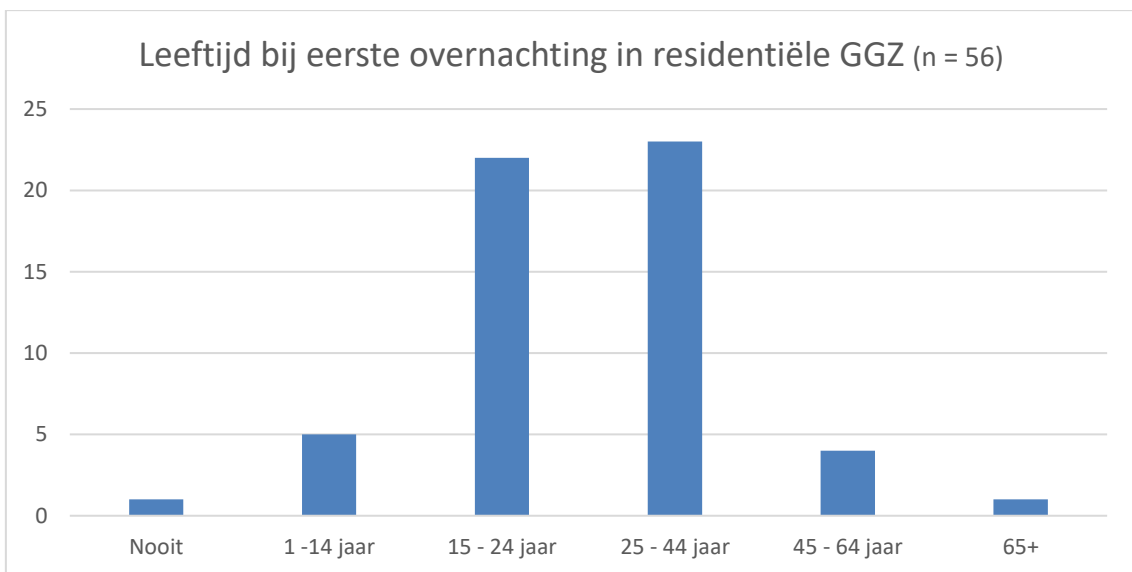
Geen enkele cliënt was op het moment van het assessment gehuwd en 36 cliënten waren dit nog nooit geweest. Ongeveer één vierde van de cliënten was wettelijk gescheiden ( $n = 15$ ).

B. Voorgeschiedenis



Figuur 5 Verdeling cliënten over het aantal opnames in de residentiële GGZ in het verleden

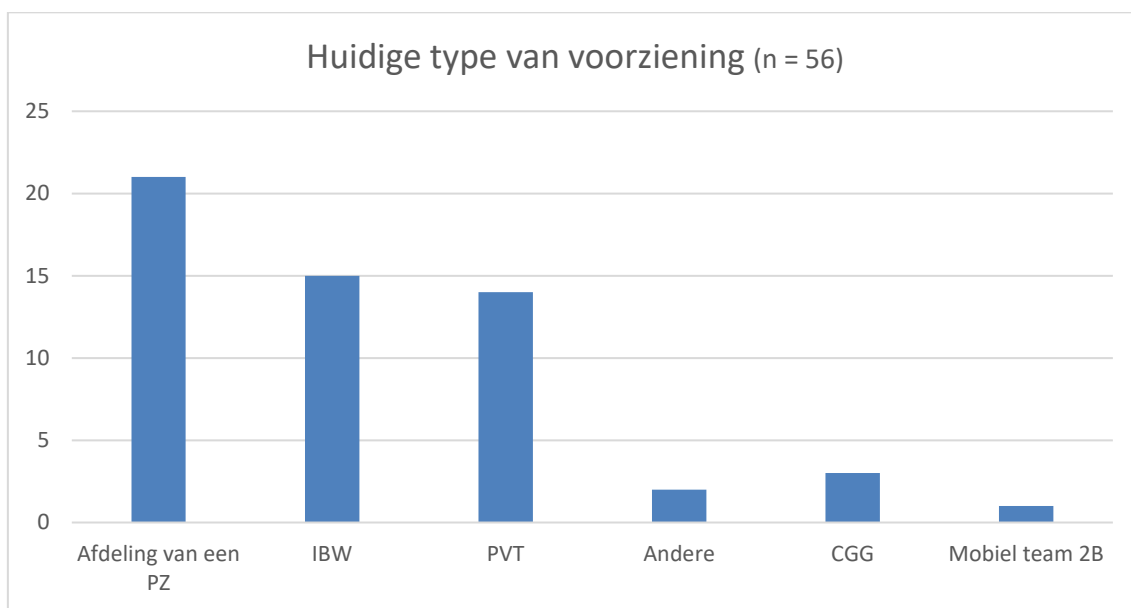
Het grootste aandeel van de steekproef had reeds zes of meer residentiële opnames achter de rug ( $n = 23$ ). Voor de cliënten die op het moment van het assessment in een residentiële voorziening verbleven, werd de huidige opname hier niet bij gerekend.



Figuur 6 Leeftijd cliënten bij eerste overnachting in residentiële GGZ

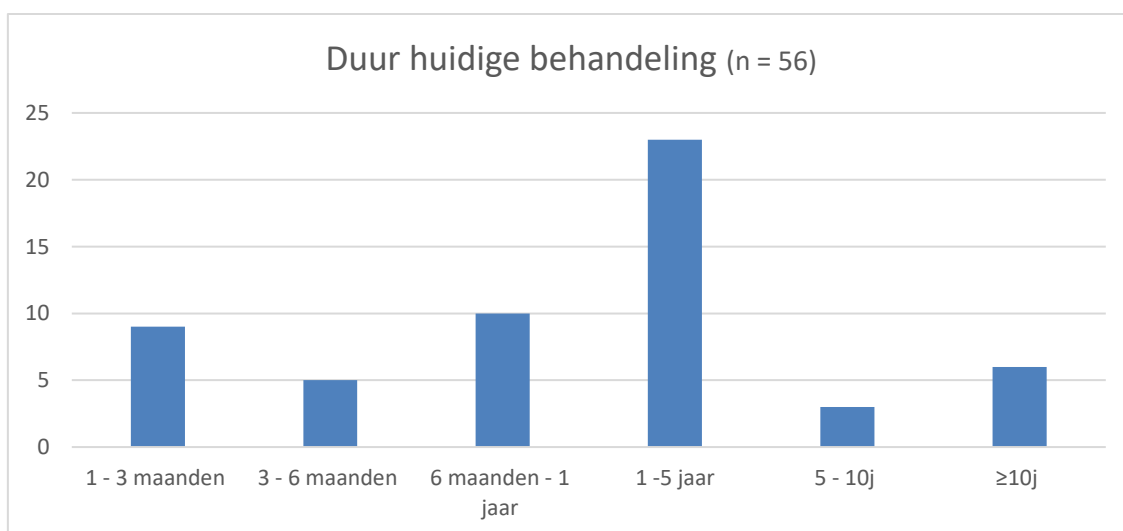
De meerderheid van de cliënten was bij de eerste opname in de residentiële GGZ tussen de 25 en 44 jaar oud ( $n = 23$ ). Een bijna even groot deel ( $n = 22$ ) was tussen 15 en 24 jaar. Slechts één iemand was nog nooit residentieel opgenomen geweest.

C. Kenmerken huidige behandeling/opname



Figuur 7 Verdeling cliënten volgens huidig type van voorziening

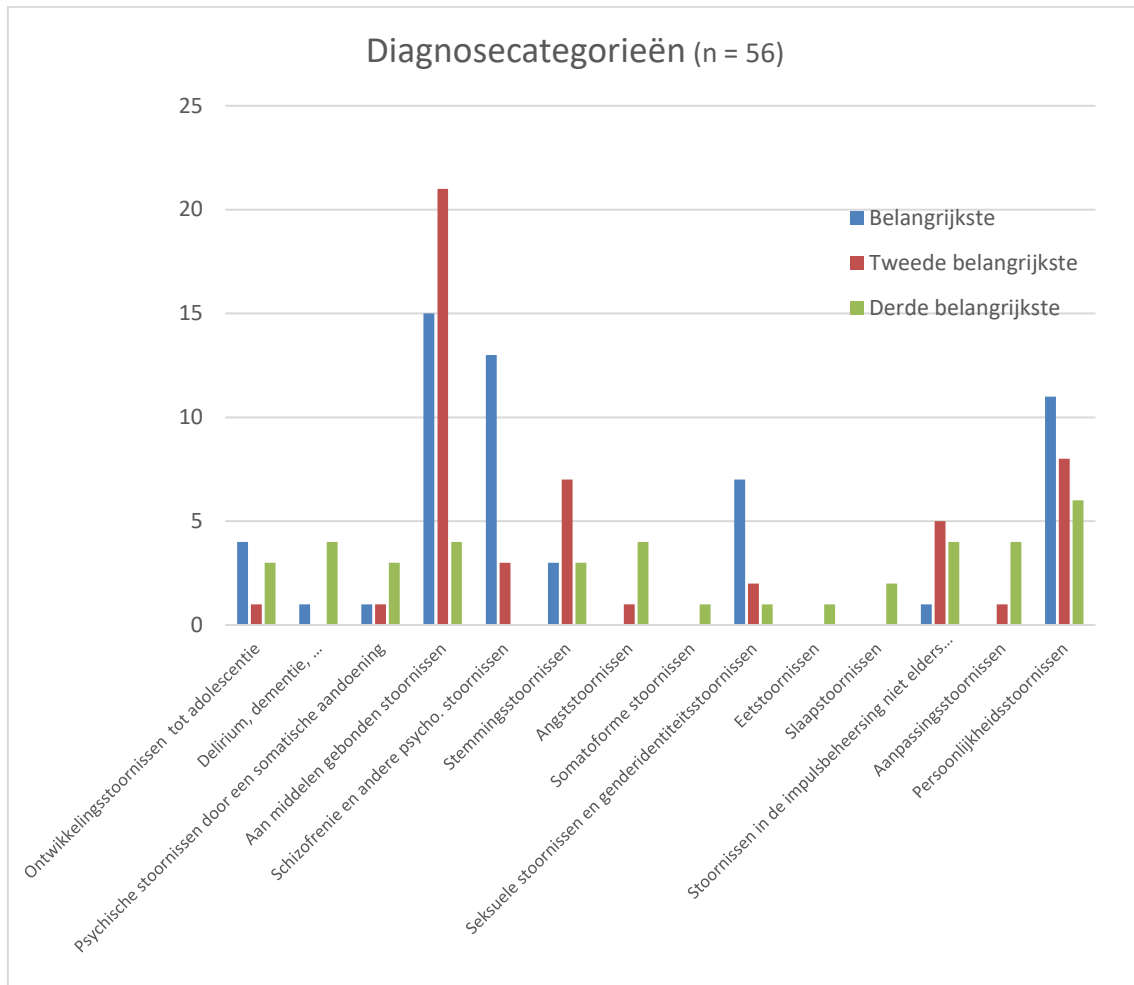
De meeste cliënten ( $n = 21$ ) verbleven op het moment van het assessment in een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Met uitzondering van de initiatieven voor beschut wonen ( $n = 15$ ), waren minder cliënten uit ambulante settings (drie in een CGG, één in een mobiel team 2B) dan uit residentiële voorzieningen betrokken bij de studie. Onder de antwoordcategorie “Andere” vallen twee cliënten uit een IBW dat eveneens mobiele zorg aanbiedt.



Figuur 8 Verdeling cliënten volgens duur huidige behandeling

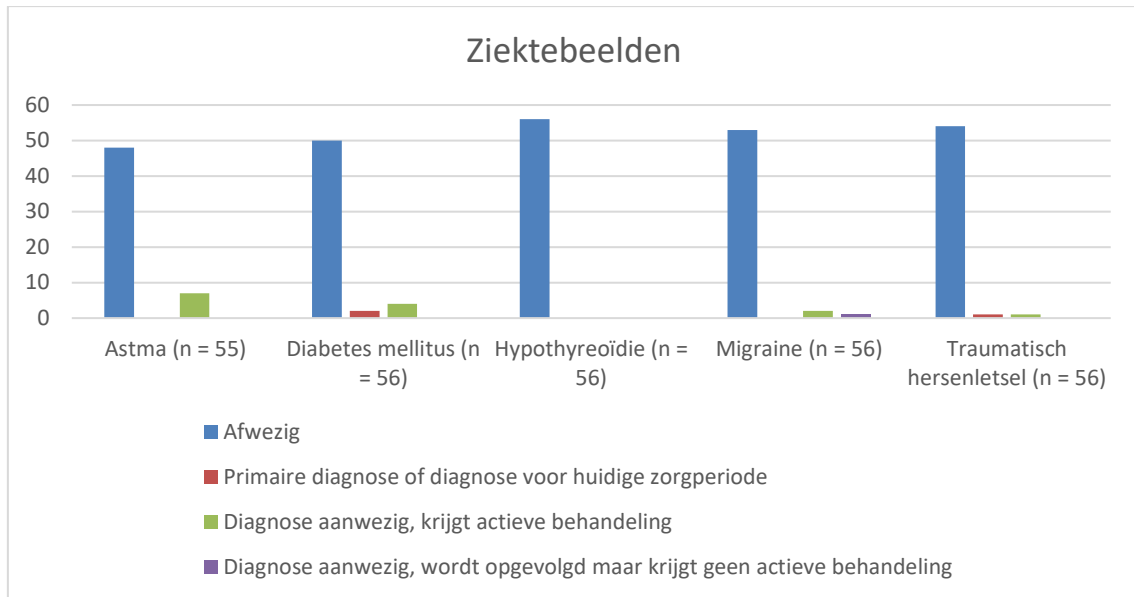
Bij het grootste aandeel van de cliënten ( $n = 23$ ) duurde de huidige opname/behandeling reeds één tot vijf jaar.

D. Psychisch - en verslavingsprofiel cliënten



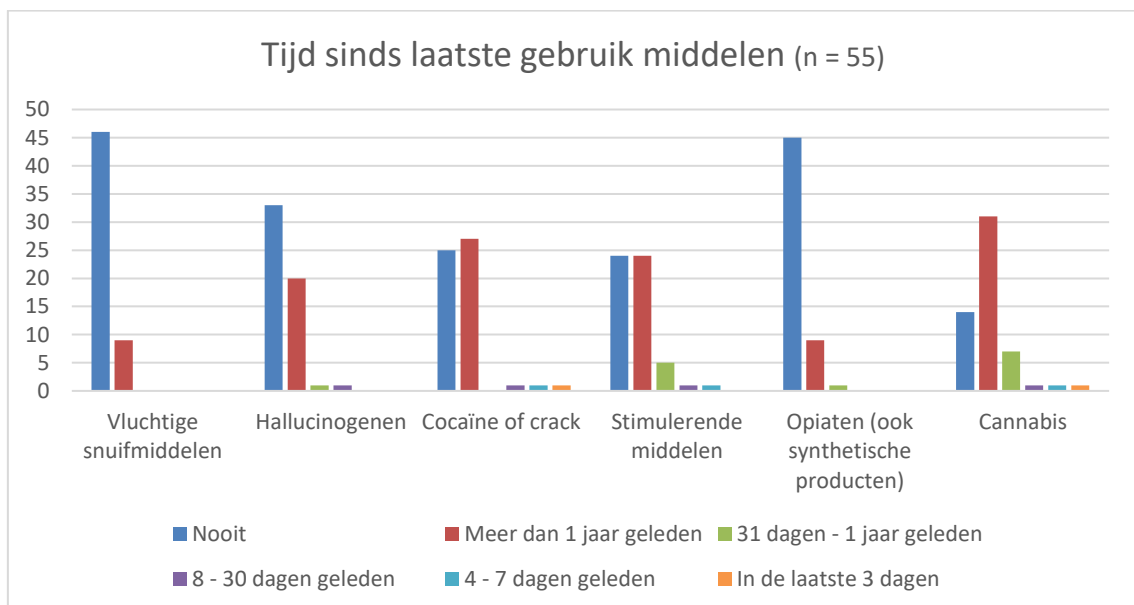
Figuur 9 Verdeling cliënten over DSM-diagnosecategorieën

De diagnosecategorie die het meest frequent als belangrijkste werd aangeduid, was de categorie ‘aan middelen gebonden stoornissen’ ( $n = 15$ ). Gevolgd door ‘schizofrenie en andere psychotische stoornissen’ ( $n = 13$ ) en ‘persoonlijkheidsstoornissen’ ( $n = 11$ ). De ‘middelen gebonden stoornissen’ zijn nog vaker als tweede belangrijkste dan primaire diagnose aangegeven ( $n = 21$ ). Voor 36 cliënten vormden een aan middelen gebonden stoornis dus de primaire of secundaire diagnose. Dit houdt zowel verslaving aan alcohol als andere verslavende middelen in. Ook ‘persoonlijkheidsstoornissen’ werden soms als tweede belangrijkste diagnose aangegeven ( $n = 8$ ), gevolgd door stemmingsstoornissen ( $n = 7$ ).



Figuur 10 Verdeling cliënten volgens ziektebeelden

De diagnose astma was bij zeven van de 55 cliënten aanwezig. Zij kregen allen een actieve behandeling. Vier van de zes cliënten die met diabetes waren gediagnosticeerd, kregen eveneens een actieve behandeling. Migraine bleek voor te komen bij drie cliënten (twee actief behandeld). Slechts één van de twee cliënten met een traumatisch hersenletsel kregen een actieve behandeling.



Figuur 11 Tijd sinds laatste gebruik van verslavende middelen

Met uitzondering van één cliënt die in de laatste drie dagen zowel cocaïne of crack als cannabis had gebruikt, was er geen enkele cliënt die in de laatste drie dagen nog een verslavend middel gebruikte. Belangrijk bij de interpretatie van deze figuur is dat de cliënten bij het afnemen van het assessment minstens één maand in opname/behandeling waren. De cliënten die in opname zijn hebben weinig tot geen mogelijkheid om verslavende middelen te gebruiken.

Vluchtige snuifmiddelen en opiaten waren door een groot deel van de cliënten nog nooit gebruikt ( $n = 46$  en  $n = 45$ ). Meer dan één jaar geleden hadden 31 cliënten cannabis gebruikt, 27 cliënten cocaïne of crack en 24 cliënten stimulerende middelen (amfetaminen, ‘uppers’, ‘speed’, ...).

### 2.1.3 Beschrijving van de steekproef aan de hand van de zorgschalen en CAP's

In hoofdstuk 3, deel 3.2 geven we een overzicht van de resultaten van de BeIRAI GGZ-hoofd-instrumenten, nl. de zorgschalen en de CAP's. Waar de zorgschalen een indicatie geven van de huidige klinische en functionele status van de cliënt op verschillende domeinen, geven de CAP's weer op welke levensdomeinen de cliënt extra begeleiding nodig heeft opdat hij beter zou kunnen functioneren, of opdat achteruitgang verminderd of stopgezet zou kunnen worden. Het huidige hoofdstuk geeft een beschrijving van de steekproef aan de hand van deze zorgschalen en CAP's.

#### A. Zorgschalen

De zorgschalen kunnen onderverdeeld worden in vijf categorieën, nl. veiligheid, sociaal leven, somatische complicaties, cognitie en psychisch functioneren en functioneel presteren (zie Tabel 16 en Tabel 17). Hoe hoger de score op een zorgschaal, hoe slechter de cliënt functioneert op dat gebied.

Tabel 16 Beschrijvende statistieken zorgschalen (veiligheid, sociaal leven, somatische complicaties)

Veiligheid		Sociaal leven		Somatische complicaties	
Naam schaal (N) (range)	Mediaan Min score – max score Stdv	Naam schaal (N) (range)	Mediaan Min score – max score Stdv	Naam schaal (N) (range)	Mediaan Min score – max score Stdv
<b>Severity of Self – harm Scale</b> (N = 52) (0 – 6)	1 0 – 4 0.93	<b>Social Withdrawal</b> (N = 56) (0 – 12)	0 0 – 10 2.54	<b>Pain Scale</b> (N = 56) (0 – 4)	0 0 – 4 0.89
<b>Risk of Harm to Others Scale</b> (N = 55) (0 – 6)	2 0 – 5 0.96			<b>Body Mass Index</b> (N = 47)	28 20 – 43 5.29
<b>Aggressive Behaviour Scale</b> (N = 56) (0 – 12)	0 0 – 4 1.36			<b>Deafblind Severity Index</b> (N = 56) (0 – 5)	0 0 – 3 0.63
<b>Self-care Index</b> (N = 55) (0 – 6)	2 0 – 5 1.73				

De cliënten scoorden in het algemeen erg laag op de zorgschalen omtrent veiligheid, sociaal leven en klinische complicaties, met dus weinig variatie in de scores. Lage scores wijzen op goed functioneren. De hoogste scores werden behaald op de ‘**Risk of Harm to Others Scale**’ en de ‘**Self-care Index**’.

Tabel 17 Beschrijvende statistieken zorgschalen (cognitieve en psychisch functioneren en functioneel presteren)

Cognitie en het psychisch functioneren		Functioneel presteren	
Naam schaal (range)	Mediaan Min score – max score Stdv	Naam schaal (range)	Mediaan Min score – max score Stdv
<b>Depression Rating Scale</b> (N = 56) (0 – 14)	2 0 – 7 2.12	<b>ADL Hierarchy Scale</b> (N = 55) (0 – 6)	0 0 – 4 1.17
<b>Depressive Severity Index</b> (N = 56) (0 – 15)	2 0 – 10 2.32	<b>ADL Short Format Scale</b> (N = 55) (0 – 6)	0 0 – 4 0.95
<b>Mania Scale</b> (N = 56) (0 – 20)	2 0 – 11 2.49	<b>IADL Capacity Hierarchy Scale</b> (N = 56) (0 -6)	2 0 – 5 1.53
<b>Positive Symptoms Scale Long</b> (N = 55) (0 – 24)	2 0 – 10 2.37	<b>ADL-IADL Functional Hierarchy Scale</b> (N = 55) (0 – 11)	2 0 – 9 2.41
<b>Positive Symptoms Scale Short</b> (N = 55) (0 – 12)	0 0 – 4 1.35		
<b>CAGE</b> (N = 55) (0 – 4)	0 0 – 3 0.94		
<b>Cognitive Performance Scale</b> (N = 51) (0 – 6)	0 0 – 2 0.80		
<b>Communication Scale</b> (N = 56) (0 – 8)	0 0 – 4 1.00		

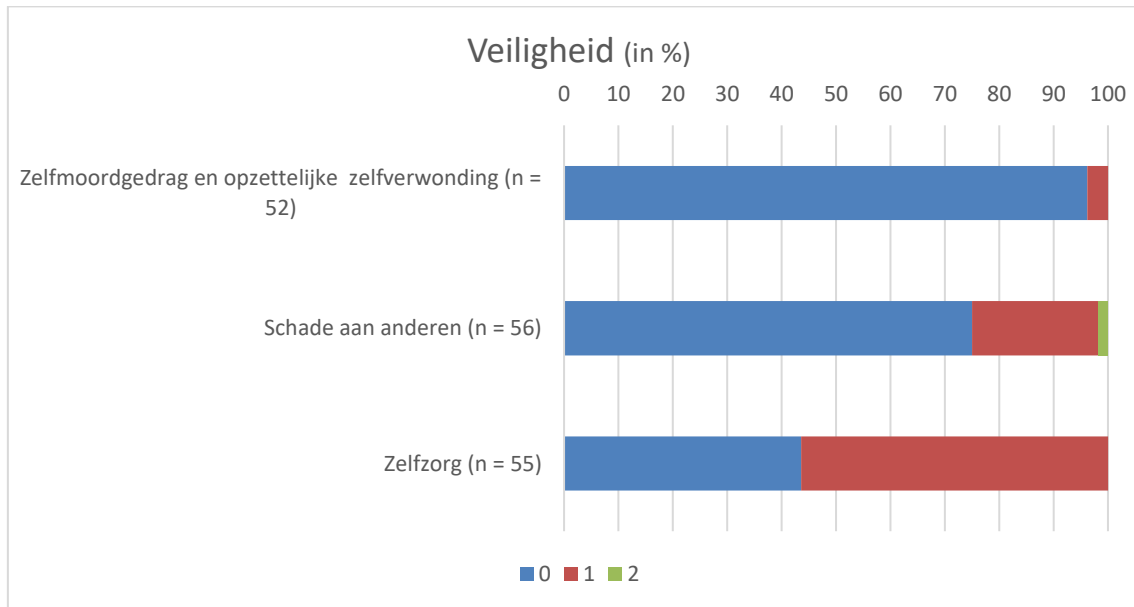
Ook op de zorgschalen omtrent psychisch functioneren en cognitie, en functioneel presteren scoorden de cliënten eerder laag. Twintig van de 56 cliënten behaalden een 0-score op de **'Depressive Severity Index'**. De mediaanscore van 2 geeft aan dat ook de scores voor de andere cliënten eerder laag zijn. Met uitzondering van één cliënt, werd er nooit hoger dan een 7 gescoord op een schaal van 0 t.e.m. 15. De hoogste scores zijn behaald op de **'Mania Scale'**. De scores varieerden van 0 t.e.m. 11 op een schaal die tot 20 loopt. Hogere scores wijzen op meer symptomen gerelateerd aan manie.

Het functioneel presteren vormde voor het merendeel van de cliënten geen probleem. Dit is zeker het geval voor de uitvoering van ADL-activiteiten (bv. eten, persoonlijke hygiëne). Een groot deel van de cliënten scoorde op beide **ADL-schalen** een 0. Op de zorgschalen die (ook) rekening houden met de IADL-mogelijkheden – **'IADL Capacity Hierarchy Scale'** en de **'ADL-IADL Functional Hierarchy Scale'** – lagen de scores hoger. In deze steekproef bleken de IADL-problemen zich voornamelijk voor te doen bij geneesmiddelenbeheer en financieel beheer, waarop gemiddeld slechter gescoord werd dan op andere IADL-activiteiten zoals maaltijdbereiding.



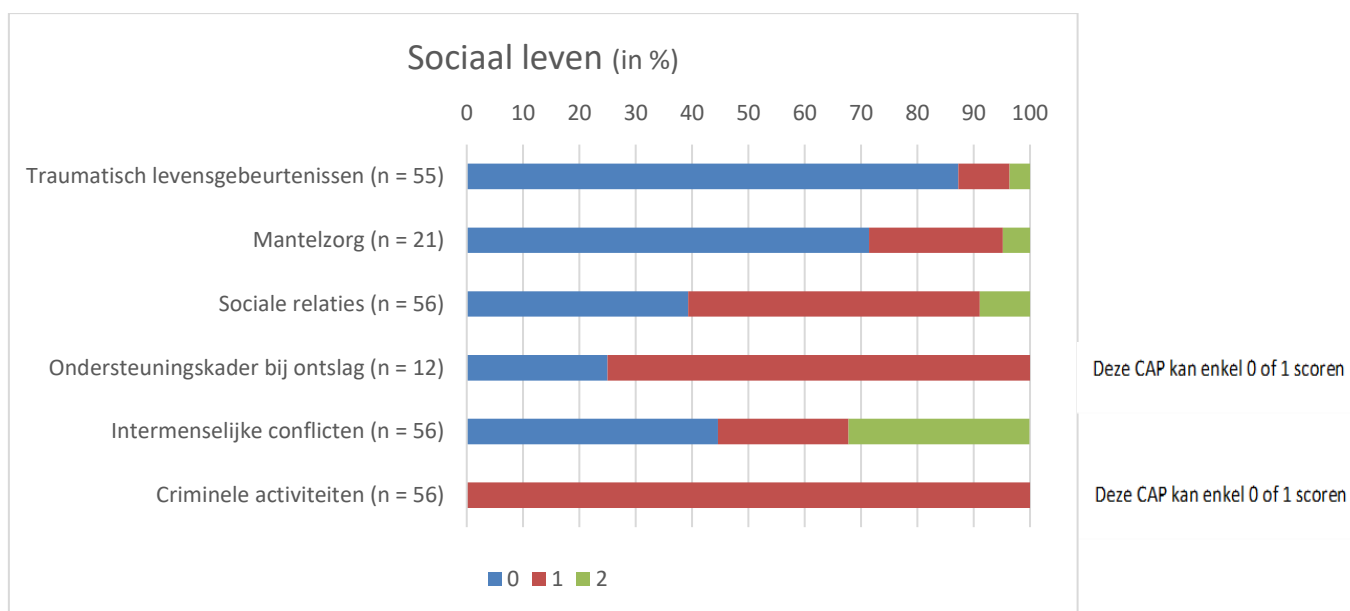
## B. CAP's

Net zoals de zorgschalen kunnen ook de CAP's in categorieën worden opgedeeld, nl. veiligheid, sociaal leven, economische factoren, autonomie en gezondheidspromotie. Zoals reeds vermeld, geven de CAP's weer op welke levensdomeinen de cliënt extra begeleiding nodig heeft opdat hij beter zou kunnen functioneren, of opdat achteruitgang verminderd of stopgezet zou kunnen worden. In tegenstelling tot een 0-score op een zorgschaal, wilt deze code bij een CAP niet noodzakelijk zeggen dat er geen probleem is op dat gebied. Het kan eveneens duiden op de aanwezigheid van een probleem, maar waarvoor het geen meerwaarde zou zijn om hier extra begeleiding rond te voorzien omdat dit niet tot vooruitgang zou leiden of (verdere) achteruitgang zou voorkomen. We bespreken hieronder – aan de hand van de resultaten op de CAP's – de levensdomeinen waarop voor deze steekproef het meest vooruitgang kan gemaakt worden door bijkomende begeleiding op deze domeinen te voorzien. Of het op individueel niveau van de cliënten zinvol is om aan deze levensdomeinen te werken, hangt mee af van het geheel van zijn problematiek van de persoon en de mate waarin hij hiertoe gemotiveerd is. Concreet bespreken we de CAP's waarvoor meer dan de helft van de cliënten code 1 of code 2 scoorden.



Figuur 12 Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond veiligheid

Eén van de drie CAP's met betrekking tot veiligheid is de CAP '**Zelfzorg**'. In overeenstemming met de 'Self-care Index' waarvoor een mediaanscore van 2 is opgetekend, scoorde meer dan de helft van de cliënten ( $n = 31$ ) een code 1 op deze CAP. Dit betekent dat bijkomende begeleiding zinvol kan zijn omwille van een matig risico op onvermogen tot zelfzorg. Een hoog risico hierop was niet aanwezig onder de cliënten in de steekproef, waardoor deze CAP bij niemand een code 2 weergaf.



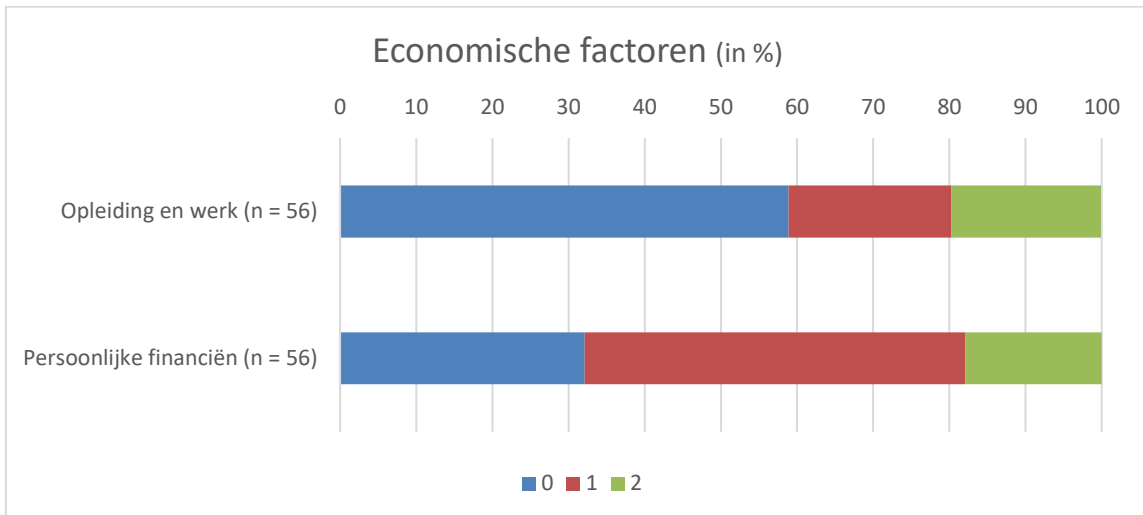
Figuur 13 Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond sociaal leven

Op vier van de zes CAP's omtrent het sociaal leven van de cliënt, scoorde meer dan de helft van de steekproef een code 1 of 2. De CAP **'Sociale relaties'** gaf bij 29 cliënten aan dat bijkomende begeleiding zinvol kan zijn om nauwe vriendschappen en familiaal functioneren te verbeteren (score 1). Voor vijf cliënten kan bijkomende begeleiding zinvol zijn omwille van het sociaal isolement en verstoorde familierelaties.

De CAP **'Ondersteuningskader bij ontslag'** kon slechts voor een kleine steekproef berekend worden ( $n = 12$ ). Dit komt omdat deze CAP enkel in BelRAI MH voorkomt en enkele items van deze CAP voor verschillende cliënten niet werden ingevuld omdat er nog geen sprake was van ontslag. Bij negen van deze twaalf cliënten bleek bijkomende begeleiding zinvol te kunnen zijn omdat (1) ze geen familielid of vriend hadden die bereid was hulp te bieden op het gebied van (1)ADL, kinderopvang, crisisondersteuning, toezicht op de persoonlijke veiligheid na het ontslag, (2) hun woonsituatie op het moment van ontslag 'dakloos' was, (3) ze geen beroep konden doen op een mantelzorger die positief staat tegenover de herintegratie in de gemeenschap (code 1).

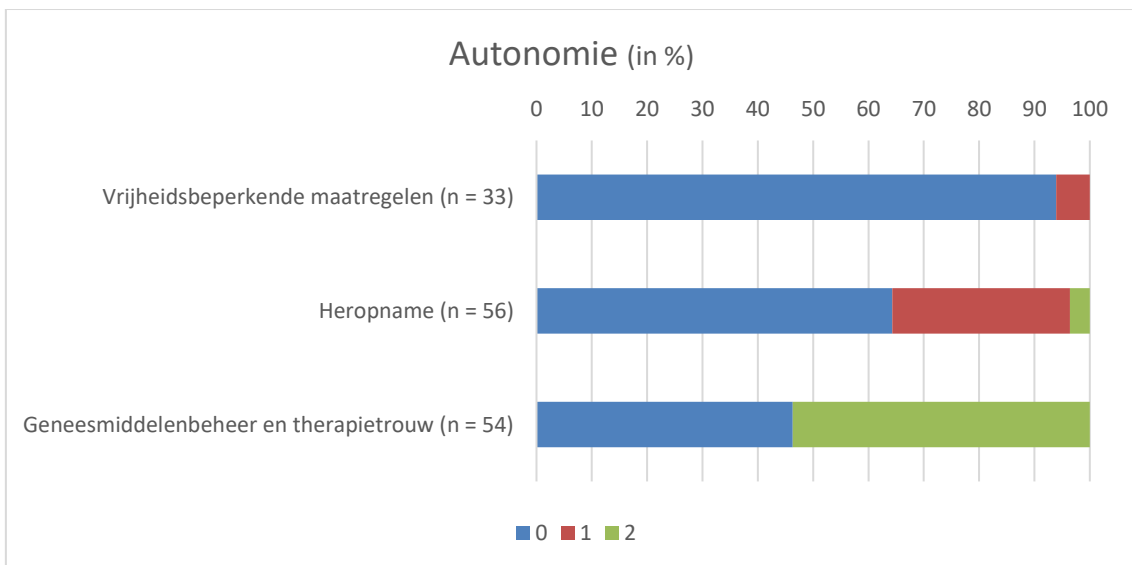
Vijventwintig cliënten behaalden een code 2 op de CAP **'Intermenselijke conflicten'**. Voor deze cliënten zou ook via bijkomende begeleiding ingezet kunnen worden op het beperken van wijdverspreide conflicten indien de cliënt hiertoe bereid is. Deze cliënten bekritiseerden bijvoorbeeld herhaaldelijk familie of vrienden, of hulpverleners meldden een aanhoudende frustratie in de omgang met hen.

Logischerwijze scoorde de volledige steekproef een code 1 op de CAP **'Criminele activiteiten'**. Deze scoorde wijst op het beperken van het risico op al dan niet gewelddadig gedrag. Deze CAP suggereert dus dat men voor alle cliënten – ook zij in de ambulante zorg – dient in te zetten op het voorkomen van recidive.



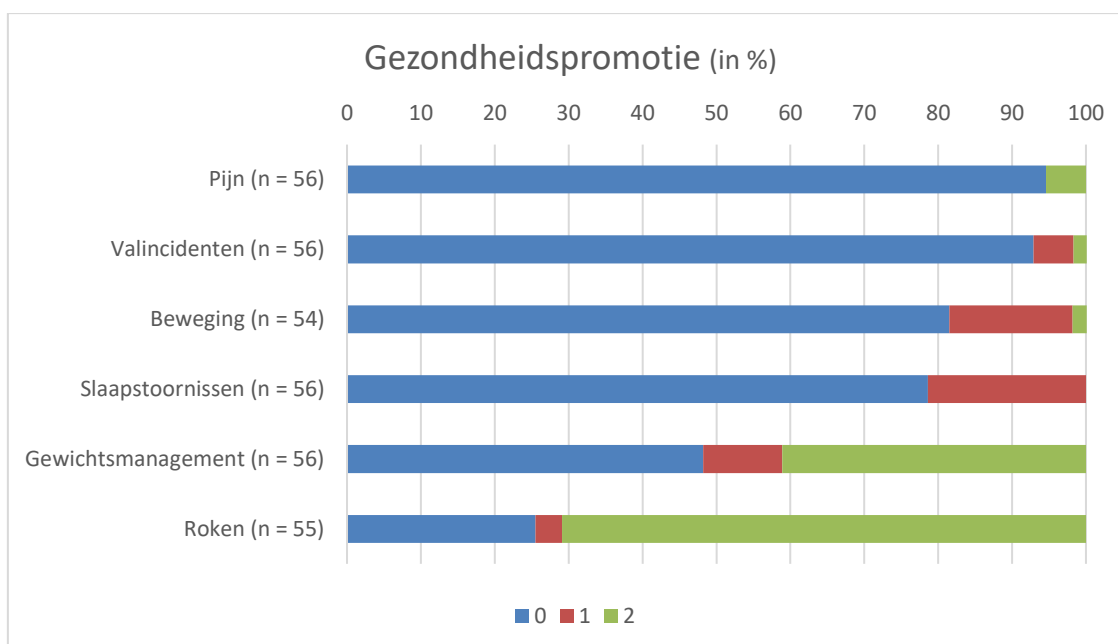
Figuur 14 Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond economische factoren

Achtendertig van de 56 cliënten scoorden een code 1 of 2 op de CAP '**Persoonlijke financiën**'. Voor deze cliënten zou bijkomende begeleiding zinvol kunnen zijn omwille van hun onvermogen om financiën te beheren. Dit sluit aan bij de slechtere scores op de IADL-zorgschalen, die voornamelijk te wijten waren aan de verminderde mogelijkheden omtrent geneesmiddelen- en financieel beheer. Bij tien van deze 38 cliënten was er ook al effectief sprake van financiële moeilijkheden.



Figuur 15 Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond autonomie

Net zoals bij de CAP rond persoonlijke financiën, zijn de scores op de CAP '**Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw**' te wijten aan slechtere IADL-mogelijkheden op dit vlak. Negenentwintig cliënten scoorden een code 2 op deze CAP. Bijkomende begeleiding zou voor deze groep zinvol kunnen zijn omwille van problemen met geneesmiddelenbeheer en therapietrouw die te wijten zijn aan cognitieve stoornissen of positieve symptomen. Bij deze steekproef komt dit voornamelijk door positieve symptomen.



Figuur 16 Verdeling cliënten volgens scores op CAP's rond gezondheidspromotie

Verschillende CAP's focussen op gezondheidspromotie. De cliënten in de steekproef bleken het slechts te scoren op de CAP's rond gewichtsmanagement en roken. De CAP **'Middelengebruik'** wordt niet gerapporteerd omwille van een programmatiefout in de Qualtrics-software die na de dataverzameling werd vastgesteld. Door deze programmatiefout was het aantal cliënten dat code 2 scoorde op deze CAP niet correct. Afgezien daarvan dient het interRAI-algoritme van deze CAP herzien te worden. Tijdens de focusgroep wezen de hulpverleners ons erop dat de CAP geen klinisch relevante informatie geeft wanneer deze reeds oplicht met code 1 bij éénmalig experimenteren in het verleden. We hebben dit probleem reeds bij interRAI gemeld. Als gevolg van deze studie zal dit – op het niveau van interRAI – aangepast worden.

## 2.2 Forensic supplement

Het Forensic supplement diende ingevuld te worden voor alle cliënten met een gerechtelijk statuut op het moment van de afname, en/of voor alle personen waarvoor de CAP Criminele activiteiten van het BelRAI MH en CMH oplichtte. De 56 cliënten binnen deze studie voldeden aan beide voorwaarden.

### 2.2.1 Missing values

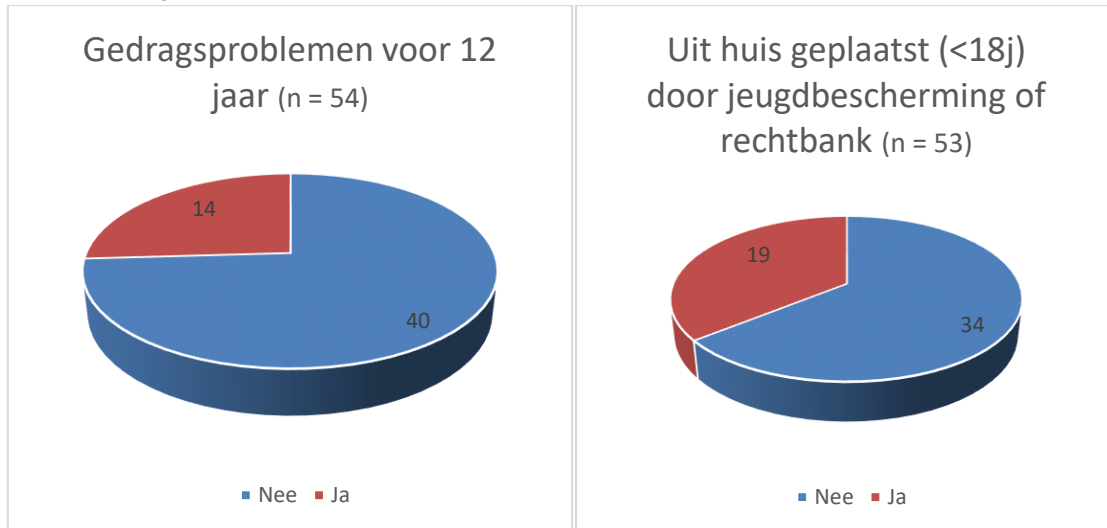
Voor alle 56 cliënten moest het Forensic supplement ingevuld te worden. Dit gebeurde niet voor één cliënt uit een residentiële voorziening en één persoon uit een ambulante setting. Dit brengt de steekproef voor dit supplement op respectievelijk 34 en 20 cliënten. Het gemiddeld aantal missing values op items uit het Forensic supplement was voor beide settings (afgerond) 1. We sommen hier de items op met meer dan 1 missing value in de groep van residentiële cliënten en/of in de groep van ambulante cliënten.

- 'Is er sprake van een ernstig misdrijf? Drugsmisdrijf' (MH:  $n = 0$ ; CMH:  $n = 3$ )

- 'Is er sprake van een ernstig misdrijf? Andere' (MH:  $n = 25$ ; CMH:  $n = 18$ ). Het grote aantal missing values was te wijten aan het feit dat dit een niet-verplichte, open vraag was.

## 2.2.2 Beschrijving van de steekproef aan de hand van de items

### A. Voorgeschiedenis

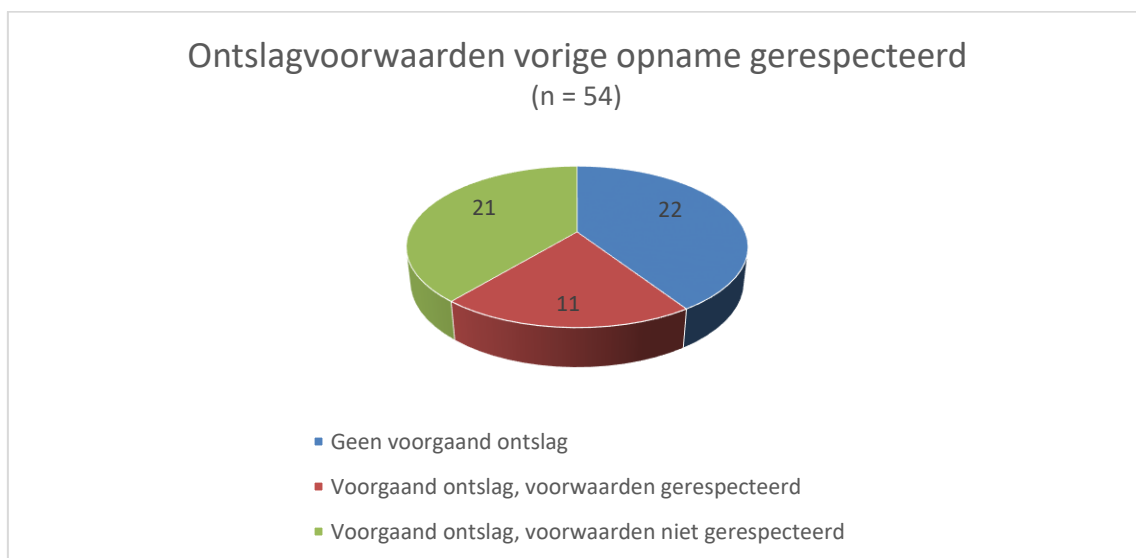


Figuur 17 Gedragsproblemen voor 12 jaar

Figuur 18 Uit huis geplaatst door de rechtbank of jeugdbescherming voor 18 jaar

Ongeveer één vierde van de cliënten ( $n = 14$ ) had reeds voor zijn 12 jaar gedragsproblemen (opzettelijke brandstichting, pesten, weglopen van huis, dierenmishandeling, ...).

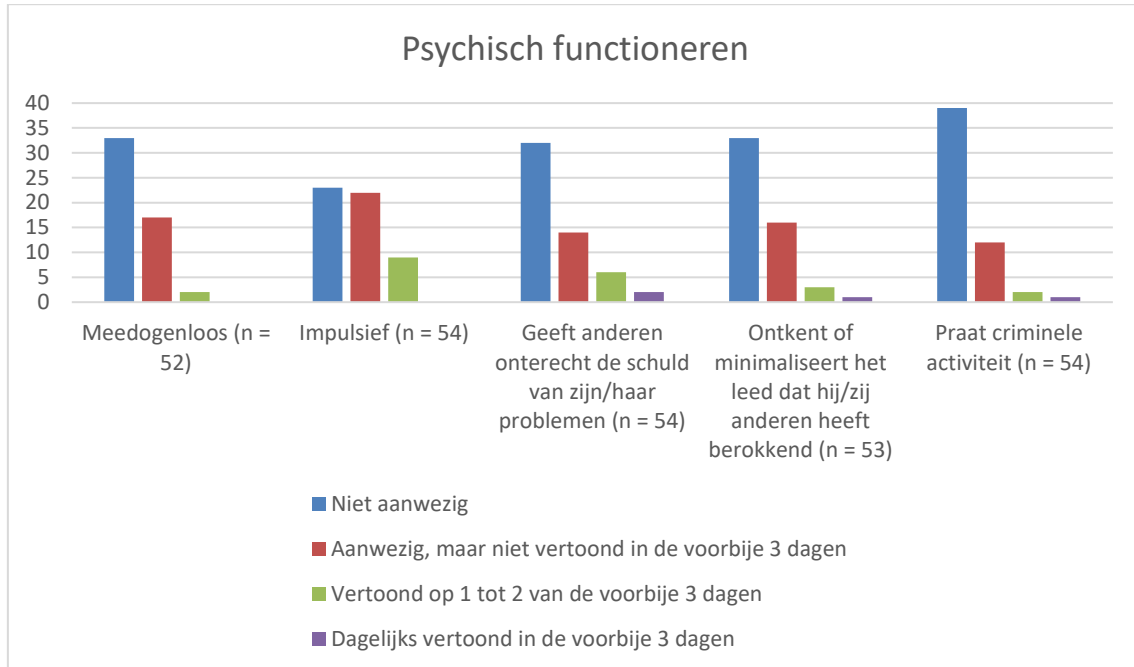
Meer dan één derde van de cliënten ( $n = 19$ ) was voor de leeftijd van 18 jaar uit huis geplaatst door de jeugdbescherming of rechtbank.



Figuur 19 Al dan niet naleven van ontslagvoorwaarden vorige opname

Indien er sprake was van een voorgaand ontslag met voorwaarden, respecteerden het merendeel van de cliënten deze niet ( $n = 21$ ).

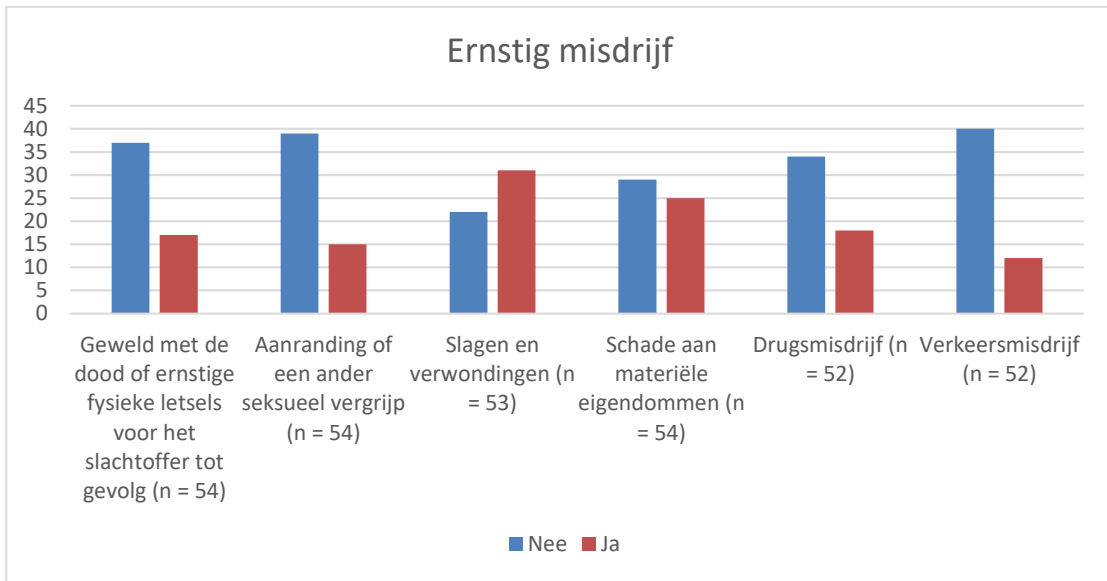
B. Indicatoren van psychisch functioneren



Figuur 20 Indicatoren van psychisch functioneren

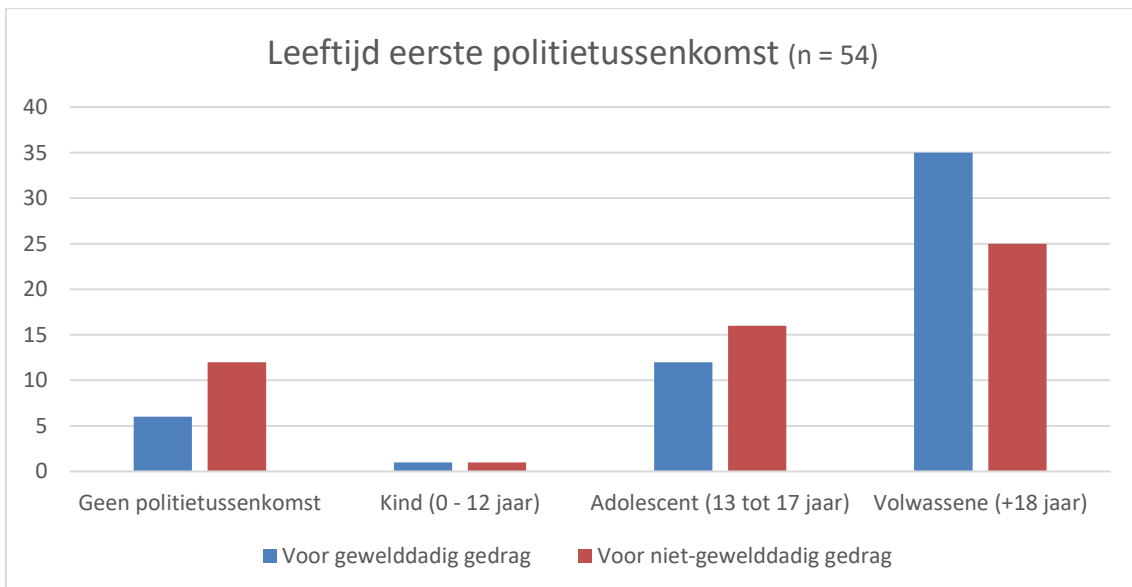
Wanneer gekeken werd naar indicatoren zich dagelijks vertoonden in de voorbije drie dagen tot indicatoren die wel aanwezig waren, maar zich niet toonden, was impulsiviteit de meest voorkomende ( $n = 31$ ). Tweeëntwintig cliënten gaven onterecht de schuld van de eigen problemen aan anderen. Ook het ontkennen of minimaliseren van leed dat men anderen had berokkend, was bij 20 cliënten aanwezig, al dan niet vertoond in de laatste drie dagen.

C. Kenmerken criminele activiteiten



Figuur 21 Soorten ernstige misdrijven

De meest voorkomende ernstige misdrijven die cliënten hadden gepleegd, waren slagen en verwondingen ( $n = 31$ ), schade aan materiële eigendommen ( $n = 25$ ) en drugsmisdrijf ( $n = 18$ ).

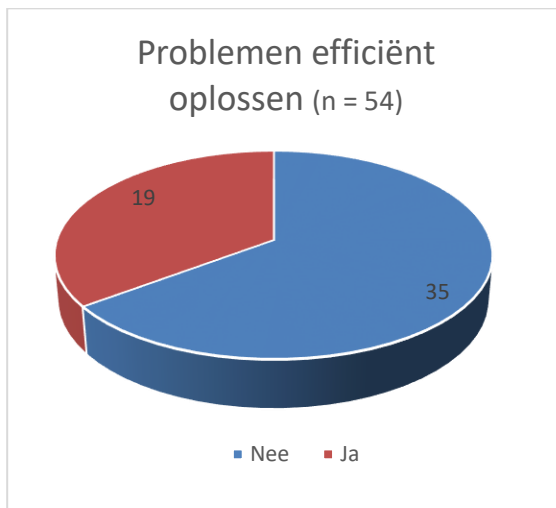


Figuur 22 Verdeling cliënten volgens leeftijd bij eerste politietussenkomst

De eerste politietussenkomst – zowel voor gewelddadig als niet-gewelddadig gedrag – vond bij het grootste deel van de cliënten op volwassen leeftijd plaats. Deze tussenkomst gebeurde op volwassen leeftijd meer voor gewelddadig dan voor niet-gewelddadig geweld ( $n = 35$  vs  $n = 25$ ).

Bij de cliënten waarvoor er tijdens de adolescentie al een eerste politietussenkomst was, werd het omgekeerde vastgesteld en was een eerste tussenkomst vaker voor niet-gewelddadig gedrag dan voor gewelddadig gedrag ( $n = 16$  vs.  $n = 12$ ).

D. Argumenten voor ontslag



Figuur 23 Verdeling cliënten over het al dan niet efficiënt oplossen van problemen



Figuur 24 Verdeling cliënten volgens het al dan niet hebben van onrealistische plannen

Het grootste deel van de cliënten ( $n = 35$ ) was niet in staat om zijn problemen efficiënt op te lossen in stresssituaties. Met stresssituaties doelt men op: moeilijke interactie met anderen, beperkte bewegingsvrijheid (moet op eigen afdeling blijven), beperkte activiteiten. De bedoeling van dit item was om na te gaan of de persoon in staat was om deze dagelijkse stressfactoren het hoofd te bieden om zo de kans op slagen in te schatten bij een ontslag, vrijlating of overstap naar een lager beveiligingsniveau. Hoewel het efficiënt oplossen van de problemen voor de meeste cliënten niet gemakkelijk bleek te zijn, had het grootste deel ( $n = 32$ ) van hen geen onrealistische plannen m.b.t. ontslag, vrijlating of overplaatsing naar een lager beveiligingsniveau.



## 2.3 Addictions supplement – extended version

Het 'Addictions supplement – extended version' werd ingevuld wanneer:

- De CAP-middelengebruik in het BeIRAI (C)MH-instrument geactiveerd was met code 1 of 2. Een code 1 verwijst naar een voorgeschiedenis van problematisch middelengebruik, terwijl een code 2 duidt op huidig problematisch gebruik. Zoals onder 2.1.3 reeds is aangegeven, scoorde maar één cliënt een 2. Dit is mogelijks te wijten aan het feit dat cliënten reeds een maand in opname of behandeling waren op het moment van het assessment waardoor ze geen problematisch middelengebruik meer vertoonden.
- En/of, de reden van opname was gerelateerd aan een verslaving. Deze verslaving kon betrekking hebben op alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken;
- En/of, de hulpverleners hadden een vermoeden dat de cliënt een verslaving had.

Op deze manier werd het supplement ingevuld voor 34 cliënten uit de residentiële settings en voor 18 uit de ambulante settings. De vier cliënten uit de totale steekproef waarvoor geen verslavings-supplement werd ingevuld, voldeden niet aan één of meerdere van bovenstaande voorwaarden.

### 2.3.1 Missing values

Het gemiddeld aantal missing values op de items van het Addictions supplement – extended version was (afgerond) 4 voor de residentiële cliënten en (afgerond) 2 voor de ambulante cliënten. We sommen hier de items op met meer dan 4 missing values in de groep van residentiële cliënten en/of meer dan 2 missing values in de groep van ambulante cliënten.

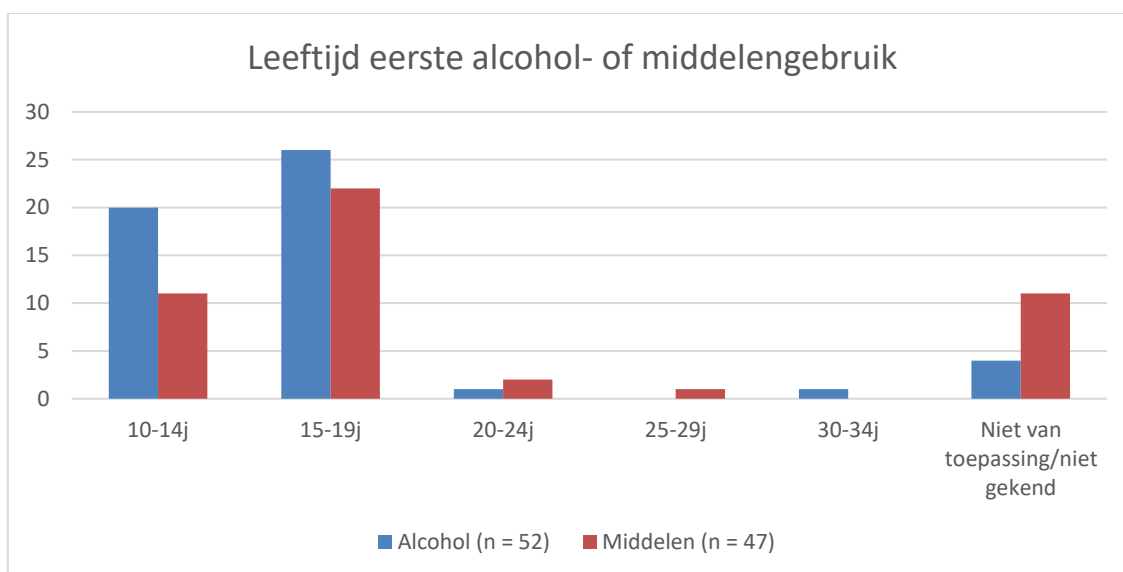
- **Soorten financiële steun:** 'Budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp' en 'tegenoetkoming FOD' (MH:  $n = 8$ ; CMH:  $n = 1$ )
- De **MATE-tabel** gaf een overzicht van het middelengebruik en probleemgedrag van de cliënt. Vele items binnen deze tabel kenden een groot aantal missing values. Dit was vermoedelijk enerzijds te wijten aan dat de instructie 'indien het middel/gedrag geen probleem is, geef een 0 aan' niet altijd werd opgevolgd. Anderzijds, en aansluitend bij het voorgaande, focuste de tabel op de laatste 30 dagen. Hoewel de hulpverleners het referentiepunt voor het beoordelen van deze items mochten verschuiven van de datum van beoordeling naar de datum van opname om een meer realistisch beeld weer te geven van het verslavingsprofiel van de cliënt, is dit mogelijks voor een groot deel van de cliënten niet gebeurd. Hierdoor is vaak naar de afgelopen 30 dagen gekeken. Gedurende die periode waren de cliënten reeds in opname/behandeling.
  - Het grootste aantal missing values in de residentiële settings was terug te vinden bij het item 'alcohol – hoger gebruik'. Zowel wanneer er gevraagd werd naar het 'aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen' ( $n = 15$ ), als 'hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday in de laatste 30 dagen' ( $n = 15$ ) en 'het totaal aantal jaren regelmatig gebruik' ( $n = 17$ ).
  - Een dergelijk hoog aantal missing values was in de assessments uit de ambulante settings niet aanwezig. Met de focus op de items die een hoger aantal missing values had dan het gemiddelde aantal in de ambulante settings (2), zijn voornamelijk items met drie tot zes missing values opgetekend.
- De items onder '**het primaire probleemmiddel of – gedrag**' kenden eveneens meer dan het gemiddelde aantal missing values, zowel in de ambulante als residentiële settings (MH: 7 tot

33; CMH: 3 tot 18). Ook deze items dienden ingevuld te worden met het oog op de afgelopen dagen, waarbij men het referentiepunt terug mocht verleggen naar de dag van opname maar wat waarschijnlijk ook hier niet altijd gebeurd is. Na 30 dagen in opname/behandeling, was er dan ook vaak al geen sprake meer van een primair probleemmiddel of – gedrag.

- Het subitem ‘**Welke persoon/instelling heeft de cliënt ertoe aangezet om deze behandeling te volgen? – andere**’ was grotendeels leeg gelaten (MH:  $n = 31$ ; CMH:  $n = 18$ ), wat te wijten was aan dat dit een niet-verplicht, open antwoordcategorie is.

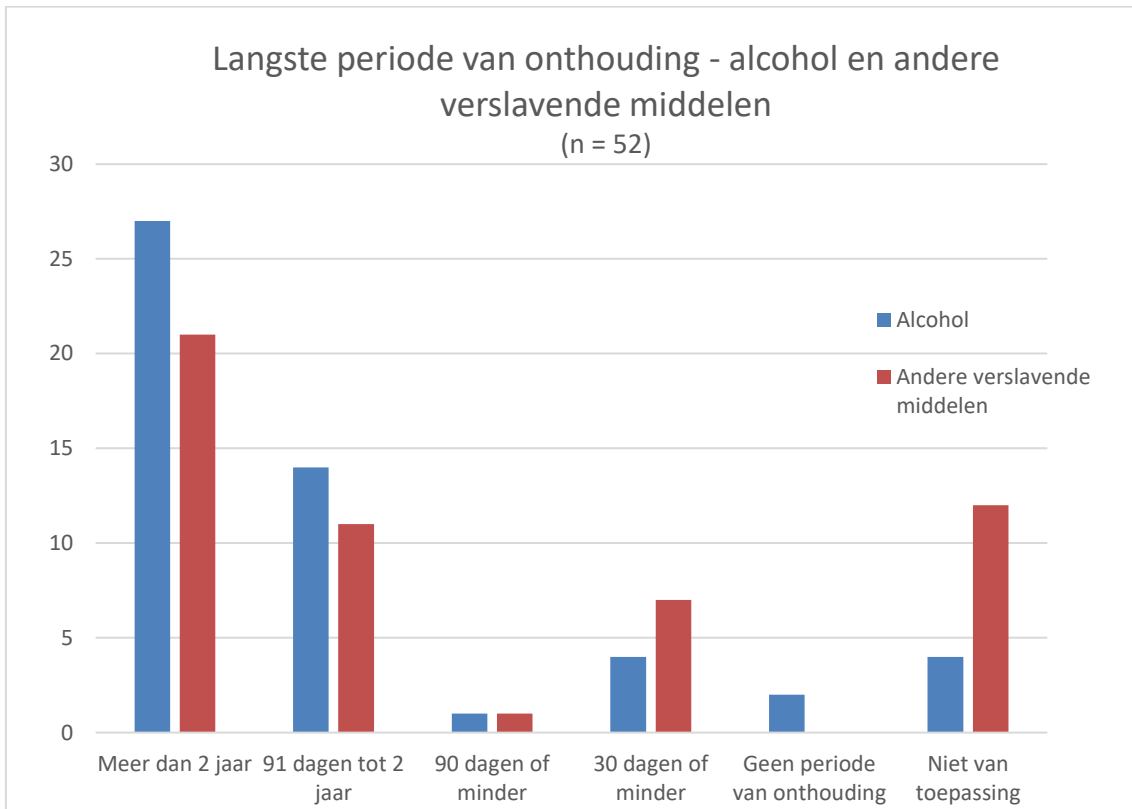
### 2.3.2 Beschrijving van de steekproef aan de hand van de items

#### A. Voorgeschiedenis



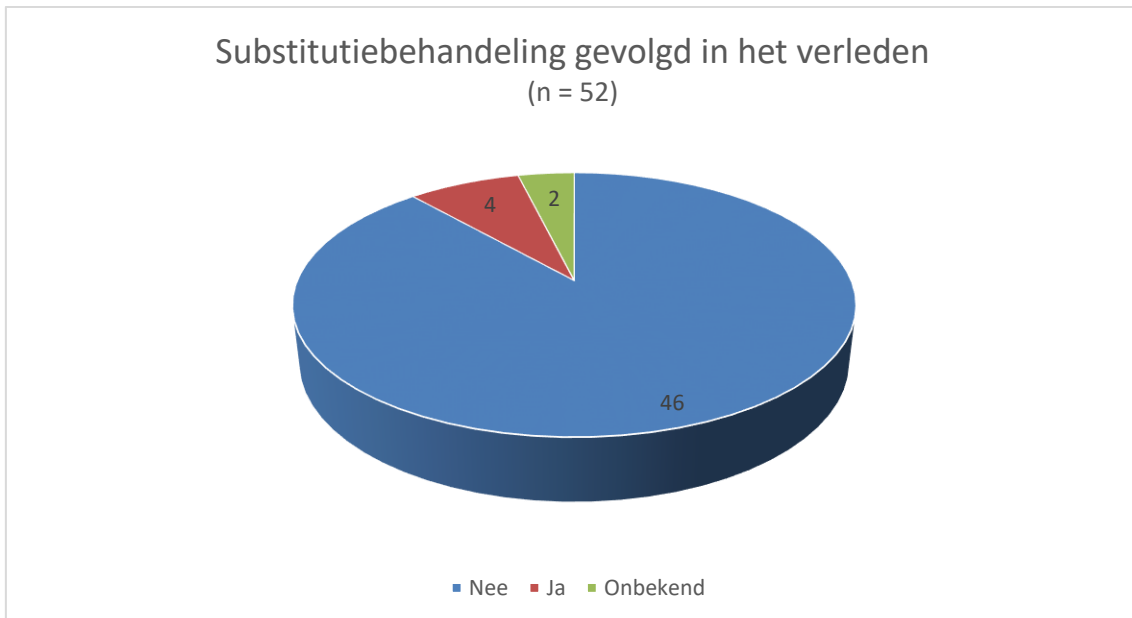
Figuur 25 Verdeling cliënten over leeftijdscategorieën eerste alcohol ( $n = 52$ ) of middelengebruik

Zowel het eerste alcohol- als middelengebruik vond voornamelijk plaats tussen de leeftijd van 15 tot 19 jaar ( $n = 26$  en  $n = 22$ ). Ook op vroegere leeftijd – tussen 10 en 14 jaar – vond voor reeds 20 cliënten het eerste alcoholgebruik plaats, en voor 11 het eerste middelengebruik.



Figuur 26 Langste periode van onthouding – alcohol en andere verslavende middelen

De langste onthoudingsperiode m.b.t. alcohol duurde voor meer dan de helft van de cliënten ( $n = 27$ ) langer dan twee jaar. Ook ten aanzien van andere verslavende middelen was dit de langste onthoudingsperiode voor 21 cliënten.



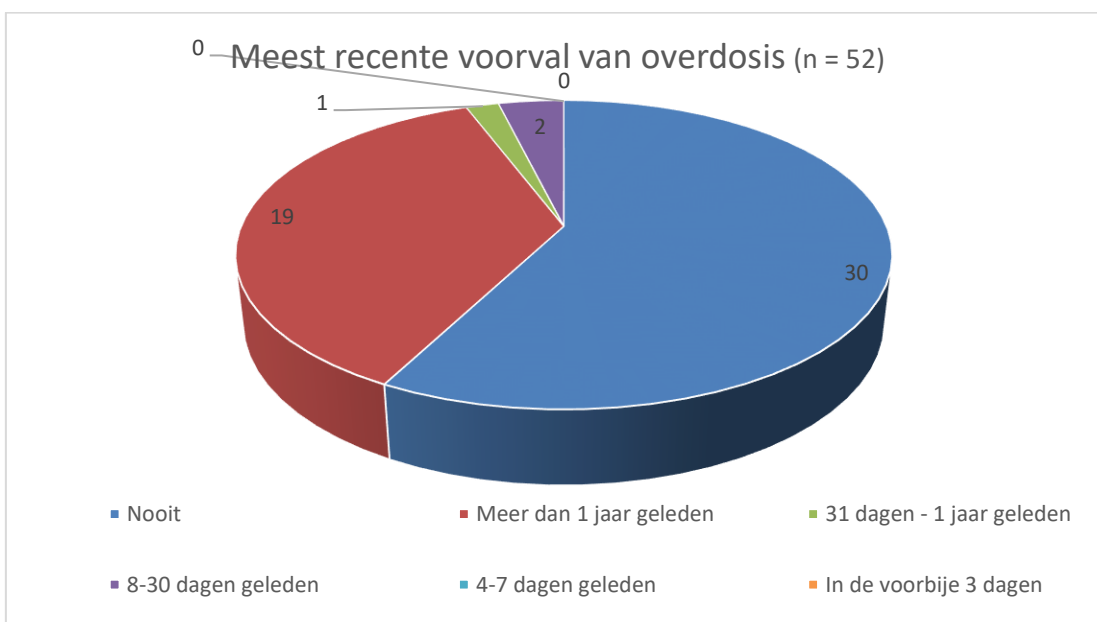
Figuur 27 Verdeling cliënten volgens substitutiebehandeling in het verleden

Het overgrote deel van de cliënten ( $n = 46$ ) had in het verleden geen substitutiebehandeling gevolgd.

Van de vier cliënten die wel aangaven dat ze reeds een substitutiebehandeling hadden gevolgd, volgden er drie een methadon-behandeling.



Figuur 28 Verdeling cliënten volgens al dan niet injectie psychoactieve substantie in het leven  
 Het overgrote deel van de cliënten (n = 43) had nog nooit een psychoactieve substantie geïnjecteerd.



Figuur 29 Verdeling cliënten volgens meest recente overdosis  
 Voor 19 van de 22 cliënten die ooit een overdosis genomen hadden, gebeurde dit langer dan een jaar geleden. Bij negen van hen was dit intentioneel.

## B. Verslavingsprofiel

### Primair probleemmiddel/-gedrag (n = 41)

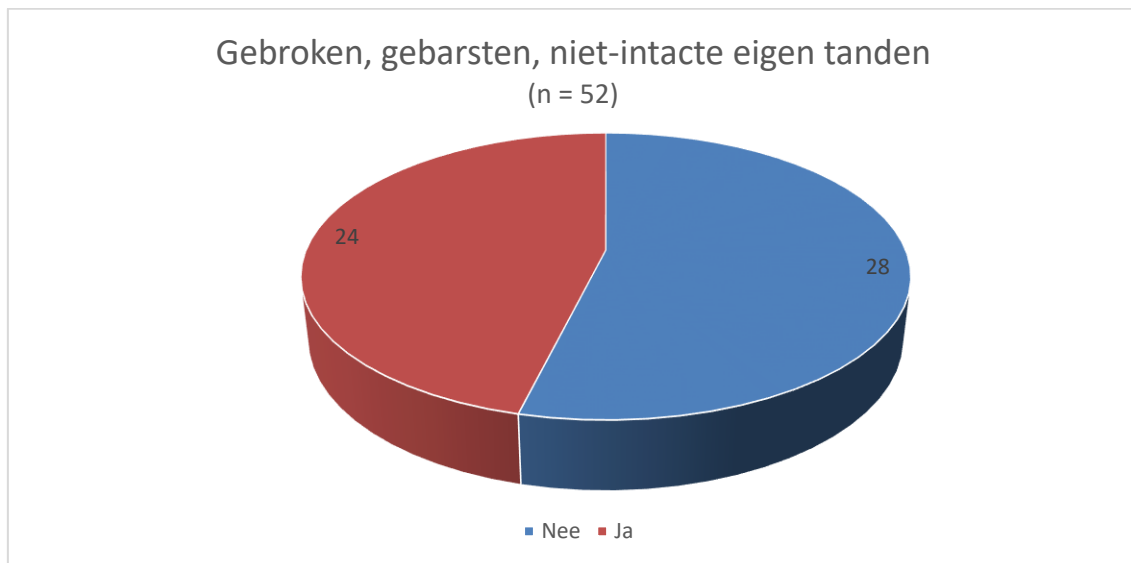
De meest aangegeven primaire probleemmiddelen waren nicotine ( $n = 18$ ) en alcohol ( $n = 11$ ). Maar dit item was moeilijk te interpreteren aangezien de cliënten minstens één maand in opname of behandeling waren en er gevraagd wordt naar het primaire probleemmiddel of – gedrag in de afgelopen 30 dagen. De hulpverleners mochten het referentiepunt verplaatsen naar de dag van opname om zo een meer realistisch beeld te kunnen weergeven van het verslavingsprofiel en het primaire probleemmiddel/-gedrag van de cliënt, maar vermoedelijk hebben ze toch vaak de datum van beoordeling als referentiepunt gekozen. Ons inziens is een herwerking van dit item noodzakelijk.

### Problematische vorm van internetgebruik en gaming (volgens hulpverlener en cliënt zelf – voorbij 90 dagen) (n = 51 of 52):

Met uitzondering van één hulpverlener die bij één cliënt aangaf dat er sprake was van miniem problematisch game-gedrag over de laatste 90 dagen, werd bij alle andere cliënten nooit een problematische vorm van gamen of internetgebruik aangegeven, niet door de hulpverlener, niet door de cliënt zelf.

Onder verslaving lijkt voor deze steekproef dus de klassieke definitie van alcohol en middelenverslaving begrepen te kunnen worden.

## C. Fysieke toestand



Figuur 30 Verdeling cliënten volgens toestand tanden

Meer dan de helft van de cliënten ( $n = 28$ ) heeft gebroken, gebarsten of niet-intacte eigen tanden.

Andere fysieke gezondheidsaandoeningen - hiv/aids, andere seksueel overdraagbare infecties, Hepatitis B, C, Kanker (uitgezonderd huidkanker), levercirrose, tuberculose - waren minder voorkomend bij de cliënten waarvoor het Addictions supplement – extended version werd ingevuld.

Voor vijf cliënten was wel aangegeven dat er problemen met geheugenverlies waren, tien cliënten kampten met een vitaminetekort.

#### **2.4 Samenvattende bespreking van de steekproef op basis van het BelRAI GGZ-instrumentarium**

Ondanks het feit dat we data van een kleine, niet-representatieve steekproef verzamelden ( $n = \max. 56$ ), geven we hieronder het algemeen beeld weer dat we op basis van de BelRAI GGZ-resultaten van de steekproef kunnen bieden. We doen dit om een idee te geven van hoe een steekproef gekarakteriseerd kan worden op basis van BelRAI GGZ-resultaten.

De doorsnee-cliënt uit de steekproef was tussen de 20 en 59 jaar oud en ongehuwd. De meeste cliënten verbleven op een afdeling van een PZ, hetgeen ook een PVT-afdeling kon zijn. Ongeveer een kwart van de cliënten verbleef in een IBW. Slechts een beperkt aandeel kreeg een behandeling in een CGG of MT. Vaak waren de cliënten in deze settings tussen de één en vijf jaar in behandeling, en hadden ze reeds verschillende residentiële opnames achter de rug. Bij zo'n 40% van de steekproef betrof dit zes opnames of meer; bij de andere cliënten lag dit aantal lager.

Een kwart van de cliënten had vóór zijn 12 jaar gedragsproblemen; een iets groter aandeel was vóór zijn 18 jaar uit huis geplaatst door de rechtbank of jeugdbescherming. De meest voorkomende misdrijven die de cliënten hadden gepleegd, waren slagen en verwondingen en het beschadigen van materiële eigendommen.

De meest voorkomende diagnoses waren aan middelen gebonden stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen. Tijdens de behandeling zelf slaagden – op één na – alle cliënten erin om clean te blijven. Tussen de leeftijd van 15 – 19 jaar gebruikten de cliënten het vaakst voor het eerst alcohol of andere verslavende middelen. Indien er sprake was van illegaal middelengebruik was het meest voorkomende middel cannabis, cocaïne of crack, of andere stimulerende middelen (bv. speed). Zo'n 40% had reeds een overdosis genomen; bij iets minder dan de helft was dit intentioneel. Problematisch gokken, gamen of internetgebruik kwam amper tot niet voor in deze steekproef.

Niettegenstaande de ernstige diagnoses is het cognitief en psychisch functioneren van veel van de cliënten uit de steekproef – terwijl ze in behandeling zijn – vrij goed op het moment van het assessment.

Een minderheid van de cliënten vertoont een somatisch ziektebeeld – astma, diabetes of migraine – waarvoor ze al dan niet een actieve behandeling krijgen.

Bij alle cliënten – met uitzondering van twee – was er een zeker risico op het berokkenen van schade aan anderen, zonder dat dit een hoog risico betrof, gegeven de behandeling die ze kregen. De cliënten waren over het algemeen ook impulsief van aard. Meer dan de helft van de cliënten zaten verwickeld in intermenselijke conflicten, dit kon zowel naar familie of vrienden toe zijn, als naar zorgverleners. Vaak gaven ze ook ten onrechte de schuld van hun eigen problemen aan anderen en minimaliseerden ze het leed dat men anderen heeft aangedaan. Veel van hen kunnen dan ook niet rekenen op een vangnet na ontslag (residentiële settings). Deze resultaten schetsen het klassiek beeld van personen met een forensische problematiek die in behandeling zijn.

Er zijn verschillende levensdomeinen waarop bij meer dan de helft van de cliënten mogelijk winst geboekt kan worden – in de zin van verbetering, stagnering of minder verslechtering van functioneren – door extra begeleiding aan te bieden: zelfzorg, sociale relaties, intermenselijke conflicten, criminele activiteiten (er dient bij alle cliënten blijvend ingezet te worden op de criminogene noden), persoonlijke financiën, geneesmiddelenbeheer en therapietrouw, middelengebruik, gewichtsmanagement, roken en ondersteuningsnetwerk bij ontslag (enkel voor opgenomen cliënten). Of het op individueel niveau van de cliënten zinvol is om aan deze levensdomeinen te werken, is mee afhankelijk van het geheel van zijn problematiek en de mate waarin hij hiertoe gemotiveerd is.

### **3 Resultaten op basis van de beschrijvende statistieken van de DUNDRUM**

#### **3.1 Missing values**

De DUNDRUM werd ingevuld door 53 hulpverleners<sup>15</sup> en 44 cliënten. De meeste ontbrekende gegevens voor de DUNDRUM-1 waren voor het item 'Complexe noden omtrent risico op geweld' ( $n=9$ ; 17%), gevolgd door het item 'Acute dreiging van suïcide' ( $n=1$ ). De rest van de items hadden geen ontbrekende gegevens. Voor de DUNDRUM-3 was er telkens één ontbrekende waarde bij de items 'Probleemgedrag', 'Zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven (ADL)', Opleiding, beroep en creativiteit' en 'Familie en sociale netwerken: vriendschap en intimiteit'. De rest van de items hadden geen ontbrekende waarden. Van de subschaal van de DUNDRUM-4 had het item 'Dynamische risicofactoren' 19 ontbrekende waarden (37%). De items 'Therapeutische relatie' en 'Slachtoffergevoeligheid' hadden twee ontbrekende waarden. De items 'Stabiliteit', 'Inzicht', 'Verlof' en 'Hoop' hadden telkens maar één ontbrekende waarde.

Voor de patiëntscores had de DUNDRUM-3 geen ontbrekende gegevens en voor DUNDRUM-4 waren er 11 (22%) ontbrekende gegevens voor het item 'Dynamische risicofactoren'. De reden waarom dit item de meeste ontbrekende gegevens heeft, is omdat het ingevuld wordt op basis van resultaten van een specifiek risicotaxatie-instrument (de HCR-20). Niet alle instellingen werken met dit instrument en het wordt ook niet voor alle cliënten afgenomen. De hulpverleners en cliënten beschikken voor dit item dus niet altijd over de juiste informatie om het in te vullen.

---

<sup>15</sup> 1 hulpverlener had wel de DUNDRUM-1 en 3 ingevuld, maar niet de DUNDRUM-4

### 3.2 Interne consistentie

De Cronbach's alfa's van de DUNDRUM subschalen staan in Tabel 18. Alleen voor de DUNDRUM-4 van de hulpverleners viel de Cronbach's Alfa net onder de grens van 0,70. De rest van de subschalen hadden een afdoende interne consistentie (Cortina, 1993).

Tabel 18 Cronbach's Alpha DUNDRUM subschalen

	Hulpverlenerscores			Patiëntscores	
	D-1	D-3	D-4	D-3	D-4
Cronbach's Alpha	0.77	0.83	0.68	0.87	0.86

### 3.3 Gemiddelde scores

Een score tussen 0 en 0.5 geeft aan dat er geen extra beveiliging nodig is. Cliënten met een score tussen 0.5 en 0.99 kunnen behandeld worden binnen een open setting. Zij met een score tussen 1 en 1.99 hebben nood aan een lage mate van beveiliging. Een score tussen 2 en 2.99 verwijst naar de nood aan een matig beveiligingsniveau en cliënten die hoger dan 3 scores, hebben een hoge mate van beveiliging nodig (Jeandarme, Habets, & Kennedy, 2019).

De gemiddelde scores van de DUNDRUM subschalen staan in Tabel 19. De DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 hulpverlenerscores vallen binnen een lage beveiligingsnood, alsook de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 scores van de cliënt (tussen de 1 en 1.99).

In Figuur 31 en Figuur 32 staan de hulpverlener- en cliëntscores per niveau van beveiliging. Vanwege de kleine steekproef hebben we niet kunnen testen of er een statistisch verschil is tussen DUNDRUM-scores van verschillende beveiligingsniveaus en worden deze cijfers louter beschrijvend gepresenteerd. Er is wel een trend zichtbaar waarbij de DUNDRUM-scores dalen naar gelang het beveiligingsniveau daalt. De hulpverleners uit high security settings schatten hun cliënten in op een matige beveiligingsnood (score tussen de 2 en 2.99), behalve op de DUNDRUM-1 waarbij ze een lage beveiligingsnood krijgen. De hulpverleners van de medium security voorzieningen en die van beschut wonen met een outreachende functie schatten een lage beveiligingsnood voor de drie subschalen van de DUNDRUM in. De personen van beschut wonen schatten voor DUNDRUM-1 en 4 een open beveiligingsnood en voor DUNDRUM-3 een lage beveiligingsnood in. De hulpverleners van het daderteam CGG laten een open beveiligingsnood zien (DUNDRUM-1 en 4) en geen extra beveiligingsnood zien (DUNDRUM-3). Samenvattend kan gesteld worden dat de hulpverleners van de high en medium security hun cliënten lager scores dan hun huidige beveiligingsniveau. Terwijl de hulpverleners van de lagere beveiligingsniveaus het niveau van de nood aan beveiliging dichter scores bij het huidige beveiligingsniveau.

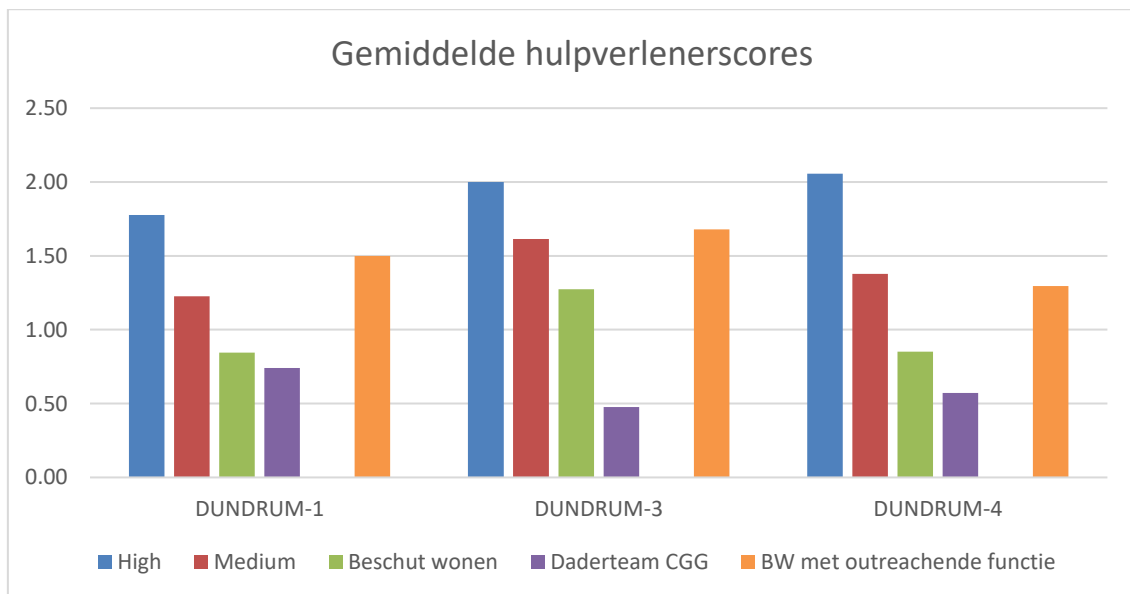
De cliënten van de medium security geven aan dat ze een matige beveiligingsnood hebben, terwijl de high security cliënten eerder een lage beveiligingsnood inschatten. Cliënten van beschut wonen geven aan dat ze een lage beveiligingsnood hebben voor de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) terwijl ze voor de DUNDRUM-4 (herstel) een lagere beveiligingsnood aangeven (open). De cliënten



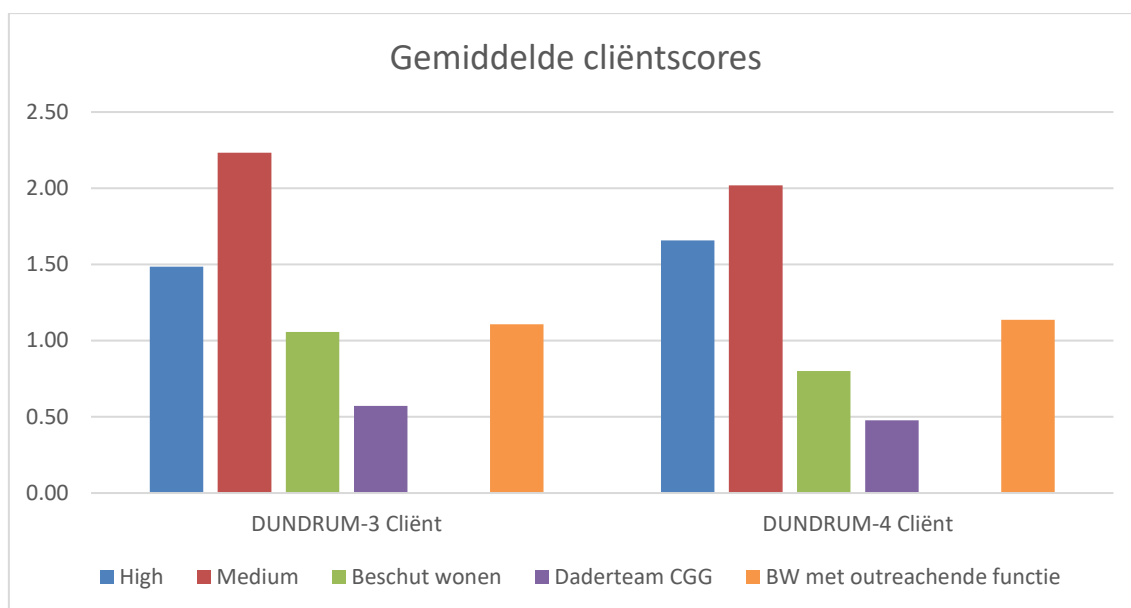
van het daderteam CGG geven voor de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) een open beveiligingsnood aan terwijl ze ook voor de DUNDRUM-4 (herstel) een lagere beveiligingsnood aangeven (geen extra nood aan beveiliging). De cliënten van beschut wonen met outreachende functie geven zelf aan dat ze een lage beveiligingsnood hebben. Dus met uitzondering van de cliënten van de high security, schatten de cliënten hun beveiligingsniveau dicht bij het beveiligingsniveau waar ze momenteel verblijven.

Tabel 19 Gemiddelde DUNDRUM-scores

	Gemiddelde	Stdv	Gem. Min.	Gem. Max.
<b>Hulpverleners</b>				
DUNDRUM-1 (n = 53)	1.22	0.60	0	2.44
DUNDRUM-3 (n = 53)	1.53	0.73	0	3.57
DUNDRUM-4 (n = 52)	1.29	0.68	0	2.71
<b>Patiënt</b>				
DUNDRUM-3 (n = 44)	1.67	0.99	0.29	3.71
DUNDRUM-4 (n = 44)	1.51	0.93	0	0.93



Figuur 31 Hulpverlenerscores gestratificeerd naar beveiligingsniveau



Figuur 32 Cliëntscores gestratificeerd naar beveiligingsniveau

#### 4 Het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-assessment om verwijzingen en behandeldoelstellingen te onderbouwen

Uit de 56 assessments van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie selecteerden we de assessments van twee personen. Voor deze twee casussen geven we hieronder weer welke input de DUNDRUM geeft omtrent eventuele verwijzing en welke input DUNDRUM en het BelRAI GGZ-assessment genereert in het kader van de behandelingsdoelstellingen van de cliënt. Deze input biedt wetenschappelijk onderbouwde informatie die mee het begeleidingsplan onderbouwt, naast de knowhow en expertise van alle teamleden en de wensen en voorkeuren van de persoon, en eventueel zijn familie. Voorafgaand aan de twee casussen lichten we toe hoe DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten gebruikt kunnen worden om verwijzingen en behandeldoelstellingen wetenschappelijk te onderbouwen.

##### 4.1 Hoe DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten gebruiken om verwijzingen en behandeldoelstellingen wetenschappelijk te onderbouwen?

De scores op de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium zijn niet bedoeld om te gebruiken als actuariële scores waarbij cutoff waardes gelden waarboven of waaronder bepaalde beslissingen inzake de behandeldoelstellingen of verwijzing dienen genomen te worden. Instrumenten die een gestructureerd klinisch onderdeel willen onderbouwen, hebben eveneens niet de bedoeling om scores of drempels te genereren en het oordeel van de clinicus te vervangen. Een hoge score op één item van de DUNDRUM kan bijvoorbeeld voldoende zijn om te besluiten tot een niveau van therapeutische beveiliging. Omgekeerd kan een matige of hoge totaalscore die bestaat uit een groot aantal hoge itemscores het best worden beheerd in een laag beveiligingsniveau, of zelfs in de maatschappij. De items van de DUNDRUM - en ook van het BelRAI GGZ-instrumentarium - zijn bedoeld om de klinische besluitvorming te ondersteunen, maar zijn niet bindend voor diegene die de beslissingen neemt (Kennedy et al., 2018).

Wanneer men de DUNDRUM gebruikt om de verwijzing van een cliënt naar een andere voorziening – met een ander beveiligingsniveau – te onderbouwen, luidt het advies om eerst te zoeken naar een patroon in de scores. Bijvoorbeeld:

- veel scores 4 = hoog beveiligingsniveau,
- een overwicht van scores 3 rechtvaardigt matige beveiliging
- een overwicht van 2 geeft een lage beveiliging aan.

Maar één score van 3 of 4 op één of twee items kan op zich ook voldoende zijn om te besluiten tot hoge of matige beveiliging ondanks een patroon van lagere scores op andere punten. Daarnaast kunnen individuele kwesties en context bepalend zijn bij de toekomstige beslissingen.

Ook de CAP's en de zorgschalen van de BelRAI instrumenten zijn wetenschappelijk onderbouwde tools die bedoeld zijn als beslissingsondersteuning bij het vastleggen van de behandel doelstellingen. Dit wil niet zeggen dat de behandel doelstellingen er automatisch uit voortvloeien. Twee cliënten met dezelfde resultaten op de CAP's kunnen verschillende behandel doelstellingen hebben afhankelijk van de visie van de cliënt (en eventueel zijn omgeving) en afhankelijk van de resultaten van het specialistisch assessment en/of (psycho)diagnostisch onderzoek.

#### **4.2 Casus 1: een persoon die behandeling krijgt in een residentiële forensische setting**

Opdat de persoon in kwestie door niemand herkend zouden kunnen worden, hebben we een aantal demografische gegevens en de gegevens uit de behandelgeschiedenis aangepast.

##### ***Demografische gegevens, behandelgeschiedenis, huidige behandel doelen en diagnoses volgens BelRAI***

- Persoon van 48 jaar, nooit gehuwd (geslacht niet gekend)
- Hij heeft zijn secundair onderwijs niet afgemaakt, en leeft van een inkomensvervangende tegemoetkoming.
- Is geïnterneerd en verblijft – sinds anderhalf jaar – op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis voor forensische zorg; komt uit een penitentiaire instelling
- De persoon is in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen omdat hij een gevaar vormt voor zichzelf en voor anderen, omdat hij niet voor zichzelf kan zorgen, omdat hij een verslavingsprobleem heeft en ook andere psychiatrische symptomen vertoont.
- Hij heeft al verschillende opnames gekend in de residentiële GGZ, ook specifiek voor verslaving. De laatste was meer dan 2 jaar geleden.
- De persoon heeft een vertegenwoordiger die beslissingen neemt omtrent zijn financiën
- De persoon werkt niet en is niet werkzoekend
- Behandel- en zorgdoelen van de persoon:
  - Gemoedstoestand, stemming verbeteren
  - Verslavingsprobleem aanpakken

- Zelfbeheersing naar anderen toe verbeteren
- Medicatietrouw verbeteren
- Zelfzorg verbeteren
- Sociale omgang verbeteren
- Intimiteit en seksualiteit verbeteren
- Financiën/administratie beter kunnen beheren
- Beter contacten met hulpverlening/instanties die hulp bieden m.b.t. (geestelijke) gezondheid, welzijn, wonen, werken, opleiding, vrije tijd, justitie
- Meer ondersteuning en hulp krijgen van personen uit de eigen omgeving
- Geen criminele feiten meer plegen
- Leren omgaan met eigen psychische kwetsbaarheid
- Leren vertrouwen in eigen sterktes en mogelijkheden
- Meer zin geven aan zijn leven, meer waardevol leven.
- Belangrijkste diagnostische categorie: schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Tweede belangrijkste diagnostische categorie: aan middelen gebonden stoornis. Naast alcohol en nicotine gebruikte de persoon reeds cannabis, cocaïne, stimulantia en sedativa. Hij produceerde of dealde ook illegale drugs. Meer dan 1 jaar geleden deed hij een intentionele overdosis.
- De persoon heeft geen verstandelijke beperking

***Nood aan beveiliging volgens DUNDRUM***

- Deze persoon hoort te verblijven op een medium security afdeling (gemiddelde score DUNDRUM-1 = 2 op een schaal van 0 tot 4).
- Volgens de hulpverlenerscores van de DUNDRUM-3 (programmavoltooing) en DUNDRUM-4 (mate van herstel) is deze persoon nog niet klaar om naar een lager niveau van beveiliging te gaan (gemiddelde score 2 op een schaal van 0 tot 4).
- Als we enkel zouden kijken naar de hulpverlenerscores op de DUNDRUM-3 zou de persoon beter op een high security afdeling verblijven (gemiddelde score 3.1 op een schaal van 0 tot 4). De persoon heeft namelijk alleen een behandelprogramma rondom drugs en alcohol succesvol voltooid, aan de andere behandelprogramma's heeft hij nog niet deelgenomen en/of succesvol afgerond. Op basis van deze scores kan de vraag gesteld worden of dit te verklaren is door het feit dat de persoon (nog) niet gemotiveerd is om aan andere problematieken te werken. Indien dit het geval is, kan de persoon in een medium security setting blijven, aangezien daar ook aan de motivatie voor deelname aan deze therapieën kan gewerkt worden.

### **Huidige klinische toestand volgens de BelRAI zorgschalen**

- De laatste 3 dagen vertoonde de persoon amper (verbaal en/of fysiek) agressief gedrag (Aggressive Behaviour Scale = 1 op een schaal van 0 tot 12), maar het risico dat hij anderen zou schade berokkenen blijft duidelijk bestaan (Risk of Harm to Others Scale = 4 op een schaal van 0 tot 6).
- Op dit moment zijn de positieve symptomen in het kader van de psychotische problematiek van de persoon goed onder controle (Positive Symptoms Scale Long = 4 op een schaal van 0 tot 24). Momenteel is er ook geen probleem met middelengebruik (CAGE = 0 op een schaal van 0 tot 4).
- Er is sprake van enige verminderde capaciteit om voor zichzelf te zorgen omwille van de psychiatrische problematiek (Self-Care Index = 2/6). Dit komt tot uiting omdat de persoon op dit moment een beperkt ziekte-inzicht heeft en dat hij soms een onverzorgd uiterlijk heeft. Deze symptomen zijn eerder als negatieve symptomen in het kader van een psychotische problematiek te interpreteren, dan als aanwijzingen voor een depressie (Depressive Severity Index = 3 op een schaal van 0 tot 15).
- De persoon trekt zich sterk terug uit sociale contacten (Social Withdrawal Scale = 9 op een schaal van 0 tot 12). Hangt dit met zijn negatieve symptomen samen? Of is dit voor hem een manier om niet terug fysieke agressie te tonen naar anderen toe? Het verbeteren van zelfbeheersing naar anderen toe behoort tot zijn behandeldoelen.
- Cognitieve performantie, communicatie, gehoor- en gezichtsvermogen zijn momenteel intact (Cognitive Performance Scale = 0 op een schaal van 0 tot 6; Communication Scale = 0 op een schaal van 0 tot 8, Deafblind Severity Index = 0 op een schaal van 0 tot 5). De cliënt heeft geen last van pijn (Pain scale = 0 op een schaal van 0 tot 4).
- Cliënt heeft maximale hulp nodig bij financieel beheer en geneesmiddelenbeheer (IADL Capacity Hierarchy Scale = 4 op een schaal van 0 tot 6). Hij heeft de capaciteiten niet om dit zelfstandig te doen. De hypothese is dat dit met zijn negatieve symptomen te maken heeft.

### **Voortgang in het behandel- en herstelproces volgens DUNDRUM**

- Op item-niveau zijn er redelijk wat verschillen tussen de scores op DUNDRUM-3 en 4 van de hulpverlener en van de cliënt. De cliënt vindt dat hij verder staat in het behandelproces in vergelijking met de visie van de hulpverlener. Dit is in lijn met de visie van de hulpverlener dat de cliënt een beperkt ziekte-inzicht heeft (DUNDRUM-item 'Inzicht' = 3 op een schaal van 0 tot 4; BelRAI item 'Mate van ziekte-inzicht in geestelijke gezondheidsproblemen' = beperkt).
- Op gebied van lichamelijke gezondheid geeft de cliënt aan dat hij wel interesse heeft in een gezonde levensstijl, maar dat hij hier soms aansporing voor nodig heeft. De hulpverlener daarentegen geeft aan dat het personeel zorgt voor zijn dagdagelijkse basisactiviteiten en zelfzorg m.b.t. zijn fysieke gezondheid en dat de cliënt niet wil deelnemen aan activiteiten rond lichamelijke gezondheid.
- Op het item ADL van de DUNDRUM-3 geeft de cliënt aan dat hij een regelmatig patroon van zelfzorg, daginvulling en ontspanning heeft. De hulpverlener geeft aan dat hij daar nog wel veel ondersteuning bij nodig heeft opdat het beter zou lopen op deze vlakken.

***Input voor het begeleidingsplan op basis van BelRAI Clinical Assessment Protocols (CAP's) en DUNDRUM***

- Aangezien er een matig risico bestaat/blijft bestaan op schade aan anderen (CAP Schade aan anderen = code 1 op een schaal van 0 tot 2) dient hiermee rekening gehouden te worden bij de bepaling van het beveiligingsniveau dat deze cliënt momenteel nodig heeft. Volgens DUNDRUM-1 hoort deze persoon te verblijven op een medium security afdeling (gemiddelde score DUNDRUM-1 = 2 op een schaal van 0 tot 4).
- Gezien zijn verleden van ernstig middelengebruik blijft de begeleiding bij het clean blijven een belangrijk aandachtspunt in het begeleidingsplan (CAP Middelengebruik = code 1 op een schaal van 0 tot 2). Cliënt geeft aan dat hij overweegt om iets aan zijn middelengebruik te doen, maar er nog niet klaar voor is. Voor zijn alcoholgebruik geeft hij aan bereid te zijn om te veranderen.
- In het begeleidingsplan is het belangrijk om in te zetten op het beperken van de wijdverspreide conflicten die de cliënt heeft, zowel binnen de voorziening als naar familieleden of vrienden toe (CAP intermenselijke conflicten = code 2 op een schaal van 0 tot 2).
- Met het team dient bekeken te worden of en hoe dit kan gecombineerd worden met het ondersteunen van deze persoon bij het doorbreken van zijn sociaal isolement, rekening houdend met het feit dat in het eigen leefmilieu van de cliënt zich personen bevinden die antisociaal gedrag vertonen. Bij het helpen doorbreken van het sociaal isolement dient ook rekening gehouden te worden met de veiligheidsnoden van de persoon (zie eerste punt). Er dient binnen het team afgewogen te worden op welk aspect van de problematiek van de cliënt met voorrang wordt ingezet.
- Er dient nagegaan te worden hoeveel begeleiding de cliënt bij zijn zelfzorg nodig heeft (CAP Zelfzorg = code 1 op een schaal van 0 tot 2; hulpverlenersversie DUNDRUM 'zelfzorg en ADL' = 3 op een schaal van 0 tot 4). De persoon dient verder gemotiveerd te worden om aan zijn lichamelijke gezondheid te werken (hulpverlenersversie DUNDRUM 'lichamelijke gezondheid' = 4 op een schaal van 0 tot 4).
- Aangezien de persoon niet in staat is om zijn financiën zelf te beheren, is het aangewezen dat zijn vertegenwoordiger de beslissingen omtrent zijn financiën blijft nemen (CAP Financiën = code 1 op een schaal van 0 tot 2).
- Maximale hulp bij geneesmiddelenbeheer blijft noodzakelijk (CAP Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw = code 2 op een schaal van 0 tot 2). Er is de verwachting dat als medicatiebeheer niet wordt overgenomen, positieve symptomatologie zou kunnen terugkeren.

### 4.3 Casus 2: een persoon die behandeling krijgt in een ambulante forensische setting

Opdat de persoon in kwestie door niemand herkend zouden kunnen worden, hebben we een aantal demografische gegevens en de gegevens uit de behandelgeschiedenis aangepast.

#### ***Demografische gegevens, behandelgeschiedenis, huidige behandeldoelen en diagnoses volgens BeIRAI***

- Persoon van 43 jaar, weduwe/weduwnaar (geslacht niet gekend)
- Hij woont in een gemeenschapshuis van beschut wonen en doet vrijwilligerswerk
- Hij is gedurende 8 maanden in ambulante begeleiding in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, omwille van een strafrechterlijke voorwaarde
- Hij is reeds opgenomen geweest in de residentiële GGZ (1-3 opnames), waarvan geen enkele een gedwongen opname was
- Behandel- en zorgdoelen van de persoon:
  - Verbetering van gemoedstoestand, stemming
  - Verbetering van andere vormen van psychisch onbehagen: gevoelens van angst, schaamte, schuld, ...
  - Werken aan zelfbeheersing naar anderen toe
  - Omgaan met traumatische levensgebeurtenissen
  - Betere intimiteit en seksualiteit
  - Leren omgaan met eigen psychische kwetsbaarheid
- Belangrijkste diagnostische categorie: seksuele stoornis en/of genderidentiteitstoornis
- Tweede belangrijkste diagnostische categorie: persoonlijkheidsstoornis
- De persoon heeft geen verstandelijke beperking
- De persoon is in het verleden slachtoffer geweest van seksueel geweld of misbruik. Zelf heeft hij ook seksueel geweld gepleegd.
- Meer dan 1 jaar geleden had hij een ernstig ongeval of lichamelijke beperking
- De persoon leidt aan astma (met actieve behandeling).

### ***Nood aan beveiliging volgens DUNDRUM***

- Volgens de DUNDRUM-1 verblijft deze persoon op het juiste niveau van beveiliging (gemiddelde score 0.8 op een schaal van 0-4). Volgens de hulpverlenerscores van de DUNDRUM-3 (programmavoltooing; gemiddelde score is 0.9) en DUNDRUM-4 (mate van herstel; gemiddelde score is 0.9) is deze persoon nog niet klaar om (uitsluitend) ambulante begeleiding te krijgen en is beschut wonen – waar hij nu woont – de beste woonoptie. Er is dus op korte termijn geen zicht op zelfstandig wonen.
- De hulpverlener geeft nergens een lagere score dan 1 op de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4. Pas wanneer er een stabiel patroon zichtbaar is gedurende 5 jaar kunnen deze scores zakken naar 0 en is, volgens de DUNDRUM-toolkit, deze persoon klaar om zelfstandig te gaan wonen.

### ***Huidige klinische toestand volgens de BelRAI zorgschalen en enkele individuele items***

- Ondanks het feit dat de laatste automutilatie meer dan 1 jaar geleden plaatsvond, blijft er en verhoogd risico op zelfverwonding bestaan (Severity of Self-harm = 4 op een schaal van 0 tot 6). Dit is te wijten aan de combinatie van het feit dat de persoon in het verleden geautomutuleerd heeft met zelfdoding als doel en het feit dat hij dagelijks in de laatste 3 dagen droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen heeft en schuld- of schaamtegevoelens uit (Depressive Severity Index = 6 op een schaal van 0 tot 15).
- De persoon ervaart dagelijks vreselijke of ondraaglijke pijn (Pain scale = 4/4 op een schaal van 0 tot 4). Hij had gedurende de laatste 3 dagen last van duizeligheid, onzeker pas, kortademigheid (bij rust), slaapproblemen, afname van spontane bewegingen, spierstijfheid, trage schuifelpas. Hij leidt aan astma en volgt hiervoor een actieve behandeling. In de laatste 3 dagen klaagde hij dagelijks herhaaldelijk over zijn gezondheid.
- De persoon is volledig van anderen afhankelijk voor huishoudelijk werk en boodschappen. Hij beschikt niet over de mogelijkheden om deze activiteiten zelf uit te voeren (IADL Capacity Hierarchy scale = 4 op een schaal van 0 tot 6).
- Er is momenteel geen sprake van agressief gedrag (verbaal of fysiek) naar anderen toe (Aggressive Behaviour Scale = 0 op een schaal van 0 tot 12), maar de kans dat de persoon schade berokkent aan anderen is niet onbestaand (Risk of Harm to Others scale = 2 op een schaal van 0 tot 6). Dit is te wijten aan het seksueel vergrijp dat hij in het verleden heeft gepleegd (meer dan 1 jaar geleden).
- De BMI van de persoon komt overeen met de ondergrens van obesitas (BMI = 30.5).

Samengevat: cliënt kampt met schuld- en/of schaamtegevoelens, veel lichamelijke klachten, veel pijn, grote bewegingsproblemen en slaapproblemen. Op het eerste zicht lijken de lichamelijke problemen, pijn en valincidenten niet volledig verklaard te kunnen worden door een (combinatie van) medische aandoening(en). Dit dient verder in het team bekeken te worden. Dit assessment duidt als medische problemen enkel de astma en het begin van obesitas aan. Door de lichamelijke en pijnklachten is deze persoon volledig van anderen afhankelijk voor wat zijn huishouden en boodschappen betreft.



### ***Voortgang in het behandel- en herstelproces volgens DUNDRUM***

- De cliëntscores zijn in het algemeen vergelijkbaar met die van de hulpverlener. Dit is in lijn met de visie van de hulpverlener dat de cliënt goed ziekte-inzicht heeft (DUNDRUM-item 'Inzicht' = 1 op een schaal van 0 tot 4; BeIRAI item 'Mate van ziekte-inzicht in geestelijke gezondheidsproblemen' = volledig).
- Specifiek bij de items 'Probleemgedrag', 'Dynamische risicofactoren' en 'Slachtofferkwetsies' scoort de persoon voor zichzelf een 2, terwijl de hulpverlener een 1 scoort. De hulpverlener geeft dus een positievere score dan de persoon zelf.
  - Voor het item 'Probleemgedrag' (= gedrag waardoor de persoon zichzelf of anderen in gevaar brengt) geeft hij aan dat hij nog niet altijd op een goede manier met dreigend probleemgedrag of stress kan omgaan. Ook duidt hij aan dat hij nog niet genoeg zelfvertrouwen heeft en voelt hij zich nog niet goed genoeg in zijn vel om probleemgedrag te vermijden.
  - Rondom het item 'Dynamische risicofactoren' geeft de persoon aan dat hij deelneemt aan zijn risicobeoordeling, maar dat zijn risico op geweld niet laag is ten opzichte van andere mensen en dat het risico ook niet gedaald is het laatste jaar.
  - Met betrekking tot 'Slachtofferkwetsies' meldt hij dat hij - indien hij mensen zou tegenkomen waar hij in het verleden problemen mee had - niets zou willen doen om hen te kwetsen of van streek te maken. Verder geeft hij aan dat er mensen buiten de voorziening (beschut wonen) zijn die niet willen dat hij elders zou wonen. Hij vindt dat met hun mening rekening moet gehouden worden.

### ***Input voor het begeleidingsplan op basis van BeIRAI Clinical Assessment Protocols (CAP's) en DUNDRUM***

- Aangezien er een matig risico bestaat op zelfverwonding, is het belangrijk om in het begeleidingsplan in te zetten op het gebruik van een signaleringsplan (CAP Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding = code 1 op een schaal van 0 tot 2). In de DUNDRUM geeft de persoon ook zelf aan dat hij nog dient te werken aan het leren omgaan met stress dat gelinkt is aan probleemgedrag (= gedrag waardoor de persoon zichzelf of anderen in gevaar brengt).
- Opmerkelijk is dat de persoon zichzelf negatievere scores geeft op de DUNDRUM-items 'Probleemgedrag', 'Dynamische risicofactoren' en 'Slachtofferkwetsies' in vergelijking met de hulpverlener. Het team kan bekijken of deze opmerkelijke verschillen in scores verklaard zouden kunnen worden door de schuld- en schaamtegevoelens die hij ervaart (zie BeIRAI-Item 'Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens' = dagelijks in de laatste 3 dagen). Indien dit het geval is, is het belangrijk om te (blijven) werken aan deze schuld- en/of schaamtegevoelens.
- Het is belangrijk dat het begeleidingsplan inzet op het verhogen van de fysieke activiteit (CAP Beweging = code 1 op een schaal van 0 tot 2), mits hiervoor enige motivatie aanwezig zou zijn bij de persoon. Op de mate van motivatie geven BeIRAI en DUNDRUM geen zicht. Bij het inzetten op het verhogen van de fysieke activiteit dient extra aandacht te gaan naar de lichamelijke klachten, de valincidenten en de pijn van de cliënt (CAP Pijn = code 2 op een schaal van 0 tot 2; CAP Valincidenten = code 2 op een schaal van 0 tot 2). Kleine stapjes en een gespecialiseerde begeleiding zullen hierbij erg belangrijk zijn. Indien hiervoor geen motivatie is bij de persoon dient op dit motivatieprobleem allereerst ingezet te worden.

- Indien de cliënt dit belangrijk vindt en de familieleden hiervoor zouden open staan, kan er in het begeleidingsplan ingezet worden op het verbeteren van de relaties met familieleden (CAP Sociale relaties = code 1 op een schaal van 0 tot 2; CAP Intermenselijke conflicten = code 2 op een schaal van 0 tot 2).
- Indien de cliënt gemotiveerd zou zijn, kan ingezet worden op een verbetering van zijn lichaamsgewicht (CAP Gewichtsmanagement = code 2). Inzetten op beweging (met extra aandacht voor de lichamelijke klachten, pijn en valincidenten) zou de voorkeur kunnen hebben. Dit dient in het team bekeken te worden.
- Aangezien de persoon nog geen 65 jaar is, minieme beperkingen heeft op gebied van ADL en cognitieve vaardigheden, een volledig inzicht heeft in zijn psychische problematiek en beperkte tekenen van problematisch gedrag vertoont, zou hij in principe geactiveerd kunnen worden om aan en opleidingsprogramma deel te nemen of een job te vinden (CAP-opleiding en werk = code 1 op een schaal van 0 tot 2). Maar gezien er grote problemen zijn in verband met lichamelijke klachten, beweging, pijn en risico op valincidenten lijkt dit moeilijk haalbaar.

## **Hoofdstuk 7**

### **BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie: Gebruiksmogelijkheden van het DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium**

In dit hoofdstuk geven we een synthese van de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners die tijdens de pilootstudie ervaring hadden opgedaan met het invullen van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium, en volgens beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden. In Tabellen 20, 21 en 22 vatten we de visies op de gebruiksmogelijkheden samen: één tabel per onderzoeksvraag. In elke tabel geven we eerst de visies van de hulpverleners weer (normale, zwarte tekst). Enkel wanneer de beleidsexperten een aanvullende of tegenstrijdige visie hadden, hebben we dit schuin gedrukt en in het blauw toegevoegd. In Bijlage 3 geven we de volledige en gedetailleerde weergave van de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de hulpverleners en volgens de beleidsexperten.

Tabel 20 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Geschiktheid en de haalbaarheid van het gebruik** van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ - instrumentarium volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden

<b>DUNDRUM</b>	
<b>Geschiktheid instrument</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DUNDRUM-1 geeft een correcte weerspiegeling van het beveiligingsniveau.</li> <li>- Enkele items zijn moeilijker te beoordelen door de hulpverlener.</li> <li>- Zowel bij items uit de hulpverleners- als uit de cliëntversie is het niet steeds duidelijk welke antwoordcategorie bij een betreffende cliënt past.</li> <li>- Voor sommige cliënten is het invullen van de DUNDRUM-cliantversie moeilijk tot onmogelijk. Dit heeft vooral met de cognitieve mogelijkheden van de cliënt te maken, zonder dat er sprake was van een intellectuele beperking.</li> </ul>
<b>Haalbaarheid gebruik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het leren werken met DUNDRUM vraagt een ruime tijdsinvestering. Het is nog onduidelijk hoeveel tijd het gebruik van de DUNDRUM in beslag zal nemen eens het instrumentarium goed gekend is door de hulpverleners</li> <li>- De cliënten die de cliëntversie hebben ingevuld, kregen hiervoor regelmatig hulp van de hulpverlener. Op deze manier kunnen de hulpverleners onmiddellijk duiding geven waar nodig. Dit werkt het vlotst.</li> <li>- De hulpverlenersversie van de DUNDRUM werd meestal eerst ingevuld op papier, al dan niet met gedeeltelijke bevraging van cliënt, en dan ingevoerd in de software.</li> </ul>

Vervolg Tabel 20 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Geschiktheid en de haalbaarheid van het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden**

<b>BelRAI GGZ-instrumentarium</b>	
<b>Geschiktheid instrumentarium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De BelRAI Mental Health en Community Mental Health                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bevragen voornamelijk algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden die niet de primaire focus uitmaken van een forensische behandeling (= risicomanagement, dus focus op criminogene noden). <i>De beleidsexperten zijn van mening dat de algemene zorgnoden meer aandacht moeten krijgen in de Vlaamse forensische GGZ, conform de internationaal wetenschappelijke literatuur (Good Lives model; Ward &amp; Brown, 2004).</i></li> <li>o Verschillende bevroegde zorgnoden met betrekking tot psychisch welzijn worden wel als relevant ervaren: ze geven een breed beeld van de cliënt.</li> <li>o Andere bevroegde zorgnoden (fysieke gezondheid, (I)ADL) worden om verschillende redenen niet als relevant ervaren.</li> </ul> </li> <li>- Het Forensic supplement geeft een goed overzicht en opfrissing van de criminogene noden van de cliënt. <i>De coördinatoren van de deelnemende voorzieningen zouden het een grote meerwaarde vinden indien het Forensic supplement (samen met de BelRAI MH en CMH) een duidelijk overzicht zou geven van de Central Eight criminogene noden uit het RNR model (Andrews &amp; Bonta, 2007).</i></li> <li>- Het gebruik van het Addictions supplement – extended version helpt om meer te focussen op de verslavingsproblematiek van de cliënten, hetgeen nodig is. Sommige hulpverleners vinden de bevraging te gedetailleerd en missen items die vragen naar verklarende factoren.</li> <li>- Verschillende hulpverleners ervaren het eerder als een negatief punt dat het BelRAI GGZ-instrumentarium vooral het hulpverlenersperspectief in beeld brengt, en dat het instrumentarium in mindere mate sterktes en mogelijkheden van de cliënt inventariseert.</li> <li>- Dat het instrumentarium zorgnoden inventariseert m.b.t. domeinen die gevoelig kunnen liggen voor de persoon, ervaart men eerder als een sterk punt.</li> <li>- Hulpverleners hebben moeite om de (I)ADL-items te beoordelen. Dit vraagt om een specifieke expertise.</li> <li>- Verwoording van de items is niet altijd duidelijk.</li> </ul>

Vervolg Tabel 20 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Geschiktheid en de haalbaarheid van het gebruik** van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden

<b>Haalbaarheid gebruik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De hulpverleners hebben tijdens de studie een grote tijdsinvestering gedaan om te leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium, alsook voor het verzamelen van de informatie en het invullen van het instrumentarium voor de cliënten. Per cliënt nam dit zeker een halve dag in beslag. De hulpverleners kunnen deze extra (tijds)inspanningen niet bovenop hun gewone dagtaken nemen.</li> <li>- Een deel van de informatie dient nagevraagd te worden bij de cliënt omdat de informatie niet voor handen is in het dossier. Dit vraagt tijd die momenteel in de routinezorg niet steeds voor handen is. Vooral wanneer delicate informatie bevroegd dient te worden, is dit een probleem.</li> <li>- Voor ambulante settings is het lastiger om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ze hebben weinig informatie uit observatie, en moeten daardoor veel items bij hun cliënten navragen,</li> <li>o De drie-dagen regel is moeilijk om te handhaven voor ambulante settings, aangezien ze weinig observatiegegevens hebben en minder beroep kunnen doen op andere betrokken hulpverleners.</li> </ul> </li> <li>- Bij sommige cliënten is het lastiger om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen. Bv. bij personen met een gesloten persoonlijkheid weet de hulpverlener minder, of informatie bevroegen bij psychotische personen kan hevige reacties te weeg brengen bij deze personen.</li> </ul>
-----------------------------	--

Kleurenlegende: de visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst. De aanvullingen van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden toegevoegd in cursieve *blauwe tekst*. Nota: De visies van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden enkel in de tabel toegevoegd indien deze verschillend of aanvullend waren op de visies van de hulpverleners.

Tabel 21 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden** van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten **in kader van het begeleidingsplan** (inclusief verwijzing) volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden

<b>DUNDRUM</b>	
<b>Gebruik van resultaten i.k.v. begeleidingsplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De voorzieningen beslisten voorafgaand aan de studie om – tijdens de studie - de DUNDRUM-resultaten te gebruiken voor de begeleidingsplannen, maar uiteindelijk probeerden de hulpverleners dit niet uit.</li> <li>- Voornamelijk in de residentiële settings – waar het eigen diagnostisch instrumentarium uitgebreider is dan in de ambulante settings - geeft de DUNDRUM weinig extra input voor het begeleidingsplan bovenop het eigen instrumentarium van de dienst (o.a. de risicotaxatie instrumenten). <i>De beleidsexperten daarentegen zijn van mening dat de DUNDRUM wel een goede aanvulling vormt op de risicotaxatie-instrumenten. De DUNDRUM geeft immers de nood aan omkadering weer met betrekking tot het beveiligingsniveau van de voorziening, hetgeen niet resulteert uit de risicotaxatie-instrumenten.</i></li> <li>- De DUNDRUM lijkt weinig te differentiëren tussen cliënten van ambulante settings, al zijn niet alle hulpverleners het daarover eens. <i>De beleidsexperten vinden het voor ambulante settings belangrijk dat de DUNDRUM kan bevestigen dat behandeling in een laag beveiligingsniveau (nog) haalbaar is.</i></li> </ul>
<b>Gebruik van resultaten i.k.v. verwijzing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterke punten                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tegengaan van subjectiviteit dat deel uitmaakt van het verwijzingsproces.</li> <li>○ Multidisciplinair invullen geeft iedereen een stem in het verwijzingsproces</li> </ul> </li> <li>- Belemmerende factoren                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voorzieningen die eigen instrumentarium gebruiken voor risicomanagement verkiezen dit instrumentarium boven de DUNDRUM om verwijzing te onderbouwen. <i>De beleidsexperten zijn het hiermee niet eens, omdat de DUNDRUM de nood aan omkadering weergeeft met betrekking tot het beveiligingsniveau van de voorziening, hetgeen niet resulteert uit de risicotaxatie-instrumenten</i></li> <li>○ Hulpverleners dienen of willen voor de verwijzing ook rekening houden met factoren die niet vervat zitten in DUNDRUM. <i>De beleidsexperten vrezen dat wanneer hulpverleners de verwijzing gaan baseren op ervaring of klinisch oordeel, dit zal leiden tot minder goede verwijzingen. Wel zijn ze akkoord dat de DUNDRUM-uitkomsten niet altijd voldoende uitsluitsel geven met betrekking tot het correcte beveiligingsniveau. De doelstelling van DUNDRUM is dan ook niet om met cutoff scores te werken, maar wel om wetenschappelijk onderbouwde input te bieden voor een gestructureerd klinisch oordeel.</i></li> <li>○ Wanneer het resultaat van DUNDRUM-1 niet overeenkomt met het beveiligingsniveau waarin de cliënt behandeling krijgt, kan dit voor spanning zorgen in de hulpverleningssituatie. Het is niet duidelijk hoe hulpverleners hiermee kunnen omgaan.</li> </ul> </li> </ul>

Vervolg Tabel 21 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden** van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten **in kader van het begeleidingsplan** (inclusief verwijzing) volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden

<b>BelRAI GGZ-instrumentarium</b>	
<b>Gebruik van resultaten i.k.v. begeleidingsplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De voorzieningen beslisten voorafgaand aan de studie om – tijdens de studie - de BelRAI GGZ-resultaten te gebruiken voor de begeleidingsplannen, maar uiteindelijk probeerden de hulpverleners dit niet uit.</li> <li>- Het diagnostisch instrumentarium van de voorziening biedt meer handvatten voor de onderbouwing van de begeleidingsplannen dan het BelRAI GGZ-instrumentarium. Het BelRAI GGZ-instrumentarium be vraagt veel algemene zorgnoden die niet de primaire focus vormen van begeleidingsplannen binnen de forensische zorg. <i>De beleidsexperten zijn van mening dat de algemene zorgnoden meer aandacht moeten krijgen in de Vlaamse forensische GGZ, conform de internationaal wetenschappelijke literatuur (Good Lives model; Ward &amp; Brown, 2004). De bevroagde coördinatoren uit de deelnemende voorzieningen ervaren tegelijkertijd enige voorzichtigheid ten aanzien van mogelijke standaardisering en benchmarking aan de hand van BelRAI door de Vlaamse overheid.</i></li> <li>- Onduidelijk hoe met de output van het instrumentarium begeleidingsplannen te onderbouwen. Voorbeelden: patiënt-specifieke informatie gaat verloren, CAP-middelenmisbruik licht te snel op</li> <li>- Vraag of de drie-dagenregel geen vertekend (positiever of negatiever) beeld geeft van de cliënt. <i>De beleidsexperten vullen aan dat het functioneren van de cliënt over een langere periode dan 3 dagen geëvalueerd dient te worden wanneer een begeleidingsplan wordt opgesteld of aangepast. Daarnaast tracht de forensische GGZ structurele veranderingen te introduceren die stabiel blijven over een langere termijn bij de cliënten. Het zou voor de GGZ zinvoller zijn om de zorgnoden over een langere periode te evalueren. Nu is dit enkel voor een minderheid van de zorgnoden het geval.</i></li> <li>- Twee van de zeven hulpverleners bespraken de output met respectievelijk één of al de cliënten. Dit beperkte aantal kon aan verschillende zaken te wijten zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>o de hulpverlener vond de output weinig relevant voor het begeleidingsplan,</li> <li>o de cliënt was er niet in geïnteresseerd,</li> <li>o de hulpverlener vond geen tijd om de resultaten met de cliënt te bespreken.</li> </ul> </li> </ul>

**Kleurenlegende:** de visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst. De aanvullingen van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden toegevoegd in cursieve **blauwe tekst**. **Nota:** De visies van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden enkel in de tabel toegevoegd indien deze verschillend of aanvullend waren op de visies van de hulpverleners.



Tabel 22 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 3: Het toekomstig gebruik van DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium in Vlaamse forensische GGZ volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden**

<p><b>DUNDRUM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Volgens de beleidsexperten is er in Vlaanderen nood aan een instrument dat de verwijzing naar een voorziening met een hoger of lager beveiligingsniveau reguleert.</i></li> <li>- <i>Het gebruik van de DUNDRUM-1 of de volledige DUNDRUM is aan te bevelen voor respectievelijk de psychosociale diensten van de gevangenen en de forensisch psychiatrische centra.</i></li> <li>- <i>De cliëntversie van de DUNDRUM-3 en 4 dient aangepast te worden voor de populatie van cliënten met een intellectuele beperking.</i></li> </ul>
<p><b>BelRAI GGZ-instrumentarium</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belemmerende factoren:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Het BelRAI GGZ-instrumentarium bevraagt veel algemene zorgnoden die niet de primaire focus vormen van begeleidingsplannen. Het diagnostisch instrumentarium van de voorzieningen geeft veel meer input voor de begeleidingsplannen</li> <li>o Leren werken met BelRAI vraagt een grote tijdsinvestering; het is nog onduidelijk hoeveel tijd het gebruik van het instrumentarium in beslag zal nemen eens het instrumentarium goed gekend is door de hulpverleners</li> <li>o Kosten van de zorg voor een voorziening of voor de maatschappij inschatten op basis van zorgzwaartecategorieën berekend op basis van BelRAI wordt eerder negatief onthaald</li> </ul> </li> <li>- Sterke punten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Beleidsexperten zijn voorstander van de ontwikkeling van een BelRAI GGZ core instrument. Dit is een basisinstrument dat dient aan te geven voor welke specifieke topics het noodzakelijk/wenselijk is om verdere modules uit het hoofdinstrument en de supplementen in te vullen voor de desbetreffende cliënt.</i></li> <li>o <i>Beleidsexperten zijn voorstander van de herwerking van het Forensic supplement zodat dit supplement – samen met de BelRAI GGZ core set – de Central 8 meet van het RNR-model (criminogene noden). In dat geval zou het Forensic supplement ook gebruikt kunnen worden door de psychosociale diensten van de gevangenen.</i></li> <li>o BelRAI maakt het mogelijk om zorgnoden op een uniforme wijze te inventariseren over alle gezondheids- en welzijnssectoren heen</li> <li>o BelRAI maakt het mogelijk om cliëntenpopulaties van verschillende diensten met elkaar te vergelijken</li> <li>o BelRAI maakt benchmarking tussen regio's en tussen landen mogelijk</li> <li>o BelRAI maakt het mogelijk om de evolutie van zorgnoden van cliënten te inventariseren. <i>De beleidsexperten vinden het een goed idee om uit te testen of de BelRAI GGZ-resultaten de continuïteit van zorg kan ondersteunen in Vlaanderen. Alvorens dit in de Vlaamse (forensische) GGZ kan onderzocht worden, dient er een kader omtrent gegevensdeling uitgewerkt te worden.</i></li> </ul> </li> </ul>

Vervolg Tabel 22 **Resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 3: Het toekomstig gebruik van DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium in Vlaamse forensische GGZ** volgens hulpverleners, aangevuld met visies van beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer het BelRAI GGZ-instrumentarium invullen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Na één maand opname in een residentiële voorziening: het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium vraagt enerzijds dat de hulpverlener de cliënt goed leert kennen. Anderzijds is het niet zinvol om het instrumentarium later dan na 1 maand in te vullen, want dan zal het amper nieuwe gegevens opleveren</li> <li>o In ambulante settings kan het BelRAI GGZ-instrumentarium pas na meerdere maanden ingevuld worden</li> </ul> </li> <li>- Daarnaast kan het zinvol zijn om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen na life-events, maar niet na een significante toestandsverandering, want dan zullen de resultaten voorspelbaar zijn</li> </ul>
<p><b>DUNDRUM en BelRAI GGZ-instrumentarium</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterke punten:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Multidisciplinair invullen. <i>Voor de residentiële settings is dit haalbaar. Voor de ambulante settings zal dit een uitdaging betekenen gezien personeelsbezetting, of soms onmogelijk aangezien er weinig disciplines werken.</i></li> </ul> </li> <li>- Belemmerende factoren             <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Momenteel is er geen compatibiliteit tussen het registratiesysteem van de federale overheid (B4-registratie) en het gebruik van het DUNDRUM en BelRAI GGZ-assessment. De integratie van beide systemen is nodig om de administratieve last te beperken</i></li> </ul> </li> <li>- Deling van forensisch specifieke gegevens: <i>hoewel de topic van gegevensdeling BelRAI en DUNDRUM overstijgt, is het noodzakelijk dat hieromtrent een kader wordt uitgewerkt, ook met het oog op het onderzoeken van de mogelijke meerwaarde van de BelRAI en DUNDRUM-resultaten in de continuïteit van zorg.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet delen met de somatische gezondheidszorg. <i>Beleidsexperten zijn van mening dat delen met de somatische gezondheidszorg wel mogelijk moet zijn, weliswaar enkel op need-to-know basis. Een duidelijke regelgeving over wie over welke gegevens mag beschikken is noodzakelijk.</i></li> <li>o Delen met andere GGZ-voorzieningen is wel nodig</li> <li>o In principe is er toestemming van cliënt nodig. <i>Dit is volgens de wet op de patiëntenrechten verplicht.</i> Maar voor de hulpverleners is het niet duidelijk hoe dit te doen indien de cliënt zijn of haar gegevens niet wil delen, maar dit wel nodig is gezien de mogelijke impact van de forensische problematiek op de hulpverleningssituatie. <i>Beleidsexperten wijzen op het feit dat cliënten door het niet willen delen van gegevens hun eigen integratie in de maatschappij belemmeren. Wanneer ze hier niet toe bereid zijn, kan dit ook geïnterpreteerd worden als dat niet aan alle voorwaarden voldaan is om door te stromen naar een behandeling in een lager beveiligingsniveau.</i></li> </ul> </li> </ul>

Kleurenlegende: de visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst. De aanvullingen van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden toegevoegd in cursieve *blauwe tekst*. Nota: De visies van beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden werden enkel in de tabel toegevoegd indien deze verschillend of aanvullend waren op de visies van de hulpverleners.

## Hoofdstuk 8

### Conclusies en beleidsaanbevelingen

Na een korte samenvatting van ons onderzoekswerk komen we in dit achtste hoofdstuk tot conclusies omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de zorg voor geïnterneerden met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving, zonder intellectuele beperking. Deze besluiten zijn gebaseerd op

- De dataset die we tijdens deze pilootstudie verzamelden (zie hoofdstuk 6),
- De visies van hulpverleners en beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden (zie hoofdstuk 7),
- Resultaten van internationaal wetenschappelijk onderzoek en de expertise van de onderzoekers opgedaan in voorgaand DUNDRUM en BelRAI onderzoek.

We sluiten dit hoofdstuk af met een aantal aanbevelingen van de onderzoeksequipe naar de betrokken overheden toe omtrent de verdere uitwerking en implementatie van het generiek assessment instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ.

#### 1 Wat hebben we onderzocht?

Een **literatuurstudie** naar **generieke assessment instrumenten** om zorgnoden in de forensische GGZ in kaart te brengen, ging vooraf aan de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (hoofdstuk 2). We vergeleken de psychometrische kwaliteiten van de instrumenten die resulteerden uit de studie, nl. de CANFOR, DUNDRUM, HoNOS-Secure, interRAI MH en SNAP (zie deel 4 van hoofdstuk 2). Vervolgens gingen we na in hoeverre (de items van) de instrumenten met elkaar overlappen (zie deel 5 van hoofdstuk 2). Op basis van deze analyses stelden we de combinatie van de DUNDRUM (Kennedy et al., 2016) en de Vlaamse variant van de interRAI Mental Health<sup>16</sup> (MH; Hirdes, Smith et al., 2002) voor als generiek assessment instrumentarium voor de Vlaamse forensische GGZ. De term “generiek” verwijst naar het feit dat dit instrumentarium bedoeld is om zorgnoden in de *volledige* forensische GGZ in kaart te brengen. Nadien vulden we de BelRAI MH aan met de Vlaamse variant van andere bestaande interRAI instrumenten voor de GGZ. Deze instrumenten resulteerden niet uit de literatuurstudie aangezien er - voor zover wij weten - nog geen wetenschappelijk onderzoek in de forensische GGZ over gepubliceerd is. Het betreft de Vlaamse variant van (1) de interRAI Community Mental Health voor gebruik in *ambulante settings*<sup>17</sup> (CMH; Hirdes et al., 2010), (2) het recent ontwikkelde interRAI Forensic supplement om - aanvullend op de interRAI MH of CMH - criminogene zorgnoden in de forensische GGZ in kaart te brengen, en (3) de uitgebreide versie van het interRAI Addictions supplement (Hirdes et al., 2020; van Horebeek et al., 2019), aangezien verslavingsproblematiek bij de forensische populatie vaak voorkomt en ook een impact heeft op recidive (Bonta, Blais, & Wilson, 2014; Lammers et al., 2014; Jeandarme, Saloppé, Habets, & Pham, 2019). We ontwikkelden de uitgebreide versie van het Addictions supplement op vraag van revalidatiecentra

---

<sup>16</sup> Voor residentiële GGZ-voorzieningen.

<sup>17</sup> waaronder ook diensten voor beschut wonen en mobiele teams.

voor verslaving die deelnamen aan het werkgroepentraject ter voorbereiding van de pilootstudie en de tweede BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en verslavingszorg (Van Horenbeek et al., 2019)

Het Agentschap Zorg en Gezondheid, het departement en kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en de federale overheidsdienst en kabinet Volksgezondheid keurden het geselecteerde generiek assessment instrumentarium goed om te testen in een pilootstudie. De **exploratieve studie** vond plaats in acht residentiële en ambulante (inclusief mobiele) forensische diensten bij 56 geïnterneerden met een EPA en/of verslaving, zonder intellectuele beperking. Met uitzondering van forensisch psychiatrische centra – die niet gerekruteerd werden voor deze studie – is dit geheel van voorzieningen representatief voor de Vlaamse forensische GGZ. De steekproef van geïnterneerden waarvoor de BelRAI GGZ en DUNDRUM-assessments werden verzameld, is niet representatief voor de populatie van de Vlaamse forensische GGZ. Dit behoorde niet tot de doelstelling van deze studie, aangezien het een exploratieve studie betreft. Vooraleer de hulpverleners aan de slag gingen met de verzameling van de BelRAI GGZ en DUNDRUM-data kregen ze een tweedaagse opleiding over het invullen en gebruiken van het volledige instrumentarium. Tijdens de periode van dataverzameling vonden er ook twee halve dagen intervisie plaats. Een degelijke opleiding en terugkerende momenten van intervisie zijn noodzakelijk om met de verschillende instrumenten te leren werken. De pilootstudie toonde dit eens te meer aan.

Twaalf hulpverleners vulden (onderdelen van) het instrumentarium in voor 56 cliënten. Ook 44 cliënten vulden de cliëntversie in van DUNDRUM-3 (behandelvoortgang) en DUNDRUM-4 (mate van herstel). In hoofdstuk 6 geven we een kwantitatieve beschrijving van deze steekproef aan de hand van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten. Nadat de periode van dataverzameling afgelopen was, hebben we hulpverleners bevraagd over de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium. Hulpverleners gaven hun visie over (1) de geschiktheid van het instrumentarium, (2) de haalbaarheid van het gebruik ervan, (3) het gebruik van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten in het kader van het begeleidingsplan (inclusief verwijzing), en (4) het gebruik van het instrumentarium in de toekomst in de Vlaamse forensische GGZ. Ook beleidsexperten uit de betrokken overheden en uit de sector, inclusief twee coördinatoren van deelnemende voorzieningen, gaven in een expertpanel en een interview hun visies over deze gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium. We geven in hoofdstuk 7 een synthese van de visies van alle stakeholders.

## **2 Conclusies omtrent het gebruik van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ**

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 van dit rapport zijn volgende topics essentieel om in kaart te brengen in de forensische zorg:

- **Risicotaxatie:** dit omvat het inschatten van de ernst van het risico dat iemand in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag gaat vertonen van bepaalde aard, omvang (recidive), en binnen een welbepaalde context;
- **Beveiligingsniveau:** dit heeft betrekking op het infrastructurele beveiligingsniveau van een instelling of afdeling (low, medium of high security), is dus statisch en gerelateerd aan het risiconiveau van de patiënt. Een patiënt heeft low, medium of high beveiligingsnoden, terwijl de voorziening het beveiligingsniveau voorziet;

- Criminogene en andere – meer algemene, niet delict-gerelateerde – zorgnoden: niet alleen criminogene noden zijn belangrijk om te inventariseren, maar ook algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden (psychische en fysieke gezondheid, maatschappelijke rollen, kwaliteit van leven, ...) dienen hulpverleners in kaart te brengen. Algemene zorgnoden zijn vaak niet criminogeen van aard, al kan dit voor bepaalde zorgnoden wel het geval zijn voor een aantal individuele cliënten. We denken hier bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van specifieke wanen.
- Behandelvoortgang op basis van een aantal van bovenstaande topics.

In hetgeen volgt brengen we de conclusies van deze pilotstudie over

- de mate waarin het geselecteerde generiek assessment instrumentarium risicotaxatie, beveiligingsniveau, criminogene noden en andere niet delict-gerelateerde zorgnoden in beeld brengt,
- hoe de hulpverleners met de resultaten van het assessment aan de slag kunnen gaan,
- deling van DUNDRUM en BelRAI GGZ gegevens in de forensische GGZ,
- software-gebruik.

## 2.1 Risicotaxatie

Risicotaxatie integreren in een generiek instrumentarium is moeilijk. De keuze van het risicotaxatie-instrument is immers afhankelijk van het delict dat gepleegd is en de problematiek van de delictpleger. Verder gebruiken ook niet alle instellingen dezelfde instrumenten voor cliënten die een specifiek delict gepleegd hebben. Uit de focusgroep met hulpverleners kwam naar voren dat de voorzieningen over de jaren heen hun eigen expertise hebben opgebouwd en daardoor bepaalde voorkeuren voor risicotaxatie-instrumenten hebben ontwikkeld. Dit was ook zichtbaar in het aantal missing values bij het item 'dynamische risicofactoren' van de DUNDRUM-4. Voor meer dan één derde van de cliënten was dit item niet ingevuld omdat men hiervoor een score nodig had uit een specifiek risicotaxatie-instrument - HCR-20 - dat niet in alle deelnemende voorzieningen gebruikt wordt. Nochtans is de HCR-20 een wereldwijd veelgebruikt instrument (Singh et al., 2011). Risicotaxatie-instrumenten zullen dus steeds voorziening-specifiek blijven. Om toch sectorbreed een zicht te krijgen op het niveau van risico zou het een mogelijkheid zijn om de scores van de bestaande risicotaxatie-instrumenten om te zetten naar gestandaardiseerde uitkomstcategorieën (Smith & Uzieblo, 2020). Maar de risicotaxatie-instrumenten moeten de mogelijkheid bieden om die gestandaardiseerde uitkomstcategorieën te verkrijgen. De risicotaxatie-instrumenten die gebaseerd zijn op het gestructureerd klinische oordeel moeten ook voorzien worden van tabellen met daarin de gerelateerde scores aan risicocategorieën en recidivepercentages (Smith & Uzieblo, 2020). Dit is nog niet voor alle instrumenten voor handen.

Een andere mogelijkheid is om een beschrijving van het risico op recidive te bekomen aan de hand van de criminogene factoren van de persoon: de Central Eight van het RNR-model. Het BelRAI Forensic supplement is geïnspireerd op deze criminogene factoren (Mathias, 2014). We gaan hier verder op in onder 2.3.1 (zie hieronder).

## 2.2 DUNDRUM, toolkit om het gestructureerd klinisch oordeel omtrent beveiligingsniveau vorm te geven

De hulpverleners en beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden gaven aan dat er nood is aan een uniforme manier om doorverwijzingen tussen instellingen met een verschillend beveiligingsniveau te stroomlijnen. Geïnterneerden zitten soms in een te hoog beveiligingsniveau omwille van pragmatische redenen, zoals geen verblijfsvergunning hebben, of weigering door instellingen met een lager beveiligingsniveau (Jeandarme, Habets, & Kennedy, 2019). Ook verwijzen hulpverleners personen door naar een andere voorziening terwijl die instelling vindt dat de geïnterneerde nog niet klaar is om bij hen in begeleiding te komen wegens een te hoog risico op hervat (Pouls et al., 2020). Een patiënt hoort echter niet te verblijven in een beveiligingsomgeving die hoger is dan zijn beveiligingsbehoeften. Dit is in strijd met de RNR-principes (Andrews, Bonta, & Wormith, 2011) en kan gevolgen hebben voor de patiënt in termen van buitensporige beperkingen en een langere behandeling (Andrews & Bonta, 2010). Vanuit een humanitair standpunt moeten personen een behandeling krijgen in een zo laag mogelijk beveiligingsniveau. Bovendien is zorg in hoge beveiliging erg duur. Het te hoog of te laag inschatten van beveiligingsnood heeft zodoende gevolgen voor de patiënt, de voorziening, en de samenleving. Indien alle voorzieningen hetzelfde instrumentarium zouden gebruiken om de nood aan beveiliging te bepalen, zou iedereen dezelfde terminologie en criteria hanteren waardoor doorverwijzingen soepeler zouden kunnen verlopen.

De hulpverleners en beleidsexperten uit onze pilootstudie gaven aan dat de DUNDRUM-3 en 4 een goed generiek instrument is om de doorverwijzingen tussen voorzieningen met een verschillend beveiligingsniveau te objectiveren. De DUNDRUM-1 zou de doorverwijzingen vanuit de gevangnissen kunnen faciliteren. Hulpverleners die werken in een voorziening waar ze standaard van alle cliënten een risicotaxatie-instrument afnemen, zien de meerwaarde van de DUNDRUM bovenop dit risicotaxatie-instrument niet. De beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden (inclusief coördinatoren van deelnemende voorzieningen) zijn het hiermee *niet* eens. Voor hen is het duidelijk dat de DUNDRUM de nood aan omkadering weergeeft met betrekking tot het beveiligingsniveau van een voorziening, hetgeen niet resulteert uit de risicotaxatie-instrumenten. Een ander pluspunt is dat DUNDRUM ook input geeft voor de behandel doelstellingen van het begeleidingsplan.

De kwantitatieve resultaten van de DUNDRUM in deze pilootstudie zijn louter illustratief (zie hoofdstuk 6). Vanwege de kleine steekproef kunnen we op basis van deze kwantitatieve resultaten niet uitmaken of de DUNDRUM-toolkit de verschillen in beveiligingsniveau tussen voorzieningen in kaart brengt. Verder kwantitatief onderzoek in Vlaanderen is hiervoor nodig. De hulpverleners gaven ook aan dat het scoren van de DUNDRUM kan verschillen afhankelijk van welke discipline de scoring doet. Om deze verschillen mee in kaart te brengen, is de DUNDRUM ontworpen om multidisciplinair in te vullen (Kennedy et al., 2016). In de huidige studie is het niet mogelijk geweest om de DUNDRUM multidisciplinair in te vullen. Eén zorgverlener per instelling vulde de DUNDRUM voor elke cliënt in. Wanneer de DUNDRUM in de praktijk geïmplementeerd zou worden, horen hulpverleners deze multidisciplinair in te vullen. Tijdens de focusgroep vernamen we van de hulpverleners dat dit voor ambulante settings niet altijd tot de mogelijkheden behoort. Niettegenstaande het feit dat de constructvaliditeit van de DUNDRUM niet kan blijken uit deze pilootstudie (omwille van de kleine – niet representatieve – steekproef), voegen we toe dat de hulpverleners tijdens de focusgroep aangaven dat de uitkomst van het eigen diagnostisch instrumentarium in overeenstemming was met de resultaten van de DUNDRUM-1. Ook de lage scores binnen de ambulante voorzieningen

ondersteunden voor hen de hypothese dat de DUNDRUM een correct beeld weerspiegelt van het beveiligingsniveau dat nodig is voor de behandeling van de cliënt.

Er is voor de pilootstudie bewust gekozen om de onderzoekspopulatie duidelijk af te bakenen. In de eerste plaats werd er gefocust op geïnterneerden, en niet op justitiabelen met andere justitiële statuten of cliënten met civielrechtelijke maatregelen. Ook werden geïnterneerden met een verstandelijk beperking niet geïnccludeerd in de studie. De twee coördinatoren van deelnemende voorzieningen gaven aan dat het bij vervolgonderzoek zeker nodig is om deze laatste doelgroep te includeren. Uit de focusgroep met de hulpverleners kwam naar voren dat de cliëntversie van de DUNDRUM reeds voor een subgroep van de cliënten die deelnamen aan de studie (zij hadden dus geen verstandelijke beperking) te moeilijk was, waardoor ze het niet zelfstandig konden invullen. Volgens de auteurs van de DUNDRUM is het gebruikelijk dat een hulpverlener helpt bij het invullen van de DUNDRUM. Om een vervolgstudie te kunnen doen waarin we ook personen met een verstandelijk beperking includeren, dienen we eerst een nieuwe cliëntversie te ontwikkelen specifiek voor deze doelgroep van personen met een verstandelijke beperking. De bestaande cliëntversie zouden we daarenboven best vereenvoudigen om ervoor te zorgen dat iedere cliënt die geen verstandelijke beperking heeft, de cliëntversie zelfstandig kan invullen. Hulpverleners zullen cliënten met een verstandelijke beperking sowieso moeten helpen om hun cliëntversie in te vullen, ook wanneer deze cliëntversie specifiek gericht is naar deze populatie.

## 2.3 Het BelRAI GGZ-instrumentarium om criminogene en algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden in kaart te brengen

### 2.3.1 Aanpassingen nodig aan onderdelen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

Uit de focusgroep met de hulpverleners kwam naar voren dat het **Forensic supplement** een goed overzicht en opfrissing geeft van de criminogene noden van een cliënt. De bevroegde coördinatoren van deelnemende voorzieningen gaven aan dat het een grote meerwaarde zou zijn als er uit het BelRAI (C)MH-instrument en het Forensic supplement een overzicht zou komen van de **Central Eight criminogene noden** (Andrews & Bonta, 2007). Deze informatie is essentieel voor risicomangement binnen het forensisch werkveld. Momenteel kan men deze informatie (deels) uit de BelRAI (C)MH gecombineerd met het Forensic supplement halen. Maar de output is niet op deze manier gestructureerd. Een aanpassing aan het Forensic supplement zodat het - in combinatie met de BelRAI (C)MH - een volledig overzicht geeft van de Central Eight zal een substantiële meerwaarde zijn voor het forensische werkveld. Ook binnen de psychosociale diensten van de gevangenis zal men dit als een meerwaarde zien, omdat zij in hun rapportages bij gedetineerden al gebruik maken van de Central Eight criminogene noden.

Ook van het **Addictions supplement-extended version** vonden de hulpverleners dat het een goed overzicht geeft van de zorgnoden die met verslaving te maken hebben. Ze gaven aan dit belangrijk te vinden aangezien voor verschillende forensische patiënten de aanpak van hun verslaving nodig is om de kans op recidive te verkleinen. Welke items van dit supplement we dienen te herwerken, zal pas volledig duidelijk worden van zodra ook de tweede BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en verslavingszorg afgerond is. In deze studie testen we dit supplement immers ook uit in de revalidatiecentra voor verslaving.

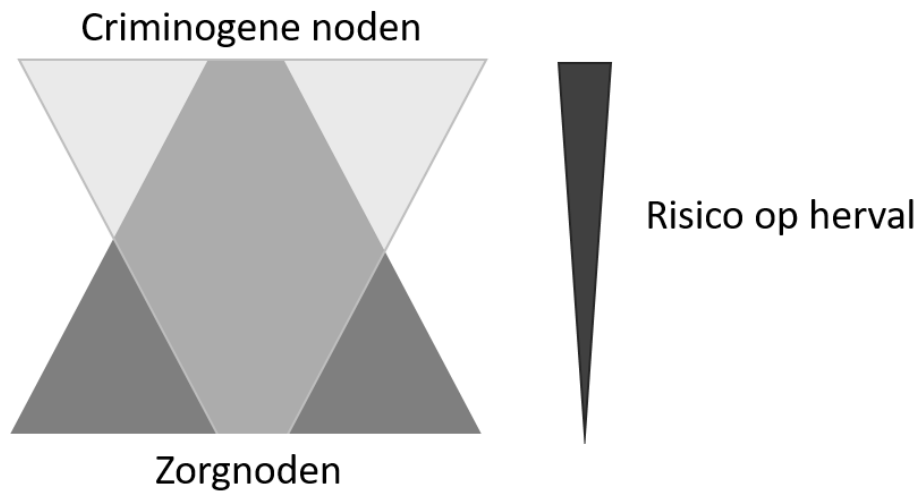
In tegenstelling tot de positieve evaluatie van de twee supplementen was de algemene teneur van de hulpverleners over het BelRAI GGZ-hoofdinstrument – de **BelRAI MH of BelRAI CMH** – dat ze er

weinig informatie konden uithalen om te gebruiken voor hun behandelplan. Onder andere daarom hebben ze de BelRAI GGZ en DUNDRUM-resultaten tijdens de studie niet gebruikt als input voor de behandelplannen van de cliënten. Een minderheid van de hulpverleners gaf aan dat het interessant is voor de ambulante of residentiële behandeling om een holistisch beeld te krijgen van de algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden van hun cliënten.

Dat een meerderheid van de hulpverleners van mening was dat de output van de BelRAI (C)MH te weinig relevant is in het kader van hun werk bleek alles te maken te hebben met de behandeldoelstelling die momenteel binnen de Vlaamse forensische GGZ-prioriteit krijgt, met name de kans op recidive verlagen. De focus van de hulpverleners ligt daardoor hoofdzakelijk op de criminogene noden en minder op de andere zorgnoden, die de BelRAI (C)MH meet. Deze manier van werken sluit aan bij het **risk-need-responsivity (RNR) principe**, waarbij de behandeling zich enkel richt op criminogene noden. Dit RNR-model krijgt kritiek binnen de internationale wetenschappelijke literatuur. De voornaamste kritiek is dat de focus op criminogene factoren binnen dit model wel een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde is voor effectieve behandeling (Ward & Gannon, 2006; Ward, Melsner, & Yates, 2007). Verdere kritiek op het RNR-model is dat het model cliënten te veel in risicocategorieën en behandelstromingen plaatst, zonder voldoende aandacht te schenken aan individuele behoeften en waarden van de cliënten (Ward et al., 2008). Het **Good Lives Model** (GLM; Ward & Brown, 2004) biedt antwoorden op deze kritieken. Hulpverleners leren de cliënt om zich op een positieve manier te richten op zijn primaire levensbehoeften, geconcretiseerd volgens de verschillende leefgebieden (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding). Samen met de cliënt nemen zij zijn huidige situatie, zijn doelen, de obstakels (verleidingen) en de stappen waarmee de doelen kunnen worden bereikt, door.

Het GLM wordt de laatste jaren gaandeweg meer geïntegreerd in het dagelijkse forensische werk waarbij hulpverleners naar een balans zoeken tussen het RNR-model en het Good Lives model. Beide theorieën beweren trouwens dat ze elementen van elkaar bevatten (Andrews, Bonta, & Wormith, 2011; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009). De (relatieve) aandacht die naar niet delict-gerelateerde zorgnoden gaat, hangt ook af van de context en doelstelling van een afdeling. Zo speelt het GLM binnen long stay afdelingen, waar de focus niet zozeer op behandeling maar eerder op het creëren van een humanitaire bejegening ligt, een prominente rol terwijl het risico op herval niet echt lager is. Uit de focusgroep kwam naar voren dat wanneer het risico op herval daalt er ook meer ruimte kan komen in de behandeling om te kunnen focussen op de niet delict-gerelateerd zorgnoden (zie Figuur 33). De BelRAI MH en CMH brengen deze zorgnoden die centraal staan in het GLM, in kaart.





Figuur 33 Evenwicht criminogene noden en zorgnoden in relatie tot risico op herval

Conform de internationale wetenschappelijk literatuur enerzijds, en op basis van de focusgroep met hulpverleners anderzijds, menen we te mogen stellen dat de algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden meer aandacht dienen te krijgen binnen de Vlaamse forensische GGZ. De bevroegde beleidsexperten en coördinatoren van deelnemende voorzieningen waren deze mening ook toegedaan. Maar de ervaringen van de bevroegde hulpverleners wijzen erop dat het niet zinvol is om een *volledig* BelRAI MH of CMH-assessment te doen voor *alle* forensische patiënten. Van de hulpverleners begrepen we dat een dergelijk assessment relevanter wordt naarmate cliënten verder in hun behandeltraject vorderen, hetgeen vaak ook impliceert dat hun beveiligingsnoden lager zijn (zie Figuur 33).

Uit deze bevindingen, maar ook op basis van de pilootstudie in de reguliere GGZ en verslavingszorg (Van Eenoo et al., 2017) en het participatief traject ter voorbereiding van de twee BelRAI GGZ-studies uit 2019-2020<sup>18</sup> (Van Horebeek et al., 2019) besluiten we dat het BelRAI GGZ-instrumentarium meer op **maat van de cliënt en zijn behandeling/begeleiding** dient ingevuld te kunnen worden. Dit houdt in dat hulpverleners

- enkel gegevens verzamelen over de levensdomeinen waarbinnen de zorgnoden van de cliënt zich op dat moment situeren;
- items omtrent levensdomeinen die voor de betreffende cliënt nog te delicaat zijn om te bevragen, later in de behandeling/begeleiding aanvullen;
- enkel die zorgnoden beoordelen waarop hun eigen behandeling/begeleiding zich richt. Gegevensdeling tussen hulpverleners – ook over voorzieningen en organisaties heen – moet het multidisciplinair invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium mogelijk maken, zodat hulpverleners kunnen samenwerken om het BelRAI assessment volledig in te vullen. De hoofdbehandelaar zou de coördinatie hiervan op zich kunnen nemen.

<sup>18</sup> De twee BelRAI GGZ-studies waarvan sprake zijn de pilootstudie in de forensische GGZ waarvan de resultaten in dit rapport weergegeven worden, en de tweede BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en de verslavingszorg. De publicatie van het rapport van de tweede BelRAI GGZ-studie wordt verwacht voor de eerste helft van 2021.

Opdat de hulpverleners op deze manier tewerk zouden kunnen gaan, is de ontwikkeling van een **BelRAI GGZ core instrument** noodzakelijk. Dit is een basisinstrument dat aangeeft voor welke levensdomeinen het zinvol/wenselijk is om bijkomende modules uit de BelRAI (C)MH en de supplementen in te vullen voor de desbetreffende cliënt. Dit zal de hulpverleners toelaten om op een meer flexibele manier het BelRAI GGZ-instrumentarium te hanteren, meer afgestemd op de noden van de cliënt en op de behandeling of begeleiding. Het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium zal hierdoor ook haalbaarder zijn voor de hulpverleners, aangezien de omvang van het instrumentarium zal afhangen van de omvang van de zorgnoden van de cliënt. Om het generiek assessment instrumentarium multidisciplinair te kunnen invullen, dient een performant en veilig (ook voor de privacy) IT-platform beschikbaar te zijn (zie verder onder punt 2.4 hieronder).

**Samenvattend** kunnen we stellen dat het gebruik van de BelRAI (C)MH en zijn supplementen meer draagvlak zal krijgen bij de forensische zorgverleners door (1) een BelRAI GGZ core instrument te ontwikkelen waardoor hulpverleners het instrumentarium meer op maat van de cliënt en zijn behandeling kunnen invullen, door (2) het Forensic supplement aan te passen zodat het de Central Eight criminogene noden meet, en door (3) de output van de BelRAI (C)MH meer te kaderen binnen het Good Lives Model.

### 2.3.2 Verhouding van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot het (psycho)diagnostisch instrumentarium van de voorzieningen en tot het begeleidingsplan van de cliënten

In deze pilootstudie wilden we ook zicht krijgen op de **gebruiksmogelijkheden** van de DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten **in het kader van het behandel- of begeleidingsplan** van de cliënt. Daarom vroegen we aan de hulpverleners om samen met de mede-teamleden te bekijken of en hoe de resultaten input konden leveren voor dit behandel-/begeleidingsplan. Tijdens de focusgroep bleek dat de hulpverleners dit niet gedaan hadden. Een belangrijke reden hiervoor kwam aan bod in bovenstaande paragraaf (zie 2.3.1): de zorgnoden die het BelRAI GGZ-hoofdinstrument (BelRAI MH of CMH) inventariseert, sluiten niet aan bij de belangrijkste doelstelling die de forensisch zorg momenteel in Vlaanderen heeft, met name kans op recidive verlagen. Daarnaast waren de hulpverleners van mening dat hun eigen assessment en/of (psycho)diagnostisch instrumentarium betere input biedt voor hoe de behandeling/begeleiding van de cliënt verder dient aangepakt te worden. Dit heeft met twee zaken te maken. Het eigen assessment en/of (psycho)diagnostisch instrumentarium is *specialistisch* van aard. Het richt zich op de specifieke problematiek van de cliënten die binnen de eigen voorziening behandeling en begeleiding krijgen, en dit zowel op het niveau van het beschrijven als het verklaren van - vooral - criminogene noden. Daarnaast geeft het psychodiagnostisch instrumentarium van de voorziening meer *genuanceerde input* die nodig is om het behandelplan op te stellen, evenzeer vanuit het perspectief van de *cliënt* als van de *hulpverlener*. De BelRAI GGZ-resultaten daarentegen geven een **generiek en holistisch beeld van de zorgnoden** waarvoor de cliënt op het moment van het assessment zorg of ondersteuning nodig zou kunnen hebben, en dit voornamelijk vanuit het *hulpverlenersperspectief*. Een dergelijk generiek en holistisch assessment zorgt ervoor dat hulpverleners zicht krijgen of blijven houden op zorgnoden uit verschillende levensdomeinen van de cliënt; ook op zorgnoden of levensdomeinen waar hulpverleners binnen hun gespecialiseerde behandeling standaard niet op inzetten. Het BelRAI GGZ-instrumentarium is bijgevolg complementair aan het gespecialiseerde (psycho)diagnostisch instrumentarium van de voorzieningen.

De BelRAI GGZ-resultaten duiden de **levensdomeinen** aan waarbinnen (bijkomende) **behandel- of begeleidingsdoelstellingen** relevant zouden kunnen zijn voor de cliënt. Dit is zinvol om te doen aan het begin van een behandeling – na één maand in een residentiële voorziening – of na een belangrijk life event dat het leven van de cliënt erg verandert. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan zelfstandig gaan wonen of een relatiebreuk. Men kan verwachten dat een BelRAI GGZ-assessment opnieuw zinvol is wanneer de voorbereiding van het ontslag nadert; dit met het oog op de continuïteit van zorg. Bij behandelingen of begeleidingen die vele maanden of jaren duren is het zinvol om het holistische assessment tijdens de begeleiding (enkele keren) te herhalen. Om te verduidelijken hoe de BelRAI GGZ-resultaten input kunnen geven voor de behandelingsdoelstellingen, en de DUNDRUM-resultaten ook voor het beveiligingsniveau van de voorziening verwijzen we naar twee casussen die we beschreven hebben in deel 4 van hoofdstuk 6.

Daarnaast maakte de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie duidelijk dat de BelRAI GGZ-resultaten *geen* input geven voor

- de *evaluatie* van het therapeutisch proces van de cliënt in relatie tot de behandelingsdoelstellingen. Psychische problemen zijn onderhevig aan veel factoren waarvan de mate van aanwezigheid fluctueert over de tijd. Met het oog op het opstellen of aanpassen van het begeleidingsplan dient het psychisch functioneren van de cliënt dan ook over een langere periode geëvalueerd te worden dan de drie dagen die de beoordelingsperiode uitmaakt voor de meeste items van BelRAI. Hierbij aansluitend is het zo dat de forensische GGZ structurele veranderingen tracht te introduceren die stabiel blijven over een langere termijn bij de cliënten. Voor bepaalde items, bv. rond somatische toestand, vormt de beperkte tijdsperiode van het assessment minder een probleem. Maar voor items die peilen naar aspecten van het psychisch functioneren zou de beoordeling over een langere tijdsperiode zinvoller zijn. Voor de topic van verslaving is dat reeds het geval.
- *de manier waarop* de cliënt en het team in de komende tijd wil verder werken in de richting van de behandelingsdoelstellingen. In de GGZ bestaat de behandeling niet enkel uit het rechtstreeks aanpakken van de symptomen, via bijvoorbeeld activering, farmacotherapie, exposure-therapie. De behandeling richt zich ook op mechanismen waarvan de hulpverleners vermoeden - onder andere op basis van het psychodiagnostisch onderzoek, maar ook op basis van het psychotherapeutisch model waarbinnen ze werken - dat deze onderliggend aan de symptomen bij de cliënt aanwezig zijn. De veronderstelling is dat als de cliënt deze onderliggende mechanismen aanpakt, ook zijn symptomen zullen verbeteren. Om op deze onderliggende mechanismen in te spelen kan de behandeling bijvoorbeeld bestaan uit familitherapie, traumatherapie, mentalization-based treatment, assertiviteits- of andere vaardigheidstrainingen. De keuze voor de interventie is ook afhankelijk van het psychotherapeutisch model dat het betreffende team hanteert. Het BelRAI GGZ-assessment brengt deze onderliggende mechanismen echter niet in beeld. Dit behoort niet tot de doelstellingen van BelRAI. BelRAI wil de zorgnoden op een *generieke* manier in kaart brengen, dus op dezelfde wijze voor alle GGZ-voorzieningen.

Wat het eigen (psycho)diagnostisch instrumentarium van de voorziening niet doet, is de **continuïteit van zorg** tussen hulpverleners, mantelzorgers en de cliënt ondersteunen. Elke voorziening beschikt immers over een zelfgekozen assessment en/of (psycho)diagnostisch instrumentarium. Dit is een belangrijke tekortkoming van dit instrumentarium in het kader van het stimuleren van integrale zorg, zeker voor personen met een ernstige psychische problematiek (inclusief verslaving). Internationaal

onderzoek in de thuiszorg voor kwetsbare ouderen toont aan dat het gebruik van interRAI de opmaak van gedeelde zorgplannen over organisaties heen ondersteunt (de Almeida Mello et al., 2015; De Stampa et al., 2018). Dergelijk (internationaal) onderzoek vond nog niet plaats in de GGZ-sector. De beleidsexperten en coördinatoren die bevestigd werden in deze pilotstudie waren van mening dat het zinvol is om dit in toekomstig onderzoek uit te testen. Om dit mogelijk te maken zijn eerst de aanpassingen aan het instrumentarium nodig zoals we in bovenstaande paragrafen uiteengezet hebben. Daarnaast dient de overheid hiervoor een kader voor gegevensdeling uit te werken (zie 2.4 hieronder).

**Samenvattend** kunnen we stellen dat de BelRAI GGZ-resultaten de **levensdomeinen** van de cliënt aanduiden waarbinnen (bijkomende) **behandel- of begeleidingsdoelstellingen** relevant kunnen zijn. Het BelRAI GGZ-assessment geeft immers een holistisch beeld van de zorgnoden van een cliënt. Indien de zorgnoden over een langere periode dan drie dagen zouden geïnventariseerd worden, zou dit het nut van de BelRAI GGZ-resultaten in dit verband vergroten. De BelRAI GGZ-resultaten geven *geen* input voor de evaluatie van het therapeutisch proces van de cliënt, noch voor de manier waarop de cliënt kan verder werken in de richting van de behandeldoelstellingen. Voor de sector van de thuiszorg voor kwetsbare ouderen heeft internationaal onderzoek het faciliterend effect van het interRAI Home Care instrument voor continuïteit van zorg en integrale zorg aangetoond. Pas wanneer hulpverleners het BelRAI GGZ-instrumentarium op *longitudinale* basis zullen gebruiken, kunnen hieromtrent in de Vlaamse GGZ ervaringen opgedaan worden.

## 2.4 Delen van DUNDRUM en BelRAI GGZ-resultaten

Om de implementatie van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (forensische) GGZ te kunnen verderzetten, is het noodzakelijk dat de Vlaamse overheid een kader voor gegevensdeling ontwikkelt. Zonder een dergelijk kader zullen hulpverleners het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM niet multidisciplinair kunnen invullen, en zal de mogelijke meerwaarde van de BelRAI en DUNDRUM-resultaten voor de continuïteit van zorg en integrale zorg niet getest kunnen worden. Alhoewel de topic van gegevensdeling BelRAI en DUNDRUM overstijgt, hebben we dit ook bevestigd bij de hulpverleners en beleidsexperten betrokken bij deze pilotstudie.

Het staat buiten kijf dat gegevens enkel op een niet-stigmatiserende manier tussen hulpverleners en voorzieningen gedeeld mogen worden. Dit houdt in dat de cliënt – of zijn vertegenwoordiger – zelf bepaalt welke informatie de hulpverleners met welk niveau van voorzieningen deelt. Met dit niveau bedoelen we enerzijds het onderscheid tussen de eigen voorziening en anderen GGZ-voorzieningen, en anderzijds het onderscheid tussen GGZ-voorzieningen en niet GGZ-voorzieningen. In België is er een juridische basis die de geïnformeerde toestemming van de cliënt om informatie te delen, noodzakelijk maakt, met name de wet op de patiëntenrechten. Het is ook belangrijk dat de cliënt zijn geïnformeerde toestemming kan wijzigen indien hij dit nodig vindt, en dat het systeem hem op een transparante manier hier voldoende vaak over informeert.

Daarnaast houdt een niet-stigmatiserende gegevensdeling in dat dit op een *need-to-know* basis gebeurt, en niet op een *nice-to-know* basis. Dit impliceert dat hulpverleners – afhankelijk van de discipline waartoe ze behoren en de sector van de gezondheidszorg en welzijnswerk waarbinnen ze tewerkgesteld zijn – enkel gegevens uit bepaalde levensdomeinen in het online dossier te zien krijgen, en enkel bepaalde gegevens kunnen aanpassen.

In de forensische GGZ doen zich situaties voor waarin de cliënt niet akkoord is om need-to-know informatie te delen met nieuwe hulpverlening, terwijl dit delen noodzakelijk is gezien de mogelijke impact van de forensische problematiek op de nieuwe hulpverleningssituatie. Het niet willen delen van gegevens belemmert in dergelijke situaties de integratie van de cliënt in de maatschappij. Wanneer een cliënt niet bereid is om need-to-know informatie te delen met betrekking tot criminogene factoren, dienen hulpverleners dit te interpreteren als dat niet alle voorwaarden voor deze cliënt voldaan zijn om door te stromen naar een behandeling in een lager beveiligingsniveau. De verwijzing naar het lagere beveiligingsniveau zou in dat geval niet mogelijk zijn. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de vrijwilligheid van de toestemming door de cliënt in een dergelijk geval eerder relatief is, aangezien er de overgang naar een voorziening met minder beveiligingsmaatregelen van afhangt.

## 2.5 IT-platform

Om de uitvoering van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie en de tweede BelRAI GGZ-studie mogelijk te maken, programmeerden we alle instrumenten en supplementen in de onderzoekssoftware Qualtrics. Het was om verschillende redenen niet mogelijk om tijdens deze studies gebruik te maken van de BelRAI 2.0 webapplicatie van de federale overheid die ontwikkeld werd om in de zorg BelRAI assessments in te vullen en BelRAI data te delen:

- Niet alle hulpverleners die werkzaam zijn in de GGZ hebben toegang tot BelRAI 2.0. Dit is toe te schrijven aan de koppeling van deze software met het CoBRHA register (Common Base Registry for HealthCare Actor), waarin veel disciplines uit de GGZ niet zijn opgenomen (bv. maatschappelijk werkers, criminologen);
- Het was niet duidelijk hoe de data die hulpverleners zouden verzamelen via BelRAI 2.0 na de studie verwijderd zouden worden uit het BelRAI-datawarehouse van de federale overheid;
- De sector gaf – bij monde van de betrokken koepelorganisaties – aan niet akkoord te zijn dat de (studie-)data gedeeld zouden worden met andere hulpverleners, eventueel uit andere voorzieningen. De manier van gegevensdeling van BelRAI 2.0 is momenteel niet afgestemd op de vaak delicate data die verzameld worden binnen de GGZ. BelRAI 2.0 deelt alle BelRAI-data met alle hulpverleners die toegang hebben tot het e-Health dossier van de cliënt, ongeacht de privacy-gevoeligheid die kan verschillen tussen BelRAI-data onderling.

Door gebruik te maken van de Qualtrics onderzoekssoftware was er telkens maar één voorziening die toegang had tot het assessment van een individuele cliënt. Daarna verzond de hulpverlener (of de cliënt voor wat de cliëntversie van DUNDRUM-3 en 4 betreft) de verzamelde gecodeerde data naar de onderzoekers. De hulpverleners bewaarden de output van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium in het dossier van de betreffende cliënt.

Deze Qualtrics onderzoekssoftware is niet meer zinvol om te gebruiken in toekomstig BelRAI GGZ-onderzoek. We bevelen aan om het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM op te nemen in het Vlaams BelRAI IT-platform zodat GGZ-hulpverleners BelRAI en DUNDRUM-data kunnen delen – binnen en tussen voorzieningen – met akkoord van de cliënt (zie 2.4 hierboven). Daarnaast is het belangrijk dat het Vlaams BelRAI IT-platform zal beschikken over een onderzoeks- en opleidingsruimte waaruit verzamelde data verwijderd kunnen worden eens een studie of opleiding afgelopen is. Op die manier zijn de rechten van de deelnemers aan studies in alle omstandigheden gevrijwaard,

en krijgen de hulpverleners de kans om met BelRAI en DUNDRUM te leren werken, zonder dat deze data in de online dossiers van de respectievelijke cliënten terecht komen.

Opdat hulpverleners de BelRAI en DUNDRUM-data efficiënt zouden kunnen gebruiken in de zorg voor hun cliënten, is het tenslotte primordiaal dat de software erg gebruiksvriendelijk zal zijn voor het werkveld. Tijdens de pilootstudie in de forensische GGZ werd duidelijk dat

- Alle handboeken van de instrumenten volledig geïntegreerd dienen te worden in de software. Elk instrument en supplement heeft zijn eigen handboek;
- De resultaten van de schalen en de CAP's vergezeld dienen te worden van een gedetailleerde weergave van de scores op item-niveau. Enkel op deze manier is het duidelijk hoe hulpverleners de resultaten op de schalen en de CAP's moeten interpreteren in het licht van de behandeldoelstellingen en/of mogelijke verwijzing van de desbetreffende cliënt.

### **3 Beleidsaanbevelingen vanwege de onderzoeksequipe**

We formuleren een aantal beleidsaanbevelingen in het licht van de verdere implementatie van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ. Een aantal van deze aanbevelingen zijn enkel gericht naar de sector van de forensische GGZ. Een aantal andere aanbevelingen hebben evenzeer betrekking op andere sectoren van de GGZ. Deze laatste beleidsaanbevelingen formuleren we op basis van de resultaten van al het BelRAI onderzoek dat tot nu toe in de GGZ in opdracht van het Steunpunt WVG plaatsvond. Dit zijn (1) de pilootstudie uit 2017-2018 in de reguliere GGZ en verslavingszorg (Van Eennoo et al., 2017), (2) het participatief traject ter voorbereiding van de twee BelRAI GGZ-studies die in 2019-2020 gelopen hebben<sup>19</sup> (Van Horebeek et al., 2019), en (3) de resultaten van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie.

#### **3.1 De DUNDRUM en het geteste BelRAI GGZ-instrumentarium vormen een generiek assessment instrumentarium voor de Vlaamse forensische GGZ, mits (de structuur van) het instrumentarium enkele aanpassingen ondergaat**

Op basis van de literatuurstudie en de pilootstudie besluiten we dat de instrumenten die op hun gebruiksmogelijkheden onderzocht werden, een generiek assessment instrumentarium vormen voor geïnterneerden die behandeling krijgen in de forensische GGZ:

1. **DUNDRUM-1** geeft input omtrent de beveiligingsnoden van een forensische patiënt die nodig zijn om de betreffende persoon behandeling te kunnen bieden;
2. **BelRAI Forensic supplement** en **BelRAI Addictions supplement-uitgebreide versie** inventariseren criminogene noden, waaronder ook zorgnoden omtrent verslaving. Opdat het Forensic supplement volledig zou aansluiten bij de Central Eight criminogene noden van het Risk-Need-Responsivity model is herwerking van dit supplement nodig. Ook herwerking

---

<sup>19</sup> De twee BelRAI GGZ-studies waarvan sprake zijn de pilootstudie in de forensische GGZ waarvan we de resultaten in dit rapport weergeven, en de tweede BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en de verslavingszorg. De publicatie van het rapport van de tweede BelRAI GGZ-studie wordt verwacht voor de eerste helft van 2021.

van het BelRAI Addictions supplement-uitgebreide versie is aangewezen, zodat het aansluit bij de werking van de Vlaamse forensische GGZ en verslavingszorg<sup>20</sup>.

3. **BelRAI Mental Health** of **BelRAI Community Mental Health** inventariseren algemene, niet delict-gerelateerde zorgnoden en geven zodoende een holistisch beeld van de cliënt. Volgens het Good Lives model is het even belangrijk om deze niet-delictgerelateerde zorgnoden in de forensische GGZ in kaart te brengen. Opdat hulpverleners het hoofdinstrument en de supplementen meer op maat van de cliënt en de behandeling zouden kunnen invullen, is een aanpassing van de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium nodig. Dit impliceert de ontwikkeling van een BelRAI GGZ core instrument en de opdeling van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium in modules. Het BelRAI GGZ core instrument zal aangeven welke modules relevant zijn om in te vullen, afhankelijk van de zorgnoden van de cliënt en de focus van de behandeling. Het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium zal hierdoor ook haalbaarder zijn voor de hulpverleners, aangezien de omvang van het instrumentarium zal afhangen van de omvang en het type van zorgnoden van de cliënt.
4. **DUNDRUM-3 en 4** (die de forensische patiënt ook invult) geven input omtrent behandelvoortgang en mate van herstel, met eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau. De cliëntversie van DUNDRUM-3 en 4 heeft een herwerking nodig zodat meer cliënten deze versie op een zelfstandige manier kunnen invullen. Daarnaast is de ontwikkeling van een versie specifiek voor cliënten met een intellectuele beperking aan te bevelen.

Volgens de bevroegde beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden kan dit generiek assessment instrumentarium breed gebruikt worden bij personen met justitiële statuten. De DUNDRUM-1 en het BelRAI Forensic supplement sluiten aan bij de huidige rapportage van de psychosociale diensten van gevangenen. Dit generiek assessment instrumentarium bevat geen risicotaxatie-instrument, aangezien deze instrumenten gericht zijn op specifieke problematieken. Bijgevolg kunnen ze geen deel uitmaken van een *generiek* assessment instrumentarium.

Stilaan groeit het besef dat een betere doorstroom tussen voorzieningen met inbegrip van benchmarking en onderzoek over de populatie van gedetineerden – en ruimer justitiabelen - in België nodig is. Het delen van data zal ertoe bijdragen dat longitudinaal gebruik van de gegevens mogelijk wordt doorheen het behandeltraject over voorzieningen heen. Het gebruik van een generiek assessment instrumentarium is hiervoor nodig, en zal zelfs de administratieve last voor de hulpverleners reduceren. Het delen van de data kan uiteraard enkel mits akkoord van de cliënt of zijn vertegenwoordiger die zelf bepaalt welke informatie de hulpverleners met welk type van voorzieningen delen.

---

<sup>20</sup> Het testen van de uitgebreide versie van het BelRAI Addictions supplement in de Vlaamse verslavingszorg maakt deel uit van de tweede BelRAI GGZ-studie.

### 3.2 Om het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium te implementeren in de Vlaamse forensische GGZ is het nodig dat eerst een aantal randvoorwaarden in de praktijk-settings gerealiseerd zijn.

We denken hierbij aan volgende aspecten:

1. Het is belangrijk dat er consensus komt over de **Belgische definitie** van **high, medium en low security** zorg. Het For-Care onderzoek heeft een indeling voorgesteld, maar deze indeling wordt (nog) niet toegepast (For-Care, 2020). Deze definities zijn nodig om de DUNDRUM generiek in de forensische GGZ te gebruiken.
2. De nodige **opleidingscapaciteit** dient voorzien te worden om de verschillende disciplines uit de forensische GGZ - voldoende en regelmatig - op te leiden in het gebruik van DUNDRUM en BelRAI.
3. Er is een **integratie** nodig tussen het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium en de **B4-registratie van de federale overheid**.
4. We bevelen aan dat het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM worden opgenomen in het **Vlaams BelRAI IT-platform**. De gebruikte **software** zal op termijn ook **geïntegreerd** moeten worden **in de patiëntendossiers** om dubbel werk voor de hulpverleners te voorkomen.
5. Er dient een **kader voor informatiedeling** tussen de (geestelijke) gezondheidszorg en de welzijnszorg uitgewerkt te worden. Gegevensdeling tussen hulpverleners binnen een voorziening en tussen GGZ en niet GGZ-voorzieningen onderling kan best gebeuren op een need-to-know basis, rekening houdend met de juridische randvoorwaarden die duidelijk omschreven worden.

Het Vlaams BelRAI IT-platform dient te beschikken over een onderzoeks- en opleidingsruimte waaruit verzamelde data verwijderd kunnen worden eens een studie of opleiding afgelopen is. Op die manier worden alle rechten van deelnemers aan BelRAI studies in alle omstandigheden gevrijwaard en krijgen de hulpverleners de kans om met BelRAI en DUNDRUM te leren werken, zonder dat deze data in de online dossiers van de respectievelijke cliënten terecht komen. We verwachten dat het longitudinaal gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (en de DUNDRUM) in de volledige gespecialiseerde GGZ de **continuïteit van zorg** en **integrale zorg** zal bevorderen in de Vlaamse GGZ. Door dit inzicht zou het belang van het instrumentarium als relevanter kunnen beoordeeld worden door hulpverleners en voorzieningen. Het zal daarenboven, zoals in andere landen die interRAI gebruiken, een representatieve dataset opleveren, ook voor de Vlaamse forensische GGZ. Deze dataset zal de verdere validering van het instrumentarium mogelijk maken, ook voor gebruik op het niveau van het beleid in voorzieningen, netwerken en betrokken overheden.



### 3.3 De volgende stap in het implementatieproces is bijgevolg het longitudinaal gebruiken en opvolgen van het (aangepaste) generiek assessment instrumentarium in de volledige Vlaamse forensische GGZ.

We zien volgende stappen als prioritair:

1. Nadat het generiek assessment instrumentarium is aangepast volgens de aanbevelingen uit 3.1 is de volgende stap in het implementatieproces het **longitudinaal gebruik** van het instrumentarium in de volledige sector. Dit impliceert dat hulpverleners het generiek assessment instrumentarium vanaf dat moment ook zullen gebruiken voor cliënten met **andere justitiële statuten dan internering** en voor cliënten met een **intellectuele beperking**. De doelstelling is dat men voor individuele cliënten het generiek assessment instrumentarium voor het eerst invult bij de start van het forensische zorgtraject. In volgende fases van dat traject vullen hulpverleners de gewijzigde zorgnoden aan in het assessment. Onderdelen van het instrumentarium zullen ook in de gevangenissen kunnen ingevuld worden (zie 3.1).
2. Om het longitudinaal gebruik van het instrumentarium te realiseren zal de betrokkenheid van de **netwerken internering** cruciaal zijn. Daarenboven dient deze volgende stap in het implementatieproces deel uit te maken van een groter project waarin het longitudinaal gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (en de DUNDRUM) in de **volledige gespecialiseerde GGZ** wordt opgestart.
3. De **meerwaarde van het systematisch monitoren van het gebruik van de instrumenten** in de praktijk verwachten we op vele vlakken waaronder: meer inzicht in de wijze waarop het generiek assessment instrumentarium bijdraagt tot samenwerking en continuïteit van de zorg en ondersteuning, de verdere validering van de instrumenten op eigen bodem, en vergelijkingen met data uit andere landen die kunnen leiden tot belangrijke nieuwe inzichten over de noden en zorgzwaarte van patiëntenpopulaties.



## Referenties

- 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*(1), 197. doi: 10.1186/1471-244X-13-197
- Abou-Sinna, R., & Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need–Forensic and Health of the Nation Outcome Scales–Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*(5), 462-470. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x
- Adams, J., Thomas, S. D. M., Mackinnon, T., & Eggleton, D. (2018). The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 35. doi: 10.1186/s12888-017-1584-8
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). *Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg (fase 1: residentieel categoriaal)*. Geraadpleegd via Agentschap Zorg en Gezondheid website: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-forensische-geestelijke-gezondheidszorg>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2007). *The psychology of criminal conduct (4th ed.)*. Cincinnati, OH: Anderson.
- 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. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, *52*(1), 7-27. doi: 10.1177/0011128705281756
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- 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*(7), 735-755. doi: 10.1177/0093854811406356
- Awofeso, N. (2005). Making prison health care more efficient. *British Medical Journal*, *331*(7511), 248-249. doi: 10.1136/bmj.331.7511.248
- Bachrach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry*, *39*(4), 383-388. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.383>
- Bachrach, L. L. (1991). Service planning for chronic mental patients: Some principles. *International Journal of Group Psychotherapy*, *41*(1), 23-31. doi: 10.1080/00207284.1991.11490630
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (User Report 2007–06)*. Geraadpleegd via Public Safety Canada website: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf>
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, *19*, 278-287. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.0141359-1789>
- Bouman, Y. (2009). *Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders: a Good Lives approach*. [Doctoraat, Universiteit Maastricht]. Geraadpleegd via: [https://www.researchgate.net/publication/254849564\\_Quality\\_of\\_life\\_and\\_criminal\\_recidivism\\_in\\_forensic\\_outpatients\\_with\\_personality\\_disorders\\_a\\_good\\_lives\\_approach\\_Kwal](https://www.researchgate.net/publication/254849564_Quality_of_life_and_criminal_recidivism_in_forensic_outpatients_with_personality_disorders_a_good_lives_approach_Kwal)

- iteit\_van\_leven\_en\_criminele\_recidive\_bij\_ambulante\_forensische\_patienten\_met\_een\_p  
/link/568e25aa08aeaa1481aebcd7/download
- Buwalda, V. J. A., Nugter, M. A., Swinkels, J. A., Mulder, C. L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom 2011.
- Carlier, I., Meuldijk, D., Van Vliet, I., Van Fenema, E., Van der Wee, N., & Zitman, F. (2012). Empirical evidence for the effectiveness of Routine Outcome Monitoring: A study of the literature. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(2), 121-128.
- Casselmann, J., De Rycke, R., & Heimans, H. (2015). *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*. Brugge: die Keure.
- Casselmann, J., Pelc, I., Servais, L., Heylen, A., Sintobin, M., Harq, E., . . . Hoffman, D. (2002). *Evaluatie van Forensisch Psychiatrische Eenheden. Pilotproject: Het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de geïnterneerden met als doel een zo groot mogelijke resocialisatie van die patiënten* (intern rapport). Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E., Thomas, S. D., Stratico, E., & Bonetto, C. (2015). A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 274-281. doi: 10.1017/S2045796014000602
- Chan, C. L., Lai, C. K., & Chi, I. (2014). Initial validation of the Chinese interRAI Mental Health in people with psychiatric illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(3), 182-189. doi: 10.3109/13651501.2014.902070
- Colantonio, A., Hsueh, J., Petgrave, J., Hirdes, J. P., & Berg, K. (2015). A Profile of Patients With Traumatic Brain Injury Within Home Care, Long-Term Care, Complex Continuing Care, and Institutional Mental Health Settings in a Publicly Insured Population. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(6), E18-29. doi: 10.1097/htr.0000000000000112
- Collins, M., & Davies, S. (2005). The Security Needs Assessment Profile: A Multidimensional Approach to Measuring Security Needs. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 4(1), 39-52. doi: 10.1080/14999013.2005.10471211
- Collins, M., Davies, S., & Ashwell, R. (2007). *The Security Needs Assessment Profile®: An assessment instrument to assist clinical decision making in relation to individual patient security needs and supplementary assessment of unit security provision* (Vol. Version No. 4.01)
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98-104. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.98
- Cosyns, P., D'Hont, C., Janssens, D., Maes, E., & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. De cijfers. *Panopticon*, 1, 46-61.
- Davoren, M., O'Dwyer, S., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Doyle, E., . . . Kennedy, H. G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: The DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-244X-12-80
- 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(1), 185. doi: 10.1186/1471-244X-13-185

- Davoren, M., Byrne, O., O'Connell, P., O'Neill, H., O'Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 301. doi: 10.1186/s12888-015-0686-4
- 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*(1), 61. doi: 10.1186/s12888-015-0433-x
- de Almeida Mello, J., Hermans, K., Van Audenhove, C., Macq, J., Declercq, A. (2015). Evaluations of Home Care Interventions for Frail Older Persons Using the interRAI Home Care Instrument: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of The American Medical Directors Association*, *16*(2). doi: 10.1016/j.jamda.2014.11.007
- De Beurs, E., & Barendregt, M. (2008). Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's. Utrecht: NIFP.
- Declercq, A., Flamaing, J., Gosset, C., Milisen, K., Moons, P., Collard, J., ...Wellens N. (2011). BelRAI VI: Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de pilootprojecten voor het transmuraal gebruik van het BelRAI instrument.
- De Groof, M., Bianchi, J., Jacob, B., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van de instrumenten RAI Mental Health en Community Mental Health / Estimation des possibilités d'implémentation des outils RAI Mental Health et Community Mental Health* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via LUCAS, KU Leuven website:  
[https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2009\\_7\\_MDG\\_BJ\\_AD\\_CVA\\_RAI\\_Mental\\_Health.pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2009_7_MDG_BJ_AD_CVA_RAI_Mental_Health.pdf)
- De Jaeghere, V., De Smet, A., & Van Audenhove, C. (2011). *Registratie en monitoring systemen*. (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via LUCAS, KU Leuven website:  
[https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2011\\_06\\_VDJ\\_ADM\\_CVA\\_RegistratieenMonitoringSystemen\(NLFR\).pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_06_VDJ_ADM_CVA_RegistratieenMonitoringSystemen(NLFR).pdf)
- Delespaul, P. & de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *55*(6), 427-438.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, *9*(1), 13-28.
- De Smedt, A., Mariën, I., & Vermeiren, R. (2008). *Profilering van de medium risk geïnterneerden in forensische psychiatrische settings* [conferentie presentatie]. Geestelijke gezondheid: zorg voor velen, door velen, Antwerpen.
- De Smet, L., & De Page, L. (2018). Gedwongen opname of internering: Wie? Waarom? Waarvoor? *Panopticon*, *39*(3), 251-253.
- de Stampa, M., Cerase, V., Bagaragaza, E., Lys, E., Alitta, Q., Gammelín C, & Henrard, J.-C. (2018). Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments. *International Journal of Integrated Care*. *18*(2), 5. doi: 10.5334/ijic.3297
- de Vogel, V., De Vries Robbé, M., de Ruitér, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *10*(3), 171-177. doi: 10.1080/14999013.2011.600230
- De Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S., & Nijman, H. L. I. (2015). Changes in Dynamic Risk and Protective Factors for Violence During Inpatient Forensic Psychiatric Treatment:

- Predicting Reductions in Postdischarge Community Recidivism. *Law and Human Behavior*, 19(1), 53-61. doi: 10.1037/lhb0000089
- Dheedene, J., Seynnaeve, K., & Van der Auwera, A. (2015). De geïnterneerdenpopulatie in Vlaamse gevangenissen: enkele cijfergegevens. *Fatik*, 31(145), 4-9.
- Dickens, G., Sugarman, P., & Walker, L. (2007). HoNOS-secure: A reliable outcome measure for users of secure and forensic mental health services. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 507-514. doi: 10.1080/14789940701492279
- Dickens, G., Sugarman, P., Picchioni, M., & Clive, L. (2010). HoNOS-Secure: tracking risk and recovery for men in secure care. *British Journal of Forensic Practice* 12(4), 36-46. doi: <https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0613>
- Dieterich, M., Irving, C.B., Bergman, H., Khokhar, M.A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Drukker, M., van Dillen, K., Bak, M., Mengelers, R., van Os, J., & Delespaul, P. (2008). The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: what unmet needs can be met? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5), 410-417. doi: 10.1007/s00127-007-0301-1
- Eckert, M., Schel, S. H. H., Kennedy, H. G., & Bulten, B. H. (2017). Patient characteristics related to length of stay in Dutch forensic psychiatric care. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(6), 863-880. doi: 10.1080/14789949.2017.1332771
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, 16(1), 17-29. doi: 10.1007/s11136-006-9002-6
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2009). *Het Good Lives Model: Een literatuurstudie*. Geraadpleegd via Expertisecentrum Forensische Psychiatrie website: <https://efp.nl/publicaties/het-good-lives-model-een-literatuurstudie>
- Expertgroep forensische psychiatrie. (2011). ROM forensische psychiatrie, adviesdocument. GGZ Nederland.
- Fitzpatrick, R., Chambers, J., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Jenkinson, C., ... Yiend, J. (2010). A systematic review of outcome measures used in forensic mental health research with consensus panel opinion. *Health Technology Assessment*, 14(18), 1-94. doi: 10.3310/hta14180
- Flynn, G., O'Neill, C., & Kennedy, H. G. (2011). DUNDRUM-2: Prospective validation of a structured professional judgment instrument assessing priority for admission from the waiting list for a forensic mental health hospital. *BMC Research Notes*, 4(1), 230. doi: 10.1186/1756-0500-4-230
- Flynn, G., O'Neill, C., McInerney, C., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM-1 structured professional judgment for triage to appropriate levels of therapeutic security: retrospective-cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 43. doi: 10.1186/1471-244X-11-43
- Foebel, A. D., Hirdes, J. P., Heckman, G. A., Kergoat, M., Patten, S., & Marrie, R. A. (2013). Diagnostic data for neurological conditions in interRAI assessments in home care, nursing home and mental health care settings: a validity study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 457. doi: 10.1186/1472-6963-13-457
- For-Care. (2020). *For-Care project: A "realist evaluation" of a reform programme in a multisectoral framework- Final report*.
- Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F., & Gilluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry*, 15(1), 239. doi: 10.1186/s12888-015-0620-9
- Goethals, K., & van Marle, H. J. C. (2012). Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(2), 185-190.

- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, *149*(9), 1148-1156. doi: 10.1176/ajp.149.9.1148
- 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 and Law*, 1-19. doi: 10.1080/1068316X.2020.1742338
- Habets, P. (2020). Bepaling beveiligingsniveaus binnen de forensische zorg (intern rapport). OPZC Rekem, Rekem
- Hanson, R. K. (2005). Twenty years of progress in violence risk assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*(2), 212-217. doi: 10.1177/0886260504267740
- Hare, R. D. (2003). *Hare PCL-R 2nd edition: Technical manual*. Toronto, ON: Multi-Health systems.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2007). Characterizing the Value of Actuarial Violence Risk Assessments. *Criminal Justice and Behavior*, *34*(12), 1638-1658. doi: 10.1177/0093854807307029
- Harty, M., Jarrett, M., Thornicroft, G., & Shaw, J. (2012). Unmet needs of male prisoners under the care of prison Mental Health Inreach Services. *The Forensic Journal of Psychiatry and Psychology*, *23*(3), 285–296. doi: 10.1080/14789949.2012.690101
- Harty, M., Shaw, J., Thomas, S., Dolan, M., Davies, L., Thornicroft, G., . . . Jones, P. (2004). The security, clinical and social needs of patients in high security psychiatric hospitals in England. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *15*(2), 208-221. doi: 10.1080/14789940410001703967
- Haywood, T. W., Grossman, L. S., & Hardy, D. W. (1993). Denial and social desirability in clinical evaluations of alleged sex offenders. *Journal of Nervous and Ment Disease*, *181*(3), 183-188.
- Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., ... Szczerbinska, K. (2011). interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAP's) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes, J., P., Curtin-Telegdi, N., Rabinowitz, T., Fries, B. E., Morris, J., Ikegami, N., ... Szczerbinska, K. (2010). interRAI Community Mental Health (CMH) Assessment Form and User's Manual. Version 9.2. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes J. P., Fries, B. E., Botz, C., Ensley, C., Marhaba, M., & Pérez, E. (2002). The system of Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A new case-mix methodology for mental health. Canada: University of Waterloo.
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne Soveri, H., Gray, L., ... Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, *8*(1), 277. doi: 10.1186/1472-6963-8-277
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Perez, E., Telegdi, N. C., ... Fries, B. E. (2002). The Resident Assessment Instrument-Mental Health, Group. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): inter-rater reliability and convergent validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *29*(4), 419-432.
- Hirdes, J. P., van Everdingen, C., Ferris, J., Franco-Martin, M., Fries, B. E., Heikkilä, J., ... Van Audenhove, C. (2020). The interRAI Suite of Mental Health Assessment Instruments: An Integrated System for the Continuum of Care. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 926. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00926>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington: National Academies Press.
- Jeandarme, I. (2016). *Medium security units: recidivism & risk assessment*. (PHD), Tilburg University, Tilburg.
- Jeandarme, I. (2016). Forensische psychiatrie à la flamande. *Orde van de Dag*, *74*, 32-40.

- Jeandarme, I., Habets, P., Kenndey, H. G. (2019). Structured versus unstructured judgement: d-1 compared to court decisions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 205-210. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.04.006.
- Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., & Pham, T.H. (2019). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(2), 286-300.
- Jones, K., Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Scott, T. (2010). Screening cognitive performance with the Resident Assessment Instrument for Mental Health Cognitive Performance Scale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(11), 736-740. doi: 10.1177/070674371005501108
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433-443. doi: 10.1192/apt.8.6.433
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The DUNDRUM toolkit Draft V1.0.30*.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., Arntz, A., Lucker, T., & de Spa, E. (2011). Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(1), 52-71. doi: 10.1080/14789949.2010.511242
- Keulen-de Vos, M., & Schepers, K. (2016). Needs Assessment in Forensic Patients: A Review of Instrument Suites. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(3), 283-300. doi: 10.1080/14999013.2016.1152614
- Kipping, R. R., Scott, P., & Gray, C. (2011). Health needs assessment in a male prison in England. *Public Health*, 125(4), 229-233. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.002
- Lammers, S.M.M., Soe-Agnie, S.E., de Haan, H.A., Bakkum, G.A.M., Pomp, E.R., & Nijman, H.L.I. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(1), 32-39.
- Leese, M., Thomas, S., & Snow, L. (2006). An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 355-360. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.10.004
- Livingston, J. D., Chu, K., Milne, T., & Brink, J. (2015). Probationers mandated to receive forensic mental health services in Canada: Risks/needs, service delivery, and intermediate outcomes. *Psychology, Public Policy, and Law*, 21(1), 72-84. doi: 10.1037/law0000031
- Long, C. G., Webster, P., Waine, J., Motala, J., & Hollin, C. R. (2008). Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: A pilot evaluation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(1), 39-48. doi: 10.1002/cbm.676
- Lovaglio, P. G., & Monzani, E. (2011). Validation aspects of the Health of the Nation Outcome Scales. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(20), 1-11. doi: 10.1186/1752-4458-5-20
- Mathias, K. L. (2014). *Gender-based analysis of criminogenic risk and clinical need among Ontario forensic patients* [Doctoraat, University of Waterloo]. Geraadpleegd via: [https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/9100/Mathias\\_Krista-Lee.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/9100/Mathias_Krista-Lee.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Martin, L., Hirdes, J.P., Morris, J.N., Montague, P., Rabinowitz, T., & Fries, B.E. (2009). Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 646-653. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01429.x



- Meehl, P. (1954). *Clinical Versus Statistical Prediction. A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Geraadpleegd via Zorgnet-Icuro website:  
<https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/2012%20Forensische%20psychiatrie%20DEF.pdf>
- Monahan, J. (1981). The clinical prediction of violent behavior. *Crime & Delinquency Issues: A Monograph Series*, ADM 81-921, 134.
- Mulder, C. L., van der Gaag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P. A. E., Dries, P., ...van Os, J. (2010). Routinematige uitkomstmeting voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Een consensusdocument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(3), 169-179.
- Naus, T. E., & Hirdes, J. P. (2013). Psychometric properties of the interRAI subjective quality of life instrument for mental health. *Health*, 5(3), 637-642. doi: 10.4236/health.2013.53A084
- Neufeld, E., Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2012). Predicting inpatient aggression using the InterRAI risk of harm to others clinical assessment protocol: a tool for risk assessment and care planning. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(4), 472-480. doi: 10.1007/s11414-011-9271-x
- 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(1), 229. doi: 10.1186/1756-0500-4-229
- Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., ..., & Bernabei, R. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 5. doi: 10.1186/1472-6963-12-5
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 457-463.
- Parsons, M., Senior, H., Mei-Hu Chen, X., Jacobs, S., Parsons, J., Sheridan, N., & Kenealy, T. (2013). Assessment without action; a randomised evaluation of the interRAI home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 536-544. doi: 10.1111/hsc.12045
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., Barbaree, H., Fries, B. E., McKillop, I., Morris, J. N., & Rabinowitz, T. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Services Research*, 13(1), 15. doi: 10.1186/1472-6963-13-15
- Pham, T., Ducro, C., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., ... Singh, J. P. (2016). Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence : présentation des données belges, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 147(7), 539-543. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.018>.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., . . . Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.

- Pillay, S. M., Oliver, B., Butler, L., & Kennedy, H. G. (2008). Risk stratification and the care pathway. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 25(4), 123–127. doi: 10.1017/S0790966700011228
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J., & Williamson, M. K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1), 76. doi: 10.1186/1477-7525-3-76
- Pouls, C., Delannoy, D., Degouis, F., Pham, T., & Jeandarme, I. (2020). ZTG-geïnterneerden: gegevens 2018. Geraadpleegd via Psy107 website: <http://www.psy107.be/index.php/nl/internering/164-23-01-2020-project-internering-feedback-gegevens-2018-crds-kefor>
- Pouls C., & Jeandarme, I. (2020). *Kwaliteitscriteria forensische geestelijke gezondheidszorg* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/rapport-ef57-referentiekader-forensische-zorg>
- Quinn, R., Miles, H., & Kinane, C. (2013). The Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a UK Medium Secure Forensic Mental Health Service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(3), 215-224. doi: 10.1080/14999013.2013.832714
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rios, S., & Perlman, C. M. (2017). Social Withdrawal Among Individuals Receiving Psychiatric Care: Derivation of a Scale Using Routine Clinical Assessment Data to Support Screening and Outcome Measurement. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45(4), 579-592. doi: 10.1007/s11414-017-9554-y
- Romeva, G. E., Rubio, L. G., Guerre, S. O., Miravet, M. J., Caceres, A. G., & Thomas, S. D. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas espanolas de psiquiatria*, 38(3), 129-137.
- Royal College of Psychiatrists. (2013). *What is HoNOS?* Geraadpleegd via Royal College of Psychiatrist website: <http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/healthofthenation/whatishonos.aspx>
- 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 Psychology Practice*, 14(2), 127–144. doi: 10.1080/15228932.2014.897536
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155. doi: 10.1192/bjp.177.2.149
- Schinnar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R., Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. doi: 10.1176/ajp.147.12.1602
- Segal, A., Daffern, M., Thomas, S., & Ferguson, M. (2010). Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 223-230. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x
- Serin, R. C., Lloyd, C. D., Helmus, L., Derksen, D. M., & Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 32–53. doi: 10.1016/j.avb.2012.09.002
- Seto, M. C., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2004). The criminogenic, clinical, and social problems of forensic and civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 28(5), 577-586. doi: 10.1023/b:lahu.0000046435.98590.55

- Seynnaeve, K., Goyens, M., & Dheedene, J. (2018). Internering in een veranderend zorglandschap: wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon*, 39(3), 241-250.
- Shaw, J. (2002). Needs assessment for mentally disordered offenders is different. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(1), 14-17. doi: 10.1080/09585180210123249
- 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(3), 252-271. doi: 10.1080/14999013.2014.939788
- Shinkfield, G., & Ogloff, J. (2016). Comparison of HoNOS and HoNOS-Secure in a forensic mental health hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 867-885.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25.980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499-513. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.009
- Siu, B. W. M., Au-Yeung, C. C. Y., Chan, A. W. L., Chan, L. S. Y., Yuen, K. K., Leung, H. W., . . . Collins, M. (2017). Validation of the "Security Needs Assessment Profile" for measuring the profiles of security needs of Chinese forensic psychiatric inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 54, 61-66. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.05.001
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184.
- Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., & Wykes, T. (1999). *CAN: Camberwell Assessment of Need: A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness*. London, UK: Gaskell.
- Stredny, R. V., Parker, A. L., & Dibble, A. E. (2012). Evaluator agreement in placement recommendations for insanity acquittees. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(3), 297-307. doi: 10.1002/bsl.1995
- Talina, M., Thomas, S., Cardoso, A., Aguiar, P., Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). CANFOR Portuguese version: validation study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 157. doi: 10.1186/1471-244X-13-157.
- Ter Horst, P., van Ham, M., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met HKT-30-ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(4), 228-236.
- Thomas, S., Harty, M., Parrott, J., McCrone, P., Slade, M., & Thornicroft, G. (2003). *The Forensic CAN (CANFOR). A Needs Assessment for Forensic Mental Health Service Users*. London, UK: Gaskell.
- Thomas, S., Slade, M., McCrone, P., Harty, M., Parrott, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): A needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(2), 111-120. doi: 10.1002/mpr.235
- Tiemens, B. G., & Sonsbeek, A. M. S. (2017). ROM als tomtom: Als routine outcome monitoring echt routine zou zijn. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 59(8), 489-493.
- Urbanoski, K. A., Mulsant, B. H., Willett, P., Ehtesham, S., & Rush, B. (2012). Real-world evaluation of the Resident Assessment Instrument-Mental Health assessment system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 687-695. doi: 10.1177/070674371205701106
- Uzieblo, K., Pouls, C., Habets, P., & Jeandarme, I. (2019). Psychodiagnostiek en behandeling bij plegers met een intellectuele disfunctie. In K. Goethals, G. Meynen, & A. Popma (Eds.), *Leerboek Forensische Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Leuven, België: Uitgeverij Lannoo.

- van den Brink, R. H., Hooijschuur, A., van Os, T. W., Savenije, W., & Wiersma, D. (2010). Routine violence risk assessment in community forensic mental healthcare. *Behavioral Sciences and the Law*, 28(3), 396-410. doi: 10.1002/bsl.904
- Van Der Veeken, F., Lucieer, J., & Bogaerts, S. (2018). Forensic psychiatric treatment evaluation: The clinical evaluation of treatment progress with repeated forensic routine outcome monitoring measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 9-16. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.12.002
- Vandevelde, S., Soyvez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.011
- Van Eenoo, M., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-1-belrai-ggz>
- Van Horebeek, H. De Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., Van Audenhove, Ch. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilootstudie* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-2-en-ef06.07-tussentijds-rapport>
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R., Green, M., & Schanner, A. (1993). Brief Psychiatric Brief Scale (BPRS) expanded version (4.0): Scales, anchor points, and administration manual. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 227-244.
- Vertommen, H., & Maesschalck, C. (2007). *Definitie en operationalisering van het concept "medium risk"* (onderzoeksrapport).
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77-94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.06.001>
- Ward, T., Melsner, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12(2), 208-228. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.07.001>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University. Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Wennstrom, E., Berglund, L., Lindback, J., & Wiesel, F. A. (2008). Deconstructing the 'black box' of the Camberwell assessment of need score in mental health services evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 714-719. doi: 10.1007/s00127-008-0354-9
- Wing, J. K., Curth, R. H., & Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the nation outcome scales. Report on research and development*. London, UK: Royal College of Psychiatrists Research Unit.
- Yiend, J., Chambers, J. C., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Kaur, A., ... Fitzpatrick, R. (2011). Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. *Psychology, Crime & Law*, 17(3), 277-292. doi: 10.1080/10683160903203938

## Bijlagen



## Bijlage 1. Informatiebrochure BelRAI geestelijke gezondheidszorg (GGZ) studie

De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

### Waarom dit onderzoek?

Om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare personen te kunnen verbeteren, hebben de federale overheid en de gemeenschappen beslist om BelRAI<sup>21</sup> in te voeren in alle sectoren van welzijn en gezondheid. BelRAI is een geïntegreerd beoordelingssysteem. De term ‘geïntegreerd’ verwijst hier naar het feit dat BelRAI bestaat uit verschillende BelRAI instrumenten die allen ontwikkeld zijn voor gebruik in een specifieke sector van welzijns- of gezondheidszorg.

Via BelRAI instrumenten verzamelen hulpverleners gegevens over het fysiek, verstandelijke, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren van kwetsbare personen. Dit gebeurt op zo’n manier dat alle hulpverleners dezelfde taal gebruiken; of ze nu werken in een algemeen ziekenhuis, in een woonzorgcentrum, in de thuiszorg, in de geestelijk gezondheidszorg of in de palliatieve zorg. Dit is nodig opdat hulpverleners afkomstig uit verschillende voorzieningen nog beter zouden kunnen samenwerken in de zorg voor hun cliënten. Aan de hand van BelRAI gegevens worden BelRAI resultaten berekend die kunnen gebruikt worden om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Hoe hulpverleners BelRAI instrumenten invullen en hoe de instrumenten ondersteuning kunnen geven bij het opstellen van een begeleidingsplan wordt verder in deze informatiefolder toegelicht.

Het gebruik van BelRAI is al uitvoerig getest in de ouderenzorg. In deze BelRAI geestelijke gezondheidszorg studie onderzoeken we de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen. Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten gebruikt kunnen worden in de zorg voor deze populatie, op zo’n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Specifiek in de *forensische* GGZ-voorzieningen zal niet alleen de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten bestudeerd worden, maar ook de bruikbaarheid van de DUNDRUM. Dit is de Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual. In de forensische GGZ moet immers ook het veiligheidsniveau bepaald worden dat gegarandeerd moet kunnen worden door de voorziening waarbinnen een bepaalde cliënt behandeld wordt. De DUNDRUM structureert het proces dat nodig is om dit veiligheidsniveau te bepalen.

---

<sup>21</sup> BelRAI is de Belgische vertaling van ‘interRAI’, waarbij ‘RAI’ verwijst naar ‘Resident Assessment Instrument’. Hoewel BelRAI ondertussen niet enkel in de residentiële zorg wordt gebruikt, is de oorspronkelijke naam behouden.

### **Door wie wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Dit onderzoek wordt in Vlaanderen voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgevoerd door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) voor de forensische populatie. Ook de Thomas More hogeschool is betrokken om de hulpverleners op te leiden in het gebruik van de BelRAI. De BelRAI GGZ-studie wordt uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

### **Wat houdt het onderzoek in?**

Hulpverleners vullen BelRAI GGZ-instrumenten in voor cliënten die reeds twee jaar of meer psychische en sociale gevolgen ervaren van een psychische aandoening, hetgeen ook een verslaving kan zijn. Vervolgens bekijken deze hulpverleners samen met de cliënt, en eventueel ook in de teamvergadering, of de bekomen BelRAI resultaten een hulp kunnen bieden bij het opstellen of het bijsturen van een persoonlijk begeleidingsplan. In de forensische GGZ-voorzieningen wordt eveneens de DUNDRUM afgenomen.

### ***BelRAI GGZ-instrumenten***

Het gebruik van BelRAI GGZ-instrumenten bestaat grotendeels uit twee fasen. In een eerste fase worden er instrumenten ingevuld. In een tweede fase worden er BelRAI resultaten berekend om het opstellen of bijsturen van een persoonlijk begeleidingsplan te ondersteunen.

#### **Fase 1: Invullen van BelRAI GGZ-instrumenten**

Via BelRAI GGZ-instrumenten worden gegevens verzameld over het fysiek, verstandelijk, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren van personen met een psychische kwetsbaarheid. Verschillende domeinen van de persoon worden in kaart gebracht met als doel een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het functioneren van de persoon. Daarenboven gebeurt dit op een gelijkaardige manier in alle sectoren van welzijn en gezondheidszorg. Hierdoor kan het functioneren van een persoon met een psychische kwetsbaarheid opgevolgd worden ongeacht de voorziening waar hij of zij (eventueel achtereenvolgens) in behandeling of begeleiding is. Daarenboven kan dit de verschillende voorzieningen helpen om nog beter samen te werken in de zorg voor hun cliënt. De tabel in bijlage geeft een overzicht van de verschillende domeinen die aan bod komen in de BelRAI GGZ-instrumenten.

De gegevensverzameling gebeurt voornamelijk op basis van observatie door de hulpverleners, aangevuld met informatie uit gesprekken met de persoon en diens familie, vrienden of mantelzorgers, en met informatie uit patiëntendossiers. Hulpverleners vullen volgende instrumenten in:

- de BelRAI Mental Health als de cliënt opgenomen is in een GGZ-voorziening, of de BelRAI Community Mental Health als de cliënt behandeld wordt in een ambulante voorziening
- het BelRAI Forensic supplement indien de cliënt in contact is met het gerecht als dader
- het BelRAI Verstandelijke beperking supplement indien de cliënt een verstandelijke beperking heeft
- het BelRAI Verslavings supplement indien de cliënt verslaafd is (geweest) aan bepaalde middelen.



De meeste BelRAI instrumenten zijn dus beoordelingsinstrumenten die door de hulpverleners worden ingevuld. Het zijn geen vragenlijsten die door cliënten worden ingevuld, met uitzondering van de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst waarbij de persoon zelf kan aangeven hoe hij/zij de eigen kwaliteit van leven en de gekregen zorg ervaart. Mogelijk wordt ook gevraagd om een tweede vragenlijst in te vullen die niet tot het BelRAI instrumentarium behoort: de Nederlandse Empowerment Lijst of de I.ROC.

#### Fase 2: BelRAI GGZ-resultaten

Van zodra BelRAI GGZ-instrumenten zijn ingevuld, worden BelRAI resultaten berekend. Om deze resultaten te berekenen, is gespecialiseerde software nodig die door de onderzoekers werd voorzien. Alle instrumenten en vragenlijsten dienen ingevuld te worden via deze software.

De BelRAI resultaten die worden berekend zijn zorgschalen en Clinical Assessment Protocols, kortweg CAP's genoemd. Zorgschalen zorgen voor scores met betrekking tot verschillende aspecten van het functioneren van de persoon, zoals de mate van depressie, de mate van sociale terugtrekking, risico op zelfverwondend gedrag en mate van pijn. Lage scores weerspiegelen een goed niveau van functioneren, hogere scores geven aan dat er zich problemen voordoen op het betreffende domein. Op die wijze wordt de huidige klinische en functionele status van de persoon in beeld gebracht.

De CAP's zijn een soort 'alarmpjes' die de aandachtspunten bij het opstellen of bijsturen van een begeleidingsplan weergeven. Van zodra een CAP geactiveerd wordt of zodra een alarmpje opgelicht wordt, kan met het hele team, inclusief de cliënt en diens naasten, bekeken worden of dit aandachtspunt moet meegenomen worden bij het opstellen of evalueren van het individueel begeleidingsplan. De CAP's die berekend worden, hebben betrekking op vijf levensdomeinen: veiligheid, sociaal leven, economische factoren, autonomie en gezondheidspromotie.

#### ***DUNDRUM (enkel voor de forensische GGZ)***

De DUNDRUM-toolkit kan gebruikt worden om ondersteuning te bieden bij het bepalen van het beveiligingsniveau van de voorziening waarin de behandeling kan gegeven worden (DUNDRUM-1) en opname prioriteit (DUNDRUM-2). De subschaal DUNDRUM-3 meet de vooruitgang die een cliënt maakt tijdens zijn behandeling, terwijl de DUNDRUM-4 de mate van herstel in kaart brengt.

Net zoals bij de BelRAI GGZ-instrumenten wordt de gegevensverzameling voor de DUNDRUM voornamelijk gedaan op basis van observatie door de hulpverleners, aangevuld met informatie uit dossiers en uit gesprekken met de persoon en diens familie, vrienden of mantelzorgers. De DUNDRUM kan ingevuld worden door elk lid van het multidisciplinaire team.

Van de DUNDRUM zal men gebruik maken van: DUNDRUM-1 (11 items), DUNDRUM-3 (7 items) en DUNDRUM-4 (6 items). Voor de DUNDRUM-3 en 4 is er naast de hulpverlenersversie ook een versie die moet ingevuld worden door cliënten. Beide versies van de DUNDRUM worden ingevuld via de software.

### ***Cliënten die deelnemen aan dit onderzoek***

Voor dit onderzoek zoeken we personen die reeds twee jaar of meer psychische en sociale gevolgen ervaren van een psychische aandoening én die daarvoor in behandeling zijn in een Vlaamse GGZ-voorziening. Cliënten kunnen met hun naaste betrokkenen overleggen alvorens te beslissen om al dan niet deel te nemen aan de studie. Voor de personen die besluiten deel te nemen aan het onderzoek worden de BelRAI GGZ-instrumenten éénmalig ingevuld door één of meerdere van zijn/haar hulpverleners. Voor cliënten van een forensische GGZ-voorziening wordt eveneens de DUNDRUM ingevuld. Het is mogelijk dat hulpverleners extra vragen gaan stellen, bovenop de begeleiding die cliënten normaal gezien krijgen binnen de voorziening. Deze vragen kunnen gaan over zijn/haar gezondheid, zorggebruik en zorgbehoeften. Ook naasten van deelnemende cliënten kunnen extra bevraagd worden indien de cliënt hiermee akkoord is (zie formulier voor geïnformatiseerd toestemming).

Bijkomend zullen cliënten zelf de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst invullen, al dan niet met hulp van een hulpverlener, afhankelijk van of dit nodig is of niet. Daarnaast is het mogelijk dat aan cliënten gevraagd wordt om de I.ROC of de Nederlandse Empowerment Lijst in te vullen. De BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst geeft een beeld van hoe de persoon zelf de kwaliteit van zijn leven en van de behandeling/begeleiding die hij hier krijgt, ervaart. De Nederlandse Empowerment Lijst geeft een beeld van de sterktes en de mogelijkheden van cliënten. De I.ROC peilt naar levenskwaliteit en herstel van cliënten. Binnen de forensische GGZ-voorzieningen zullen deze drie vragenlijsten vervangen worden de twee modules van de DUNDRUM die cliënten zelf zullen invullen.

Vervolgens bespreekt de hulpverlener de resultaten op de verschillende instrumenten met de cliënt. Samen bekijken zij of de resultaten bijkomende informatie geven voor het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt.

Voor enkele cliënten gaan de hulpverleners tenslotte ook in de teamvergadering aan de slag met de verzamelde data en de BelRAI resultaten om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen.

### ***Hulpverleners en beleidsmedewerkers die deelnemen aan dit onderzoek***

Per deelnemende GGZ-voorziening worden één of twee hulpverleners betrokken bij de studie. Vooraleer de hulpverleners de BelRAI GGZ-instrumenten gaan gebruiken, volgen ze eerst een opleiding met betrekking tot de BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM). De hulpverleners vullen voor 10 cliënten BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) in met de vraag om de resultaten met de betrokken cliënten te bespreken. Vervolgens kunnen de voorzieningen ervoor kiezen om voor minimum drie cliënten de BelRAI resultaten in de teamvergadering te bespreken als hulpmiddel om het begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Op het einde van de studie nemen de hulpverleners deel aan een focusgroep en vullen ze een vragenlijst in. Op die wijze geven de hulpverleners hun mening over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) binnen de begeleiding die zij aanbieden. De hulpverleners worden zoveel mogelijk begeleid aan de hand van intervisiesessies – aangeboden in groep – en individuele, telefonische intervisie.

Op het einde van de studie worden tenslotte ook enkele beleidsmedewerkers van de deelnemende voorzieningen bevroegd in een gelijkaardige focusgroep die handelt over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) binnen de begeleiding die in hun type van voorziening wordt aangeboden.

#### **Zijn er voor- of nadelen aan dit onderzoek?**

Het systematisch gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten heeft als doel de kwaliteit van de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of verslaving te verbeteren. Dit onderzoek bestudeert het gebruik van deze BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM) in de dagdagelijkse praktijk in Vlaanderen. Zodoende kan aan de hand van deze studie informatie verzameld worden over *hoe* de BelRAI GGZ-instrumenten bruikbaar kunnen worden in de GGZ, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Deelname aan deze studie brengt niet noodzakelijk een persoonlijk voordeel met zich mee. Wel is het mogelijk dat, door het gebruik van de BelRAI instrumenten (en DUNDRUM), zorgnoden in beeld worden gebracht die voordien geen of minder aandacht kregen. Deze extra inzichten kunnen vervolgens besproken worden en een bijdrage leveren aan het persoonlijk begeleidingsplan.

Afgezien van de tijdsinvestering zijn er geen directe nadelen aan dit onderzoek verbonden.

#### **Duur van het onderzoek?**

De BelRAI GGZ-studie start in het najaar van 2019. De periode waarin de BelRAI instrumenten ingevuld wordt voor en door 10 cliënten van de voorziening zal vijf maanden duren.

#### **Vrijwillige deelname aan het onderzoek**

Deelname aan dit onderzoek – zowel voor cliënten als voor hulpverleners - is geheel vrijwillig. Als u niet wil deelnemen, hoeft u daarvoor geen reden te geven. Wanneer een cliënt of hulpverlener niet wil meedoen of halverwege het onderzoek wil stoppen, kan dat altijd. Dit heeft geen gevolgen voor de behandeling die een cliënt krijgt of voor de werksituatie van de hulpverlener. Eénmaal u uw toestemming hebt gegeven, kan deze altijd - zonder dat de reden vermeld hoeft te worden - weer ingetrokken worden.

#### **Vertrouwelijkheid van de gegevens**

In dit wetenschappelijke onderzoek verzamelen hulpverleners persoonsgegevens over cliënten, die daarna overgemaakt worden aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven en door hen verwerkt worden. Deze gegevens hebben betrekking op de huidige klinische situatie van cliënten, maar ook op hun medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van hun (geestelijke) gezondheid volgens de geldende zorgstandaard.

Alle instrumenten en vragenlijsten worden door hulpverleners en cliënten ingevuld aan de hand van Qualtrics-software. Dit is nodig om de BelRAI resultaten te kunnen berekenen. De onderzoekers van LUCAS KU Leuven stellen deze software ter beschikking aan de hulpverleners die de gegevens voor deze studie verzamelen.

De hulpverleners zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om de naam van cliënten nooit bekend te maken (bv. in het kader van een publicatie of een conferentie) en dat zij de gegevens van cliënten zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij ze doorgeven aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven.

De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven. Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid. De onderzoekers zullen de gegevens verwerken overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG/GDPR) en de Belgische Wetgeving (Belgische wet 30 Jul 2018) betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

Hulpverleners en hun team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en het medisch dossier van cliënten. De onderzoekers van LUCAS KU Leuven, kunnen de cliënten niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Alleen de onderzoekers bewaren de gecodeerde data voor zolang dit nodig is in het kader van de studie, en maximum vijf jaar.

#### **Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven**

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven na raadpleging van het Ethisch comité van de deelnemende centra (S61488). Deze commissies hebben beoordeeld dat het onderzoek voldoet aan alle gestelde eisen en dat het onderzoek voldoende nut zal opleveren. In geen geval dient u de goedkeuring door deze instanties te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

#### **Heeft u vragen?**

We hopen u met deze folder voldoende te hebben geïnformeerd over de BelRAI GGZ-studies. Mocht u nog vragen over het onderzoek hebben, dan kunt u altijd contact opnemen met uw hulpverlener of met een wetenschappelijk medewerker van Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Gegevens van uw hulpverlener:

Naam:

Telefoonnummer:

E-mail:

Gegevens onderzoekers Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Hanne Van Horebeek, LUCAS KU Leuven – [hanne.vanhorebeek@kuleuven.be](mailto:hanne.vanhorebeek@kuleuven.be) of 016/19.43.99

dr. Petra Habets, KeFor Rekem en LUCAS KU Leuven – [petra.habets@opzcrekem.be](mailto:petra.habets@opzcrekem.be)

dr. Kathleen De Cuyper, LUCAS KU Leuven - [kathleen.decuypere@kuleuven.be](mailto:kathleen.decuypere@kuleuven.be)

Mede namens prof. Chantal Van Audenhove en prof. Anja Declercq, promotoren van deze studie, LUCAS KU Leuven



**Bijlage informatiebrochure: Overzicht van de domeinen die in beeld worden gebracht met de BelRAI GGZ-instrumenten**

De items die per domein in de instrumenten aan bod komen, overlappen nooit *over* de BelRAI GGZ-instrumenten heen.

<b>BelRAI (Community) Mental Health</b>	<b>BelRAI Addiction supplement (uitgebreide versie)</b>	<b>BelRAI Forensic supplement</b>	<b>BelRAI Intellectual Disability supplement</b>	<b>BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement</b>	<b>BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst</b>
Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonlijke gegevens	Persoonlijke kijk op het leven
Opname en voorgeschiedenis	Studie-, werk- en woongegevens (enkel in uitgebreide versie)	Indicatoren van psychisch functioneren	Opname en voorgeschiedenis	Beoordeling woonomgeving	Autonomie en zelfbeschikking
Indicatoren van psychisch functioneren	Voorgeschiedenis rond verslaving (uitgebreider in de uitgebreide versie)	Betrokkenheid bij criminele activiteiten	Gemeenschap en sociale betrokkenheid	Dagelijks functioneren en cognitie	Dagelijkse activiteiten
Middelengebruik of extreem gedrag	Beschrijving van het verslavingsprofiel (enkel in uitgebreide versie)	Gedrag	Sterke punten, sociale omgang en mantelzorg	Gezondheids-toestand	Vrienden en familie
Schade aan zichzelf en anderen	Toestand van mond en fysieke gezondheid	Levens-gebeurtenissen	Communicatie en cognitie	Mantelzorg en steun	Gemeenschap
Gedrag	Videogaming en internet	Sociale relaties	Stemming en gedrag	Dagbesteding	Relatie met het personeel
Cognitie	Bereidheid en ondersteuning tot verandering	Ontslag-mogelijkheden	Geneesmiddelen	Financiële toestand	Privacy
Algemeen dagelijks functioneren			Ondersteuning en dienstverlening	Ontslag en verwijzing	Empowerment en ondersteuning
Communicatie- en gezichtsvermogen					Discriminatie en levens-omstandigheden
Gezondheids-toestand					Toegang tot diensten
Stress en trauma					Diversen
Geneesmiddelen					Opmerkingen die de persoon kan toevoegen
Zorgconsumptie en behandelingen					
Vrijheids-beperkende maatregelen en observaties (enkel in BelRAI MH)					
Toestand van voeding					

Sociale omgang (uitgebreider in BelRAI CMH)					
Werk, opleiding en financiën					
Ontslag- mogelijkheden					
Beoordeling van de omgeving (enkel in BelRAI CMH)					
Diagnostische informatie					
Ontslaginformatie					

## Bijlage 2. Richtvragen focusgroep hulpverleners

### Richtvragen DUNDRUM

<p><b>Invullen van de DUNDRUM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe verliep het invullen van de DUNDRUM?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hulpverlenersbeoordeling</li> <li>• Cliëntbeoordeling</li> </ul> </li> <li>- Waren er specifieke doelgroepen waarvoor het moeilijk/onmogelijk was om de DUNDRUM in te vullen?</li> </ul>
<p><b>Inhoud van de DUNDRUM en gebruik resultaten – voor begeidingsplan en doorverwijzing</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gaf de DUNDRUM een goed beeld van het noodzakelijke beveiligingsniveau voor de cliënt?</li> <li>- Helpt de DUNDRUM te duiden welke doorverwijzing nodig is voor de cliënt?</li> <li>- Opstellen/bijsturen begeleidingsplan:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe hebben jullie de resultaten van de DUNDRUM gebruikt bij het opstellen/aanpassen van het begeleidingsplan van de cliënt?</li> <li>• Geeft de DUNDRUM extra input naast het BelRAI GGZ-instrumentarium die gebruikt kan worden voor het begeleidingsplan van de cliënt?</li> <li>• Hoe is de balans tussen de tijdsinvestering van het invullen en de info die men krijgt uit de DUNDRUM?</li> </ul> </li> </ul>

### Richtvragen BelRAI GGZ-instrumentarium

<p><b>Gegevensverzameling voor en invullen van BelRAI GGZ-instrumentarium</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe zijn jullie te werk gegaan om ...             <ul style="list-style-type: none"> <li>• gegevens te verzamelen?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ In welke mate was er multidisciplinair over nodig om alle gegevens te verzamelen?</li> </ul> </li> <li>• de BelRAI instrumenten in te vullen?</li> </ul> </li> <li>- Welke gegevens/items zijn moeilijk...             <ul style="list-style-type: none"> <li>• te verzamelen?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kunnen alle items van de BelRAI GGZ-instrumenten op een bepaald moment in de zorg bespreekbaar gemaakt worden door de hulpverlener naar de zorggebruiker toe?</li> </ul> </li> <li>• in te vullen?</li> </ul> </li> </ul>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zijn er specifieke topics uit de BelRAI (C)MH-instrumenten waarover meer discussie bestaat tussen zorgverleners dan over andere topics, en waarbij het bijgevolg moeilijker is om te weten wat er best ingevuld wordt bij die BelRAI-items?</li> <li>- Na hoeveel tijd ... <ul style="list-style-type: none"> <li>• is het mogelijk om de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen? ~ inclusiecriteria: Minstens 1 maand in opname/behandeling</li> <li>• is het voor jullie het meest nuttig – met het oog op input voor het begeleidingsplan – om de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen?</li> </ul> </li> <li>- Hoe is de tijdsinvestering voor het invullen van een beoordeling (inclusief gegevensverzameling) geëvolueerd doorheen het project? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer in het weekschema werd een beoordeling ingevuld?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Inhoud BelRAI GGZ-instrumentarium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In welke mate is het BelRAI (C)MH-instrument geschikt om de zorgnoden en het functioneren te beoordelen van de populatie waarmee jullie werken?</li> <li>- In welke mate geeft het .... bijkomende informatie m.b.t. de zorgnoden en het functioneren van je cliënten, aanvullend op het BelRAI hoofdinstrument? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addictions supplement – extended version</li> <li>• Forensisc supplement</li> </ul> </li> </ul>
<b>BelRAI GGZ-resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In welke mate hebben de CAP's/zorgschalen een meerwaarde geboden?</li> <li>- Brengen de BelRAI GGZ-resultaten zaken naar boven die jullie voordien nog niet geobserveerd hadden?</li> <li>- Wanneer werden de BelRAI GGZ-resultaten besproken? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met de cliënt</li> <li>• Met de familie</li> <li>• Met het team</li> </ul> </li> </ul>
<b>Gebruik van BelRAI in de Vlaamse GGZ in de toekomst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat zijn de barrières en wat zou er kunnen helpen om de BelRAI GGZ-instrumenten in te vullen in de GGZ?</li> <li>- Welke informatie uit de BelRAI (C)MH-instrumenten kan op welk niveau gedeeld worden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met de volledige gezondheidszorg</li> <li>• Enkel binnen de GGZ</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enkel binnen eigen voorziening</li><li>• Niet gedeeld met andere zorgverleners</li></ul> <p>- Hoe vaak dienen de BelRAI (C)MH-instrumenten afgenomen te worden om een goed zicht te krijgen op de evolutie van het functioneren van de zorggebruiker?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij welke belangrijke veranderingen in het functioneren van de cliënt is dit ook nodig?</li></ul>
--	---



### **Bijlage 3. Gedetailleerde weergave van de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners en beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden**

In deze bijlage geven we een gedetailleerde weergave van de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners die tijdens de pilootstudie ervaring hadden opgedaan met het invullen van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium, en volgens beleidsexperten uit de sector en betrokken overheden. We bespreken de gebruiksmogelijkheden in drie stappen. We geven

1. een **opsomming** van de gebruiksmogelijkheden van de **DUNDRUM** volgens **hulpverleners** (focusgroep), ingedeeld volgens de eerste drie onderzoeksvragen van de pilootstudie:
  - 1.1. de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM als instrument: geschiktheid en haalbaarheid
  - 1.2. de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM resultaten voor het begeleidingsplan en verwijzing
  - 1.3. het gebruik van DUNDRUM in de Vlaamse forensische GGZ in de toekomst
2. een **opsomming** van de gebruiksmogelijkheden van het **BelRAI GGZ instrumentarium** volgens **hulpverleners** (focusgroep en attitudeschaal), ingedeeld volgens de eerste drie onderzoeksvragen van de pilootstudie:
  - 2.1. de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ instrumentarium zelf: geschiktheid en haalbaarheid
  - 2.2. de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ resultaten voor het begeleidingsplan
  - 2.3. het gebruik van BelRAI GGZ instrumentarium in de Vlaamse forensische GGZ in de toekomst
3. een **opsomming** van de gebruiksmogelijkheden van het **BelRAI GGZ instrumentarium** en de **DUNDRUM** volgens **beleidsexperten** uit de sector en de betrokken overheden, ingedeeld volgens de eerste drie onderzoeksvragen van de pilootstudie:
  - 3.1. de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM als instrument: geschiktheid en haalbaarheid
  - 3.2. de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM resultaten voor het begeleidingsplan en verwijzing
  - 3.3. het gebruik van DUNDRUM in de Vlaamse forensische GGZ in de toekomst

#### **1 De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM volgens de hulpverleners**

De visie van de hulpverleners die het instrumentarium gebruikt hebben, op de gebruiksmogelijkheden van de **DUNDRUM**, hebben we bevraagd tijdens de focusgroep waaraan één hulpverlener uit elk van de deelnemende voorzieningen deelnam (zie hoofdstuk 5, 3.2). Hieronder geven we per onderzoeksvraag de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM volgens de hulpverleners weer.

## 1.1 Onderzoeksvraag 1: De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM in de zorg voor cliënten met een EPA en/of verslaving

### 1.1.1 Geschiktheid van de DUNDRUM

De hulpverleners haalden volgende aspecten aan omtrent de geschiktheid van de DUNDRUM.

- **De correcte inschatting van het beveiligingsniveau:** De hulpverleners geven aan dat de uitkomst van het eigen diagnostisch instrumentarium in overeenstemming is met de resultaten van de DUNDRUM-1. De lage scores binnen de ambulante voorzieningen bevestigen de hypothese dat de DUNDRUM een correct beeld geeft van het beveiligingsniveau dat nodig is voor de behandeling van de cliënt.
- De hulpverleners twijfelden over het assessment van bepaalde items. Onderstaande voorbeelden zijn aangehaald:
  - **Er is niet altijd een antwoordcategorie die de cliënt voor 100% beschrijft.** Zowel bij de items uit de hulpverleners- als de cliëntversie twijfelde men soms welke antwoordcategorie het beste de cliënt beschreef, aangezien de verschillende deelaspecten die onderdeel uitmaken van een antwoordcategorie, soms niet allemaal van toepassing zijn voor de betreffende cliënt.
  - Eén hulpverlener haalde aan dat de **dynamische factoren** (DUNDRUM-4, item 5) moeilijker te beoordelen zijn. Het klopt dat, om deze items te kunnen beoordelen, de score van de HCR-20 nodig is. Indien de voorziening niet met dit instrument werkt, kunnen de dynamische factoren niet gescoord worden met de DUNDRUM.
  - Cliëntversie DUNDRUM-3, item 7 (**familie en sociale netwerken**): Twijfel over hoe dit correct te beoordelen wanneer een cliënt gebroken heeft met de familie, maar hier op een correcte manier mee omgaat en voor de rest geen problemen heeft op sociaal vlak.
  - Cliëntversie DUNDRUM-3, item 2 (**geestelijke gezondheid**): Eén van de eerste items in de cliëntversie legt de klemtoon op de psychische ziekte van de cliënt, dit kan afstotend werken voor de cliënt.
- **De DUNDRUM is geen Vlaams instrument:** Zowel op vlak van taalgebruik als inhoudelijk merkten de hulpverleners dat de DUNDRUM niet ontwikkeld is in Vlaanderen. Bv. 'programma' is een begrip dat niet elke voorziening hanteert, items rond media<sup>22</sup> zijn minder van toepassing in Vlaanderen.
- Enkele hulpverleners waren van mening dat voor enkele **doelgroepen** van cliënten het **moeilijker of zelfs onmogelijk** is om de cliëntversie of de hulpverlenersversie van de DUNDRUM in te vullen. Onderstaande voorbeelden werden aangehaald:
  - Cliëntversie:
    - Bij één cliënt met epilepsie of frontaal syndroom;
    - Bij cliënten die zich moeilijker kunnen concentreren;
    - Bij cliënten met beperktere cognitieve mogelijkheden.
    - Bij psychotische cliënten. Deze cliënten waren sneller afgeleid en leken af te glijden naarmate de vragenlijst vorderde. Door de vragen te herhalen, kon het assessment wel voltooid worden.

---

<sup>22</sup> Hulpverlenersversie:

- DUNDRUM-1: item 8. Slachtoffergevoeligheid/publieke opinie
- DUNDRUM-4: item 6. Slachtofferkwesities
- Cliëntversie: DUNDRUM-4: item 6. Slachtofferkwesities

Het is voor de hulpverleners niet gemakkelijk om de vraagstelling goed over te brengen naar de cliënten.

- Hulpverlenersversie:
  - Bij cliënten die nog in een behandelingstraject zitten t.o.v. cliënten die al meer inzetten op resocialisatie en zelfstandiger, vrijer zijn. Bij deze eerste groep stootte men meer op het probleem dat een categorie niet altijd 100% aansloot bij een cliënt.

### 1.1.2 Haalbaarheid in gebruik van de DUNDRUM

De hulpverleners benadrukten enkele praktische zaken met het oog op het invullen van de DUNDRUM.

- **Tijdsinvestering:** Het invullen van de DUNDRUM vraagt volgens enkele hulpverleners een ruime tijdsinvestering. Dit verwijst niet enkel naar het invullen zelf, maar ook de voorbereidingstijd die men o.a. steekt in het bestuderen van de handleiding en het uitleggen van het instrument aan de cliënten. Enkele hulpverleners gaven aan dat het assessment niet zomaar bij de gewone dagtaken genomen kan worden. Eén hulpverlener vermeldde ook dat het invullen van de DUNDRUM vlot is verlopen.
- **Multidisciplinair invullen:** Bepaalde hulpverleners hebben de DUNDRUM ingevuld met behulp van collega's. Wanneer er een persoonlijke begeleider is, beschikt deze vaak over de meeste informatie. Multidisciplinair invullen is in de praktijk reeds gebruikelijk en wenselijk.
- **Cliëntversie werd vaak samen met de hulpverlener ingevuld:**
  - Voordelen: De hulpverlener kan onmiddellijk extra duiding bieden waar nodig. De cliënt kan gemakkelijk vragen stellen.
  - Nadelen: Verschillende hulpverleners ondervonden dat cliënten vaak bevestiging zoeken voor de antwoorden van de DUNDRUM-cliëntversie. Het feit dat de hulpverlener naast de cliënt zit, zal dit waarschijnlijk versterken.
  - Het voorlezen van de cliëntversie aan de cliënt is geen aan te raden methode omwille van (1) de tijd die dit in beslag neemt, (2) veel input om te onthouden voor de cliënt en (3) vermoeiend voor beide partijen.
- **Invullen van de DUNDRUM:**
  - Cliëntversie: Sommige cliënten vulden hun beoordeling eerst in **op papier**, waarna de hulpverlener de gegevens ingaf in de software. Terwijl anderen het **rechtstreeks in Qualtrics** ingaven.
  - Hulpverlenersversie: Het overgrote deel van de hulpverleners heeft de DUNDRUM eerst ingevuld **op papier** – al dan niet met hulp van collega's - om hierna de gegevens in te voeren in Qualtrics. Dit verliep het vlotst en maakte het mogelijk om op de papieren versie de nodige aantekeningen te maken (bv. 'Nog te bevragen bij cliënt').

## 1.2 Onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM-resultaten voor het begeleidingsplan en de verwijzing van cliënten met een EPA en/of verslaving

De deelnemende voorzieningen zijn **niet aan de slag gegaan met de resultaten** voor het begeleidingsplan. Hun visies met betrekking tot het gebruik van de DUNDRUM-resultaten voor het begeleidingsplan – die hieronder worden weergegeven - stelen bijgevolg niet op eigen ervaring.

Redenen hiervoor:

- **Tijdsgebrek**
- **Te weinig input** uit DUNDRUM om te gebruiken voor het opstellen van het begeleidingsplan:
  - **DUNDRUM vs. het eigen diagnostisch instrumentarium:** Al de forensische GGZ-voorzieningen gebruiken een eigen diagnostisch instrumentarium waaruit ze de nodige informatie halen om het begeleidingsplan op te bouwen. Elke voorziening koos in het verleden een eigen diagnostisch instrumentarium, waardoor er veel verschillende instrumenten binnen en tussen de voorzieningen worden gebruikt. De toevoeging die DUNDRUM hierbij nog kan maken, vonden voornamelijk de hulpverleners uit de residentiële settings beperkt. Wat de meerwaarde van de DUNDRUM zou zijn wanneer de huidige instrumenten buiten beschouwing gelaten worden, is een belangrijke vraag, maar moeilijk in te schatten door de hulpverleners. Tijdens de studie vulden ze immers zowel hun eigen instrumentarium in als de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium.
  - **Lage scores op de DUNDRUM in ambulante settings<sup>23</sup>:** De lage scores op de DUNDRUM binnen de deelnemende ambulante settings stroken met de realiteit binnen deze voorzieningen. Zij bevinden zich namelijk aan het einde van het traject van de cliënt. Hierdoor krijgen de hulpverleners het gevoel dat zij – voor de cliënten die zij ambulant begeleiden – weinig input halen uit de DUNDRUM. Doordat de meeste cliënten een 0 of 1 scoren op alle items, differentieert de DUNDRUM weinig binnen hun cliëntenbestand. Hierdoor stellen de ambulante settings de meerwaarde van de extra inspanningen in vraag. Eén van de IBW geeft aan dat de DUNDRUM wel differentieert binnen hun cliëntenbestand, afhankelijk van het type woonsituatie waarin een cliënt zich bevindt (gemeenschap-, studio -, of zelfstandig wonen).
- **Onduidelijk hoe men met de output aan de slag kan:** Eén van de hulpverleners uit een residentiële setting gaf aan dat ze niet wist hoe ze met de output van de DUNDRUM aan de slag kon gaan om het begeleidingsplan bij te sturen. Ze gaf aan dat de output van het eigen diagnostisch instrumentarium (bv. IFBE) hier meer mogelijkheden voor biedt door de meer gedetailleerde en cliënt-specifieke informatie. Voorzieningen die minder eigen diagnostisch instrumentaria hebben (voornamelijk mobiele teams en beschut wonen) hadden deze ervaring niet.

De DUNDRUM werd in het kader van de studie gebruikt door hulpverleners van forensische GGZ-voorzieningen. Er is tijdens de focusgroep ook gesuggereerd om het instrument op **andere niveaus** te gebruiken zoals de KBM, psychosociale dienst van gevangenen, schakelfuncties. Op deze manier zou men met de eerste subschaal van de DUNDRUM – een beknopt instrument dus – kunnen nagaan binnen welk beveiligingsniveau de cliënt past. De keerzijde van dit voorstel is dat deze instanties de cliënt mogelijks minder goed kennen dan de hulpverleners uit de GGZ-voorzieningen, waardoor ze het instrument minder vlot zullen kunnen invullen. Hoe beter men een cliënt kent, hoe vlotter men het instrument kan invullen.

---

<sup>23</sup> Met de term ambulante settings wordt verwezen naar alle types voorzieningen waarin de BelRAI Community Mental Health werd afgenomen. Dit zijn de CGG's, de diensten BW en de mobiele teams.

De hulpverleners zien zowel voor- als nadelen met betrekking tot het **inschatten van het beveiligingsniveau en de noodzakelijke doorverwijzing** aan de hand van de DUNDRUM.

- Voordelen:
  - **De correcte inschatting van het beveiligingsniveau:** De hulpverleners geven aan dat de uitkomst van het eigen diagnostisch instrumentarium in overeenstemming is met de resultaten van de DUNDRUM-1. Ook de lage scores binnen de ambulante voorzieningen ondersteunen de hypothese dat de DUNDRUM een correct beeld weerspiegelt van het beveiligingsniveau dat nodig is voor de behandeling van de cliënt.
  - **Tegengaan van subjectiviteit in doorverwijzing:** Hulpverleners verklaren dat er soms een behoorlijke druk is om doorverwezen cliënten op te vangen, zonder dat de ontvangende voorziening weet dat de cliënt klaar is om in een lager beveiligingsniveau verder behandeld te worden. Daarnaast gebeuren doorverwijzingen ook uit gewoonte of kunnen de ontvangende voorzieningen niet altijd bieden wat de verwijzer van hen vraagt. Het gebruik van éénzelfde instrument dat alle hulpverleners en voorzieningen gebruiken, zou dergelijke zaken kunnen tegengaan. Eén van de hulpverleners merkt op dat het daarnaast noodzakelijk is dat voorzieningen beter op de hoogte zijn van elkaars werking en de verwijzingen die ze naar elkaar kunnen doen. Enkele hulpverleners binnen de ambulante settings staan kritisch ten aanzien van de meerwaarde van de DUNDRUM-scores bij de eigen cliënten omdat de DUNDRUM niet differentieert tussen hun cliënten. Toch kan het voor voorzieningen die aan het einde van een traject zitten en vaak de ontvangende partij zijn in een doorverwijzingsproces, wel een meerwaarde zijn dat de DUNDRUM wordt afgenomen bij cliënten die mogelijks naar hun voorziening worden doorverwezen, zodat de inschatting van het vereiste beveiligingsniveau op een objectieve manier kan gebeuren.
  - **Multidisciplinair invullen geeft iedereen een stem in de beslissing tot doorverwijzing:** Wanneer in de toekomst de DUNDRUM door verschillende disciplines ingevuld zou worden, zou dit aan alle betrokken hulpverleners een stem kunnen geven in het doorverwijzingsproces. Dit is tot op heden niet altijd het geval waardoor bepaalde disciplines hun mening soms meer doorduwen en nuttige informatie vanuit andere invalshoeken verloren gaat.
- Nadelen:
  - **DUNDRUM vs. het eigen diagnostisch instrumentarium:** Net zoals met het oog op de eventuele meerwaarde van DUNDRUM voor het begeleidingsplan, vormen de eigen diagnostische instrumentaria die de voorzieningen hanteren ook hier een aandachtspunt. Afhankelijk van de voorziening zijn reeds andere instrumenten in gebruik om een inschatting te maken omtrent risicomanagement en doorverwijzing. De gebruikte instrumenten zijn reeds ingebed in de werking van de voorzieningen en geven een output waar de hulpverleners beter mee aan de slag kunnen bv. meer gefocust op krachten, uitgebreid verslag, niet gestandaardiseerd maar meer patiënt-specifiek (bv. geen numerieke scores op subschalen, maar omschrijving van problemen waar de cliënt mee kampt).
  - **De doorverwijzing is eveneens gebaseerd op aspecten die niet in de DUNDRUM vervat zitten:** In de praktijk dienen of willen hulpverleners rekening te houden met aspecten die de DUNDRUM niet omvat, zoals de financiële middelen die een cliënt

wil/kan besteden aan zijn behandeling<sup>24</sup>. Daarnaast zijn enkele hulpverleners bezorgd dat bepaalde cliënten niet de kans zullen krijgen om doorverwezen te worden naar een setting met een lager beveiligingsniveau, wanneer de verwijzing enkel gebaseerd zou zijn op de inschatting van het beveiligingsniveau aan de hand van de DUNDRUM.

- **De reactie van de cliënt bij een verschil tussen het beveiligingsniveau van de setting waarin hij verblijft en de uitkomst van de DUNDRUM:** De hulpverleners vrezen dat wanneer de output van de DUNDRUM geen weerspiegeling is van het beveiligingsniveau van de setting waar de cliënt op dat moment verblijft, dit tot onvrede bij de cliënt kan leiden. Dit kan voor spanningen zorgen in de hulpverleningssituatie, waarbij de vraag is hoe hulpverleners hiermee dienen om te gaan.

### **1.3 Onderzoeksvraag 3: Het gebruik van de DUNDRUM in de Vlaamse forensische GGZ in de toekomst**

De derde onderzoeksvraag is wat betreft de DUNDRUM niet expliciet bevraagd geweest bij de hulpverleners. De focusgroep maakte duidelijk dat zij wel open staan om het instrument in de toekomst te gebruiken om doorverwijzing te objectiveren, rekening houdend met de reeds vermelde barrières (zie 1.2).

## **2 De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de hulpverleners**

De visie van de hulpverleners die het instrumentarium gebruikt hebben op de gebruiksmogelijkheden van het **BelRAI GGZ-instrumentarium** is bevraagd tijdens de focusgroep waaraan één hulpverlener uit elk van de deelnemende voorzieningen deelnam. Vlak vóór de start van deze focusgroep vulden de hulpverleners ook een attitudeschaal in over het gebruik van BelRAI in de forensische GGZ in de zorg voor geïnterneerden met een EPA en/of verslaving (zie hoofdstuk 5, 3.2). Hieronder geven we per onderzoeksvraag de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de hulpverleners weer.

---

<sup>24</sup> Toevoeging van de auteurs: een verblijf binnen een PVT is duurder dan een verblijf binnen een forensische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Het beveiligingsniveau van PVT's kan lager zijn dan het beveiligingsniveau van forensische afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis.

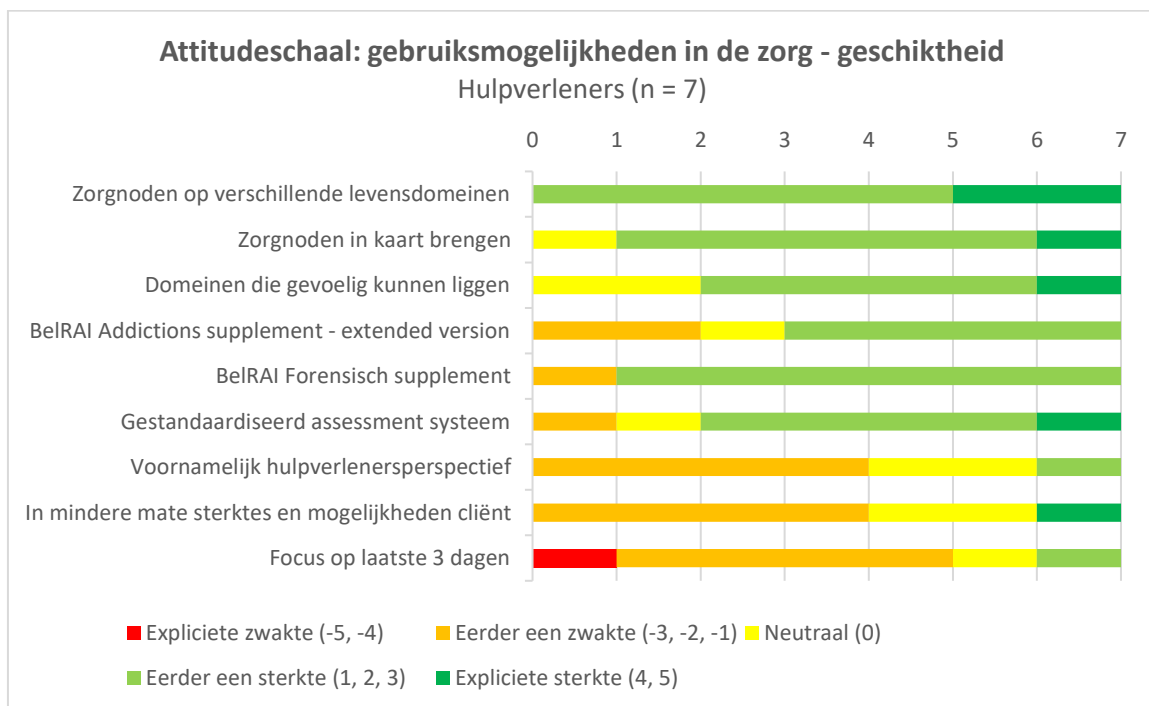


## 2.1 Onderzoeksvraag 1: De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium in de zorg voor cliënten met een EPA en/of verslaving

### 2.1.1 Geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium

#### 2.1.1.1 De attitudeschaal door hulpverleners

Figuur 34 toont de frequentieverdeling van de scores op de items die peilen naar de attitude omtrent de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium in de zorg voor cliënten met een EPA en/of verslaving. In het staafdiagram staan de stellingen van boven naar onder gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore op de stelling.



Figuur 34 Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium betreffende geschiktheid

Een meerderheid van de hulpverleners vindt het eerder een sterk punt dat:

- de BelRAI GGZ instrumenten de zorgnoden van de cliënt op verschillende levensdomeinen inventariseren (mediaan = 3).
- de BelRAI GGZ instrumenten de zorgnoden van personen met een EPA en/of verslaving in kaart brengen (mediaan = 2).
- de BelRAI GGZ instrumenten zorgnoden inventariseren m.b.t. domeinen die gevoelig kunnen liggen voor de cliënt (mediaan = 2).
- het BelRAI Addictions supplement – extended version zorgnoden in kaart brengt die specifiek zijn voor cliënten met een verslavingsproblematiek (mediaan = 2).
- het BelRAI Forensic supplement zorgnoden in kaart brengt die specifiek zijn voor cliënten die een gerechtelijk statuut hebben (mediaan = 2).
- BelRAI een gestandaardiseerd assessment systeem is, wat betekent dat alle hulpverleners op dezelfde manier de betreffende zorgnoden van cliënten in kaart brengen (mediaan = 2).

Een meerderheid van de hulpverleners ziet het eerder als een zwak punt dat:

- de BelRAI GGZ instrumenten de zorgnoden van de cliënt voornamelijk inventariseren vanuit het hulpverlenersperspectief (mediaan = -1).
- de BelRAI GGZ instrumenten in mindere mate sterktes en mogelijkheden van de cliënt inventariseren (mediaan = -2).
- de BelRAI GGZ instrumenten een overzicht geven van de zorgnoden van de cliënt m.b.t. de laatste 3 dagen, tenzij anders vermeld (mediaan = -2).

#### 2.1.1.2 Focusgroep met hulpverleners

De hulpverleners haalden een aantal aspecten aan omtrent de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium:

- Inhoud van de **BelRAI (C)MH-instrumenten**:
  - **Inhoudelijk vaak geen meerwaarde**: Bepaalde domeinen worden als niet-relevant beschouwd om via een instrument in kaart te brengen omdat (1) de behandeling/begeleiding zich niet richt tot deze domeinen (bv. fysieke toestand), (2) bepaalde zorgnoden niet voorkomen bij de cliënten (bv. ADL-problemen) of, (3) indien ze wel voorkomen, men hiervoor geen instrument nodig acht om dergelijke zaken vast te stellen (bv. slechte zelfzorg).
  - **Wel relevant, maar niet de primaire focus of niet diepgaand genoeg bevraagd**: De informatie betreffende het psychisch welzijn van de cliënt vinden de hulpverleners wel relevant om in beeld te brengen, maar wordt niet diepgaand genoeg bevraagd en/of vinden de hulpverleners niet prioritair met het oog op de zorg, omdat het – in de sector van de *forensische* GGZ - niet de kern van een begeleidingsplan uitmaakt.
  - **Items die criminogene noden in kaart brengen, ontbreken**: Samenhangend met het voorgaande, zijn de hulpverleners van mening dat de focus van een begeleidingsplan in een forensische GGZ-voorziening dient te liggen op het voorkomen van recidive (risicomanagement). Dit zien de meeste hulpverleners als de belangrijkste opdracht van forensische GGZ-voorzieningen. Dit vormt een onderwerp van discussie binnen sommige voorzieningen aangezien het psychisch welzijn van de cliënt verbonden kan zijn met het risico op recidive en het ook belangrijk is om hierop in te zetten. Twee hulpverleners geven aan dat het interessant kan zijn om een breed beeld te schetsen van de cliënt waarbij ook aandacht is voor zorgnoden die focussen op klinisch functioneren, psychosociaal, sociaal, cognitief en fysiek functioneren. Desalniettemin blijft het ontbreken van de bevraging van criminogene noden binnen het BelRAI hoofdinstrument een groot gemis voor de forensische GGZ-sector waardoor het instrument momenteel niet strookt met de belangrijkste opdracht van forensische GGZ-voorzieningen, nl. het voorkomen van recidive.
- Inhoud van **het BelRAI Addictions supplement – extended version**:

Al de hulpverleners die deelnamen aan de focusgroep hebben minstens één keer het Addictions supplement – extended version ingevuld voor een cliënt. Omtrent de eventuele meerwaarde die het supplement biedt – naast het hoofdinstrument – in het weerspiegelen van de zorgnoden en het functioneren van de cliënt, hebben de hulpverleners zowel positieve als negatieve ervaringen.

- Positieve ervaringen:
  - Verslaving kan een **belangrijke rol spelen met het oog op de delicten**. Hier is in het verleden niet altijd aandacht voor geweest binnen de forensische GGZ, dus het zou een meerwaarde zijn om hier meer op te focussen. Eén van de hulpverleners geeft aan reeds met een eigen uitgebreide middelenfiche te werken.
  - De concrete antwoorden op de items vormen niet altijd een meerwaarde, maar door verder door te vragen, kan dit wel extra info opleveren of **de aanzet voor een gesprek** vormen. Bv. vriend die aanzette tot middelengebruik leidde tot gesprek over netwerk cliënt.
- Negatieve ervaringen:
  - Bepaalde thema's rond verslaving komen **te gedetailleerd** aan bod terwijl dit voor het begeleidingsplan geen meerwaarde biedt. Bv. verslavingsgeschiedenis, tabel rond middelengebruik en probleemgedrag.
  - De vragen die **dieper inzoomen op verklarende factoren voor het middelengebruik** ontbreken, bv. is de cliënt intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd? Wat zijn risico-situaties? Hoe gaat de cliënt om met moeilijke situaties?
- Inhoud van het **BelRAI Forensic supplement**: Het Forensic supplement werd – met uitzondering van één persoon – voor alle deelnemende geïnterneerden met een EPA en/of verslaving ingevuld. Met uitzondering van één hulpverlener die hierbij op informatie stootte waar hij nog niet van op de hoogte was, bracht het Forensic supplement voor de andere hulpverleners geen nieuwe informatie voort. Het supplement geeft volgens de hulpverleners wel een **goed overzicht en een opfrissing** van de criminogene noden, hetgeen een aantal hulpverleners als een meerwaarde ervaarden.
- **BelRAI vs. het eigen diagnostisch instrumentarium**: De meerwaarde van de BelRAI (C)MH is – net zoals bij de DUNDRUM – moeilijk in te schatten omwille van het instrumentarium dat de voorzieningen momenteel reeds gebruiken. De hulpverleners vinden dit een belangrijk instrumentarium omwille van de goede aansluiting van de instrumenten bij de werking van hun voorziening. De voorzieningen waren immers vrij in de keuze van dit instrumentarium. Daarnaast bieden deze instrumenten volgens de hulpverleners meer handvaten om mee aan de slag te gaan voor het begeleidingsplan (zie resultaten onderzoeksvraag 2). De hulpverleners voegen toe dat de BelRAI (C)MH mogelijks meer zou opleveren wanneer de voorzieningen hun eigen instrumentarium niet zouden gebruiken.
- **De doelgroep: welke cliënten zijn betrokken in de studie?**
  - Verschillende hulpverleners hebben tijdens de studie het instrumentarium ingevuld voor cliënten die ze reeds **goed kenden**. Dit bepaalde mogelijks mee de beperkte output die ze uit de BelRAI (C)MH haalden, aangezien ze al over veel informatie over de cliënt beschikten.
  - Voor enkele **doelgroepen** was het **niet mogelijk/moeilijker** om het BelRAI (C)MH-instrument in te vullen:
    - Cliënten die psychotisch/paranoïde zijn: het assessment zou bij deze cliënten mogelijks reacties uitlokken die nadelig zijn voor hun verdere zorgtraject;
    - Cliënten die een meer gesloten persoonlijkheid hebben: de hulpverleners hadden minder informatie over deze cliënten, waardoor men meer items bij de cliënt zelf diende te bevragen, wat eveneens moeilijk lag.

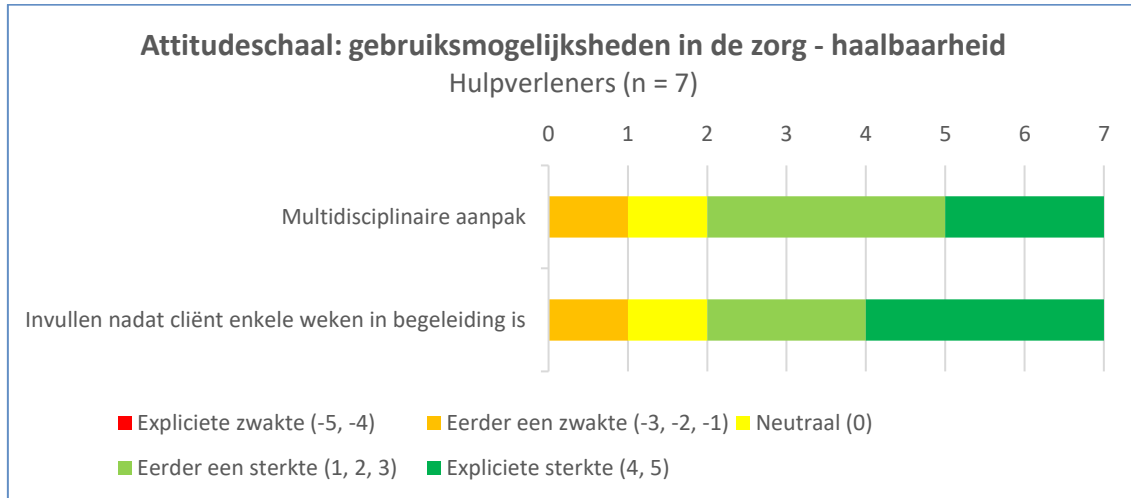
De hulpverleners ondervonden enkele **moelijkheden bij het verzamelen van de gegevens voor en het invullen van de items** van het BelRAI GGZ-instrumentarium (hoofdinstrument en supplementen).

- Informatie die moeilijk te verzamelen is:
  - Informatie die o.b.v. **observatie** verzameld wordt: Voor bepaalde items geeft het handboek aan om informatie (deels) te verzamelen op basis van het observeren van de cliënt. Dit is niet binnen elke setting mogelijk. Zeker de betrokken ambulante voorzieningen die als enige hulpverlener voorziet in de begeleiding van de cliënt en dus geen andere hulpverleners/voorzieningen kan aanspreken, stootten op dit probleem.
  - **Gedetailleerde info of info uit het verleden** vereist: Om bepaalde items te beoordelen is gedetailleerde informatie vereist die niet altijd gemakkelijk te verzamelen is. Daarnaast is (correcte) informatie uit het verleden, bv. met betrekking tot opnames in het verleden, ook niet altijd gemakkelijk te achterhalen.
  - **Delicate informatie**: Bepaalde items peilen naar zaken die mogelijks gevoeliger kunnen liggen bij de cliënt, zoals bv. traumatische levensgebeurtenissen. Volgens de hulpverleners ligt de moeilijkheid vooral in het gebrek aan tijd om hier verder op in te gaan (zeker in de ambulante settings). Welke items juist delicate informatie bevatten, is sterk afhankelijk van cliënt tot cliënt. Zo kan bv. het bespreken van familiebanden bij bepaalde cliënten gevoelig liggen terwijl dat voor anderen helemaal niet zo is.
- Items die moeilijk in te vullen zijn:
  - **Onduidelijke verwoording**: Bepaalde items zorgden voor discussies tussen hulpverleners die betrokken waren bij een beoordeling (bv. middelengebruik al dan niet categoriseren onder 'Vormt een bedreiging of gevaar voor zichzelf') of tussen de cliënt en de hulpverlener (bv. suïcidepoging al dan niet onder automutilatie categoriseren).
  - **(I)ADL-items**: De (I)ADL-items, voornamelijk de IADL-mogelijkheden, blijven moeilijk om in te schatten voor de hulpverleners.
  - **Drie-dagen regel**: Indien er geen andere tijdsaanduiding vermeld staat, dient men het item te beoordelen volgens de situatie van de afgelopen drie dagen. Naast de praktische moeilijkheden die dit met zich kan meebrengen (zie 3.1.2), stellen de hulpverleners zich ook de vraag of deze beperkte tijdspanne een vertekend beeld kan geven; bv. cliënt die normaal zelfstandig is, maar wegens een nieuwe knie tijdelijk beperkt is in haar mogelijkheden.

## 2.1.2 Haalbaarheid in gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium

### 2.1.2.1 De attitudeschaal door hulpverleners

Slechts twee stellingen uit de attitudeschaal peilen naar de attitude met betrekking tot de haalbaarheid in gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium. Figuur 35 geeft de frequentieverdeling van de scores op deze stellingen weer.



Figuur 35 Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium omtrent haalbaarheid

Een meerderheid van de hulpverleners beschouwt beide stellingen als eerder een sterk punt. Concreet betekent dit dat zij een positieve attitude aannemen t.o.v.

- de multidisciplinaire aanpak (binnen het eigen team of over teams heen die betrokken zijn bij de zorg voor een bepaalde cliënt) die het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten vraagt (mediaan = 2).
- de noodzaak dat de hulpverleners de cliënt reeds enkele weken in begeleiding hebben alvorens de BelRAI GGZ instrumenten te kunnen invullen (mediaan = 2).

### 2.1.2.2 Focusgroep met hulpverleners

Het BelRAI GGZ-instrumentarium dient ingevuld te worden via **gegevensverzameling** vanuit **verschillende bronnen**. Naast hun eigen kennis en ervaring, deden de hulpverleners hiervoor beroep op andere voorzieningen en hulpverleners, de cliënt, het cliëntendossier en andere verslaggeving.

- Informatie die o.b.v. **observatie** verzameld wordt: Voor bepaalde items geeft het handboek aan dat men informatie (deels) dient te verzamelen op basis van het observeren van de cliënt. Zeker voor de betrokken ambulante voorzieningen die als enige hulpverlener voorzien in de begeleiding van de cliënt en dus geen andere hulpverleners/voorzieningen kunnen aanspreken, is dit een probleem.
- **Andere voorzieningen/hulpverleners:** Verschillende hulpverleners hebben andere hulpverleners gecontacteerd om de nodige gegevens te verzamelen. De individuele begeleider was vaak de eerste te contacteren persoon, daarnaast werd ook de betrokkenheid van de sociale dienst, de afdeling waar de cliënt verblijft en een criminoloog vermeld. De hulpverlener van een CGG gaf aan dat zij vaak de enige betrokkene is in de begeleiding van cliënten waardoor de gegevensverzameling volledig bij deze persoon kwam te liggen. Zeker in deze context maakte de drie-dagen regel die van toepassing is voor verschillende items

het niet gemakkelijk om de items correct te beoordelen aangezien ambulante hulpverleners minder frequent contact hebben met de cliënt en ze geen beroep kunnen doen op andere hulpverleners voor deze informatie.

- **Cliënt:** Alle voorzieningen hebben informatie bij de cliënt zelf gehaald om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen. Enkele hulpverleners geven aan dat zij op voorhand een opsplitsing hebben gemaakt tussen de secties/items die zij zonder hulp van de cliënt konden invullen, en de secties/items die ze bij de cliënt zelf dienden te bevragen. Zeker voor de ambulante settings vormden de cliënten een belangrijke informatiebron. Eén van de residentiële settings gaf aan dat zij minder bij de cliënt moesten bevragen, mede doordat zij beroep kunnen doen op andere hulpverleners of verslaggeving. Ook in de residentiële settings zien we wel vaker dat hulpverleners bepaalde items bij voorkeur bij de cliënt zelf bevragen, ook al vereist de BelRAI dit niet (bv. voelt zich duizelig, tabel middelengebruik en probleemgedrag) en/of omdat niet altijd geweten is waar deze informatie anders te vinden.
- **Cliëntdossier en andere verslaggeving:** Verschillende hulpverleners hebben gebruik gemaakt van het cliëntdossier om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen. Deze info is niet altijd voldoende en/of gedetailleerd genoeg om de items te kunnen invullen. Eén van de hulpverleners vindt het dossier voornamelijk een meerwaarde voor de supplementen, maar minder voor het hoofdinstrument omdat hier meer items naar de huidige situatie peilen.

Het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium heeft ook enkele praktische aspecten naar voren gebracht.

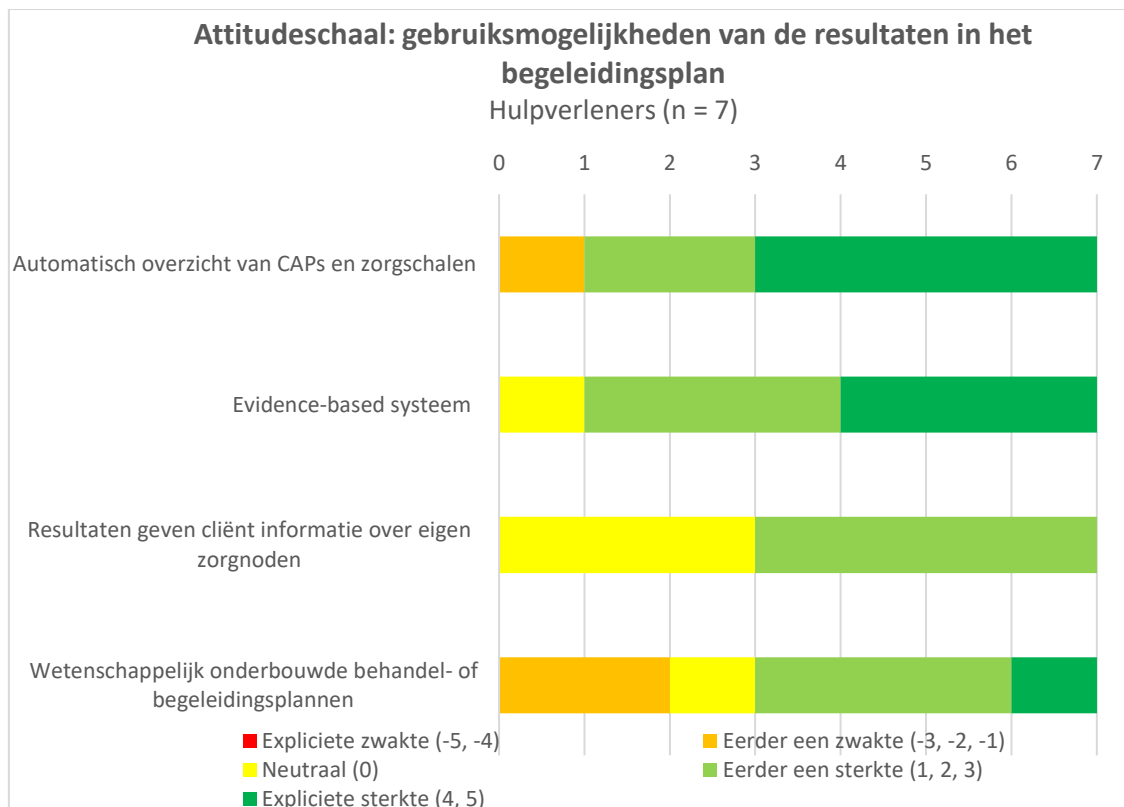
- **Eerst invullen op papier, dan ingeven in software:** Net zoals bij de DUNDRUM, kozen alle hulpverleners – met uitzondering van één persoon – ervoor om het instrument en de supplementen eerst op papier in te vullen. Dit werkte het vlotst voor zichzelf en de cliënt.
- **Vanaf wanneer kan het BelRAI GGZ-instrumentarium ingevuld worden?** Eén van de inclusiecriteria van deze studie is dat de cliënt minstens één maand in opname/behandeling moest zijn. De residentiële settings denken dat het mogelijk moet zijn om het instrumentarium in de toekomst in te vullen nadat een cliënt een maand in opname is, maar dit vonden ze wel het minimum. Omwille van de minder frequente contacten zou dit voor de ambulante settings eerder drie tot vier maanden zijn.  
Deze tijdsinschatting houdt enerzijds rekening met de haalbaarheid om het instrumentarium in te vullen, maar daarnaast ook het nut van het invullen van het instrumentarium. Het zou namelijk gemakkelijker zijn om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen voor een cliënt die reeds één jaar in opname is, dan voor iemand die slechts één maand in behandeling is, maar de nieuwe informatie die men na 1 jaar nog inwint voor de eerste cliënt is waarschijnlijk zeer beperkt. De hulpverleners benadrukten tenslotte dat deze tijdspanne waarbinnen het haalbaar is om het instrumentarium in te vullen mede afhankelijk is van andere factoren zoals de persoonlijkheid van de cliënt, de soort behandeling (bv. cliënt nog niet zo lang in opname, maar wel psychodiagnostisch is getest), de informatie die men vanuit eventuele vorige voorziening heeft meegekregen.
- **Tijdsinvestering voor het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium:** De hulpverleners hebben tijdens de studie een grote tijdsinvestering gedaan om te leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium, en voor het verzamelen van de informatie en het invullen van het instrumentarium voor de cliënten. Twee hulpverleners geven aan dat er een positieve evolutie zat in de tijdsinvestering naarmate de assessments vorderden; zeker in de beginfase ging er veel tijd naar de voorbereiding en het bestuderen van het handboek. De ambulante settings spreken van een tijdsinvestering van 1,5h tot 2,5h voor het bevragen van items bij de cliënt. Eén van de residentiële settings meldt dat dit binnen hun voorziening lager lag. Zowel de residentiële als ambulante settings gaven een totale tijdsinvestering van een halve

dag tot meer aan. Dit houdt in: opzoekingen doen in het handboek om de items goed te begrijpen, in het papieren instrument invullen wat de hulpverlener reeds weet, de cliënt bevragen met betrekking tot de andere items en – voor de meeste hulpverleners – hierna alles ingeven in de software. De hulpverleners kunnen deze extra (tijds)inspanningen niet bovenop hun gewone dagtaken nemen. Tijdens de studie zijn dan ook vaak dagdelen vrijgemaakt om enkel met BelRAI bezig te zijn.

## 2.2 Onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten bij het opstellen/aanpassen van het begeleidingsplan voor cliënten met een EPA en/of verslaving

### 2.2.1 De attitudeschaal door hulpverleners

Figuur 36 geeft de frequentieverdeling weer van de scores op de items omtrent de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten bij het opstellen of aanpassen van het begeleidingsplan. In het staafdiagram staan de stellingen van boven naar beneden gerangschikt van de meest positieve naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore op de stelling.



Figuur 36 Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden BelRAI GGZ-resultaten in het begeleidingsplan

Een meerderheid van de hulpverleners beoordeelt de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten voor het begeleidingsplan als eerder een sterkte of een expliciete sterkte. Dat achterliggende software ervoor zorgt dat – na de afronding van een BelRAI-beoordeling – er automatisch een overzicht gegeneerd wordt van de resultaten (zorgschalen en CAP's), beschouwd men als een expliciete sterkte (mediaan = 4).

Een meerderheid van de hulpverleners staat eerder positief tegenover het feit dat:

- BelRAI een evidence-based assessment systeem is, wat betekent dat de resultaten van de BelRAI instrumenten gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek (mediaan = 3).
- via de bespreking van de BelRAI resultaten met de cliënt, deze laatste de informatie krijgt over de zorgnoden die het BelRAI instrumentarium bevroegd (mediaan = 1).
- de BelRAI resultaten (zorgschalen en CAP's) de hulpverleners handvatten bieden om wetenschappelijk onderbouwde behandel- of begeleidingsplannen op te maken (mediaan = 1).

### 2.2.2 Focusgroep met hulpverleners

De **resultaten** van het BelRAI GGZ-instrumentarium (zorgschalen en CAP's) werden door de hulpverleners **niet gebruikt** om het **begeleidingsplan van de cliënten op te stellen of aan te passen**. Eén van de hulpverleners gaf hiervoor het gebrek aan tijd aan, maar frequenter aangehaald waren redenen omtrent het gebrek aan nieuwe output en onduidelijkheid hoe er met de resultaten aan de slag kan worden gegaan. De visies van de hulpverleners met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ-resultaten voor het begeleidingsplan – die hieronder worden weergegeven - stoelen bijgevolg niet op eigen ervaring.

- **Men beoordeelt de output niet als nieuw of bruikbaar in het kader van het behandelplan:** onder 2.1.1 wordt dit punt reeds besproken.
- **Men vindt het niet duidelijk hoe men met de output aan de slag kan:** Net zoals bij de DUNDRUM, vermelden de hulpverleners dat ze niet goed weten hoe de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium te gebruiken. Zo geven de zorgschalen vaak geen specifieke betekenis weer per score waardoor het verschil tussen bv. een 4 en een 6 op een 20-punten schaal moeilijk te interpreteren is. Eén van de hulpverleners geeft via de attitudeschaal aan dat door gegevens te standaardiseren en de onmogelijkheid om bepaalde specifieke patiëntinfo mee te geven, veel informatie verloren gaat die voor hun begeleidingsplannen van belang zijn, bv. hoe uit een agressieprobleem zich? Eén CAP worden ook (te) snel geactiveerd (CAP-middelengebruik licht op bij éénmalig experimenteren in het verleden<sup>25</sup>). Hierdoor wordt ook de relevantie van andere geactiveerde CAP's eveneens in vraag gesteld. Tot slot maakt één hulpverlener de inschatting dat zorgverleners in de toekomst mogelijks zullen afhaken omwille van het gevoel dat een begeleidingsplan gesteund moet worden op wetenschappelijke inzichten alvorens men van een goed begeleidingsplan kan spreken.

Samenhangend met het niet gebruiken van de BelRAI resultaten voor het begeleidingsplan, werden de resultaten meestal **niet gecommuniceerd naar de betrokken partijen** toe.

- **De cliënt:** Slechts voor enkele cliënten is aangegeven dat de resultaten samen met de hulpverlener besproken werden. Omwille van de reeds vermelde redenen – men vindt het geen nieuwe of geschikte output en het is onduidelijk hoe men ermee aan de slag moet – zijn de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium dus niet gedeeld met het overgrote deel van de betrokken cliënten. Eén hulpverlener gaf aan dat wanneer er nieuwe zaken naar voren zouden gekomen zijn en de meerwaarde duidelijk geweest was, ze wel een terugkoppelingsmoment voorzien zou hebben met de cliënt. Het invullen van het assessment werd soms ook bekeken als uitsluitend een onderdeel van een studie, en niet om te gebruiken in het begeleidingsplan van de cliënt. De hulpverleners ervoeren soms een gevoel van opluchting bij de cliënt wanneer het assessment afgerond was en de cliënten

---

<sup>25</sup> Toevoeging van de auteurs: de auteurs meldden dit probleem met de CAP Middelengebruik bij interRAI. Als gevolg van deze studie zal dit – op het niveau van interRAI - aangepast worden.



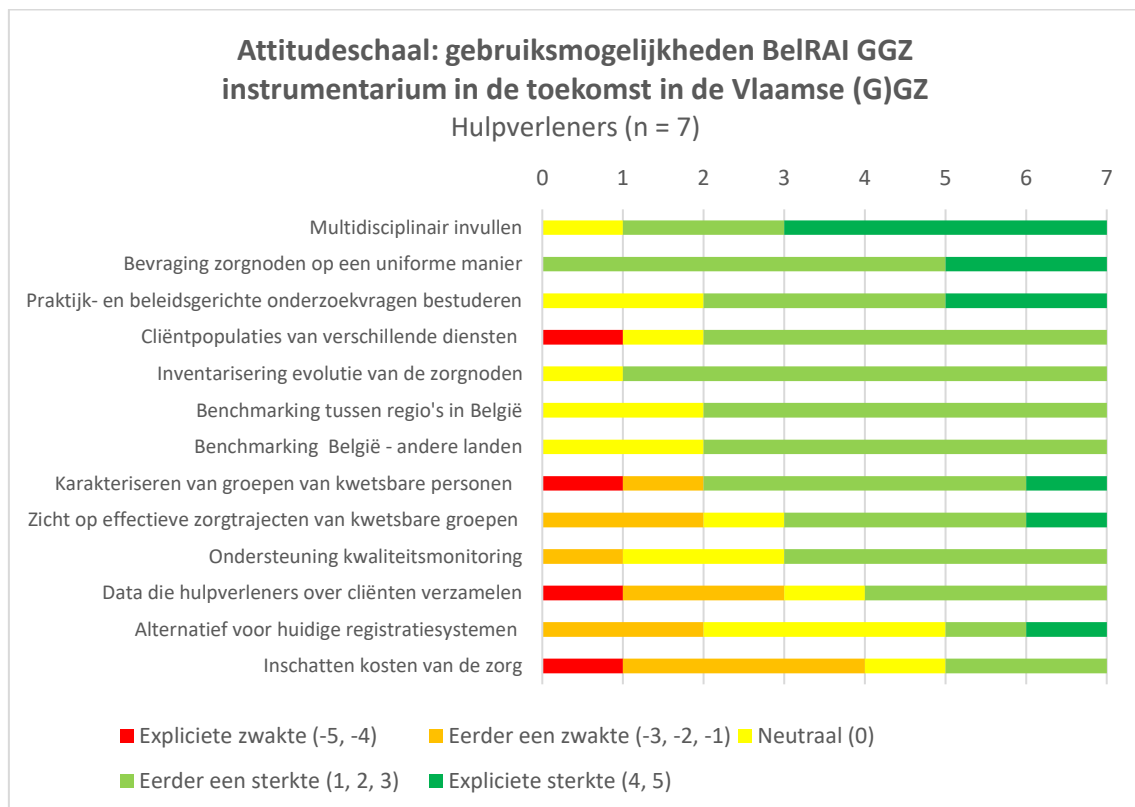
wensten verder niet meer op de hoogte gehouden te worden van de resultaten, zo gaven enkele hulpverleners aan.

- **Familie:** De naasten van de deelnemende cliënten zijn eveneens niet gecontacteerd geweest voor het bespreken van de BelRAI GGZ-resultaten. Moesten de BelRAI GGZ-resultaten een grotere meerwaarde kunnen betekenen in de toekomst, zou deze betrokkenheid er mogelijk wel inzitten. Enkele hulpverleners zijn van mening dat het in de context van forensische GGZ-hulpverlening niet altijd aan te raden is om (een deel van) het sociale netwerk van de cliënt te betrekken, indien de cliënt hier nog over beschikt.
- **Team:** Doordat de hulpverleners weinig (nieuwe) input kregen uit het BelRAI GGZ-instrumentarium en/of niet wisten hoe deze te gebruiken, werden de resultaten ook niet besproken op een teamvergadering.

### 2.3 Onderzoeksvraag 3: Het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst volgens hulpverleners

#### 2.3.1 De attitudeschaal door hulpverleners

Figuur 37 geeft de frequentieverdeling weer van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de toekomstige Vlaamse (G)GZ volgens de hulpverleners. In het staafdiagram staan de stellingen van boven naar onder gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore op de stelling.



Figuur 37 Frequentieverdeling van de scores op de stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst in de Vlaamse (G)GZ

Een meerderheid van de hulpverleners beschouwt het als een expliciete sterkte dat verschillende hulpverleners (uit dezelfde of een andere organisatie) samen de instrumenten zouden kunnen invullen via de achterliggende software (mediaan = 4).

Verschillende stellingen worden door een meerderheid van de hulpverleners eerder als een sterkte ervaren, nl.:

- De BelRAI-instrumenten die in verschillende soorten voorzieningen van de gezondheids- en welzijnssector gebruikt worden, bevragen de zorgnoden op een uniforme manier. Dit betekent dat alle BelRAI-instrumenten een set met dezelfde kernitems bevatten (mediaan = 3).
- Van zodra er longitudinale BelRAI-data ter beschikking zijn over grote groepen van cliënten, het mogelijk is om praktijk- en beleidsgerichte onderzoeksvragen te bestuderen (mediaan = 3).
- BelRAI maakt het mogelijk om cliëntenpopulaties van verschillende diensten binnen eenzelfde voorziening met elkaar te vergeleken op het vlak van hun zorgnoden (mediaan = 3).
- BelRAI laat toe de evolutie van de zorgnoden van een cliënt te inventariseren, door de BelRAI instrumenten regelmatig in te vullen (mediaan = 2).
- BelRAI maakt benchmarking tussen regio's in België mogelijk (mediaan = 2).
- BelRAI maakt benchmarking tussen België en andere deelnemende landen mogelijk (mediaan = 2).
- BelRAI laat toe om groepen van kwetsbare personen te karakteriseren m.b.t. hun zorgnoden (mediaan = 2).
- BelRAI laat toe zicht te krijgen op de effectieve zorgtrajecten van deze groepen van kwetsbare personen binnen en buiten de GGZ (mediaan = 1).
- De BelRAI instrumenten ondersteunen de kwaliteitsmonitoring. Kwaliteitsindicatoren geven informatie over hoe vaak "adverse events" voorgekomen zijn in een bepaalde periode, als ook over hoe de zorgnoden veranderd zijn doorheen een bepaalde periode (mediaan = 1).

Op twee stellingen omtrent de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten geven de hulpverleners uiteenlopende scores. Het betreft volgende stellingen:

- Via BelRAI wordt de kwaliteit van de zorg op het niveau van de voorziening, de regio en het land, gemeten aan de hand van data die hulpverleners over cliënten verzamelen (mediaan = 0).
- BelRAI zou in de toekomst eventueel een alternatief kunnen zijn voor de huidige registratiesystemen, zoals de MPG-registratie (mediaan = 0).

De kosten van de zorg voor een voorziening of voor de samenleving inschatten op basis van zorgzwaartecategorieën die via BelRAI berekend kunnen worden (mediaan = -1), ervaart men eerder als een negatief punt.

### 2.3.2 Focusgroep met hulpverleners

Tijdens de focusgroep met de hulpverleners werd ook de **toekomst van BelRAI in de (forensische) (G)GZ** verder besproken. Verschillende barrières en facilitators hiervoor zijn bij de resultaten van de vorige onderzoeksvragen reeds aan bod gekomen. Deze worden hier enkel kort opgelijst. Daarnaast is stilgestaan bij de mogelijkheden tot gegevensdeling in de toekomst. Een BelRAI GGZ-beoordeling omvat zeer veel informatie van een cliënt, waaronder ook gevoelige en delict-gerelateerde informatie. De balans tussen gegevensdeling in de (forensische) (geestelijke) gezondheidszorg om de continuïteit van zorg voor een cliënt te bevorderen en het voorzichtig omgaan met deze informatie

vormt een aandachtspunt voor de toekomst. Tot slot werd met de hulpverleners ook besproken op welke momenten en/of bij welke gebeurtenissen het BelRAI GGZ-instrumentarium ingevuld dient te worden.

- **Barrières**
  - De voorzieningen **gebruiken een eigen diagnostisch instrumentarium dat meer dan het BelRAI GGZ-instrumentarium aansluit bij de prioritaire opdracht van forensische GGZ-voorzieningen**: recidive voorkomen. Aangezien cliënten niet altijd willen werken rond de delicten die hebben plaatsgevonden, vrezen de hulpverleners dat het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium dat meer ingaat op niet delict-gerelateerde zorgnoden dan op criminogene zorgnoden, de cliënten hierin een achterpoortje kan bieden.
  - **Uitgebreid en tijdsintensief instrumentarium**: Uit de bespreking van de haalbaarheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium blijkt dat de tijdsinvestering – zowel voor cliënt als hulpverlener – momenteel zeer groot is. In combinatie met de ervaring van de hulpverleners dat het instrumentarium weinig meerwaarde biedt bij het opstellen of evalueren van een begeleidingsplan, beïnvloedt deze grote tijdsinvestering de attitude ten aanzien van BelRAI negatief en wordt het als een administratieve overlast beschouwd.
- **Facilitators**
  - **Multidisciplinair invullen**: Hoewel het moeilijk in te schatten is hoe multidisciplinair invullen de (tijds-)investering zal verminderen, staan de hulpverleners positief ten aanzien van de meerwaarde die dit zou kunnen bieden.
  - **Forensisch-specifiek BelRAI instrument**: Eén van de hulpverleners formuleerde de suggestie om een forensisch specifiek (delict-gerelateerd) BelRAI GGZ instrumentarium te ontwikkelen, in plaats van het algemene BelRAI GGZ hoofdinstrument in combinatie met het Forensic supplement.
- **Gegevensdeling**:
  - **Forensisch-specifieke informatie blijft binnen (forensische) GGZ**: De voorzieningen hebben zich bij het bespreken van gegevensdeling tijdens de focusgroep voornamelijk gericht op het delen van forensisch-specifieke gegevens zoals bv. info omtrent het delict. Met wie deze informatie gedeeld kan worden, is afhankelijk van de aard van de behandeling/opname. Zo dient bv. een arts die een cliënt in een algemeen ziekenhuis behandelt omwille van een fysiek probleem hier niet van op de hoogte gesteld te worden, terwijl een reguliere GGZ-woonvorm deze informatie best wel ontvangt. De hulpverleners staan dus meer open om deze gegevens te delen met andere organisaties binnen de (forensische) GGZ, dan met de volledige gezondheidszorg.
  - **Toestemming cliënt**: De hulpverleners vinden dat de cliënt mee moet kunnen bepalen welke informatie met welke hulpverlener(s)/organisatie(s) gedeeld wordt. Dit roept de vraag op hoe men moet omgaan met bijvoorbeeld een persoon met een pedofiele achtergrond die terecht komt in een BW-initiatief waar men in contact kan komen met kinderen en die ervoor kiest om geen delict-gerelateerde informatie mee te delen aan deze nieuwe voorziening.
- **Wanneer wordt het BelRAI GGZ-instrumentarium het best ingevuld?**
  - Bij het bespreken van de eerste onderzoeksvraag (onderdeel haalbaarheid) is reeds vermeld dat het volgens de hulpverleners voor de residentiële voorzieningen **mogelijk/nuttig** is om nadat een cliënt één maand in opname is het instrumentarium in te vullen. Voor ambulante voorzieningen zal dit eerder na drie tot vier maanden zijn. Naar de toekomst toe lijkt het de hulpverleners ook interessant om

de assessments te **koppelen aan de bestaande behandel-of evolutiebesprekingen**. Enkele residentiële settings geven aan dat dit bij hen om de vier of zes maanden is. Als toekomstig onderzoek zou uitwijzen dat de BelRAI GGZ-resultaten niet zo gevoelig zijn voor verandering kan mogelijk ook een bespreking worden overgeslagen. Voor de ambulante voorzieningen volgen deze besprekingen na een langere periode van behandeling, o.a. negen maanden wordt door één van de hulpverleners vermeld.

- Het BelRAI GGZ-instrumentarium omvat een item dat peilt naar de reden van beoordeling. **'Beoordeling wegens een significante toestandsverandering'** vormt hierbij een mogelijk antwoord. Wat hier juist onder begrepen kan worden, werd voorgelegd aan de hulpverleners.
  - **Herbeoordelen bij een life-event i.p.v. bij veranderend psychisch beeld:** De hulpverleners vragen zich af of het wel een meerwaarde is om het instrumentarium in te vullen wanneer een cliënt bv. meer depressieve klachten vertoont. Ze vermoeden dat de uitkomst van het instrumentarium dan voorspelbaar zal zijn. Vandaar dat het hen nuttiger lijkt om een beoordeling te doen wanneer er zich een life-event voordoet (bv. verandering van woonvorm), om zo in te schatten hoe de cliënt hiermee omgaat. Mogelijks leidt dit ook tot bv. depressieve klachten, maar deze vormen dan niet de oorspronkelijke aanzet om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen.
  - **Crisissituatie:** De hulpverleners zijn het er onderling niet over eens of een crisissituatie in de toekomst een indicatie kan zijn om het BelRAI GGZ-instrumentarium (daarna) in te vullen.

### **3 De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM volgens beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden**

Naast de focusgroep met hulpverleners is er ook een expertenpanel georganiseerd met acht beleidsexperten uit de sector en de betrokken overheden, alsook een interview met twee coördinatoren van deelnemende forensische GGZ-voorzieningen. Omwille van de maatregelen die genomen werden in het kader van COVID-19, zijn beide bijeenkomsten vervangen door online-meetings. De personen die hierbij betrokken waren, zullen in het verdere verloop van dit rapport als beleidsexpert benoemd worden. Deze personen zijn experten met betrekking tot het beleid van ofwel een netwerk, ofwel een voorziening, ofwel een overheid.

De beleidsexperten gaven hun opmerkingen bij de visies van de hulpverleners op de gebruiksmogelijkheden van het **BelRAI GGZ-instrumentarium** en de **DUNDRUM**, die tijdens de focusgroep verzameld werden. De grootste focus lag op hun eigen input m.b.t. de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst (= onderzoeksvraag 3). Hieronder geven we per onderzoeksvraag de gebruiksmogelijkheden van de DUNDRUM en het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de beleidsexperten weer.

### 3.1 Onderzoeksvraag 1: De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de zorg voor cliënten met een EPA en/of verslaving

#### 3.1.1 BelRAI GGZ-instrumentarium

De experts gaven opmerkingen op de visies van de hulpverleners omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de zorg voor cliënten met een EPA en/of verslaving. Hierbij werd zowel gefocust op de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium als op de haalbaarheid in gebruik.

#### De geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium

- De zorgnoden die het BelRAI GGZ-instrumentarium bevroegt, **zijn relevant voor een forensische behandeling** ( $\Leftrightarrow$  hv's<sup>26</sup>): Het BelRAI MH en CMH-instrument bevragen algemene zorgnoden die – volgens de hulpverleners - voor de meeste cliënten niet de primaire focus uitmaken van een forensische behandeling. De experts deelden deels deze mening. De primaire focus is risicomanagement, met als doel recidive te voorkomen. De opdracht van de forensische GGZ is om de **kans op recidive van een cliënt te verlagen**. Restrictieve maatregelen dienen zo kort mogelijk aangehouden te worden; dit kan enkel gebeuren door de **criminogene noden eerst** te behandelen. Dit is eveneens noodzakelijk met het oog op het bieden van therapie in een veilige omgeving. Maar er groeit steeds meer bewustzijn omtrent de balans tussen de focus op deze criminogene noden en de focus op algemene zorgnoden. Vanuit een **holistische kijk** op de cliënten zijn beide niet altijd gemakkelijk te onderscheiden. Doorheen het traject van een cliënt kan de focus van de behandeling ook beginnen te verschuiven. In settings waar de beveiligingsniveaus hoger zijn, zullen de criminogene noden zeker op de voorgrond staan. Maar van zodra de cliënt naar een lager beveiligingsniveau doorstroomt, zal de nadruk op zorgnoden toenemen. Hoe de balans tussen de twee soorten noden zich verhoudt, is eveneens afhankelijk van het **model** dat de voorziening hanteert. Zo focust zowel het RNR als het GLM-model op risico, maar benaderen ze dit ieder op hun eigen manier en zal de nadruk op de zorgnoden bij het laatste model groter zijn dan bij het eerste model.
- De experts stelden zich eveneens de vraag **of de drie-dagen regel geen vertekend** – een positiever of negatiever – **beeld van de cliënt geeft** (=hv's). Daarnaast lijkt deze focus **niet in lijn met één van de doelstellingen van het instrument**, nl. input geven voor zorgplanning. Psychische problemen zijn onderhevig aan veel factoren waarvan de aanwezigheid fluctueert over de tijd. Met het oog op het opstellen of aanpassen van het begeleidingsplan omtrent de psychische problemen dient het functioneren van de cliënt dan ook over een langere periode geëvalueerd te worden. Hierbij aansluitend tracht de forensische GGZ **structurele veranderingen** te introduceren die stabiel blijven over een langere termijn bij de cliënten. Voor bepaalde items bv. rond somatische toestand vormt de beperkte tijdspanne minder een probleem, maar voor items rond bv. verslaving zou een breder tijdsperspectief genomen moeten worden. Voor dit specifieke topic, is dat reeds het geval.

---

26 “= hv's” en “ $\Leftrightarrow$  hv's” geven aan of de visie van de experts al dan niet in overeenstemming is met de visie van de hulpverleners die reeds besproken werd in hoofdstuk 7 deel 1 en 2. Wanneer niet wordt weergegeven of de hulpverleners dezelfde of een verschillende visie hadden, wil dit zeggen dat de hulpverleners over dat onderwerp niets gezegd hebben.

### De haalbaarheid in het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium

- **Aandacht voor grote tijdsinvestering** (= hv's): Tabel 1 vermeldt dat de tijdsinvestering voor het invullen van het interRAI MH-instrument 45 tot 60 minuten bedraagt. De hulpverleners gaven aan dat het verzamelen van de nodige informatie en het invullen van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium – hoofdinstrument en supplementen – een halve dag tot meer in beslag nam. Hoeveel tijd het invullen van het volledige instrumentarium in beslag zal nemen in praktijk in de Vlaamse GGZ is nog onduidelijk. De hulpverleners gaven voor de studie aan dat het invullen van de instrumenten – inclusief het leren werken met BelRAI o.a. het raadplegen van handboeken en het verzamelen van informatie bij andere hulpverleners en/of de cliënt – een halve dag tot meer in beslag nam. Rekening houdend met de beperkte/afwezige output die de hulpverleners konden gebruiken voor het begeleidingsplan van de cliënt, vonden ook de experts dit een **grote tijdsinvestering**. Wel steunden de experts de idee om een beperkter algemeen assessment rond het functioneren en de zorgnoden van een cliënt in te vullen om zo gericht verder te kunnen inzetten op verklarende diagnostiek. Deze **screening** dient wel een interessante tijdsinvestering te zijn die in verhouding is met de reeds tijdrovende verklarende diagnostiek (zie 4.3 BelRAI GGZ core instrument).

#### 3.1.2 DUNDRUM

Er werd slechts één element betreffende de geschiktheid van de DUNDRUM aangehaald, nl. dat de **antwoordcategorieën niet 100% passend** zijn voor een cliënt (= hv's). Cliënten lijken vaak tussen twee categorieën te vallen, waardoor overleg met partners nodig is om tot een uiteindelijke score te komen.

### **3.2 Onderzoeksvraag 2: De gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ en DUNDRUM-resultaten bij het opstellen/aanpassen van het begeleidingsplan voor cliënten met een EPA en/of verslaving**

De beleidsexperten gaven ook aanvullingen bij en opmerkingen op de visies van de hulpverleners omtrent de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ en DUNDRUM-resultaten voor het opstellen en/of aanpassen van het begeleidingsplan van cliënten met een EPA en/of verslaving. Voor de DUNDRUM zijn ook toevoegingen gedaan bij de visies van de hulpverleners omtrent de doorverwijzing van de cliënt.

#### 3.2.1 BelRAI GGZ-instrumentarium

De hulpverleners gaven regelmatig aan dat de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium beperkt waren omwille van de informatie die ze reeds halen uit het eigen diagnostisch instrumentarium. Twee experts uitten eveneens **bedenkingen** bij de **meerwaarde van BelRAI** als er weinig tot niets mee wordt gedaan in de begeleidingsplannen. Eén van hen dacht dat dit te wijten was aan het feit dat de hulpverleners reeds een goed beeld hebben van de cliënt, omwille van de instrumenten die ze reeds gebruikten. De experts gingen dieper in op zowel de kenmerken van de diagnostisch instrumentaria in de forensische GGZ als de verhouding ten aanzien van BelRAI.

- **BelRAI is geen diagnostisch instrumentarium**: Eén van de experts peilde naar de mogelijkheden die BelRAI heeft om het huidige diagnostisch instrumentarium te vervangen. Wanneer de huidige instrumenten blijven bestaan naast BelRAI zou het namelijk een grote tijdsinvestering vragen om al deze instrumenten in te vullen. **BelRAI is geen diagnostisch**

**instrumentarium.** Het is een beschrijvend assessment dat hulpverleners de mogelijkheid biedt om op een gestandaardiseerde wijze de zorgnoden en het functioneren van zorg-behoevende personen in kaart te brengen. Hierdoor zal BelRAI het bestaande gespecialiseerde diagnostisch instrumentarium in de voorzieningen nooit vervangen.

- **Diagnostisch instrumentarium in de forensische GGZ-voorzieningen:**
  - Het diagnostisch instrumentarium binnen de voorzieningen bestaat zowel uit **instrumenten voor risicotaxatie** die voor alle cliënten worden ingevuld, als uit **psychodiagnostisch onderzoek** dat op indicatie – vertrekkende vanuit een specifieke onderzoeksvraag - voor bepaalde cliënten wordt uitgevoerd. Waar BelRAI inzet op de beschrijving van de zorgnoden en het functioneren, zal het psychodiagnostisch onderzoek op basis van hypothesen op zoek gaan naar verklarende factoren voor de problematiek van de betreffende cliënt, aan de hand van daarvoor geselecteerde instrumenten. In tegenstelling tot op behandelafdelingen, zal de klemtoon op een opname-afdeling eerder op beschrijvende diagnostiek liggen. Hoewel **beschrijvende en verklarende diagnostiek** in de praktijk niet altijd duidelijk te onderscheiden zijn, heeft men beide nodig om tot een goede holistische theorie te komen.
  - **Ambulant vs residentieel, voorziening- en cliënt-specifiek:**
    - Het diagnostisch instrumentarium is **in residentiële settings uitgebreider** dan in ambulante settings. Niet alleen hebben de ambulante settings minder tijd voor psychodiagnostisch onderzoek, dit is vaak al gebeurd in het voorgaande traject van de cliënt. Ook wat risicotaxatie betreft wordt ervan uit gegaan dat de risico's in ambulante settings lager liggen, en de afname van een risicotaxatie-instrument bij alle cliënten bijgevolg niet zinvol is.
    - Voorzieningen van **eenzelfde beveiligingsniveau** kunnen over **verschillende diagnostische instrumentaria** beschikken. Dit is onder meer te wijten aan de Vlaamse wetgeving waarin elke voorziening vrij is om hierin zijn eigen best practices te ontwikkelen. Zo beschikt elk van de voorzieningen over een eigen pakket aan instrumenten en wordt per cliënt hieruit de meeste geschikte selectie gemaakt. Dit geldt zowel voor de risicotaxatie-instrumenten als het psychodiagnostisch instrumentarium. Deze vrijheid voedt mee de voorzichtigheid die men heeft ten aanzien van mogelijke benchmarking en standaardisering aan de hand van BelRAI, een gestructureerd beoordelingsinstrument.

### 3.2.2 DUNDRUM

#### Gebruiksmogelijkheden ten aanzien van het begeleidingsplan

- Lage DUNDRUM-scores in ambulante settings:
  - Stroken met de realiteit binnen deze voorzieningen, maar hulpverleners stelden de meerwaarde ervan in vraag gezien de voorspelbaarheid. Experts zagen de meerwaarde van het gebruik van DUNDRUM in de **bevestiging** die de lage scores geven ten aanzien van het correcte beveiligingsniveau waarin de cliënt in behandeling is (⇔ hv's).
  - Scores kunnen input bieden in de beslissing om de **opvolging van de cliënt stop te zetten of de zorg op te schalen**.
- **De complementariteit van de DUNDRUM met de risicotaxatie-instrumenten** (⇔ hv's). Waar de DUNDRUM de beveiligingsnoden inschat en aangeeft of een cliënt al dan niet dient door te stromen naar een ander beveiligingsniveau, focust een risicotaxatie instrument op risicomangement. Eén van de coördinatoren gaf aan dat binnen de voorziening een grote

nadruk ligt op risicofactoren, risico op herval en agressie. De DUNDRUM kan hieraan een mooie toevoeging bieden door de **nood aan omkadering** weer te geven met betrekking tot het **beveiligingsniveau** van de voorziening. Deze informatie resulteert namelijk niet - volledig – uit de risicotaxatie instrumenten.

#### Gebruiksmogelijkheden met het oog op doorverwijzing

- **Objectivering van het proces rond doorverwijzing** (= hv's): Eén van de experts gaf aan dat wanneer een cliënt zich bijvoorbeeld op medium security afdeling bevindt, maar vanuit deze setting eerder high security wordt aangeraden, er momenteel geen instrument is dat deze discussie reguleert.
- De experts vonden het **niet noodzakelijk om naast de DUNDRUM nog andere aspecten te betrekken in de beslissing tot doorverwijzing** ( $\Leftrightarrow$  hv's). Zij achtten de info uit het instrument – samen met de informatie uit de risicotaxatie instrumenten – voldoende om deze beslissing te kunnen nemen. Onderzoek toont aan dat wanneer hulpverleners hun verwijzing baseren op ervaring of klinisch oordeel, dit leidt tot minder accurate en/of minder onderbouwde verwijzingen, dan wanneer de verwijzing gebaseerd is op een gestructureerde en gestandaardiseerde assessment (Meehl, 1954; Monahan, 1981).
- De DUNDRUM-uitkomsten geven **niet altijd voldoende uitsluitel m.b.t het correcte beveiligingsniveau** (= hv's). Het gestructureerd klinisch beoordelingsinstrument heeft dan ook geen cutoff scores, maar wilt handvaten bieden bij deze beslissing.

### **3.3 Onderzoeksvraag 3: Het gebruik van het BelRAI GGZ en DUNDRUM-instrumentarium in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst**

De derde onderzoeksvraag peilt naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse (G)GZ in de toekomst. Met betrekking tot deze onderzoeksvraag is via de beleidsexperten de meeste input verzameld. Zo gaven zij hun standpunt omtrent factoren die faciliterend of belemmerend kunnen werken bij de implementatie van BelRAI en DUNDRUM in de forensische GGZ.

#### **3.3.1 Input die enkel betrekking heeft op het BelRAI GGZ-instrumentarium**

- **Aanpassing BelRAI GGZ-instrumentarium:**
  - De ontwikkeling van een **core instrument**: De BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten zijn te uitgebreid om in alle types van de forensische GGZ te gebruiken omdat er voornamelijk algemene zorgnoden in bevraagd worden. Daarom stellen de onderzoekers de ontwikkeling van een core instrument voor (zie hoofdstuk 8). Dit instrument zou kunnen aangeven voor welke specifieke topics het noodzakelijk is om verdere modules uit het hoofdinstrument en de supplementen in te vullen voor de desbetreffende cliënt. De experts waren **voorstander van de ontwikkeling van een derelijk core instrument**. Op deze manier beperkt men de tijdsinvestering en kan er meer op maat van de cliënt gewerkt worden. Hoewel één van de experts de voordelen inzag die de info uit een volledig instrumentarium biedt voor de overheid en/of in het kader van onderzoek, lijkt voor de klinische praktijk het gebruik van een BelRAI core instrument noodzakelijk.



- **‘Central 8’ als uitkomst van het Forensic supplement en BelRAI GGZ-hoofdinstrument:** Zoals reeds aangegeven (zie hoofdstuk 2, deel 4) kan de ‘Central 8’ van het RNR model<sup>27</sup> grotendeels gemeten worden aan de hand van het BelRAI MH instrument en het Forensic supplement. De onderzoekers vroegen de twee experts die ze interviewden of de ontwikkeling van CAP’s die elk van de ‘Central 8’ zouden meten een meerwaarde van het BelRAI GGZ-instrumentarium zou betekenen voor de voorzieningen. Eén van beide experts zag de meerwaarde niet voor de eigen voorziening aangezien zij met de IFBE werken, omdat deze het voordeel biedt van de zorg breder te bekijken. Maar voor de PSD’s zag hij de meerwaarde hiervan wel. Daar zou de assessment van de ‘Central 8’ extra input kunnen vormen bij het uitstippelen van reclasseringstrajecten. De andere expert stond positiever ten aanzien van de ontwikkeling van CAP’s die de ‘Central 8’ meten. Inhoudelijk kan dit relevante informatie bieden over de factoren die aandacht dienen te krijgen binnen een forensische behandeling. In de voorziening van de tweede expert lag de kennis omtrent de risicofactoren exclusief bij de criminoloog en psycholoog. Wanneer deze risicofactoren ook een uitkomst van BelRAI zouden vormen, zou deze kennis ook bij andere disciplines terecht komen wat de behandeling ten goede komt. Daarnaast zouden de BelRAI resultaten een meer forensisch-specifieke insteek krijgen. Door het zichtbaar maken van de belangrijkste en wetenschappelijk onderbouwde criminogene behoeften, kan ook het belang van de specialisatie naar buitenstaanders (o.a. overheid) toe geduid worden.
- De meerwaarde van de BelRAI GGZ-resultaten voor de **continuïteit van zorg**? De hulpverleners ondervonden een beperkte of geen meerwaarde van de BelRAI GGZ-resultaten met het oog op het opstellen en/of aanpassen van het begeleidingsplan. De vraag stelt zich of de resultaten wel een meerwaarde zou kunnen betekenen op vlak van **continuïteit van zorg** voor een cliënt. Naar de toekomst toe zou BelRAI namelijk door verschillende gezondheids- en welzijnssectoren gebruikt worden. Hierdoor kan de communicatie omtrent de problematiek van de cliënt ondersteund worden over sectoren heen. In andere sectoren (ouderen- en thuiszorg) en in andere landen, blijkt dit de continuïteit van zorg te ondersteunen (de Almeida Mello, Hermans, Van Audenhove, Macq, & Declercq, 2015; de Stampa et al., 2018). Alvorens dit in de Vlaamse (forensische) GGZ kan uitgetest worden, dient er een kader omtrent **gegevensdeling** uitgewerkt te worden.

### 3.3.2 Input die enkel betrekking heeft op de DUNDRUM

- **Gebruik in andere settings** (= hv’s): Naast het gebruik van de DUNDRUM binnen de participerende GGZ-voorzieningen, zagen de experts ook mogelijkheden om het instrument te gebruiken in een **PSD of FPC**. Op deze manier kan zowel aan het begin als verder in het traject van een cliënt op eenzelfde manier een inschatting gemaakt worden omtrent het gepaste beveiligingsniveau van de voorziening voor de cliënt.
- Tijdens de studie vulden sociaal assistenten, psychologen en een verpleegkundige de assessments in. De experts schoven de vraag naar voren **of de opleiding van de hulpverlener een effect heeft op de manier waarop het instrument wordt geïnterpreteerd en ingevuld**. Dit onder meer vanuit de redenering dat in bepaalde voorzieningen de kennis rond risicotaxatie voornamelijk bij de psychologen en criminologen zit. Andere hulpverleners zijn binnen de studie soms geraadpleegd om info te verzamelen, maar het uiteindelijke invullen gebeurde door één

---

<sup>27</sup> Central 8: een geschiedenis van antisociaal gedrag, een antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities, een antisociaal netwerk, familiale dysfunctie en/of huwelijks staat, opleidingsniveau en/of arbeidssituatie, vrijetijdsbesteding en middelenmisbruik

hulpverlener. Het instrument is wel bedoeld om in de praktijk multidisciplinair in te vullen (zie ook 4.3.3).

### 3.3.3 Input die zowel betrekking heeft op het BelRAI GGZ-instrumentarium als op de DUNDRUM

- **Verbreiding van de onderzoekspopulatie bij toekomstig onderzoek:** Met het oog op de uitvoering van een eerste pilootstudie, hebben de onderzoekers enkele exclusiecriteria bepaald met betrekking tot de steekproef van het huidige onderzoek. Zo werden cliënten met een verstandelijke beperking uitgesloten. De experts wezen op het belang dat de studiepoulatie in toekomst wordt uitgebreid. Hierbij werd onder meer gedacht aan cliënten met criminogene zorgnoden uit andere settings dan diegene die in de pilootstudie waren betrokken, en geïnterneerden met een verstandelijke beperking. Eén van de experts benadrukte het belang van **zwakkere populaties** in wetenschappelijk studies niet te vergeten. Het is belangrijk dat de instrumenten ook op deze populaties zijn afgestemd. Daarnaast vormen zij een steeds groter aandeel van de populatie in de forensische GGZ. In de toekomst zal dan ook bekeken moeten worden of een aangepaste cliëntversie van de DUNDRUM mogelijk is voor geïnterneerden met een verstandelijke beperking.
- **De meerwaarde van multidisciplinair invullen** (= hv's, voor BelRAI): De twee experts die beleidsmedewerker zijn van deelnemende voorzieningen vonden het zowel **mogelijk als noodzakelijk** dat verschillende disciplines het BelRAI GGZ instrumentarium in de toekomst samen invullen. De experts in kwestie spraken vanuit een ziekenhuissetting waar de verschillende disciplines meestal ook gemakkelijk te raadplegen zijn. Mogelijks vormt dit een grotere uitdaging voor een IBW of PVT. Ook kunnen er praktische bezwaren optreden zoals bv. tijdsgebrek door een beperkte bestaffing.
- **Compatibiliteit met andere systemen:** De experts hoopten dat er naar de toekomst toe compatibiliteit kan zijn tussen BelRAI en DUNDRUM, en andere systemen zoals bv. de B4-registratie. Door het integreren van systemen zou de administratieve last zoveel mogelijk beperkt kunnen worden.
- **Gegevensdeling:** Hoewel de topic van gegevensdeling BelRAI en DUNDRUM overstijgt, is het noodzakelijk dat hieromtrent een kader wordt uitgewerkt, onder meer met het oog op het onderzoeken van de mogelijke meerwaarde van de BelRAI en DUNDRUM-resultaten in de continuïteit van zorg.
  - **Bredere gezondheidszorg** (↔ hv's): Waar de hulpverleners het delen van de forensisch-specifieke informatie graag zouden beperken tot enkel de (forensische) GGZ, opteren de experts aan informatiedeling met de hele gezondheidszorg, weliswaar op een need-to-know basis. De voorzieningen hanteren een zekere hiërarchie omtrent informatie die moet en kan gedeeld worden. Momenteel zit forensisch-specifieke informatie ook vervat in bv. expertiseverslagen, uitgebreide risicotaxatie en -management, behandel- en signaleringsplannen. Een duidelijke regelgeving die aangeeft wie over welke gegevens mag beschikken, is noodzakelijk. De forensische GGZ-voorzieningen hebben enkele negatieve ervaringen met voorzieningen uit de somatische zorg die forensisch-specifieke gegevens ontvangen, niet altijd via de officiële kanalen, wat de gevoeligheid van deze informatie nogmaals benadrukt.
  - **Toestemming van de cliënt is noodzakelijk** (= hv's): De experts gaven aan dat de toestemming van de cliënt noodzakelijk is bij gegevensdeling. Dit is volgens de wet op de patiëntenrechten ook verplicht, wat aangeeft dat de discussie rond gegevensdeling ook een juridische vraag is. Terwijl één van de acht experts benadrukte dat de cliënt in de **mogelijkheid moet zijn om bepaalde gegevens niet te delen**, werd ook gewezen op het feit dat cliënten door het niet delen van gegevens hun **eigen integratie in de**

**maatschappij kunnen belemmeren.** Wanneer een cliënt namelijk geen toestemming geeft voor het delen van bepaalde gegevens met toekomstige voorzieningen, kan men dit interpreteren als dat hij er nog niet aan toe is om door te stromen naar een lager beveiligingsniveau. Een cliënt met een dergelijk standpunt zal men – vanuit een medium of high security voorziening – niet doorverwijzen. Hierdoor belemmert de cliënt zijn eigen resocialisatieproces. Spreken van ‘vrijwillige’ toestemming dient dus kritisch bekeken te worden binnen deze context.

