

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Aanpassing van het BelRAI Forensic supplement op basis van het
Risk-Need-Responsivity model en
Aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM
voor personen met een verstandelijke beperking**

Dr. Petra Habets
Hanne Van Horebeek
Dr. Kathleen De Cuyper
Prof. dr. Ingeborg Jeandarme



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – Bus 5310 - 3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2022/05

SWVG-Rapport 73

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Aanpassing van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking

Promotoren: Prof. dr. Ingeborg Jeandarme¹

Onderzoekers: Dr. Petra Habets¹, Hanne Van Horebeek², dr. Kathleen de Cuyper²

¹ KeFor OPZC Rekem, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

² LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy

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>	
KU Leuven	
· 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
UGent	
· 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
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder
	Lut Van Hoof

Rapport 73

Maart 2022

Aanpassing van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking

Onderzoekers: Dr. Petra Habets¹, Hanne Van Horebeek², dr. Kathleen de Cuyper²

Promotor: Prof. dr. Ingeborg Jeandarme¹

¹ KeFor OPZC Rekem, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

² LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy

Samenvatting

Binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) werken het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg Rekem (Kefor) en LUCAS KU Leuven sinds 2017 aan de implementatie van de BelRAI in de GGZ. Deze studies onderzoeken de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met cliënten met integrale zorgnoden. Tijdens de **BelRAI GGZ-pilootstudie** in 2017 is voor het eerst in de zorgpraktijk de geschiktheid van de BelRAI GGZ-instrumenten getest om de zorgnoden van personen met een EPA en/of verslaving in kaart te brengen (Van Eenoo et al., 2017). Eveneens is er voor de eerste keer gepeild naar de haalbaarheid van het gebruik van dit instrumentarium en de attitude van verschillende groepen van stakeholders ten opzichte van het BelRAI assessment systeem. Dertien voorzieningen die zich situeren in vier geografisch verspreide GGZ-netwerken in Vlaanderen, namen deel aan deze pilootstudie. In 2018 zijn vervolgens **twee nieuwe BelRAI GGZ-studies** gepland: de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie. De doelstelling van deze studies bestond erin de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de randvoorwaarden voor implementatie te onderzoeken in een grote groep van Vlaamse (forensische) GGZ-voorzieningen. Ter voorbereiding van de start van deze studies werd een participatief traject opgestart waaraan 49 GGZ-voorzieningen deelnamen in zeven BelRAI GGZ-werkgroepen (één per type van voorziening die deelnam aan de studies; Van Horebeek et al., 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.

Specifiek voor de forensische GGZ is in 2018 een pilootstudie voorbereid. Om het beveiligingsniveau te kunnen bepalen waarbinnen een forensische cliënt behandeld moet worden, is er op basis van een literatuurstudie gekozen om naast het BelRAI GGZ-instrumentarium ook het gebruik van de DUNDRUM (Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual: Kennedy et al., 2016) binnen deze pilootstudie te evalueren. Op basis van deze pilootstudie concludeerden de onderzoekers dat de DUNDRUM, de BelRAI (Community) Mental Health, het BelRAI Forensic supplement en de uitgebreide versie van het BelRAI Addictions supplement een generiek assessment instrumentarium vormen voor

de Vlaamse forensische GGZ, mits (de structuur van) het instrumentarium enkele aanpassingen zou ondergaan ([Van Horebeek et al., 2020](#)).

Deze conclusie vormde de aanleiding voor twee vervolgstudies, waarvan de huidige studie er één is. Op basis van de beleidsaanbevelingen zijn er twee doelstellingen geformuleerd voor de huidige studie.

De **doelstellingen** van deze studie bestaan uit de aanpassing van:

1. Het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model
2. De cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking

De **onderzoeksvragen** van de studie luidt:

1. Hoe kan het BelRAI Forensic supplement aangepast worden zodat het een overzicht geeft van de Central Eight risicofactoren?
2. Hoe kan de cliëntversie van de DUNDRUM aangepast worden zodat deze ook geschikt is voor personen met een verstandelijke beperking?

Voor de eerste onderzoeksvraag zijn eerst de definities van de Central Eight risicofactoren opgesomd. Op basis van deze definities zochten de onderzoekers in het BelRAI Forensic supplement en de BelRAI (Community) Mental Health naar items die gerelateerd zijn aan één van de Central Eight risicofactoren. Daarna werd er advies gevraagd aan de expertgroepen over de inhoud en lay-out van de vernieuwde output van het Forensic supplement. Deze feedback is verwerkt en de output van het Forensic supplement is nu zo ontworpen dat het een overzicht geeft van alle Central Eight risicofactoren. Verder is er in het handboek meer aandacht besteed aan het Good Lives Model. Door de output vanuit dit model te bekijken, geeft het niet alleen informatie over het risico op herval van de persoon, maar biedt het ook zicht op de domeinen waar er zich geen problemen voordoen.

Voor de tweede onderzoeksvraag aangaande de herwerking van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking is er advies ingewonnen van verschillende experts en zijn conceptversies aangepast en terug geëvalueerd. Hierbij is gevarieerd met het gebruik van verschillende soorten pictogrammen. Bovendien zijn de teksten in de vragenlijst ingekort en herschreven op basis van een vocabulaire lijst die geschikt is voor de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking. Deze aanpassingen zijn voorgesteld aan de expertgroepen. De definitieve versie is vervolgens getest in twee zorgvoorzieningen: een forensische VAPH-unit en een medium-security afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis voor personen met een verstandelijke beperking. Ondanks het enthousiasme bij de betrokken hulpverleners over de aanpassingen voorafgaand aan de studie bleek de vragenlijst toch nog steeds een grote uitdaging te vormen om af te nemen bij personen met een verstandelijke beperking. De voornaamste reden was de hoeveelheid tekst in de vragenlijst in relatie met hoe men een antwoord moet kiezen op de vragen. De belasting op het werkgeheugen van de cliënt blijkt toch te groot te zijn. Tijdens de pilootstudie van 2020 gaven hulpverleners en coördinatoren van voorzieningen immers aan dat de toen gebruikte cliëntversie van de DUNDRUM voor een subgroep van cliënten te moeilijk was om in te vullen zonder hulp. Daarom adviseren we dat de vereenvoudigde cliëntversie gebruikt zal worden voor de normaal begaafde populatie binnen de forensische GGZ.

Inhoudstafel

Inhoudstafel	5
Lijst van tabellen	6
Lijst van figuren	6
Wat voorafging	7
Hoofdstuk 1 Procedures aanpassingen	11
1 Aanpassing van de output van het BelRAI Forensic supplement	11
1.1 Risk-Need-Responsivity principe	11
1.2 Identificeren Central Eight factoren	13
1.3 Ontwerpen en aanpassen	14
1.4 Evalueren	15
2 Aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM	15
2.1 Definitie verstandelijke beperking	15
2.2 Verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie	18
2.3 Behandel- vs. orthopedagogische benadering	18
2.4 Richtlijnen ontwikkeling vragenlijst voor personen met verstandelijke beperking	19
2.5 Richtlijnen om vragenlijsten af te nemen bij personen met een verstandelijke beperking	21
2.6 Brainstorm experts	21
2.7 Ontwerpen en aanpassen	24
2.8 Evalueren	26
Hoofdstuk 2 Methode en resultaten van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen	27
1 Procedure van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen	27
2 Deelnemers van de BelRAI GGZ-expertgroepen	28
3 Resultaten van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen	28
3.1 Hoe kan het BelRAI Forensic supplement aangepast worden zodat het een overzicht geeft van de Central Eight risicofactoren?	28
3.2 Hoe kan de cliëntversie van de DUNDRUM aangepast worden zodat het ook geschikt is voor personen met een verstandelijke beperking?	31
Hoofdstuk 3 Praktijktest van de cliëntversie van de DUNDRUM	37
1 Procedure van de praktijktest	37
2 Resultaten/feedback van de praktijktest	37

Hoofdstuk 4	Conclusie	45
1	Output Forensic supplement op basis van de Central Eight	45
2	Clientversie van de DUNDRUM	45
Referenties		47
Bijlagen		51

Lijst van tabellen

Tabel 1	Overzicht van de geselecteerd BelRAI items per Central Eight risicofactor	17
Tabel 2	Overzicht deelnemers expertgroepen	28

Lijst van figuren

Figuur 1	Overzicht proces aanpassingen output Forensic supplement	12
Figuur 2	Overzicht proces aanpassingen cliëntversie DUNDRUM	23
Figuur 3	Voorbeeld van pictogrammenreeks. Boven de uniforme reeks; onder een voorbeeld van een reeks met variatie	25
Figuur 4	Antwoorden begeleiders over de moeilijkheid van de vragen	38
Figuur 5	Antwoorden mentoren over het aantal vragen	38
Figuur 6	Antwoorden mentoren over de mate van tijdsinvestering	39
Figuur 7	Antwoorden mentoren over het feit of de vragenlijst voldoende was aangepast voor de doelgroep	39
Figuur 8	Antwoorden mentoren over het gebruik van de pictogrammen	40
Figuur 9	Antwoorden cliënten met betrekking tot het invullen van de vragenlijst	40
Figuur 10	Frequentie van de ingevulde cliëntscores	41

Wat voorafging

Binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) werken het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg Rekem (Kefor) en LUCAS KU Leuven sinds 2017 aan de implementatie van de BelRAI in de GGZ. Het doel van deze studies was om de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met cliënten met integrale zorgnoden te onderzoeken. In 2018 verschoof de focus van de studies ook naar identificering van de randvoorwaarden voor een sectorbrede implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ. Er zijn ondertussen drie studies afgerond:

1. Tijdens de **BelRAI GGZ-pilootstudie** in 2017 werd de geschiktheid van de BelRAI GGZ-instrumenten om de zorgnoden van personen met een EPA en/of verslaving in kaart brengen, voor het eerst in de zorgpraktijk getest (Van Eenoo et al., 2017). Eveneens werd er voor de eerste keer gepeild naar de haalbaarheid van het gebruik van dit instrumentarium in de GGZ en de attitude van verschillende groepen van stakeholders ten aanzien van het BelRAI assessment systeem. De resultaten van de BelRAI GGZ-pilootstudie zijn te raadplegen via het rapport van deze studie:
<https://www.steunpuntwvg.be/publicaties>.
2. De **tweede BelRAI GGZ-studie** vormde een vervolg op de pilootstudie uit 2017. Voorafgaand aan de studie vond er een participatief traject plaats om de BelRAI GGZ-studies verder voor te bereiden in sterkere afstemming met de verschillende (types van) GGZ-voorzieningen en rekening houdend met de geformuleerde bezwaren van de sector (Van Horebeek et al., 2020). Deze vervolgstudie vond plaats bij een grotere groep van voorzieningen en waarbij de hulpverleners onmiddellijk na de invulling van het BelRAI instrumentarium gebruik konden maken van de BelRAI resultaten via onderzoekssoftware. De resultaten van deze studie zijn te raadplegen via <https://www.steunpuntwvg.be/publicaties>.
3. Specifiek voor de **forensische GGZ** werd een **pilootstudie** gepland in 2018 tegelijkertijd met de tweede BelRAI studie. Bij deze studie werd de toepasbaarheid van het BelRAI instrumentarium en de BelRAI resultaten onderzocht binnen de forensische GGZ (Van Horebeek et al., 2020). Hiervoor werd er eerst een literatuurstudie gedaan om een overzicht te krijgen van de beschikbare instrumenten om zorgnoden in de forensische populatie in kaart te brengen. Op basis van de psychometrische kwaliteiten, de inhoud van de instrumenten en de mate van complementariteit van de instrumenten, adviseerden de onderzoekers 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. In overleg met de betrokken overheidsadministraties – zowel Vlaams als federaal – en onderzoekers van KU Leuven, UGent en KeFor Rekem werd daarom beslist om in de BelRAI forensische GGZ-pilootstudie het BelRAI GGZ-instrumentarium – inclusief het BelRAI Forensic supplement – aan te vullen met de DUNDRUM. Via een mixed-method exploratieve studie werden de volgende onderzoeksvragen onderzocht:
 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.
 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 GG- 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 mei 2020 liep de dataverzameling van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie ten einde. De resultaten van deze studie zijn te raadplegen via <https://www.steunpuntwvg.be/publicaties>. De tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie heeft geleid tot een aantal beleidsaanbevelingen met betrekking tot het gebruik van BelRAI (en DUNDRUM) in de Vlaamse forensische GGZ:

1. Er is nood aan een **BelRAI GGZ core instrument** voor gebruik in de mobiele en ambulante gespecialiseerde GGZ, en deels ook voor de residentiële gespecialiseerde GGZ. In het kader van de zorg is het immers noch aangewezen, noch nodig om voor zorggebruikers met een milde of matige psychische aandoening het uitgebreide BelRAI GGZ-instrumentarium te gebruiken. Het Forensic supplement zal als één van de modules gekoppeld zijn het BelRAI GGZ core instrument. Deze module kan ingevuld worden onafhankelijk van juridisch statuut: zowel voor geïnterneerden als justitiabelen of personen met een civielrechtelijke maatregel met integrale zorgnoden kan het Forensic supplement ingevuld worden.
2. Er is nood aan een **parallel self-assessment instrument voor cliënten**, zodat een BelRAI assessment evenzeer de visie van de cliënt als die van de hulpverleners in beeld brengt. Beiden zijn immers even belangrijk voor de zorgplanning en zijn te kaderen binnen herstelgerichte zorg. De DUNDRUM-toolkit heeft een cliëntversie, maar die is momenteel niet geschikt voor personen met een verstandelijke beperking.
3. De **regulering van de gegevensdeling** dient uitgewerkt te worden, rekening houdend met de privacy-gevoeligheid van de BelRAI-data. Het gegevensdelingssysteem dient daarenboven een transparant systeem te bevatten waarmee de cliënten op regelmatige basis toestemming dienen te geven om BelRAI-data (verder) te delen met andere hulpverleners; Dit is evenwel eerder een juridische kwestie dan een wetenschappelijke vraag.
4. Er is nood aan een **implementatieplan van BelRAI in de GGZ**, zowel op het niveau van de hulpverleners, het management van de GGZ-voorzieningen als op niveau van de Vlaamse overheid.
5. Het interRAI Forensic supplement werd voor het eerst uitgetest in de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie. Het Forensic supplement is deels gebaseerd op de **Central Eight risicofactoren** die het risico op herval in delictgedrag voorspellen. Andere informatie over deze risicofactoren staat verspreid in de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten. Uit de focusgroepen van de pilootstudie en uit de gesprekken met de netwerkcoördinatoren internering Volksgezondheid is naar voren gekomen dat het voor het forensische werkveld relevant is dat deze informatie gecentraliseerd wordt in de output van het Forensic supplement. Hierdoor kan er meer draagvlak gecreëerd worden voor het gebruik van het BelRAI-instrumentarium alsook voor het toepassen van de BelRAI resultaten in de zorg-/behandelplan besprekingen.
6. De feedback die de onderzoekers kregen tijdens de focusgroep was dat de cliëntversie van de DUNDRUM vaak te moeilijk was om zelfstandig te laten invullen door de deelnemers. In de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie werden personen met een verstandelijke beperking geëxcludeerd. Onderzoek naar het profiel van geïnterneerden binnen de B4-projecten heeft aangetoond dat 28% van de geïnterneerde populatie in België een verstandelijke beperking heeft, waardoor een belangrijke subgroep niet aan bod is gekomen in de pilootstudie (Pouls et al., 2020).

Om deze personen te includeren in de vervolgstudie moeten er **aanpassingen** gedaan worden aan de **cliëntversie van de DUNDRUM**, om deze toegankelijk te maken voor personen met een verstandelijke beperking.

De eerste vier aanbevelingen zijn opgenomen in de onderzoeksfiche EF75: De ontwikkeling van een BelRAI GGZ core instrument en modules van het BelRAI GGZ-instrumentarium, voor gebruik in de Vlaamse gespecialiseerde GGZ. De laatste twee aanbevelingen hebben als basis gediend voor de huidige onderzoeksfiche met als doel de bruikbaarheid van het BelRAI instrumentarium te verhogen binnen het forensische werkveld.

De **doelstelling** van deze studie bestaat uit de aanpassing van:

1. Het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model
2. De cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking.

De **onderzoeksvragen** van de studie luiden:

1. Hoe kan het BelRAI Forensic supplement aangepast worden zodat het een overzicht geeft van de Central Eight risicofactoren?
2. Hoe kan de cliëntversie van de DUNDRUM aangepast worden zodat deze ook geschikt is voor personen met een verstandelijke beperking?

Hoofdstuk 1

Procedures aanpassingen

In dit hoofdstuk worden de methodes beschreven die gehanteerd zijn om de output van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity (RNR) model aan te passen zodat er een overzichtelijk beeld gegeven wordt van de Central Eight risicofactoren. In het tweede deel van dit hoofdstuk worden de methodes voor de aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking besproken.

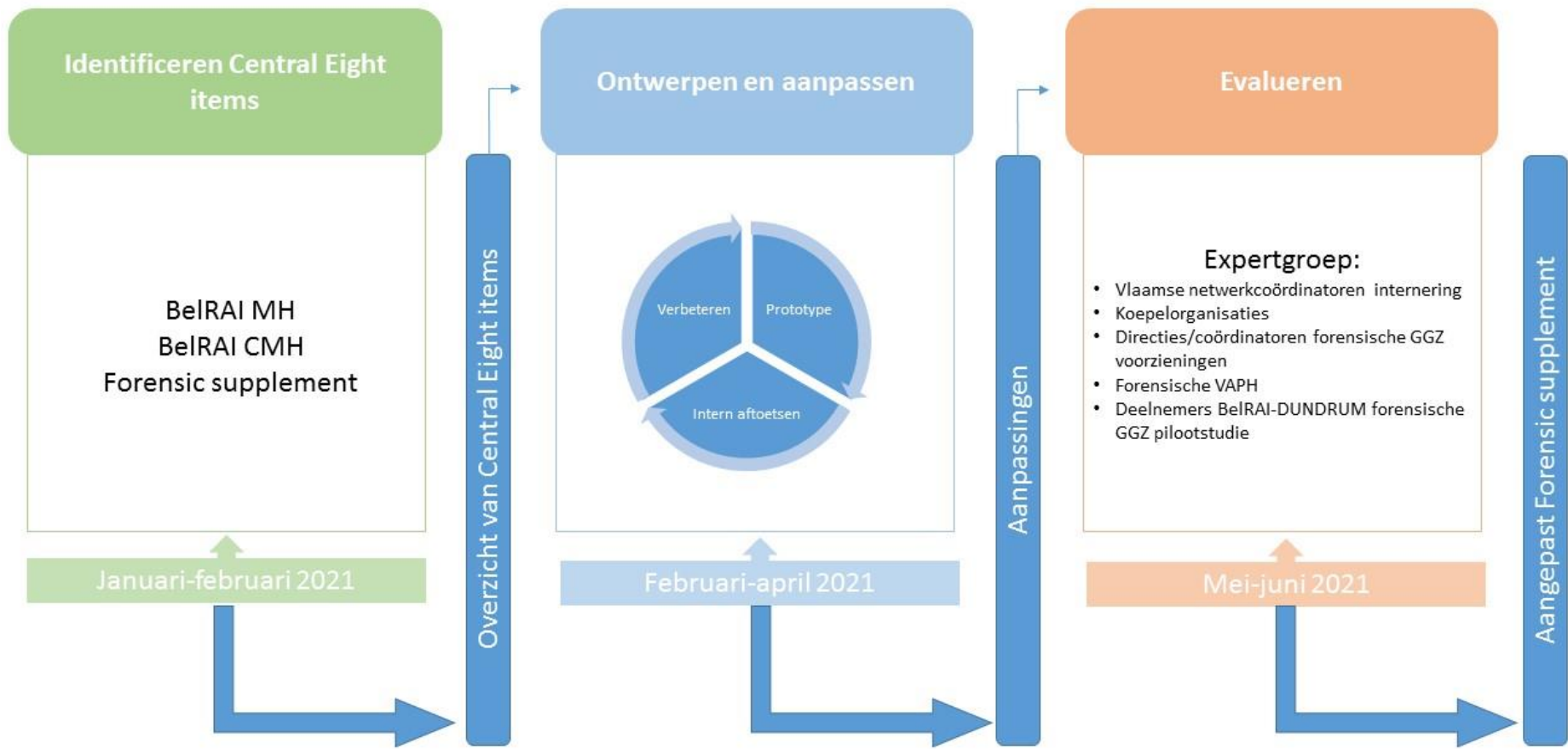
1 Aanpassing van de output van het BelRAI Forensic supplement

In dit gedeelte wordt eerst kort besproken wat het RNR model inhoudt om daarna specifiek in te gaan op de Central Eight risicofactoren. Vervolgens wordt het proces van de aanpassingen van de output van het BelRAI Forensic supplement besproken (zie figuur 1).

1.1 Risk-Need-Responsivity principe

Het Risk, Need, Responsivity (RNR) model (Andrews & Bonta, 2017) vormt de hoeksteen van het forensische rehabilitatiekader. Het RNR model heeft een sterke empirische gevalideerde theoretische onderbouwing (Andrews & Dowden, 2005; Taxman et al., 2013) en onderzoek heeft aangetoond dat interventies gebaseerd op het RNR principe effectief zijn in het verminderen van recidive bij hoog risico delinquenten (Andrews en Dowden, 2006; Andrews & Bonta, 2017; Bonta et al., 2014; Hanson et al., 2009). Het RNR model gaat uit van het feit dat – empirisch bepaalde – risicofactoren crimineel gedrag kunnen voorspellen. Verder stelt het model dat personen met een hoog risico ook een intensieve behandeling moet krijgen (Risk). Risicofactoren zijn ook geassocieerd met specifieke **criminogene behoeften** (Need). Het aanpakken van criminogene behoeften leidt uiteindelijk tot vermindering van het risico op recidive. **Responsiviteit** (responsivity) heeft betrekking op het gebruik van diensten die rekening houden met de individuele verschillen om aan criminogene behoeften te voldoen. Het uitgangspunt van het RNR model kan het best omschreven worden met de term evidence based practice: interventies moeten gebaseerd zijn op resultaten die afkomstig zijn van het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van die interventies.

Andrews en Bonta (2017) hebben de acht meest voorspellende risicofactoren voor recidive opgelijst: de **Central Eight**. De Central Eight zijn onderverdeeld in de **Big Four** (geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities en antisociale relaties) en de **Moderate Four** (familiale en/of echtelijke relaties, school en/of werk, vrije tijd/ en of recreatie, middelengebruik). De Moderate Four zijn gerelateerd aan recidive maar minder sterk voorspellend voor crimineel gedrag. Justitiabelen die hoger scoren op items van de Central Eight hebben meer kans op recidive en hebben dus meer kans om voordeel te hebben van een hogere intensiteit van de behandeling. Omgekeerd, justitiabelen die lager scoren, hebben minder kans op recidive en hebben daarom een lagere intensiteit van behandeling nodig (Ward et al., 2007). Het aanpassen van behandelintensiteit of risiconiveau heeft een empirische basis: zo hebben Bonta en collega's (2000) vastgesteld dat er een hogere kans op recidive was indien er een mismatch was tussen behandelintensiteit en risiconiveau.



Figuur 1 Overzicht proces aanpassingen output Forensic supplement

Het structureren van de BelRAI output op basis van de Central Eight is voordelig voor de forensische hulpverleners. Hierdoor kan er meer draagvlak gecreëerd worden voor het gebruik van het BelRAI-instrumentarium alsook voor het toepassen van de BelRAI resultaten in de zorg- of behandelplan besprekingen. Ook voor de gedetineerde populatie zou een aangepast Forensic supplement een meerwaarde betekenen omdat de psychosociale diensten van de gevangenen momenteel hun standaardverslagen structureren op basis van deze Central Eight risicofactoren (persoonlijke communicatie 28-06-2021 PSD psycholoog Veerle Verreyt).

1.2 Identificeren Central Eight factoren

Alvorens er is gekeken welke BelRAI items gerelateerd zijn aan de Central Eight risicofactoren werd er eerst gestart met het ophoesten van de definities van de Central Eight risicofactoren.

(1) Geschiedenis van antisociaal gedrag

Vroege (van jongs af aan) en aanhoudende betrokkenheid bij antisociale handelingen en een verscheidenheid van antisociale handelingen in een verscheidenheid van settings. Hoe frequenter en gevarieerder de contexten waarbinnen antisociaal handelen zichtbaar is, hoe groter de indicatie voor antisociaal gedrag.

(2) Antisociaal persoonlijkheidspatroon

Het avontuurlijk plezier zoeken (kicks), impulsiviteit en zwakke zelfbeheersing, rusteloos, agressief, woede-uitbarstingen, gebrek aan empathie, affectieve kilheid. Eerst doen, dan nadenken. Ook hier merkbaar ten aanzien van verschillende personen en in verschillende settings.

(3) Antisociale cognities

Attitudes, waarden, overtuigingen en rationalisaties welke delictgedrag ondersteunen. Cognitief emotionele condities van woede, wrok en trots, irritatie, afgunst en verbittering. Criminele identiteit. Vijandige attributiebias (handelen van anderen zeer snel interpreteren als aanvallend). Vinden dat het slachtoffer 'het verdient'.

(4) Antisociale relaties

Nauwe contacten met procriminele anderen en relatieve sociale isolatie van prosociale (of niet-criminele) anderen. Deze factor wordt ook wel eens de 'directe sociale steun' voor criminaliteit genoemd. Lid zijn van een (formeel of informeel) netwerk van antisociale anderen valt hier ook onder.

(5) Familiale en/of echtelijke relaties

Twee belangrijke elementen zijn: enerzijds de opvoeding en/of de zorg, anderzijds de controle en/of het toezicht.

- In gezin van herkomst: ouderschapsstijl (niet consequent handelen, inadequaat straffen en belonen), maar ook bidirectioneel (negatieve houding en omgang van kind ten aanzien van ouder), en tolereren of ondersteunen van antisociaal handelen.
- In intieme relaties: geen wederzijdse zorg, respect en interesse in combinatie met tolereren of ondersteunen van antisociaal handelen.

(6) School en/of werk

Weinig engagement en laag niveau van prestaties; weinig voldoening en beloning op school en/of werk. Prestaties zijn niet conform de inherent aanwezige vaardigheden.

(7) Vrije tijd/ en of recreatie

Lage niveaus van betrokkenheid en bevrediging bij niet-criminele vrijetijdsbesteding. Inzet van tijd en energie in 'lege tijd' (rondhangen) of antisociale activiteiten (bijvoorbeeld drugs roken in stamcafé).

(8) Middelenmisbruik

Misbruik van alcohol, medicatie en/of drugs.

Op basis van deze definities hebben de onderzoekers alle items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium gescreend om na te gaan welke items gerelateerd zijn aan één van de Central Eight risicofactoren.

1.3 Ontwerpen en aanpassen

De selectie van de items is intern besproken met het onderzoeksteam. Vervolgens werd een behoefteanalyse gemaakt om een breder beeld te krijgen van de noden omtrent de aanpassing van de BelRAI-output voor de forensische populatie .

1.3.1 Behoeftanalyse

Hieronder worden de stappen van de behoefteanalyse besproken.

- **Wat is het probleem?**

De huidige output van het BelRAI GGZ-instrumentarium biedt te weinig handvaten voor de zorg/behandelplan besprekingen in de forensische zorg.

- **Wie ervaart het probleem?**

De forensische hulpverlener ervaart hier problemen mee. De hulpverlener moet veel tijd investeren om het BelRAI instrumentarium in te vullen, maar de BelRAI output [(= de Clinical Assessment Protocol's (CAP's) en de zorgschalen die gebruikt kunnen worden bij het opstellen van het zorgplan] is minder van toepassing voor de forensische hulpverlening. Zo ontbreekt er een draagvlak om het instrumentarium in te vullen en heeft het geen (of minder) meerwaarde voor de forensische hulpverleners.

- **Wie zijn de stakeholders?**

Op macro en mesoniveau¹ zijn er voor deze probleemstelling niet direct stakeholders bij betrokken. De problemen die er op microniveau² zijn, zijn voornamelijk op het niveau van de hulpverlener.

- **Hoe groot is het probleem?**

Het voordeel van de BelRAI is dat het niet enkel een registratiesysteem is maar dat de gegevens die op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze verzameld worden zorgen voor resultaten (CAP's en zorgschalen) die gebruikt kunnen worden als input voor het opstellen van een kwaliteitsvol zorgplan, of om deze aan te passen of te evalueren. Voor de forensische hulpverlening zijn de resultaten minder relevant omdat de focus van het BelRAI GGZ-instrumentarium niet ligt op criminogene behoeften of forensische zorgnoden waardoor een groot voordeel van het gebruik van de BelRAI voor de forensische zorg wegvalt.

- **Wat zijn de kenmerken van de oplossing?**

Extra output aanbieden over de forensische zorgnoden zal voor het forensische werkveld bijkomende handvaten bieden voor het opstellen van hun zorg- of behandelplan.

¹ Het macroniveau focust op regio's en landen en het mesoniveau verwijst naar het niveau van de organisatie, het netwerk of de sector

² Het microniveau verwijst naar het niveau van de cliënt en de hulpverlener.

- **Waar liggen kansen?**

Deze forensische output kan ook nuttig zijn voor reguliere diensten om zo het forensische denken wat meer bekend te maken bij andere diensten. Het kan ook nuttig zijn voor de doelgroep gedetineerden. Verder zorgt het voor meer draagvlak om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen.

1.3.2 Aanpassingen

In het doctoraatsonderzoek van Mathias (2014) werd al een overzicht gemaakt van welke interRAI GGZ-items gerelateerd zijn aan de Central Eight risicofactoren. De selectie van de SWVG onderzoekers van de BelRAI items werd vergeleken met de selectie van Mathias (2014) en daarna intern besproken. Waar nodig zijn items toegevoegd of weggelaten. De uiteindelijke selectie van de gekozen items is terug te vinden in Tabel 1. Wat opvalt is dat de risicofactoren van de Big Four bijna allemaal uit het Forensic supplement komen terwijl de risicofactoren van de Moderate Four voornamelijk uit het hoofdinstrument komen (MH/CMH). Voor het item antisociale relaties werd maar één item gevonden dat hierop betrekking had.

Verder is ook de structuur en de inhoud van de output geëvalueerd. Zo is er gekozen om de output per Central Eight risicofactor op te delen in drie secties:

1. Definitie van Central Eight risicofactor
2. De gerelateerde BelRAI items
3. Behandelhandvaten aan de hand van de dynamische behoeftes

1.4 Evalueren

De selectie van de items en de structuur van de output is daarna voorgelegd aan experts binnen het forensische werkveld aan de hand van expertgroepen. Deze procedure wordt besproken in Hoofdstuk 2 en de resultaten in Hoofdstuk 3. Op basis van de verkregen feedback zijn de handboeken en de output van het Forensic supplement aangepast.

2 Aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM

In dit gedeelte wordt er eerst ingegaan op de definitie verstandelijke beperking en de prevalentie van personen met een verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie. Daarna wordt besproken welke richtlijnen er zijn om vragenlijsten te ontwerpen voor en af te nemen bij deze doelgroep. Tot slot worden de procedures die gehanteerd werden om de vragenlijst aan te passen besproken.

2.1 Definitie verstandelijke beperking

In de recentste edities van de classificatiesystemen voor psychiatrische stoornissen worden drie primaire criteria van verstandelijke beperking naar voren geschoven.

- Een significante beperking in het intellectuele functioneren
- Een significante beperking in het adaptief of sociaal functioneren
- Een aanvang van het disfunctioneren voor de leeftijd van 18 jaar

Voor de bepaling van de ernst van de beperking wordt in de vorige versie van de DSM (DSM-IV) nog verwezen naar de IQ-score. Hierbij onderscheidde men de volgende categorieën:



- lichte verstandelijke beperking (IQ-score van 50-55 tot 70-75)
- matige verstandelijke beperking (IQ-score van 35-40 tot 50-55)
- ernstige verstandelijke beperking (IQ-score van 20-25 tot 35-40)
- zeer ernstige verstandelijke beperking (IQ-score < 20-25)

Daarnaast is er ook nog de categorie 'zwakbegaafdheid' (IQ-scores van 70-75 tot 85-90), een groep die in de praktijk en in de literatuur in wisselende mate tot de groep met een verstandelijke beperking wordt gerekend (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2021).

In de laatste versie van de DSM (DSM-5) wordt een verstandelijke beperking gekenmerkt door deficiënties in algemene psychische functies zoals redeneren, probleemoplossend vermogen, plannen, abstract denken, oordeelsvermogen, schools leren en leren door ervaringen. De deficiënties resulteren in stoornissen in het aanpassingsvermogen. Het adaptief vermogen (conceptueel, sociaal, praktisch) bepaalt de verschillende niveaus van ernst (licht, matig, ernstig). In de nieuwe versie van de DSM bepaalt dus vooral het adaptief functioneren en niet zozeer de IQ score in welke mate iemand ondersteuning nodig heeft. Verder kunnen IQ-metingen kunnen minder valide zijn, zeker in het laagste deel van de IQ-scores en is er instrumentele en temporele instabiliteit van IQ-scores (Habets et al., 2015).

Tabel 1 Overzicht van de geselecteerd BelRAI items per Central Eight risicofactor

(1) Geschiedenis van antisociaal gedrag	(2) Antisociaal persoonlijkheidspatroon	(3) Antisociale cognities	(4) Antisociale relaties	(5) Familiale en/of echtelijke relaties	(6) School en/of werk	(7) Vrije tijd en/of recreatie	(8) Middelenmisbruik
iE10 Was er sprake van een gedragsprobleem voor de leeftijd van 12 jaar?	iF14b Gebrek aan empathie	iE9d Ontkent of minimaliseert het leed dat hij/zij anderen heeft berokkend	iF13 Telt het leefmilieu personen die hardnekkig antisociaal gedrag vertonen?	iB22 Werd hij/zij voor de leeftijd van 18 jaar uit huis geplaatst door de jeugdbescherming of de rechtbank?	iY1af Gefaald voor een opleiding of opleiding niet voltooid	iE1i Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten	CAP middelen
iB23c Op welke leeftijd vond de eerste politietussenkomst voor criminele activiteiten plaats?	iF14a Manipulatief	iE9c Geeft anderen onterecht de schuld van zijn/haar problemen		iY1ae Relatieproblemen, ook scheiding	iBB1 Werkstatuut	iE1j Verminderde sociale omgang	iW2 Aantal dagen waarop de persoon in de laatste 30 dagen dronken was
iB24a-g is er sprake van een ernstig misdrijf?	iE9a Meedogeneloos	iE9e Praat criminele activiteiten goed		iP7 Overtuiging dat relatie met naast(e) familie(-leden) verstoord is	iBB5a Vaker te laat of afwezig in de laatste 6 maanden	iF1a Deelname aan sociale activiteiten die de persoon al lang interesseren	iCC1d DSM-IV voorlopige diagnose categorieën: Aan middelen gebonden stoornissen
iB25 Is er sprake van uitbuiting of geweldpleging tegenover kind(eren) tot 12 jaar of vrouwen van om het even welke leeftijd?	iF14d Profiteert van anderen	iX2c Overwegen van geweld		iF7j Conflict met of herhaaldelijk kritiek op familie of vrienden	iBB5b Lage productiviteit of verstoringen op het werk of op school		iM6 Opzettelijk verkeerd gebruik van voorgeschreven of vrij verkrijgbare geneesmiddelen in de laatste 90 dagen
iX12c Politietussenkomst wegens gewelddadig gedrag	iB27 Slaagt hij/zij erin om de ontslagvoorwaarden te respecteren en een nieuwe opname in de gevangenis te voorkomen?			iP8 Zegt een vertrouwenspersoon te hebben	iBB5c Is van plan om met werk of school te stoppen		iW1 Middelengebruik of extreem gedrag
iX2a Geweld tegenover anderen	iE1r Prikkelbaarheid (Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek)			iF8a Relatie met familie is sterk en ondersteunend	iBB5d Voortdurend werkloos of vaak veranderende werksituatie in de laatste 2 jaar		
iE3c Lichaamelijk geweld	iE1p Overdreven gevoel van eigen waarde						
iE3b Verbaal geweld							
iX2b Intimidatie of dreigen met geweld							
iX4 Extreme gedragsstoornissen							

 Items forensic supplement
 Items MH/CMH

2.2 Verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie

Onderzoek heeft geen aanwijzingen gevonden dat de aard van de risicofactoren voor de ontwikkeling van bijvoorbeeld gewelddadig gedrag verschillend is tussen personen met of zonder een verstandelijke beperking (Pouls & Jeandarme, 2015). Wel verhogen hun beperkingen op emotioneel, sociaal en cognitief vlak - die eigen zijn aan een verstandelijke beperking – het risico dat ze in de criminaliteit terechtkomen, maar uit onderzoek blijkt dat de effect sizes eerder beperkt zijn ($r = .20$) (Cullen et al., 1997). Zo schuift men in de literatuur voornamelijk de persoonlijkheidskenmerken (onder meer een verhoogde impulsiviteit en een beperkte gewetensontwikkeling) en contextuele invloeden (onder andere de invloed van antisociale leeftijdsgenoten en een gebrek aan relaties met significante anderen) als belangrijke risicofactoren naar voren (Van Boetzelaer et al., 2012; Wheeler et al., 2013). Personen met verstandelijke beperking kunnen moeilijk de gevolgen van hun eigen daden of van gebeurtenissen inschatten en hebben problemen rondom empathie. Zo hebben ze moeite met het inschatten van emoties en motieven van anderen. Ze zijn ook geneigd tot meegaand gedrag door angst of uit respect voor autoriteit en/of door een drang om erbij te horen, wat hen dan weer kwetsbaar maakt voor groepsdruk (van der Put et al., 2014).

Er is sprake van een curvilineair verband wanneer men spreekt over de relatie tussen IQ en justitiële problemen. Doorgaans stelt men vast dat personen met IQ-scores onder de 50 relatief zelden in contact komen met justitie, terwijl de groep met een lichte verstandelijke beperking en de zwakbegaafde groep dan weer oververtegenwoordigd zijn binnen de forensische populatie (Lunsky et al., 2011; Portnoy et al., 2013). Onderzoek naar het profiel van geïnterneerden binnen de B4-projecten heeft aangetoond dat 28% van de geïnterneerde populatie in België gediagnosticeerd werd met een verstandelijke beperking, waardoor een belangrijke subgroep niet aan bod is gekomen in de pilootstudie (Pouls et al., 2020). Het onderzoek van Pouls et al. (2020) omvat niet de gehele populatie van geïnterneerden. Een oudere studie rapporteert cijfers van de totale groep geïnterneerden waarbij 19% een IQ-score lager dan 70 heeft en 15% een IQ score tussen 70 en 85 heeft (Verlinden et al., 2009). Om deze personen te includeren in de vervolgstudie moeten er aanpassingen gedaan worden aan de cliëntversie van de DUNDRUM, om deze toegankelijk te maken voor personen met een verstandelijke beperking.

2.3 Behandel- vs. orthopedagogische benadering

Er is een opvallend verschil tussen Vlaamse en internationale behandelprogramma's voor plegers met een verstandelijke beperking. In Vlaanderen lijken diverse behandelprogramma's sterk geïnspireerd te zijn door het ortho(ped)agogisch kader, terwijl in de literatuur blijkt dat de buitenlandse programma's eerder cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerd zijn (Verlinden et al., 2009).

Het RNR principe begint meer toegepast te worden bij plegers met een verstandelijke beperking. Uit de literatuur blijkt dat behandelprogramma's voor plegers met een verstandelijke beperking zich voornamelijk toespitsen op het probleemgedrag dat het meeste voorkomt: agressief en deviant seksueel gedrag. Bij plegers met lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafde plegers worden cognitief-gedragstherapeutische interventies gehanteerd die zich toespitsen op onder meer de bevordering van probleemoplossende vaardigheden, de toepassing van relaxatietechnieken, de cognitieve herwaardering van woedeprovocerende situaties, het leren differentiëren tussen emoties, de ontwikkeling van sociale en relationele vaardigheden en risicomangement (Lindsay, 2009), en de ontwikkeling van adequate copingvaardigheden (Hagiliassis et al., 2005). Een meta-analyse uit 2013 geeft aan dat de zojuist vermelde

interventies bij plegers met een verstandelijke beperking tot positieve resultaten leiden (met onder meer een lagere recidive; Nicoll et al., 2013) maar gedegen onderzoek is nog steeds erg beperkt. Steekproefgrootte is vaak een probleem en er is een tekort aan gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep (Hamelin et al., 2013).

Vanuit het responsiviteitsprincipe van het RNR model dient er rekening gehouden te worden met de kenmerken van de verstandelijke beperking. Het Good Lives Model (GLM; Ward, 2002), waarbij de nadruk ligt op de bevordering van het welzijn van de pleger door de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal te stellen, kan hiervoor ook handvaten bieden. De motivatie van de pleger om het eigen gedrag te veranderen kan volgens het GLM en volgens het responsiviteitsprincipe bevorderd worden door voldoende aandacht te besteden aan de individuele kenmerken en noden van de pleger.

Dus ook bij plegers met een verstandelijke beperking dient het programma in eerste instantie aangepast te worden aan de kenmerken van de behandelgroep (onder meer leerstijlen, culturele kenmerken, persoonlijkheidskenmerken, vaardigheden en beperkingen). Een vereenvoudiging van de communicatie is hier een eerste logische stap. Er moet wel gewaakt worden voor het feit dat deze vereenvoudiging de kwaliteit van het psychodiagnostische proces en het behandelproces niet mag ondermijnen (Lindsay, 2009). In het volgende gedeelte wordt er dieper ingegaan op de richtlijnen die gehanteerd kunnen worden bij het ontwikkelen of aanpassen van een vragenlijst voor personen met een licht verstandelijke beperking. Onderzoek naar de validiteit van vragenlijsten voor personen met een matige of ernstige verstandelijke beperking zijn schaars. Personen met een ernstige verstandelijke beperking worden bijna standaard geëxcludeerd voor deelname in studies vanwege de moeilijkheden die gerelateerd zijn bij de afnames (Schalock et al., 2002). Hierdoor is er weinig wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van zelfinvulvragenlijsten bij deze doelgroep (Finlay & Lyons, 2001). Onderzoek toont aan dat voor personen met een ernstige verstandelijke beperking er waarschijnlijk beter met proxy scores gewerkt wordt (Balboni et al., 2013).

2.4 Richtlijnen ontwikkeling vragenlijst voor personen met verstandelijke beperking

Bij het afnemen van vragenlijsten bij personen met een verstandelijke beperking moet er rekening gehouden worden met de extra factoren die ervoor zorgen dat ze sociaal wenselijk gaan antwoorden of instemmen met een voorgelegde stelling of vraag ongeacht de inhoud ervan. Daarnaast kan de context van het 'moeten presteren' bij een testafname, zeker in combinatie met faalangst, leiden tot onderpresteren. Verder hebben personen met een verstandelijke beperking moeite met het beantwoorden van vragen als de inhoud niet direct herkenbaar voor hen is of als enige mate van (zelf)reflectie vereist is. Door het beperktere taalbegrip en leesniveau kunnen vragen niet begrepen en/of onjuist geïnterpreteerd worden. De 'Richtlijn Diagnostisch Onderzoek Licht Verstandelijke Beperking: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij personen met een licht verstandelijke beperking' (Douma et al., 2012) geeft een overzicht van waar personen met een verstandelijke beperking over het algemeen moeite mee hebben:

- Het beantwoorden van vragen waarin ze zich moeten verplaatsen in een situatie die niet aansluit op hun eigen leefwereld of waarin ze zich moeten verplaatsen in de gedachtewereld van iemand anders. Dit komt door problemen met perspectiefname en empathie bij deze doelgroep.

- Vragen over de eigen persoonlijkheid en emoties al dan niet in relatie tot anderen. Dit is het gevolg van het feit dat personen met een verstandelijke beperking problemen ervaren met emotieherkenning, zelfreflectie, een negatief (of juist te positief) zelfbeeld, en moeite hebben om zichzelf adequaat te kunnen vergelijken met anderen.
- Vragen die betrekking hebben op een bepaalde tijdsperiode of vragen over het plaatsen van bepaalde gebeurtenissen in de tijd. Personen met een verstandelijke beperking leven over het algemeen in het hier en nu.
- Met het zelfstandig beantwoorden van vragen en met het begrijpen van de instructies voor het invullen van een vragenlijst, door een onvoldoende niveau van begrijpend lezen.
- Abstracte begrippen en met begrippen die niet door henzelf gebruikt worden.
- Lange vragen die meerdere boodschappen en antwoordkeuzes bevatten. Dit soort vragen doet een beroep op de woordenschat en op het werkgeheugen hetgeen problematisch is voor personen met een verstandelijke beperking.
- Negatief geformuleerde vragen.
- Vragen met een dubbele ontkenning.

In de richtlijn staan ook aanbevelingen rondom het ontwikkelen van een test voor personen met een licht verstandelijke beperking.

- Een testontwikkelaar zou één of meer voorbeeldvragen op moeten nemen in de te ontwikkelen test of vragenlijst om na te gaan of een respondent de vragen voldoende begrijpt en om derhalve te bepalen of de afname zinvol is.
- Bij het formuleren van vragen en opdrachten moet uitgegaan worden van een ontwikkelingsleeftijd tot maximaal 12 jaar.
- Vragen dienen verder kort, concreet, eenduidig en bij voorkeur vanuit het ik-perspectief geformuleerd te zijn.
- Visuele ondersteuning van de vragen, bijvoorbeeld met pictogrammen of foto's kan ondersteunend zijn.
- Om sociaal wenselijke antwoorden te detecteren, zou een beperkt aantal vragen met vergelijkbare inhoud op verschillende manieren gesteld kunnen worden.
- Meerkeuzevragen met maximaal een 5-punts antwoordschaal lijken de voorkeur te hebben boven open vragen (Hartley & MacLean, 2006). De formulering en betekenis van de antwoordmogelijkheden moeten wel goed van elkaar te onderscheiden zijn en goed uitgelegd worden.
- Dit geldt ook voor de visuele ondersteuning van de antwoordmogelijkheden die gebruikt kan worden om het geheugen te ontlasten en het voor de respondent eenvoudiger te maken om zijn antwoord te bepalen.
- De neiging tot een bepaalde antwoordtendens kan (ook) tegengegaan of ontdekt worden door de volgorde van de antwoordmogelijkheden af te wisselen.

2.5 Richtlijnen om vragenlijsten af te nemen bij personen met een verstandelijke beperking

De begeleider die gaat ondersteunen bij het invullen van de vragenlijst kan best rekening houden met de volgende aanbevelingen:

- Testruimte is best zo prikkelarm mogelijk om de concentratie te bevorderen.
- Duur van sessie beperken tot maximaal 2 uur (Kraijer & Plas, 2006).
- Pauzes inlassen als er bij de respondent tekenen van vermoeidheid zijn of hij/zij daar om vraagt.
- In eenvoudig taalgebruik de cliënt informeren over wat er gaat gebeuren, wat van hem verwacht wordt en wat er met zijn antwoorden gaat gebeuren. Deze instructies moeten kort en eenvoudig zijn en regelmatig herhaald worden om het werkgeheugen zo veel mogelijk te ontlasten.
- Controleer of de instructies begrepen zijn.
- Benadruk dat het niet erg is als hij/zij een antwoord niet weet.
- De begeleider neemt een positieve en stimulerende houding aan, sluit het communicatieniveau aan op dat van de respondent en geef hem/haar positieve feedback over zijn/haar inzet.
- De begeleider biedt hulp bij het concretiseren van tijdsperioden door bijvoorbeeld aan de respondent zelf te vragen wat er een half jaar geleden gebeurd is (verjaardag, feestdag, vakantie, jaargetijde).
- Bij twijfel over een gegeven antwoord kan de begeleider niet-suggestieve vragen stellen, zoals: “Kun je daar wat meer over vertellen?” Zo kan worden nagegaan of de antwoordkeuze van de persoon ‘klopt’ (Hartley & MacLean, 2006). Dit moet echter gedaan worden zonder de geloofwaardigheid van de respondent in twijfel te trekken.
- De testafname dient te worden afgebroken wanneer tijdens de afname blijkt dat de respondent onvoldoende antwoord kan geven op de vragen of als te veel vragen niet goed genoeg begrepen zijn.

Alvorens de vragenlijst aan te passen hebben de onderzoekers een paar brainstormsessies georganiseerd, waarna er een behoefte- en contextanalyse werd gedaan. Deze aanpassingen werden daarna voorgelegd aan de expertgroep. De laatste fase van het onderzoek was de praktijktest. Het proces van de aanpassing van de cliëntversie wordt schematisch weergegeven in figuur 2.

2.6 Brainstorm experts

Alvorens te starten met het vereenvoudigen van de vragenlijst werd er een vergadering georganiseerd met de oorspronkelijk auteurs van de DUNDRUM (Harry G. Kennedy, Conor O’Neill, Grainne Flynn, Pauline Gill, Mary Davoren). Dit was allereerst om toestemming te vragen voor het aanpassen van de vragenlijst en om te brainstormen over hoe dat het beste aangepakt kon worden. Het Belgisch rechtssysteem is namelijk anders dan het Iers rechtssysteem waardoor België meer personen met verstandelijke beperking in de forensische zorg heeft dan Ierland. Vroeger waren er in Ierland zelfs geen forensische afdelingen voor personen met een verstandelijke beperking en werden er zelfs patiënten doorverwezen naar het buitenland (voornamelijk naar het Verenigd Koninkrijk) (Irish College of Psychiatrists, 2005). Momenteel heeft het Central Mental Health Hospital (het enige forensische ziekenhuis in Ierland met 170 bedden) slechts één afdeling met tien bedden voor personen met een verstandelijke beperking. Op de nieuwe site die nu gebouwd wordt zullen er 20 bedden voorzien zijn (waarvan tien longstay bedden).

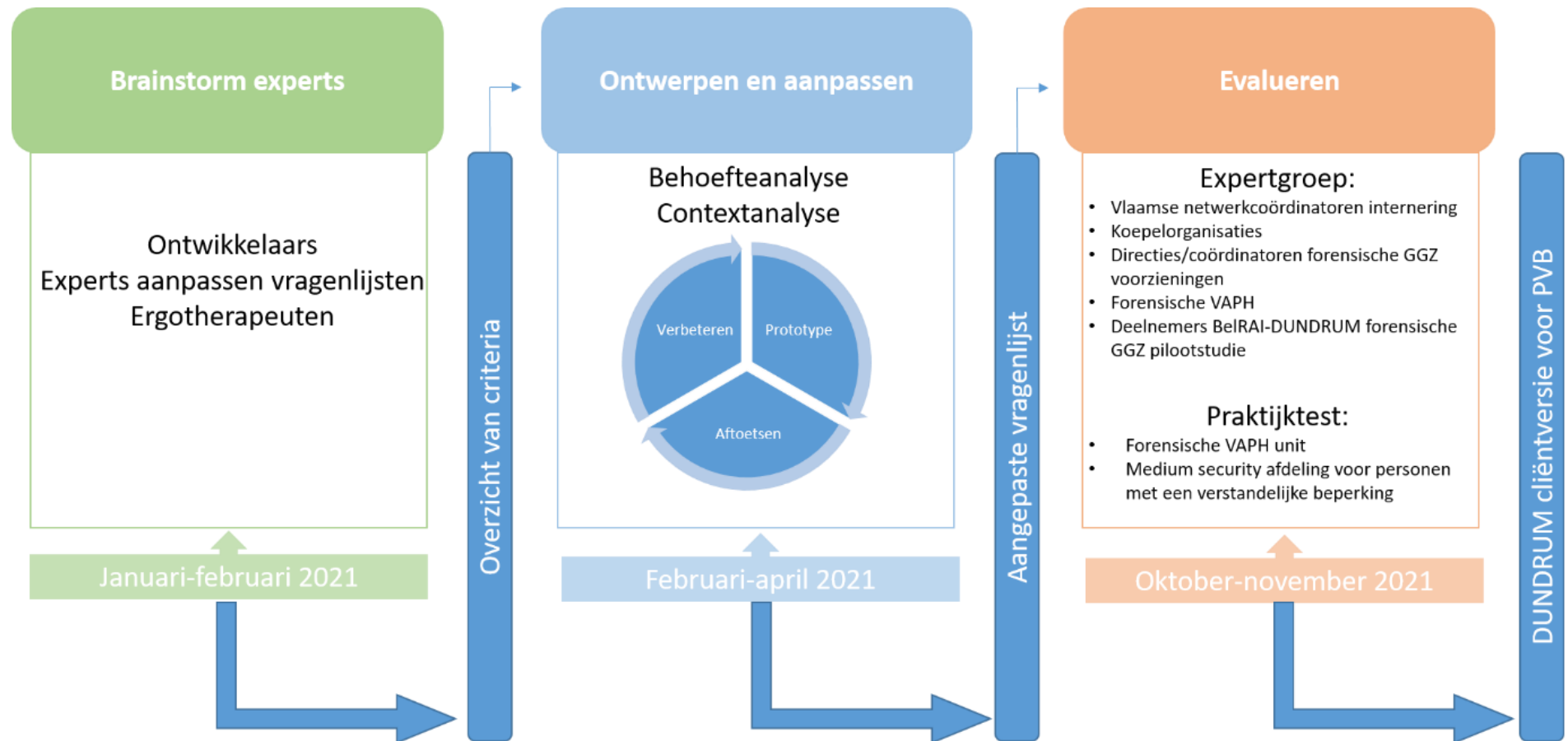
Professor Kennedy stelde voor om gebruik te maken van copy editing diensten die gespecialiseerd zijn in het eenvoudiger maken van teksten voor bepaalde doelgroepen. Tijdens de brainstormsessie werd ook aangegeven dat het gebruik van pictogrammen aan te raden was. Ook is het belangrijk dat er richtlijnen komen rondom het bepalen van minimum cognitieve capaciteiten voor het invullen.

Verder is er ook nog overleg gepleegd met dr. Ruth Dalemans van het Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie. Zij gaf concrete tips om de vragenlijst te vereenvoudigen:

- Gebruik taalniveau A23
- Verdana lettertype en dezelfde lettergrootte
- Een item per pagina
- Een regel per zin
- Sleutelwoord vet gedrukt
- Maximaal 15 woorden per zin
- Cijfers zijn numeriek geschreven
- Zinsopbouw: onderwerp-persoonsvorm-lijdend voorwerp
- Bijzinnen vermijden
- Belangrijke en/of nieuwe informatie: vetgedrukt
- Zinnen: onder elkaar en links uitlijnen

De ergotherapeuten van de forensische afdelingen voor personen met een verstandelijke beperking van het OPZC Rekem hebben de onderzoekers ondersteund bij de keuze van de pictogrammen. Zo zijn alleen Sclera pictogrammen gebruikt. Sclera is een VZW die pictogrammen ontwikkelt en gratis ter beschikking stelt om te gebruiken in alle sectoren om duidelijkheid en structuur te bieden aan personen met een verstandelijke handicap (zie <https://www.sclera.be>).

³ De taalniveaus werden vastgelegd in het Europees Referentiekader (ERK). Het ERK beschrijft wat men moet kunnen omtrent te tonen dat men deze taal op een bepaald niveau beheerst. Het ERK onderscheidt 6 niveaus: A1, A2, B1, B2, C1 en C2.



Figuur 2 Overzicht proces aanpassingen cliëntversie DUNDRUM

2.7 Ontwerpen en aanpassen

De aanpassingen van de cliëntversie werden intern besproken met het onderzoeksteam en aangepast waar nodig. Vervolgens werd een behoefteanalyse gemaakt om een breder beeld te krijgen van de noden omtrent dit onderwerp.

2.7.1 Behoeftanalyse

Hieronder wordende stappen van de behoefteanalyse besproken.

- **Wat is het probleem?**

De cliëntversie van de DUNDRUM is te moeilijk voor personen met een verstandelijke beperking.

- **Wie ervaart het probleem?**

Zowel de hulpverlener als de cliënt ervaart hier problemen mee. De hulpverlener omdat hij/zij moet gaan ondersteunen bij een vragenlijst die te moeilijk is. De cliënt kan gefrustreerd geraken door het feit dat hij/zij de vragen niet begrijpt. Voor beide partijen is het verloren tijd indien de informatie die verzameld wordt onbetrouwbaar is.

- **Wie zijn de stakeholders?**

Zowel op macro-, meso- en microniveau zijn er stakeholders betrokken. Op macro- en mesoniveau⁴ kunnen er verkeerde conclusies getrokken vanuit de geaggregeerde gegevens van deze vragenlijst rondom inzichten over behandelvoortgang en mate van herstel bij personen met een verstandelijke beperking. De problemen die er op microniveau⁵ kunnen ontstaan zijn, zijn gerelateerd aan de cliënt en de hulpverlener. De ervaringen van de patiënt kunnen foutief worden gemeten of geïnterpreteerd. Ook kan de cliënt gefrustreerd geraken door te moeilijke of onduidelijke vragen. Voor de hulpverlener is het een extra uitdaging en tijdsinvestering wanneer hij/zij moet gaan ondersteunen bij het afnemen van een vragenlijst die niet is afgestemd aan het doelpubliek.

- **Hoe groot is het probleem?**

Het idee achter het BelRAI systeem is het feit dat BelRAI data opgeslagen en gedeeld gaan worden tussen gezondheidssectoren. Een concreet kader omtrent het delen van BelRAI-data in de (forensische) (G)GZ moet echter nog ontwikkeld worden. Iets wat met de nodige omzichtigheid en in overleg met de stakeholders uit de sector dient te gebeuren. Maar het is desalnietemijn belangrijk dat er alles aan gedaan wordt om de juistheid van de informatie te garanderen. Het sectoroverschrijdend delen van informatie over (forensische) GGZ gebruikers is namelijk een delicate kwestie.

- **Wat zijn de kenmerken van de oplossing?**

De vragenlijst moet zo goed mogelijk aansluiten bij de capaciteiten en de noden van de doelgroep. Deze noden zijn anders dan die van normaal begaafde forensische patiënten.

⁴ Het macroniveau focust op regio's en landen. Het mesoniveau verwijst naar het niveau van de organisatie, het netwerk of de sector.

⁵ Het microniveau verwijst naar het niveau van de cliënt en de hulpverlener.

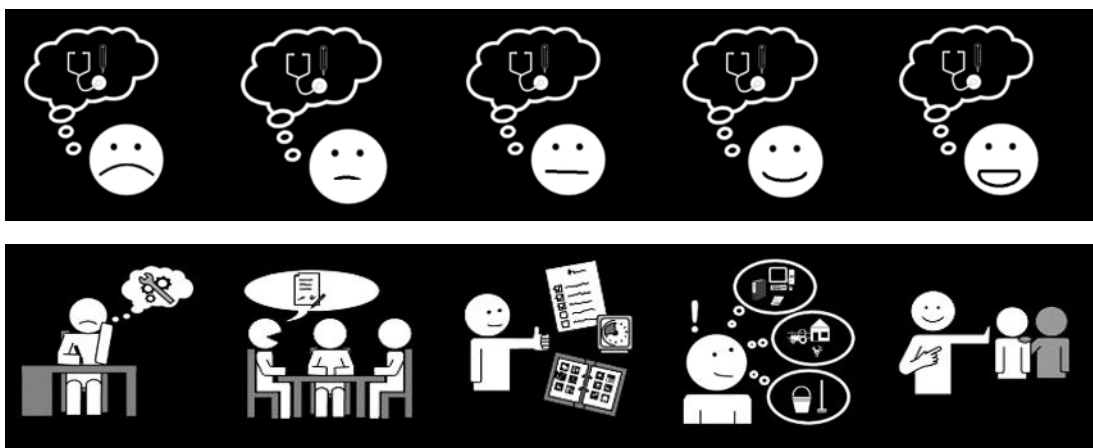
- **Waar liggen kansen?**

Uit de vorige studie kwam naar voren dat de cliëntversie van de DUNDRUM soms zelfs moeilijk was voor normaal begaafde cliënten. Het vereenvoudigen van de vragenlijst kan dus ook voor deze doelgroep een verbetering zijn.

2.7.2 Aanpassingen

Eerst zijn de onderzoekers begonnen met de zinnen in te korten waarbij er gestreefd werd naar één zin per antwoordcategorie en maximaal tien woorden per zin (dit was niet altijd mogelijk). De gebruikte vocabulaire werd aangepast naar A2 niveau. Via de website <https://www.zoekeenvoudigewoorden.nl/> werden de gebruikte woorden in de cliëntversie gecontroleerd. Woorden die niet binnen het A2 niveau vielen werden aangepast. Ook werd vraag 6 omtrent slachtofferkwesties van DUNDRUM-4 opgesplitst in twee vragen (6a en 6b) omdat de hoeveelheid tekst te veel was om in één vraag te houden.

Per itembeschrijving werd er een bijpassend pictogram gekozen dat volgens de onderzoekers het beste aansloot bij het item. Verder werd er binnen het item per antwoordcategorie een pictogram toegevoegd. Voor sommige items werd eenzelfde pictogram gebruikt dat per antwoordcategorie een beetje anders was (uniforme pictogrammen per item). Voor andere items werd bij elke antwoordcategorie een ander pictogram gebruikt (gevarieerde pictogrammen per item) (zie figuur 3). Aan de expertgroep werd de vraag gesteld welke vorm van het gebruik van pictogrammen de voorkeur heeft.



Figuur 3 Voorbeeld van pictogrammenreeks. Boven de uniforme reeks; onder een voorbeeld van een reeks met variatie

Sommige richtlijnen hebben we niet kunnen toepassen. Zo hebben we niet met een voorbeeldvraag gewerkt omdat we het aantal vragen zoveel mogelijk wilden beperken. Gezien het feit dat een begeleider ondersteuning geeft tijdens het invullen, is het gebruik van een voorbeeldvraag ook niet noodzakelijk. Ook hebben we geen vragen toegevoegd die op verschillende manieren gesteld werden, eveneens om het aantal vragen te beperken. We hebben er ook voor geopteerd om de antwoordmogelijkheden niet van volgorde te laten wisselen om de items zo consistent mogelijk te houden.

2.8 Evalueren

De aanpassingen van de cliëntversie van de DUNDRUM werden voorgelegd aan experts binnen het forensische werkveld aan de hand van expertgroepen. Deze procedure wordt besproken in Hoofdstuk 2 en de resultaten in Hoofdstuk 3. Op basis van de verkregen feedback werden de handboeken en de cliëntversie aangepast.

Hoofdstuk 2

Methoden en resultaten van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen

In dit hoofdstuk wordt de methode van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen toegelicht waarbij er ingegaan wordt op de procedure van de expertgroepen en de deelnemers. De resultaten van de expertgroepen worden besproken en aanbevelingen worden samengevat op het einde van het hoofdstuk.

1 Procedure van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen

De uitnodiging voor deelname aan de expertgroep werd uitgestuurd naar drie groepen: (1) deelnemers BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie⁶, (2) Vlaamse netwerkcoördinatoren internering, Zorgnet-Icuro, directies/coördinatoren forensische GGZ-voorzieningen en (3) Forensische VAPH-instellingen. Omdat de forensische VAPH-instellingen voor het begin van deze studie nog niet betrokken waren geweest bij de BelRAI studies werd ervoor gekozen om ze in een aparte expertgroep te zetten waardoor er meer achtergrondinformatie gegeven kon worden over de BelRAI studies en het instrumentarium. Zij werden ook alleen bevraagd over de aanpassingen van de cliëntversie van de DUNDRUM omdat dit specifiek van toepassing was op hun doelgroep.

Een onderzoeker van het Steunpunt WVG leidde deze expertgroepen. Voorafgaand aan de expertgroepen kregen de deelnemers informatie over de studie, de expertgroep en de verwerking ervan alsook de (eerste versie van de) aangepaste instrumenten, de vragen die aan bod gingen komen en het toestemmingsformulier opgestuurd via mail. De opbouw van het verloop van de expertgroep was als volgt:

- Korte samenvatting van de voorgaande studies en hun resultaten⁷
- Rationale van de huidige studie
- Procedures van de aanpassingen
- Vragen rondom de aanpassingen

Tijdens de twee uur durende expertgroep werd er eerst gevraagd naar de mening over de aanpassingen van de output op basis van de Central Eight (onderzoeksvraag 1)⁸. Hierbij lag de focus zowel op de keuze van de items en hoe de resultaten best weergegeven werden. Daarna werd er gepeild naar de mening over de aanpassingen van de cliëntversie van de DUNDRUM (onderzoeksvraag 2). Daarbij werd eerst de keuze omtrent de pictogrammen besproken. Verder werd er ook nagevraagd of bepaalde terminologie begrijpbaar zou zijn voor personen met een verstandelijke beperking. Ook werd de mate van toepasbaarheid en het nut van de DUNDRUM bij deze doelgroep besproken. Bijlage 1 bevat de richtvragen die tijdens de expertgroep zijn voorgelegd aan de deelnemers.

⁶ Deze personen hebben in het kader van de vorige studie reeds een BelRAI GGZ opleiding genoten en ervaring met de BelRAI opgedaan.

⁷ De VAPH expertgroep kreeg extra uitleg over de BelRAI en DUNDRUM.

⁸ Deze onderzoeksvraag werd niet besproken in de forensische VAPH expertgroep.

2 Deelnemers van de BelRAI GGZ-expertgroepen

Er hebben 15 personen deelgenomen aan de expertgroepen. De functiebenamingen van de deelnemers staan in tabel 12. Er was een representatieve vertegenwoordiging van verschillende disciplines, zowel binnen de forensische VAPH als binnen de niet-VAPH projecten.

Tabel 2 Overzicht deelnemers expertgroepen

VAPH	
Criminoloog forensische afdeling verstandelijke beperking	1
Psycholoog forensische afdeling verstandelijke beperking	2
Afdelingshoofd forensische afdeling verstandelijke beperking	1
Orthopedagoog forensische afdeling verstandelijke beperking	2
Coördinator dienst voor personen met een verstandelijke beperking	1
Reguliere forensische zorg	
Cluster-/zorgmanager	2
Netwerkcoördinator internering	2
Verpleegkundige forensische afdeling	1
Woonbegeleider forensische zorg	1
Psycholoog forensische afdeling	2

3 Resultaten van de BelRAI forensische GGZ-expertgroepen

In het onderstaande gedeelte geven we eerst de antwoorden mee van de experts op de desbetreffende vragen. Deze antwoorden worden daarna aangevuld met omkadering vanuit de onderzoekers en de aanbevelingen die gemaakt zijn op basis hiervan.

3.1 Hoe kan het BelRAI Forensic supplement aangepast worden zodat het een overzicht geeft van de Central Eight risicofactoren?

3.1.1 Statisch karakter van Central Eight item 'Geschiedenis van antisociaal gedrag'

Eén van de doelen van het BelRAI instrumentarium is dat het handvaten kan bieden voor het opstellen van de behandelplannen. Het eerste item van de Central Eight risicofactoren (Geschiedenis van antisociaal gedrag) is een statisch item. Dat wil zeggen dat hier niks meer aan veranderd kan worden en hierover dus geen behandeldoelen kunnen worden opgesteld. De vraag was dan ook of het nuttig was om dit mee te nemen in de nieuwe output. In beide expertgroepen werd aangegeven dat dit toch belangrijke informatie is om mee te nemen (80% uit expertgroep 1 en 50% uit expertgroep 2 beaamden dit). Eén deelnemer gaf wel aan om dit item niet als eerste te zetten maar als laatste omdat de focus van de output niet moet liggen op feiten die misschien al 25 jaar geleden hebben plaatsgevonden. Uiteindelijk hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de volgorde van de Central Eight items te behouden in het kader van uniformiteit met het bestaande internationaal onderzochte model.

3.1.2 Structuur van de output

Een andere vraag ging over hoe de output best gestructureerd wordt. Daarbij is specifiek gevraagd of de voorkeur gaat naar alleen de kritische items⁹ weergegeven of alle items onafhankelijk van het antwoord. Indien alle items worden weergegeven, betreft het een uitgebreide output waardoor men misschien door de bomen het bos niet meer gaat zien. Aan de andere kant, door alleen kritische items weer te geven leg je te veel focus op problemen die aanwezig zijn, terwijl nulcores ook een bepaald beeld kunnen geven van problemen die zich niet voordoen. De experts gaven aan dat het prettig zou zijn indien de BelRAI gebruiker kan kiezen tussen de twee: een samenvatting met alleen de kritische items of de volledige output. Dit werd in beide expertgroepen geopperd. Eén respondent gaf aan dat er vaak de tijd niet is om diep op resultaten van vragenlijsten in te gaan en heeft daarom de voorkeur voor de kortere output. De vergelijking werd gemaakt met de resultaten van persoonlijkheidsvragenlijsten waar ook alleen maar de kritische items weergegeven worden. Een andere respondent gaf aan dat wanneer je goede scores weglaat dat je dan ook geen beeld krijgt van de vooruitgang. Het probleem met het opvragen van een verkorte output is dat men mogelijks een te eenzijdig beeld krijgt van de cliënt en men minder zicht heeft op de vooruitgang van de cliënt (cf. infra). Om die reden adviseren we om alle items die gerelateerd zijn aan de Central Eight factoren op te nemen in de output van het Forensic supplement.

3.1.3 Toevoegen van items

Bij de vraag of er nog items dienen toegevoegd te worden om de Central eight factoren in kaart te brengen, werd geantwoord dat dit niet nodig was. Wat wel werd aangegeven was dat indien alleen kritische items in de output worden weergegeven de focus te veel ligt op de risicofactoren waarbij de individuele sterktes van een persoon en de beschermende factoren vergeten worden. Bijvoorbeeld: het hebben van een goed sociaal netwerk komt niet naar boven als alleen de kritische items opgevraagd worden. Er werd daarom ook geadviseerd om de output wat meer GLM gericht te maken. Volgens het GLM model is het namelijk belangrijk om te werken rondom de sterktes van personen en ook rekening te houden met welke dingen goed gaan. Over de jaren heen zijn er al wat academische discussies geweest over de overeenkomsten en verschillen tussen het RNR model en het GLM (Andrews et al., 2011; Bonta & Andrews, 2003; Cullen, 2012; Glaser, 2010; McMurrin & Ward, 2004; Ogloff & Davis, 2004; Ward et al., 2007, 2012). De auteurs van het RNR model stellen dat de GLM principes verweven zitten in hun model en dat er weinig empirisch bewijs is voor het effect van GLM geïnspireerde behandelmodellen op recidive (Andrews et al., 2011; Looman & Abracen, 2013), in tegenstelling tot het RNR model.

Enerzijds wordt er geargumenteed dat het zich alleen baseren op risicofactoren en het negeren van beschermende factoren een te eenzijdig beeld kan geven van de patiënt (Rogers, 2000). Ook kan het tot onjuiste voorspellingen leiden omdat het risico op delictgedrag wordt overschat of onderschat (de Vogel et al., 2012; Vrinten et al., 2015).

Anderzijds werd er gezegd dat een olijsting geven van de beschermende factoren weinig zin heeft en verkeerd kan geïnterpreteerd worden. Of een factor al dan niet beschermend is, is afhankelijk van psychopathologie, statische en dynamische eigenschappen van de patiënt en type risico. Zo is bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding een beschermende factor maar dit is niet altijd het geval bij zedendelinquenten, bv. vrijwilliger zijn bij een sportvereniging (Nagtegaal & Schönberger, 2013). Ook is bijvoorbeeld intelligentie een beschermende factor maar niet altijd wanneer de cliënt ook hoge psychopathische trekken heeft (Johansson & Kerr, 2005). Wel kan het in rekening brengen van de beschermende factoren motiverend

⁹ De items die een score hebben die hoger is dan nul en daarom een potentieel probleem aangeven.

werken binnen de behandeling en de voorspellende eigenschappen van een risicotaxatie verbeteren (Bouman et al., 2021).

Een manier om de focus wat minder te leggen op de risicofactoren is om de output in zijn geheel te bekijken –en dus niet alleen de kritische items weer te geven- en per individu te beslissen welke aspecten risicofactoren zijn en welke eerder beschermend werken. In het handboek gaat er dus meer aandacht gaan naar het bekijken van de risicofactoren vanuit het GLM principe. De empirische evidentie voor herstelgericht werken in de forensische zorg ontbreekt wel nog (Walravens et al., 2019). Verder wordt er vanuit de DUNDRUM ook gekeken naar herstel en sterktes, waarbij de cliëntversie een stap in de richting van herstelgericht behandelen is (Habets & Jeandarme, 2021). Het inschatten van de risico- en beschermende factoren moet wel nog altijd gedaan worden op basis van risicotaxatie-instrumenten. De output van het Forensic supplement is dus geen vervanger van risicotaxatie. Het interpreteren van de Central Eight risicofactoren door personen die geen forensische ervaring hebben moet dus altijd voorzichtig gedaan worden en niet gezien worden als een manier om het risico op herval in te schatten.

Een ander thema dat werd aangehaald in de expertgroepen was de bedenking dat het volledige pakket van instrumenten erg veel is om in te vullen.

“Ik vind het heel leuk om te zien de afgelopen twee jaar dat het forensische een plek heeft gekregen, maar het was al een hele boterham en we zijn aan drie broden ondertussen.”

De respondenten gaven aan dat er geen overbelasting van het team zou mogen komen met betrekking tot registraties. De vraag werd dan ook gesteld of het gebruik van de BelRAI samen gaat vallen met meer middelen. Indien hulpverleners de tijd niet gaan krijgen om te registreren gaat de kwaliteit van de input hieronder lijden. Dit is voor de BelRAI een extra probleem omdat de gegevens gedeeld gaan worden over voorzieningen en zorgdisciplines heen. Een respondent gaf aan dat foutieve informatie vaak een leven lang mee gaat in het dossier van een cliënt. Er moet dus extra aandacht komen naar het garanderen van de kwaliteit van de input.

Er is ook aangegeven dat men verschillende niveaus registratiesystemen is aan het uitwerken op zowel voorzieningsniveau als op overheidsniveau. Zo werd de vraag gesteld hoe de BelRAI zich verhoudt tot het Zorgzwaarte-instrument (ZZI)¹⁰. Hier dient een concrete afstemming te gebeuren zodat er geen onnodig werk gedaan wordt en er geen verschillende parallel lopende registratiesystemen gaan ontstaan.

3.1.4 Aanbevelingen

- **Item ‘Geschiedenis van antisociaal gedrag’ zeker opnemen in de output.**

Alle Central Eight risicofactoren zijn opgenomen in de output. De volgorde van de items is behouden om uniformiteit te creëren met bestaande verslagen in andere diensten.

- **De volledige output weergeven in plaats van alleen de kritische items.**

Dit geeft een vollediger beeld van de cliënt waardoor er ook een beter zicht komt op de mogelijke vooruitgang van de cliënt.

¹⁰ Dit is een instrument dat zorgzwaarte bepaald bij meerderjarige personen met een beperking die een persoonsvolgend budget aanvraagt.

- **Ook de GLM principes uitleggen in het handboek om zodoende de focus minder op risicofactoren alleen te leggen.**

Dit is toegevoegd in het handboek.

- **Extra middelen nodig om kwaliteitsvolle registraties mogelijk te maken.**

De deelnemers van de expertgroepen deelden hun bezorgdheden over de extra registratielast. Dit werd ook al in de tweede BelRAI GGZ-studie aangehaald. Deels om deze reden werd er een modulair instrument ontwikkeld (zie Van Horebeek et al., verwacht in 2022) om zo de registratielast te beperken. Of er extra middelen komen om de registraties te ondersteunen moet op het niveau van de bevoegde overheden beslist worden.

- **Afstemmen van verschillende registratiesystemen.**

Dit kwam ook al naar voor in de tweede BelRAI GGZ-studie. Daar werd als aanbeveling het volgende gesteld: “Hoe BelRAI andere registratiesystemen zoals MPG en de B4-registratie zal vervangen, dient eveneens verhelderd te worden”. Dit blijft dus een belangrijke aanbeveling waarbij de verantwoordelijkheid ligt bij de bevoegde overheden om tot actie over te gaan.

3.2 Hoe kan de cliëntversie van de DUNDRUM aangepast worden zodat het ook geschikt is voor personen met een verstandelijke beperking?

3.2.1 Algemene opmerkingen

In twee expertgroepen werd aangehaald dat er een soort van handleiding/leidraad nodig is voor de begeleider die de cliënt gaat helpen met invullen. Daarin zouden idealiter tips staan over hoe de vragenlijst best wordt afgenomen en voorbeelden voor moeilijkere vragen, zodat men kan vermijden dat men te sturend gaat handelen.

Verder werd er door een aantal experts aangegeven dat sommige zinnen nog te moeilijk en/of te lang zijn en dat er soms twee zinnen staan per vakje. Daarnaast waren er ook experts die aangaven dat sommige zinnen juist beter opgesplitst worden in twee aparte zinnen. Ook moeten de dubbele negaties aangepast worden en negaties in het algemeen best vermeden worden.

Een probleem bij cliëntversies van vragenlijsten voor personen met een verstandelijke beperking is dat vanwege hun emotionele ontwikkeling het vaak onmogelijk is om vanuit een ander perspectief te kijken of om naar zichzelf te kunnen kijken en dat is nu net hetgeen bevestigd wordt.

“Ge vraagt iets aan mensen waar ze eigenlijk juist beperkt in zijn.”

De bezorgdheid werd opnieuw geuit over het koppelen van BelRAI data aan financiering. De respondenten vroegen zich af of het de bedoeling is dat het gekoppeld gaat worden aan de financiering die vanuit de VAPH wordt voorzien.

3.2.2 Terminologie

Tijdens de expertgroep werd er aandacht besteed aan bepaalde terminologie. Voor het gebruik van bepaalde termen is er een consensus gevonden onder de experts en zullen indien nodig aangepast worden. De respondenten gaven ook aan dat er een uniform gebruik van terminologie over de hele vragenlijst gehanteerd moet worden. Er werd ook aangegeven dat op dat vlak de nieuwe versie al een duidelijke verbetering is ten opzichte van de originele vragenlijst.

3.2.3 Pictogrammen

Over het feit of er pictogrammen gebruikt moeten worden waren er voor- en tegenstanders: sommigen zien het als een belangrijke toevoeging terwijl anderen er het nut niet van inzien (vermeld in de drie expertgroepen) omdat men bij het ondersteunen tijdens het invullen van de vragenlijst eerder in dialoog gaat met de cliënt waardoor de pictogrammen alleen maar afleiden. Ook werd er aangegeven dat het betuttelend kan overkomen en dat personen zich benadeeld gaan voelen: “ik ben geen peuter/kleuter”. Niet iedere persoon met een verstandelijke beperking werkt met pictogrammen. Pictogrammen kunnen ook verwarring creëren.

Ook over het gebruik van welke pictogrammen waren de meningen verdeeld. Waar wel consensus over was, was het feit dat niet alle pictogrammen helemaal overeenkwamen met de tekst en dat het huidige format van pictogrammen te druk was. Dit laatste werd in elke expertgroep benoemd. Voor het gebruik van eerder uniforme reeksen (zie figuur 3) werden zowel voor- en nadelen genoemd, waarbij werd aangegeven dat men echter geen suggesties had om het te verbeteren.

- Voordelen:
 - Simpel en daardoor beter te begrijpen
 - Minder druk dus minder afleiding
- Nadelen:
 - Het verschil tussen twee smileys is niet groot genoeg
 - In welke mate gaan personen een negatief gezichtje kleuren om te antwoorden over bijvoorbeeld hun eigen geestelijke gezondheid? Met andere woorden: deelnemers zullen misschien geneigd zijn om eerder de positieve smileys aan te duiden.

Het advies werd gegeven om de pictogrammen te gaan bekijken met een ergotherapeut die er ervaring mee heeft om eenvoudigere pictogrammen te kiezen. Verder werd de opmerking gemaakt dat niet alle pictogrammen goed aansloten bij de tekst. De tip werd dan gegeven dat Sclera ook pictogrammen op maat maakt. Een andere suggestie was om de vraag bij de cliënten zelf te leggen. De oorspronkelijke auteurs stelden wel voor om met pictogrammen te werken. De richtlijnen raden het gebruik van pictogrammen ook aan.

3.2.4 Orthopedagogisch model

Verder is er een fundamenteel probleem bij de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking: Wat is de meerwaarde van zelfinvullijst naar behandelvoortgang als de focus binnen deze doelgroep eerder ligt op het orthopedagogisch model en niet zozeer op behandelvoortgang (zie 2.3).

Zo gaven de respondenten aan dat binnen het VAPH niet per se iedereen behandeld moet worden en dat ook niet iedere geïnterneerde met een verstandelijke beperking naar een VAPH-voorziening gaat. De high en medium security settings geven wel behandeling aan die doelgroep. Zo werd er aangegeven dat bijvoorbeeld binnen forensisch beschut wonen er personen met een verstandelijke beperking zijn die verbaal niet zo sterk zijn waardoor een aanpassing van de vragenlijst zeker nodig is. Waarschijnlijk is het instrument binnen sommige forensische VAPH-instellingen iets minder toepasbaar vanwege de focus op het orthopedagogisch model en niet zozeer op behandeling. Tenzij er een inschatting gemaakt wordt omtrent een overgang van de forensische naar de algemene VAPH en/of het toekennen van vrijheden. Er wordt toch ingeschat dat het instrument voor een substantieel deel van het traject van forensische cliënten

wel interessant is. Een respondent gaf aan dat als je de aanpassing niet zou doen dat je dan je die personen kwijt bent.

Er werd ook aangegeven dat het wel interessant kan zijn om te zien hoe de cliënt zelf staat ten opzichte van de beveiligingsnoden en hoe het overeenkomt met de noden van de persoon. Het geeft ‘forensische voortuitgang’ weer en is zinvol in het kader van herstelgericht werken. Het voorbeeld van de cliëntversie van het Instrument Forensische Behandel Evaluatie (IFBE) werd aangehaald, die ook nuttig lijkt te zijn voor sommige cliënten. De IFBE is een gedragsobservatie-instrument en is geschikt voor het evalueren en opnieuw vaststellen van een forensisch psychiatrische behandeling door een multidisciplinair team. Ieder lid van het behandelende team vult vanuit zijn/haar perspectief de IFBE in. Verschillen of overeenkomsten in gedrag in verschillende contexten zijn in een behandelbeoordelingsbespreking essentieel, omdat dit iets zegt over in hoeverre een patiënt het (dis)functioneel gedrag generaliseert naar verschillende situaties. In dat opzicht heeft de IFBE raakpunten met het BelRAI principe. Het verschil met de DUNDRUM is dat de IFBE alleen behandelvoortgang meet zonder dat gerelateerd is aan geschiktheid om door te stromen. Verder heeft de IFBE ook geen ijkpunten die aangeven wanneer er over voortuitgang of achteruitgang gesproken wordt.

Andere respondenten gaven aan dat ze minder geïnteresseerd zijn in de totaalscore op de DUNDRUM¹¹ maar de informatie eerder gebruiken als interessante input om een gesprek rond te voeren om dan later misschien wel aan de slag te kunnen gaan met een aantal topics. Verder gaven sommige respondenten aan dat ze het eerder methodisch zouden gebruiken waarbij ze de onderwerpen van de DUNDRUM wel zouden aanhalen tijdens een gesprek maar daarom niet de hele vragenlijst zouden afnemen.

“We zouden de vragenlijst wat naast ons neerleggen en er zelf mee aan de slag gaan.”

Zo werd het voorbeeld gegeven dat ze het moeilijk zouden hebben met het waardeoordeel, dat men een bepaalde score moet halen om ‘goed’ te zijn. De begeleiders zouden eerder de thema’s zelf op tafel leggen en de cliënt zelf laten invullen: waar gaat het nu wel goed en op welke domeinen en wat minder, waar wil je naar opschuiven en waar zit je geblokkeerd.

3.2.5 Frustraties omdat een nul score moeilijk haalbaar is voor de doelgroep

De DUNDRUM is zo opgebouwd dat de hoogste score de hoogste beveiligingsnood weergeeft en een score van 0 geeft aan dat een persoon geen nood meer heeft aan beveiliging. Om een 0 te scoren moet een persoon minstens vijf jaar zelfstandig bepaalde activiteiten kunnen en zelfstandig wonen. Personen met een verstandelijke beperking hebben over het algemeen bij bepaalde activiteiten ondersteuning nodig waardoor ze niet vaak een score 0 kunnen krijgen. Volgens een respondent lijkt het noodzakelijk dat ze uiteindelijk een nul moeten kunnen scoren vanwege de manier waardoor het instrument is opgebouwd. De vraag werd gesteld of dit niet voor frustraties kan zorgen. Een andere respondent reageerde hierop door te zeggen dat dit eigen is aan vragenlijsten en dat je niet altijd kan scoren wat je zou willen scoren.

3.2.6 Bepalen van minimum capaciteiten voor het invullen

In alle expertgroepen werd aangegeven dat voor personen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking het invullen van de cliëntversie niet haalbaar gaat zijn. Voor personen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid adviseren ze om dit op casusniveau door de begeleiders zelf te laten inschatten. Volgens de onderzoekers zou voor de personen met een matige verstandelijke

¹¹ De DUNDRUM-3 en -4 werkt niet met een totaalscore maar met de klinische beoordeling van het patroon van de scores. De respondenten hadden waarschijnlijk de DUNDRUM-1 in gedachten.

beperking ook op casusniveau gekeken moeten worden of de cliënt de vragenlijst kan invullen. Er moet namelijk niet alleen rekening gehouden worden met hun cognitieve capaciteiten maar ook met de het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Zo gaven de experts aan dat de cutoffs die gehanteerd worden voor diagnostiek (minimaal 80 op verbale IQ) er al voor zorgt dat personen met een licht verstandelijke beperking er telkens uit vallen¹².

Ook werd er aangegeven door de leden van de expertgroepen dat het moment van afname ook belangrijk is en dat daarbij moeten dezelfde richtlijnen gehanteerd worden als bij diagnostiek (bv. niet tijdens de acute fase van een psychose).

Verder wordt er ook het advies gegeven dat de vragenlijst altijd wordt ingevuld samen met iemand van de begeleiding en om geen cutoffs te hanteren om te bepalen of iemand geschikt is om de vragenlijst in te vullen. De experts gaven het advies om een aantal richtlijnen mee te geven zodat men tijdens een multidisciplinair overleg op casusniveau deze inschatting gemaakt kan worden.

Een voorbeeld van de aanpassingen die er gemaakt zijn aan de cliëntversie is terug te vinden in de bijlages. In bijlage 2 staan voor item 1 alle mogelijke versies van de aanpassingen. Hierbij wordt eerst de originele versie weergegeven, daarna de aanpassing na de brainstormsessie (aanpassing 1), dan de aanpassing na brainstorming binnen het team (aanpassing 2) en de aanpassing na de expertgroep (aanpassing 3). Van aanpassing 3 zijn er vier versies gemaakt: één zonder pictogrammen en drie met verschillende lay-out/gebruik van pictogrammen. In de praktijktest wordt uitgemaakt welke pictogrammen en lay-out gekozen worden.

3.2.7 Aanbevelingen experten

- **Maak een handleiding voor de persoon die de afname ondersteunt.**

Deze handleiding (zie bijlage 3) is door de onderzoekers toegevoegd aan de DUNDRUM-toolkit en is gebaseerd op de richtlijnen uit *Hoofdstuk 1 2.2.5 Richtlijnen om vragenlijsten af te nemen bij personen met een licht verstandelijke beperking* en de feedback van de expertgroepen.

- **Besprek keuze pictogrammen met ergotherapeut die daar veel ervaring mee heeft.**

Op basis van het gesprek met de ergotherapeut werd besloten welke pictogrammenreeks er zou gebruikt worden. Er was één versie dat geen pictogrammen had en drie versies waar wel pictogrammen gebruikte werden met verschillende soorten lay-out. Er is gekozen om met een uniforme reeks van pictogrammen te werken.

- **Instrument is nuttig voor personen met een verstandelijke beperking en zelfs beter bruikbaar voor de normaal begaafde populatie.**

De onderzoekers hebben hiervoor een versie gemaakt zonder pictogrammen voor de normaal begaafde populatie. Uit de expertgroep kwam naar voren dat de vereenvoudigde versie een verbetering is ten opzichte van de originele versie voor normaal begaafde personen.

¹² Dit werd als voorbeeld aangehaald door iemand van de expertgroep. Het BelRAI instrumentarium is geen diagnostisch instrument.

- **Of iemand de capaciteiten bezit om de vragenlijst in te vullen wordt best op casusniveau beslist op een multidisciplinair overleg.**

Er is besloten – op basis van het advies van de expertgroep – om geen IQ cutoffs te gaan hanteren bij de selectiecriteria. De richtlijnen rondom geschiktheid om de vragenlijst in te vullen staan nu in de nieuwe handleiding (zie bijlage 3). In de expertgroep werd aangegeven dat personen met een matige verstandelijke beperking deze vragenlijst niet kunnen invullen. Echter, de onderzoekers vinden dat individuen uit deze groep nog in een grijs gebied kunnen vallen zeker gezien de vragenlijst ingevuld wordt met een begeleider. Deze beslissing dient daarom op casusniveau gemaakt te worden en we adviseren geen automatische exclusie voor personen met een matige verstandelijke beperking. Personen met een ernstige verstandelijke beperking worden wel automatisch geëxcludeerd.

Hoofdstuk 3

Praktijktest van de cliëntversie van de DUNDRUM

1 Procedure van de praktijktest

Om na te gaan in welke mate de nieuwe cliëntversie van de DUNDRUM toepasbaar is in de praktijk, werd er een kleine praktijktest uitgevoerd bij cliënten (en begeleiders) in twee (forensische) afdelingen voor personen met een verstandelijke beperking.

Locatie 1: forensische VAPH-unit

De doelgroep bestaat uit volwassen mannen en vrouwen. Zij hebben een interneringsstatuut, een VAPH-erkenning, een (licht) verstandelijke beperking en mogelijk een psychiatrische problematiek. De afdeling heeft plaats voor 20 patiënten.

Locatie 2: medium security afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis voor personen met een verstandelijke beperking

De doelgroep bestaat uit volwassen mannen. Zij hebben een interneringsstatuut, een (licht) verstandelijke beperking en mogelijk een psychiatrische problematiek. De afdeling heeft plaats voor 22 patiënten.

Voor de start van de dataverzameling werd er aan de personen die de ondersteuning gingen doen bij de afname van de vragenlijsten de opzet van het onderzoek uitgelegd. Ze kregen ook uitleg over de DUNDRUM vragenlijst. De begeleiders kregen de extra handleiding (zie bijlage 3) mee die speciaal in het kader van dit onderzoek werd opgesteld op vraag van de experts om de begeleiders te ondersteunen bij de afname van de cliëntversie van de DUNDRUM.

Kwalitatieve data over het gebruik van de vragenlijst werd verzameld door middel van een debriefing vragenlijst die zowel door de mentor als door de cliënt ingevuld werd. Deze feedback werd gebruikt om de vragenlijst aan te passen indien nodig. Er werden geen persoonsgegevens verzameld. Alle data werd anoniem verwerkt. Deze studie is goedgekeurd door het Ethics Committee Research UZ/KU Leuven op 23/09/21.

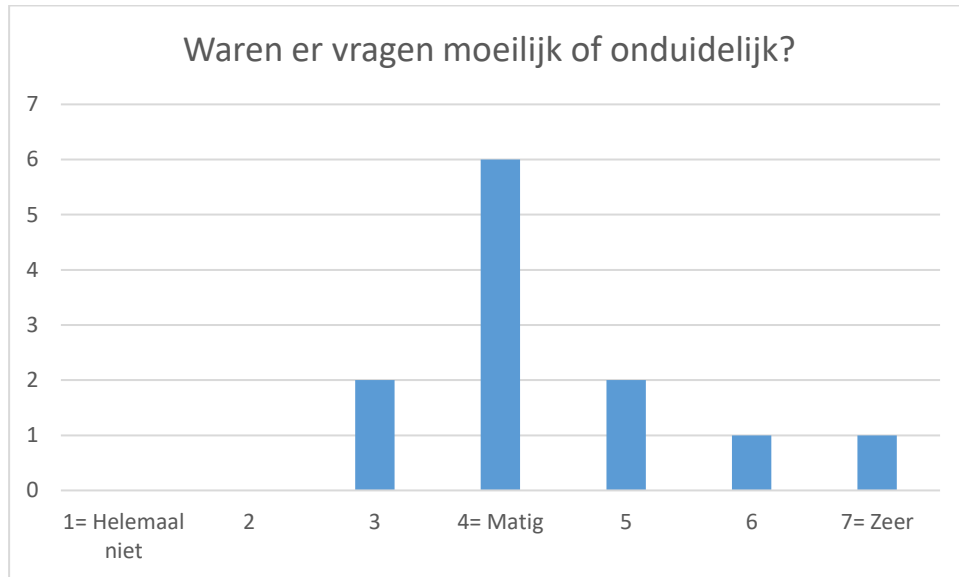
De cliënten kregen van hun begeleider de uitleg over de studie. Na het overlopen van de informatiebrief werd er gevraagd of ze de vragenlijst wilden invullen. Dit betrof de vragenlijst met de gekleurde smileys bij de antwoordcategorieën. De begeleiders ondersteunden de deelnemers bij het invullen van de vragenlijst. Deelname was geheel vrijwillig en de cliënten mochten op elk moment in de studie stoppen.

2 Resultaten/feedback van de praktijktest

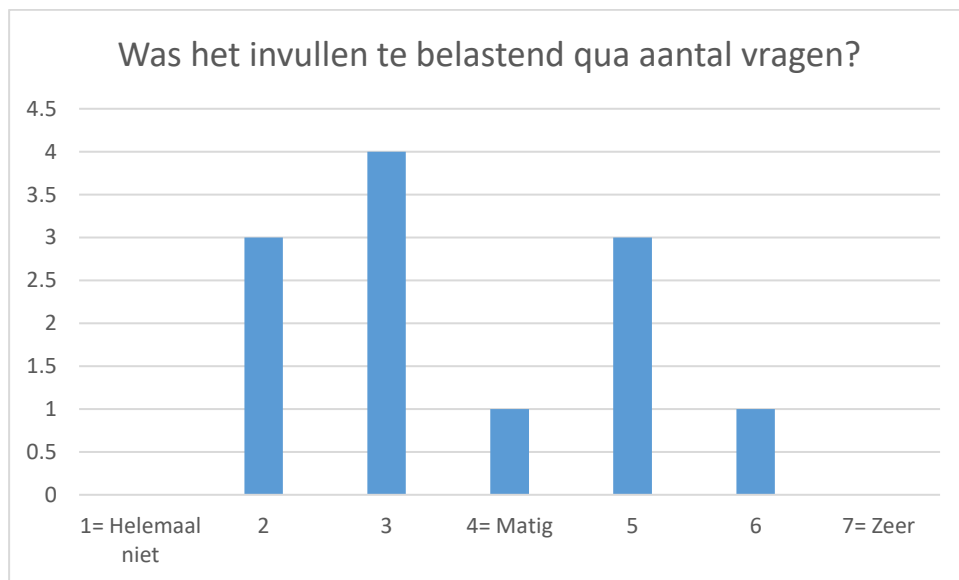
2.1 Kwantitatieve resultaten

Bij locatie 1 hebben zeven bewoners deelgenomen aan de praktijktest. De begeleiders bij locatie 1 hebben de debriefing vragenlijst niet ingevuld, zij hebben hun bevindingen via een interview doorgegeven. Bij locatie 2 hebben 12 bewoners deelgenomen. Op beide locaties werden de deelnemers ondersteund door een pedagoog of een psycholoog bij het invullen.

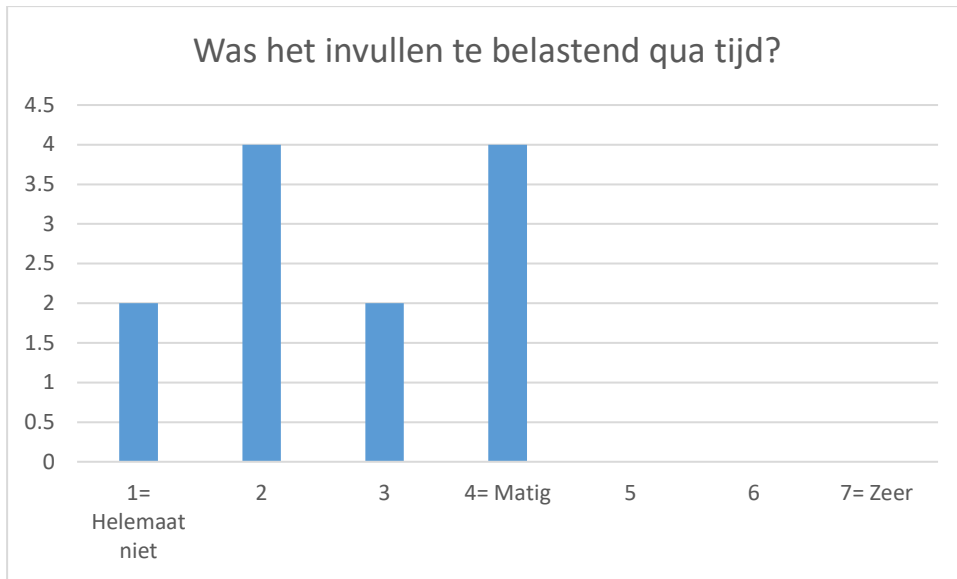
De kwantitatieve resultaten van de begeleiders van locatie 2 staan samengevat in de figuren 4-8 en van de cliënten (locatie 1 en 2) in figuur 9. Volgens de begeleiders waren voor een merendeel van de cliënten de vragen matig moeilijk of matig onduidelijk (Figuur 4). Over de belasting wat betreft het aantal vragen zien we een grote spreiding van antwoorden, de gemiddelde score valt onder matig belastend (Figuur 5). Met betrekking tot de benodigde tijd om de vragenlijst in te vullen scoorden niemand hoger dan matig (Figuur 6).



Figuur 4 Antwoorden begeleiders over de moeilijkheid van de vragen



Figuur 5 Antwoorden mentoren over het aantal vragen

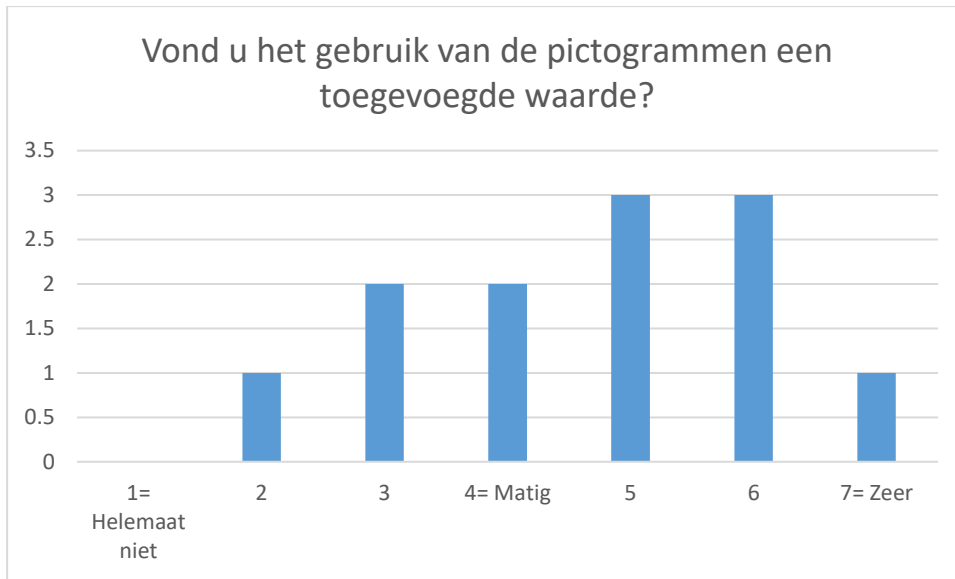


Figuur 6 Antwoorden mentoren over de mate van tijdsinvestering

Een andere vraag die gesteld is had betrekking op in hoeverre dat de vragenlijst genoeg was aangepast voor de doelgroep, ook hier is er een spreiding in antwoorden zichtbaar (Figuur 7), waarbij een gemiddelde werd gevonden van “matig aangepast”. Het gebruik van pictogrammen werd door de meerderheid van de begeleiders gezien als een toegevoegde waarde (Figuur 8).

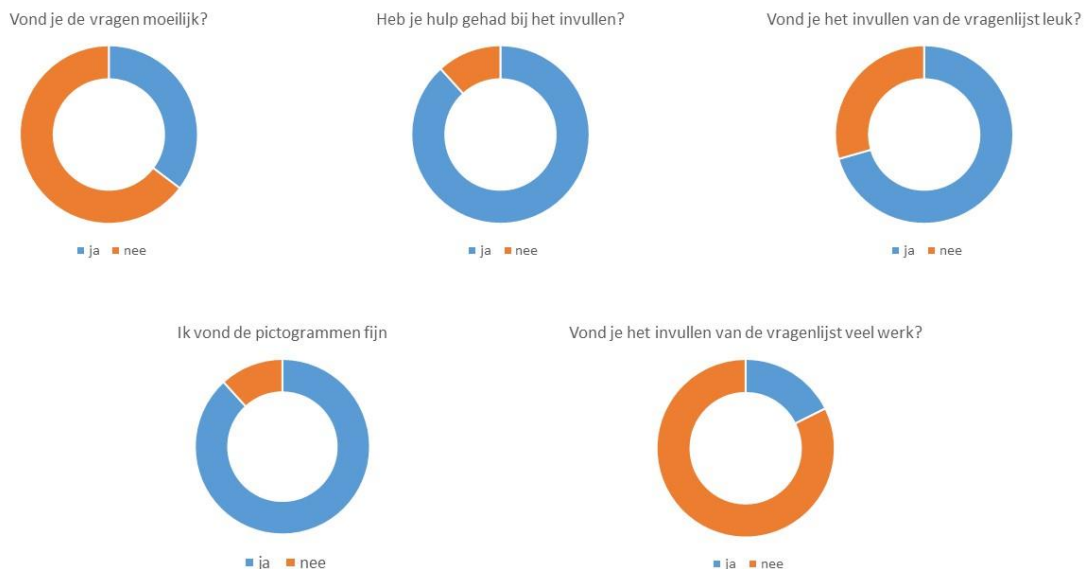


Figuur 7 Antwoorden mentoren over het feit of de vragenlijst voldoende was aangepast voor de doelgroep



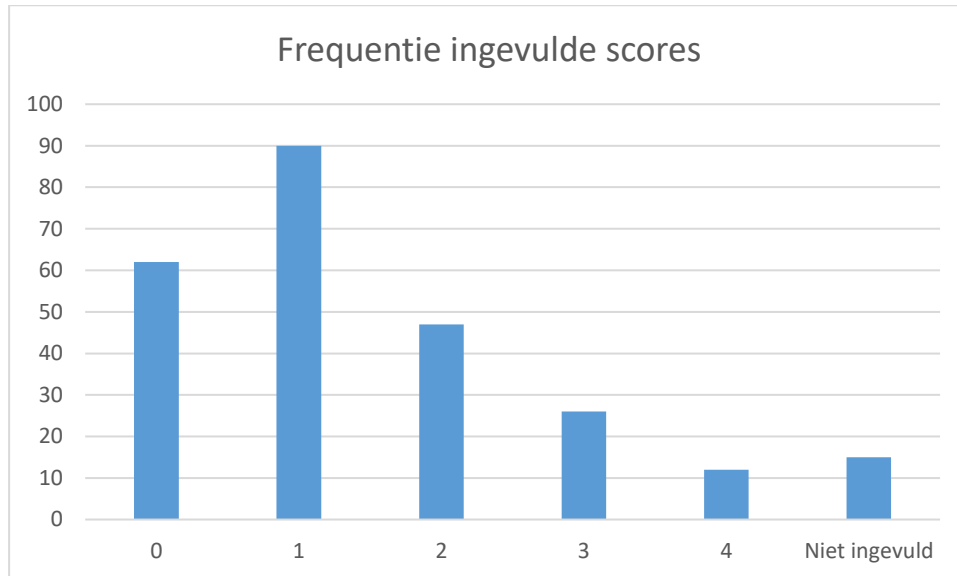
Figuur 8 Antwoorden mentoren over het gebruik van de pictogrammen

Een overzicht van de feedback die we gekregen hebben van de cliënten staat in figuur 9. Hierbij moet wel de opmerking gegeven worden dat deze doelgroep de neiging heeft om sociaal wenselijk te antwoorden (cf. supra). Zij zullen dus een positiever beeld scheppen van hun ervaring met de vragenlijst. Toch is het belangrijk om ook hun mening in kaart te brengen en ze te betrekken in het onderzoeksproces. Het merendeel van de cliënten gaf aan dat ze de vragen niet moeilijk vonden, maar de overgrote meerderheid heeft wel hulp gehad bij het invullen. Ze gaven ook aan dat ze het invullen van de vragenlijst leuk vonden om te doen en het niet veel werk vonden. Ook het gebruik van de pictogrammen vonden de meeste cliënten fijn.



Figuur 9 Antwoorden cliënten met betrekking tot het invullen van de vragenlijst

Met betrekking tot DUNDRUM scores zien we dat de cliënten van locatie 1 een gemiddelde score van 1.17 hadden voor de DUNDRUM-3 en 1.12 voor de DUNDRUM-4. De cliënten van locatie 2 hadden respectievelijk een score van 1.31 en 1.47. Zij plaatsen zichzelf dus eerder in een low security instelling terwijl ze in een medium security instelling verbleven. Er was geen significant verschil in scores tussen locatie 1 en locatie 2 (DUNDRUM-3: $p=0.82$ en DUNDRUM-4: $p=0.34$). De cliënten duiden vaker de antwoordcategorieën aan met de lachende smileys dan met de droevige smileys (zie Figuur 10).



Figuur 10 Frequentie van de ingevulde cliëntscores

2.2 Kwalitatieve resultaten

Voorafgaand aan de praktijktest waren de begeleiders van locatie 1 enthousiast over de aangepaste vragenlijst gezien de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking vaak vergeten wordt. De begeleiders gaven aan dat het geapprecieerd werd dat er een aangepaste vragenlijst werd gemaakt. De DUNDRUM was hun voorheen wel onbekend. Ook na de voorstelling van het instrument waren ze enthousiast. Vooral het feit dat de resultaten van de vragenlijst gebruikt kunnen worden tijdens therapeutische gesprekken was voor hun een toegevoegde waarde. De begeleiders van locatie 2 gaven aan dat ze het instrument en het idee erachter zeer interessant vonden. Zij kenden de DUNDRUM maar gebruiken het niet in de praktijk.

Na de praktijktest gaven de begeleiders van locatie 1 aan dat de cliëntversie in de praktijk toch niet toepasbaar blijkt te zijn. Ook de begeleiders van locatie 2 gaven aan dat het toch nog te moeilijk is voor de doelgroep. Hieronder geven we een opsomming van de feedback die we hebben ontvangen, samen met onze uitleg of verklaringen waarom dit zo is of hoe we dit willen gaan verbeteren.

- **Toch nog te moeilijk**

- De verschillende opties per vraag zorgen voor te veel belasting voor het werkgeheugen. Ze kunnen niet onthouden wat de andere opties waren en kunnen dan ook moeilijk vergelijken.
- Hierdoor moest er veel uitgelegd worden en is er het gevaar dat het antwoord te gestuurd wordt.
- Dit was nog moeilijker wanneer er in één antwoordcategorie meerdere zinnen stonden. Wanneer één zin wel van toepassing was en de andere niet was er verwarring.

Een mogelijke oplossing hiervoor is om de opbouw van de vragenlijst compleet te veranderen en te gaan werken met stellingen met twee antwoordmogelijkheden (akkoord - niet akkoord). Door te werken met één zin stellingen en maar twee antwoordmogelijkheden wordt het werkgeheugen zo weinig mogelijk belast. Er moet dan een omzet sleutel gemaakt worden waardoor de antwoorden van de cliënt te vergelijken zijn met de antwoorden van de begeleiders. Dit is geen evidente opdracht en moet samen met de ontwikkelaars van de originele DUNDRUM bekeken worden. Want deze aanpassing is een grote afwijking van de originele DUNDRUM waardoor het eigenlijk een compleet nieuwe vragenlijst wordt.

- **Doelgroep gerelateerde moeilijkheden**

- Sommige stellingen wekten verwarring, weerstand en ontkenning op.
 - Bv de uitspraak: ‘ik hoor stemmen’. Dat schrikt cliënten af.
 - Bv. item mentale gezondheid: opnieuw ziek worden. Voor de cliënten is ziek worden gerelateerd aan fysieke gezondheid.

Dit is natuurlijk het geval bij alle vragenlijst die symptomen bevragen. Helaas is door het eenvoudiger maken van de vragen wat context verdwenen en komen sommige vragen wat directer over. Dit is de afweging die we hebben moeten maken tijdens het aanpassen van de DUNDRUM.

- De begeleiders geven ook aan dat het heel moeilijk is om een instrument te ontwikkelen die bruikbaar is in alle types van settings voor personen met een verstandelijke beperking. De werking van locatie 1 is anders dan die van locatie 2. In locatie 1 zien ze het verblijf van de cliënten als een verblijf in de maatschappij maar dan in een afgesloten stukje van de maatschappij. Op deze locatie geven zij geen therapie, lessen of cursussen rondom ADL, maar zit dat verweven in de dagdagelijkse werking van hun locatie. Terwijl bij locatie 2 dit in het dagschema ingepland wordt als therapieblokken en dus ook zo benoemd wordt.
- Sommige zaken die bevraagd worden willen de cliënten wel maar kunnen ze niet vanwege de context waarin ze verblijven of vanwege hun problematiek (bv. alleen wonen). De begeleiding vond dit verwarrend en daardoor minder geschikt. De score ‘nul’ is voor deze doelgroep namelijk erg moeilijk om te bereiken.

Het feit dat de verblijfcontext bepaalde zaken onmogelijk maakt reflecteert het beveiligingsniveau van de setting. Het doel moet ook niet zijn om een ‘nul’ te scoren op de vragenlijst. Het doel van de DUNDRUM is om een inschatting te maken over de beveiliging, niet om te streven naar een ‘nul’ scoren. Voor de deelnemers kan dit frustrerend zijn volgens de begeleiders.
- Het item rondom slachtoffergevoeligheden is een moeilijk item voor deze doelgroep. Zij zien hun slachtoffers niet echt als slachtoffers en wisten dus niet goed wat te antwoorden.
- De begeleiders vonden dat de vragenlijst vooral focust op patiënten met een As-1 problematiek (alle psychiatrische aandoeningen, behalve de persoonlijkheidsstoornissen en de verstandelijke beperking). Volgens de begeleiders hadden personen met een As-2 problematiek (persoonlijkheidsstoornissen en/of verstandelijke beperking) meer moeite met een goed passend antwoord te vinden. Dit komt mogelijks door het feit dat het instrument in Ierland is ontwikkeld en daar zijn de as-II patiënten in de minderheid, waardoor het ook minder toegespitst is om de problematiek van as-II patiënten.

- **Afnamemoeilijkheden**

- De antwoordmogelijkheden volgen niet echt een continue schaal. Waardoor sommige stappen tussen twee opties soms groter zijn dan andere stappen.

Dit werd ook als feedback gegeven in een vorige studie waarbij de DUNDRUM getest werd in een normaal begaafde forensische populatie (Habets & Jeandarme, 2021). Helaas kunnen we

zelf niks veranderen aan de inhoud van de antwoordcategorieën. Dit is wel teruggekoppeld aan de makers van de DUNDRUM.

- Soms was het voor de begeleiding ook niet duidelijk welke uitleg ze mochten geven. Bijvoorbeeld alcoholgebruik, dat komt in een apart item naar voren, moet je dan bij een ander item dit helemaal niet meer scoren?

Dit komt aan bod in de opleiding van de DUNDRUM. Gezien het om een praktijktest van de cliëntversie ging hebben de begeleiders geen opleiding gekregen. Het geeft wel opnieuw weer dat een opleiding voor het gebruik van de DUNDRUM aan te raden is.

- Het was ook niet duidelijk hoe de begeleiding met 'chronische problematiek' moet omgaan. Bv. een persoonlijkheidsstoornis of parafilie. De begeleiding vond dat personen die voornamelijk een chronische problematiek hadden, meer moeilijkheden ervaarden om een geschikte antwoordcategorie te kiezen. Zie ook opmerkingen over As-2 problematieken. Ook dit is iets dat in de opleiding aan bod komt.

- **Verbeterpunten**

- Het gebruik van de smileys werkte volgens de begeleiding sociaal wenselijke antwoorden in de hand, zeker bij deze doelgroep. De tekst konden de cliënten moeilijk volgen maar ze snappen wel dat een lachend gezichtje 'beter' is dan een 'droevig' gezichtje. Ze willen graag goed scoren dus zullen ze sneller voor het antwoord met het lachende gezichtje kiezen. De scores 0 en 1 (lachende groene gezichtjes) werden inderdaad meer aangeduid dan scores 2, 3 en 4. Of dit kwam door sociaal wenselijke antwoorden is niet te achterhalen. Het gebruik van de pictogrammen boven elke vraag werd wel positief ontvangen. De begeleiders stelden dus voor om de smileys weg te laten en alleen de pictogrammen te behouden.

Hoofdstuk 4

Conclusie

1 Output Forensic supplement op basis van de Central Eight

Uit het pilootonderzoek kwam naar voren dat de hulpverleners binnen de forensische GGZ het BelRAI instrumentarium een interessant concept vonden, maar dat er in de praktijk geen nuttige forensische informatie uit de output resulteerde. Om die reden werd de bruikbaarheid van het BelRAI instrumentarium voor de forensische sector in vraag gesteld. Ook vanwege de grote tijdsinvestering die diensten moeten leveren om het volledige BelRAI instrumentarium in te vullen dient er voor het forensisch werkveld een goede balans te zijn met de bruikbaarheid in de praktijk. Uit de focusgroepen van de pilootstudie en uit de gesprekken met de netwerkcoördinatoren internering Volksgezondheid is naar voren gekomen dat het voor het forensische werkveld relevant is dat forensische informatie gecentraliseerd wordt in de output van de BelRAI. Hierdoor kan er bij de zorgvoorzieningen meer draagvlak gecreëerd worden voor het invullen van het BelRAI instrumentarium alsook voor het toepassen van de BelRAI output in de zorg-/behandelplan besprekingen. Om dit te bereiken is een vernieuwde output van het BelRAI Forensic supplement ontwikkeld. Eerst werden de definities van de Central Eight risicofactoren opgesomd. Op basis van deze definities werden gerelateerde items uit het Forensic supplement en de BelRAI (Community) Mental Health aan één van de Central Eight risicofactoren gelinkt. De output is nu zo ontworpen dat er een overzicht gegeven wordt van alle Central Eight risicofactoren en in het handboek is er meer aandacht besteed aan het GLM om ervoor te zorgen dat de focus niet alleen op risico op herval ligt. Zo wordt het GLM principe uitgelegd en is er gekozen om ook de items weer te geven waar geen afwijkende score op gegeven wordt zodat de output ook een beeld geeft van de zaken die goed verlopen bij de cliënt. Het werkveld doet wel weer een oproep om extra middelen te voorzien om deze registraties te ondersteunen en dat er afstemming komt tussen de verschillende registratiesystemen in de zorg om dubbel werk te voorkomen.

2 Clientversie van de DUNDRUM

Het aanpassen van een bestaande vragenlijst naar een versie voor personen met een verstandelijke beperking is geen eenvoudige opdracht. Eén van de uitdagingen was om een begrijpbare tekst te maken zonder dat er context en nuances van de oorspronkelijke vragenlijst verloren zouden gaan. Hiervoor zijn we bij verschillende experts te rade gegaan en werden conceptversies aangepast en terug geëvalueerd. Een tweede uitdaging was om de vragenlijst zo aan te passen dat het bruikbaar is in alle voorzieningen waar forensische patiënten met een verstandelijke beperking verblijven. De grote heterogeniteit in werkwijzen en visies (bv. vanuit het orthopedagogisch model of behandelmodel) tussen zorgorganisaties heeft deze taak bemoeilijkt. Bijvoorbeeld, daar waar sommige experts wel gebruik maken van de termen therapie en behandeling, vermijden anderen het gebruik van de term therapie en verkiezen ze het woord sessies. Ook werken sommige voorzieningen wat meer vanuit het orthopedagogisch kader dan andere. Hierdoor moeten compromissen gesloten worden.

De definitieve versie is getest in twee zorgvoorzieningen. De resultaten van de praktijktest lieten zien dat – ondanks dat de cliënten er zelf positief over waren - de cliëntversie nog steeds een te moeilijk instrument is om af te nemen bij personen met een verstandelijke beperking. Dit komt vooral door de opbouw van de vragen en de belasting op het werkgeheugen hierdoor. Om dit probleem op te lossen zou de vragenlijst in

een volledig ander format gezet moeten worden. Hierdoor zou de vragenlijst te veel afwijken van de originele vragenlijst. Of dit in de toekomst een optie is moet besproken worden met de ontwikkelaars van de DUNDRUM. De andere opmerkingen van de bevroegde experts zijn van toepassing op alle instrumenten die men bij deze doelgroep gebruikt (bv. sociaal wenselijke antwoorden) of kunnen gemakkelijk opgelost worden door het volgen van een opleiding om de DUNDRUM te gebruiken. Uit de pilootstudie in 2020 kwam naar voren dat de cliëntversie moeilijk te beoordelen was voor een aantal normaal begaafde deelnemers. We stellen voor om de aangepaste versie (zonder smileys) te gebruiken voor de normaal begaafde populatie. Na goedkeuring van de back translation door de originele auteurs zal de vernieuwde cliëntversie van de DUNDRUM volledig afgewerkt zijn.

Referenties

- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of program integrity. *Legal and Criminological Psychology, 10*(2), 173-187. <https://doi.org/10.1348/135532505X36723>
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment: A Meta-Analytic Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*(1), 88-100. <https://doi.org/10.1177/0306624X05282556>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct (6th ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>
- Balboni, G., Coscarelli, A., Giunti, G., & Schalock, R. L. (2013). The assessment of the quality of life of adults with intellectual disability: The use of self-report and report of others assessment strategies. *Research in Developmental Disabilities, 34* (11), 4248-4254. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.009>
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S. & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior, 27*(3), 312-329. <https://doi.org/10.1177/0093854800027003003>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2003). A commentary on Ward and Stewart's model of human needs. *Psychology, Crime & Law, 9*(3), 215-218. <https://doi.org/10.1080/10683/16031000112115>
- 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*(3), 278- 287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Bouman, Y. H. A., Hutten, J. C., Uzieblo, K., van der Veeken, F. C. A., Verschuur, J., te Mebel, L., & van Horn, J.E. (2021). *Vertaling van risicotaxatie naar risicomangement*. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://kfz.nl/projecten/vertaling-van-risicotaxatie-en-risicomangement-call-2019-100>
- Cullen, F. T., Gendreau, P., Jarjoura, C. R., & Wright, J. P. (1997). Crime and the Bell Curve: Lessons from intelligent criminology. *Crime & Delinquency, 43*(4):387-411.
- Cullen, F. T. (2012). Taking rehabilitation seriously: Creativity, science, and the challenge of offender change. *Punishment and Society, 14*(1), 94-114. <https://doi.org/10.1177/1462474510385973>
- de Vogel, V. de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Dutch version 2nd Edition*. De Forensische Zorgspecialisten. <https://www.saprof.com/>
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Finlay, W. M., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological assessment, 13*(3), 319-335. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.13.3.319>
- Glaser, B. (2010). Paternalism and the good lives model of sex offender rehabilitation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 23*(3), 329-345. <https://doi.org/10.1177/1079063210382044>
- Habets, P., Jeandarme, I., Uzieblo, K., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2015). Intelligence is in the eye of the beholder: Investigating repeated IQ measurements in forensic psychiatry. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 28*(3), 182-192. <https://doi.org/10.1111/jar.12120>
- Habets, P., & Jeandarme, I. (2021). Wanneer is iemand klaar om naar een lager niveau van beveiliging te gaan? Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 binnen de forensische psychiatrie. *Het Tijdschrift Klinische Psychologie, 51*(1), 52-70
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. M., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior, 36*(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>

- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 813-827. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00844.x>
- Kraijer, D. W., & Plas, J. J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Harcourt Assessment B.V.
- Irish College of Psychiatrists. (2005). *People with a learning disability who offend: forgiven but forgotten? Occasional Paper OP63*. <https://www.irishpsychiatry.ie/wp-content/uploads/2019/11/ICP200701.pdf>
- Johansson, P., & Kerr, M. (2005). Psychopathy and intelligence: a second look. *Journal of personality disorders*, 19(4), 357–369. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.4.357>
- Hagiliassis, N., Gulbenkoglou, H., Di Marco, M., Young, S., & Hudson, A. (2005). The anger management project: a group intervention for anger in people with physical and multiple disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 30(2), 86-96. <https://doi.org/10.1080/13668250500124950>
- Hamelin, J., Travis, R., & Sturmey, P. (2013). Anger management and intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(1), 60-70. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.637661>
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The DUNDRUM Toolkit V1.0.30*. TARA. <http://edepositireland.ie/handle/2262/76545>
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. (2021). *Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking update 2021*. https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2021/02/CDP-Verstandelijke-Beperking_Update2021.pdf
- Lindsay, W. (2009). Adaptations and developments in treatment programmes for offenders with developmental disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(1), 18-35. <https://doi.org/10.1080/13218710802471784>
- Looman, J., & Abracen, J. (2013). The Risk Need Responsivity Model of Offender Rehabilitation: Is There Really a Need for a Paradigm Shift?. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 30-36. <https://doi.org/10.1037/h0100980>
- Lunsky, Y., Gracey, C., Koegl, C., Bradley, E., Durbin J., & Raina P. (2011) The clinical profile and service needs of psychiatric inpatients with intellectual disabilities and forensic involvement. *Psychology, Crime & Law*, 17:1, 9-23. <https://doi.org/10.1080/10683160903392277>
- Mathias, K. (2014). *Gender-based Analysis of Criminogenic Risk and Clinical Need among Ontario Forensic Patients*. UWSpace. <http://hdl.handle.net/10012/9100>
- McMurrin, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: An organizing framework. *Legal and Criminological Psychology*, 9(2), 295-311. <https://doi.org/10.1348/1355325041719365>
- Nagtegaal, M. H., & Schönberger, H. J. M. (2013). *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*. WODC. <https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/904>
- Nicoll, M., Beail, N., & Saxon, D. (2013). Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 47-62. <https://doi.org/10.1111/jar.12013>
- Ogloff, J. R. P., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 229–242. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662735>
- Portnoy, J., Chen, F. R., & Raine, A. (2013). Biological protective factors for antisocial and criminal behavior. *Journal of Criminal Justice*, 41(5), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.06.018>
- Pouls, C., & Jeandarme, I. (2015). Risk assessment and risk management in offenders with intellectual disabilities: Are we there yet? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(3-4), 213-236. <https://doi.org/10.1080/19315864.2015.1070221>
- Pouls, C., Delannoy, D., Degouis, F., Pham, T., & Jeandarme, I. (2020). ZTG geïnterneerden: gegevens 2018. <http://www.psy107.be/index.php/nl/internerings/164-23-01-2020-project-internerings-feedback-gegevens-2018-crds-kefor>
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24(5), 595-605. <https://doi.org/10.1023/a:1005575113507>
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation

- Taxman F. S., Pattavina A., Caudy M. S., Byrne J., & Durso J. (2013). The Empirical Basis for the RNR Model with an Updated RNR Conceptual Framework. In: F. S. Taxman, & A. Pattavina (Eds.), *Simulation Strategies to Reduce Recidivism*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6188-3_4
- van Boetelaer, E., Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2012). Verschillen tussen zwakbegaafde en normaal begaafde jeugdige zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(1), 30-36.
- van der Put, C. E., Asscher, J.J., Stams, G.J., & Moonen, X.M. (2014). Differences between juvenile offenders with and without intellectual disabilities in the importance of static and dynamic risk factors for recidivism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(11), 992-1003.
- Van Eenoo, L., 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. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/7t90ld5/files/2017_03%20Rapport_03%20EF%2006.04_1__BelRAI%20GGZ.pdf?e836nal
- Van Horebeek, H., Habets, P., de Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. , Jeandarme, I. (2020). *Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/9pysajf/files/2020_12%20Rapport_42_EF%2006.07_2_BelRAI-DUNDRUM%20for%20ggz_eindrapport.pdf?j3o9vcf
- Verlinden, S., Maes, B., & Goethals, J. (2009). Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://archieff.steunpuntwvg.be/images/swvg-1-publicaties/2009_01-r04-vaph-internering
- Vrinten, M., Keulen-de Vos, M. E., Schel, S., Cima, M., & Bulten, E. (2015). *De delictanalyse in de forensische zorg*. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://kfz.nl/projecten/call-2013-11>
- Walravens, T., Bierbooms, J., & Ter Horst, P. (2019) Recovery and Strength-Based Practice in Long-Term Forensic Psychiatry. In: Völlm B., Braun P. (eds) *Long-Term Forensic Psychiatric Care*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3_7
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5): 513–528. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00076-3)
- Ward, T., Mesler, J., & Yates, P. (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>
- Ward, T., Yates, P., & Willis, G. M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model. *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94–110. <https://doi.org/10.1177/0093854811426085>
- Wheeler, J. R., Clare, I. C. H., & Holland, A. J. (2013). Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 370-383. <https://doi.org/10.1111/jar.12040>

Bijlagen

Bijlage 1. Vragen expertgroepen

Aanpassingen cliëntversie DUNDRUM

1. Bij elke vraag dezelfde picto's doen?
2. Keuze bij bepaalde termen:
 - a) Begeleiding
Ik begrijp dat ik bepaald gedrag moet veranderen zodat ik mijzelf of anderen geen pijn doe. Of: **ik weet**
 - b) **Ik heb de laatste 5 jaar kan ik alles zelfstandig en heb ik geen hulp meer nodig gehad.**
 - c) **Deze vraag gaat over of je vindt dat je een ziekte hebt of dat je een behandeling nodig hebt.** Inzicht is meer of je begrijpt dat je een ziekte hebt. Oorspronkelijke tekst: 'Dit item vraagt uw mening over de vraag of u denkt dat u een ziekte hebt of behandeling nodig hebt.'
 - d) **Ik ga naar therapie.** Therapie is dus lastig woord binnen Vlaams Fonds
 - e) **Soms twijfel ik om iets te vertellen aan de begeleiding, omdat ik bang ben dat het mijn vooruitgang zal vertragen.** Voortuitgang is te moeilijk
 - f) **Ik woon de laatste 5 jaar zelfstandig in de maatschappij en dat gaat goed zonder incidenten.** Oorspronkelijke versie: zonder tegenslagen
 - g) **In de laatste 5 jaar zijn er geen tekenen geweest dat mensen van streek waren omdat ik terug in de maatschappij woon.** Maatschappij?
3. Keuze bij bepaalde picto's
4. Fundamenteel probleem van de PVB: per definitie is er ondersteuning/begeleiding voorzien vanuit het orthopedagogisch model: Heeft een zelfinvullijst naar behandelvoortgang zin?
5. Zelfstandig wonen problematisch. Score '0' dus onmogelijk.
6. Bepalen van minimum capaciteiten voor het invullen
7. Algemene opmerkingen?

Aanpassingen op basis van Central Eight

1. Geschiedenis van antisociaal gedrag. Weglaten uit output omdat het geen handvaten biedt voor behandeling?
2. Weergave output:
 1. Central 8 item alleen in rapport zetten indien er een relevant item gescoord wordt als risico item? OF
 2. Alle central 8 items standaard in rapport zetten?
3. Zijn er vragen die toegevoegd moeten worden?

Bijlage 2. Aanpassingen cliëntversie DUNDRUM

1 Originele Nederlandstalige versie

ZELFRAPPORTAGE PROGRAMMAVOLTOOIING ITEM 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Vink (✓) de antwoordcategorie (0, 1, 2, 3, 4) aan die het meest op u van toepassing is.

4	<p>Ik heb nog geen enkel programma met betrekking tot mijn lichamelijke gezondheid met succes afgerond.</p> <p>Ik wil mijn levensstijl niet veranderen.</p> <p>Ik wil niet deelnemen aan activiteiten rond lichamelijke gezondheid.</p> <p>Het personeel zorgt voor mijn dagdagelijkse basisactiviteiten en zelfzorg.</p>	
3	<p>Ik begrijp dat het nodig is om te zorgen voor mijn lichamelijke gezondheid.</p> <p>Ik neem deel aan programma's of activiteiten over gezonde levensstijl als ik hiertoe aangespoord word.</p> <p>Indien ik aangespoord word ga ik naar de huisarts voor regelmatige check-ups.</p>	
2	<p>Ik heb deelgenomen aan educatieve programma's met betrekking tot lichamelijke gezondheid bijvoorbeeld sportsessies of diëtiste.</p> <p>Ik heb interesse voor gezond eten.</p> <p>Ik doe regelmatig aan lichaamsbeweging.</p> <p>Soms moet ik aangespoord worden om mij gemotiveerd te houden.</p>	
1	<p>Ik heb mijn medicatie in eigen beheer.</p> <p>Ik heb een actieve belangstelling voor mijn lichamelijke gezondheid.</p> <p>Ik neem regelmatig deel aan lichaamsbeweging en gezond eten.</p> <p>Zo nu en dan moet ik aangespoord worden om een gezonde levensstijl vol te houden.</p>	
0	<p>Gedurende een periode van vijf jaar heb ik de verantwoordelijkheid genomen voor mijn eigen actieve herstel en persoonlijke lichamelijke gezondheid.</p> <p>Ik ga regelmatig langs bij de huisarts.</p> <p>Ik zorg voor mijn eigen dieet en mijn eigen medicatie en heb een regelmatig patroon van zelfzorg.</p> <p>Ik neem regelmatig deel aan lichaamsbeweging.</p>	

2 Eerste aanpassing

VRAAG 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID



Kruis het vakje aan die het meest op jou van toepassing is.

Ik vind mijn lichamelijk gezondheid niet belangrijk.	 	
Als de begeleiding vraagt om iets aan mijn lichamelijk gezondheid te doen dan doe ik dat ook.	 	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet geholpen worden door de begeleiding.	 	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en moet soms geholpen worden door de begeleiding.	 	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al vijf jaar geen hulp meer bij nodig.	 	

3 Tweede aanpassing

VRAAG 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID



Kruis het vakje aan dat het beste bij jou past.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid niet belangrijk.		
Soms vraagt de begeleiding om iets aan mijn lichamelijke gezondheid te doen. Ik doe dat dan ook.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet vaak geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet soms geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al 5 jaar geen hulp meer bij nodig.		

4 Derde aanpassing optie geen picto's**VRAAG 1****LICHAMELIJKE GEZONDHEID**

Kruis het vakje aan dat het beste bij jou past.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid niet belangrijk.	
Soms vraagt de begeleiding om iets aan mijn lichamelijke gezondheid te doen. Ik doe dat dan ook.	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet vaak geholpen worden door de begeleiding.	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet soms geholpen worden door de begeleiding.	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al 5 jaar geen hulp meer bij nodig.	

5 Derde aanpassing optie picto's 1

VRAAG 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID



Kruis het vakje aan dat het beste bij jou past.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid niet belangrijk.		
Soms vraagt de begeleiding om iets aan mijn lichamelijke gezondheid te doen. Ik doe dat dan ook.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet vaak geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet soms geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al 5 jaar geen hulp meer bij nodig.		



6 Derde aanpassing optie picto's 2

VRAAG 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID



Kruis het vakje aan dat het beste bij jou past.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid niet belangrijk.		
Soms vraagt de begeleiding om iets aan mijn lichamelijke gezondheid te doen. Ik doe dat dan ook.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet vaak geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet soms geholpen worden door de begeleiding.		
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al 5 jaar geen hulp meer bij nodig.		

7 Derde aanpassing optie picto's 3

VRAAG 1

LICHAMELIJKE GEZONDHEID



Kruis het vakje aan dat het beste bij jou past.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid niet belangrijk.	<input type="checkbox"/>	
Soms vraagt de begeleiding om iets aan mijn lichamelijke gezondheid te doen. Ik doe dat dan ook.	<input type="checkbox"/>	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet vaak geholpen worden door de begeleiding.	<input type="checkbox"/>	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk maar moet soms geholpen worden door de begeleiding.	<input type="checkbox"/>	
Ik vind mijn lichamelijke gezondheid belangrijk en heb hier al 5 jaar geen hulp meer bij nodig.	<input type="checkbox"/>	

Bijlage 3. Handleiding begeleiding cliëntversie DUNDRUM

1 Wat meet deze vragenlijst?

De cliëntversie van de DUNDRUM brengt in kaart in hoeverre de cliënt vindt dat hij/zij klaar is om door te stromen naar een lager niveau van beveiliging. Het eerste deel van deze vragenlijst gaat over programmavoltooing. In dit deel worden er vragen gesteld over de behandelingsprogramma's waar de cliënt aan deelneemt of die de cliënt al heeft afgerond (bijv. behandelingsprogramma rondom drugs en/of alcoholmisbruik). Het tweede deel gaat over herstel. In dit deel wordt de mening gevraagd over hun herstel, bijvoorbeeld door te vragen wat ze denken over hun eigen gezondheid, welke vrijheden ze denken aan te kunnen en hoe hun relatie is met het behandelend team.

2 Wie kan deze vragenlijst invullen?

Er zijn twee modellen van de cliëntversie: één zonder pictogrammen en één met pictogrammen. Sommige cliënten vinden pictogrammen niet fijn, anderen ervaren het als een extra hulpmiddel. Voor normaal begaafde cliënten wordt de vragenlijst zonder pictogrammen gebruikt en is er geen begeleiding aanwezig.

- Zwakbegaafde populatie en personen met een lichte of matige verstandelijke beperking: Het team beslist welke versie gekozen wordt (met of zonder pictogrammen). De begeleiding moet ondersteuning geven bij het invullen van de vragenlijst. Of een cliënt de vragenlijst kan invullen wordt bepaald door het behandelend team op casusniveau op basis van:
 - o Capaciteiten met betrekking tot intelligentie
 - o Capaciteiten rondom sociale-emotionele ontwikkeling
 - o Huidige geestestoestand. Hierbij moeten dezelfde richtlijnen voor gehanteerd worden als bij diagnostiek (bv. geen afnames bij psychotische decompensatie).
- Personen met een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking: cliëntversie is niet geschikt.

3 Richtlijnen bij de ondersteuning van deze vragenlijst

- Gebruik een zo prikkelarm mogelijke testruimte om de concentratie te bevorderen.
- Las pauzes in als de cliënt tekenen van vermoeidheid laat zien zijn of de cliënt daar om vraagt.
- Informeer de cliënt in eenvoudig taalgebruik over wat er gaat gebeuren, wat van hem/haar verwacht wordt en wat er met zijn/haar antwoorden gaat gebeuren. Hier moet voldoende tijd voor gereserveerd worden voordat de eerste testafname start.
- De instructies moeten kort en eenvoudig zijn (zie voorbeeld hieronder) en regelmatig herhaald worden om het werkgeheugen zo veel mogelijk te ontlasten.
- Controleer of de cliënt het ook echt begrepen heeft.
- Benadruk dat er geen goede of foute antwoorden zijn.
- Neem een positieve en stimulerende houding aan, sluit het communicatieniveau aan op dat van de cliënt en geef hem/haar positieve feedback over zijn/haar inzet en houding.

- In de vragenlijst wordt meermaals verwezen naar tijdsperioden. Dit kan voor personen met een verstandelijke beperking erg moeilijk zijn. Tijdsperioden moeten geconcretiseerd worden door bijvoorbeeld aan de cliënt zelf te vragen wat er een jaar geleden is gebeurd (verjaardag, feestdag, vakantie, jaargetijde).
- Tijdens de afname kan bij twijfel over een gegeven antwoord een verhelderende, maar niet-suggestieve, vraag gesteld worden, zoals: “Kun je daar wat meer over vertellen?” Zo kan worden nagegaan of de antwoordkeuze van de persoon ‘klopt’. Dit moet echter gedaan worden zonder de geloofwaardigheid van de cliënt in twijfel te trekken.
- Wanneer tijdens de afname blijkt dat de cliënt onvoldoende antwoord kan geven op de vragen of als te veel vragen niet goed genoeg begrepen zijn, dient de testafname te worden afgebroken.

4 Voorbeeld tekst uitleg

Graag zouden we van jou willen horen wat jij vindt dat goed gaat en wat minder goed gaat. Daarom willen we je vragen om deze vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst heet de DUNDRUM. De vragenlijst meet jouw vooruitgang. Er zijn vragen over de begeleiding die je krijgt of sessies die je al hebt gevolgd en vragen over hoeveel vooruitgang je hebt gemaakt.

Je mag zelf kiezen of je het gaat invullen of niet. Je bent niet verplicht om de vragenlijst in te vullen. Je kan het ook in meerdere keren invullen als het in één keer niet lukt. Het zou ons wel helpen om te weten waar we jou nog verder mee kunnen helpen.

Hoe moet je deze vragenlijst invullen? Elke vraag heeft 5 vakjes en bij elk vakje hoort een stukje tekst. Kruis het vakje aan waarvan het stukje tekst het beste bij jou past op dit moment. Deze vragenlijst kan moeilijk zijn. Je mag uitleg vragen als je iets niet begrijpt. Er is geen goed of fout antwoord. Als je het moeilijk vindt om te kiezen tussen vakjes, moet je het vakje kiezen dat het beste bij je past op dit moment.

Wij gaan dezelfde vragen over jou invullen. Het kan zijn dat wij andere antwoorden geven dan jij. Dat is niet erg. We willen jouw mening weten. Er is geen goed of fout antwoord. Heb je nog vragen?

5 Hoe moet de cliënt deze vragenlijst invullen?

In de vragenlijst staan 14 items. Elk item is onderverdeeld in 5 vakjes met beschrijvingen. Laat de cliënt alle itembeschrijvingen goed lezen en het vakje aanduiden dat het beste past, afhankelijk van welke beschrijving naar hun gevoel het meest passend is voor hen op dit moment.

Het kan dat verschillende beschrijvingen van toepassing zijn. In dat geval wordt er gekozen voor de beschrijving die volgens de cliënt algemeen genomen het meest aansluit bij hoe de cliënt zich voelt op dit moment. Alle itembeschrijvingen moeten gelezen worden. Bij twijfel tussen twee beschrijvingen moet de laagste optie (het meest onderste vakje van de vakjes waarover getwijfeld wordt) gekozen worden.

Indien er nog vragen zijn over het afnemen van deze vragenlijst mag u altijd contact opnemen met de vertalers van het instrument via kefor@opzcrekem.be.

