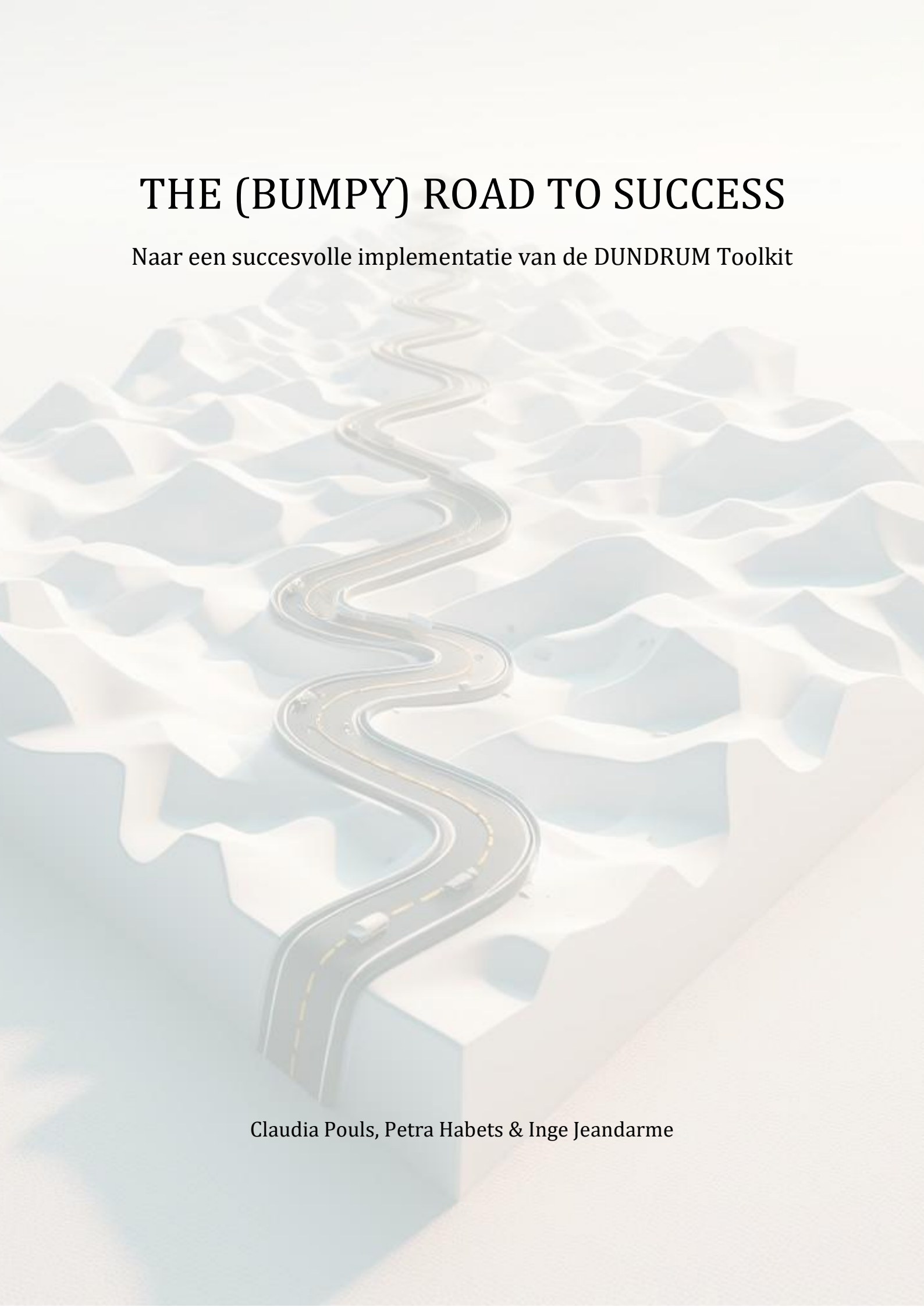


THE (BUMPY) ROAD TO SUCCESS

Naar een succesvolle implementatie van de DUNDRUM Toolkit



Claudia Pouls, Petra Habets & Inge Jeandarme

Titel van de studie	The (bumpy) road to success. Naar een succesvolle implementatie van de DUNDRUM Toolkit
Opdrachtgever	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Studieperiode	December 2022 – December 2024
Verantwoordelijke onderzoeker	Claudia Pouls
Projectcoördinatoren	Prof. dr. Inge Jeandarme Dr. Petra Habets
Stuurgroep	Kevin Pesout Isabelle Eens Prof. dr. Inge Jeandarme Dr. Petra Habets Claudia Pouls
Begeleidingscomité FOD	Jelle Osselaer Laïs Van Praet Isabelle Eens Kevin Pesout

Positive outcomes are achieved only when both the implementation process and the practice are effective.

– Müller-Isberner et al., 2017, p. 465

Inhoud

Figuren- en tabellenlijst.....	5
Afkortingenlijst.....	8
Take home message.....	10
Inleiding.....	11
Onderzoeksopdracht	13
De DUNDRUM toolkit.....	14
DUNDRUM-1	14
DUNDRUM-2	15
DUNDRUM-3 en 4	15
Zelfrapportage DUNDRUM-3 en 4	17
Implementatieproces van de DUNDRUM	17
Ethische goedkeuring.....	19
Tijdslijn.....	20
Doelstelling en opbouw rapport	21
Hoofdstuk 1 – Evaluatie van de DUNDRUM opleiding	22
Inleiding	22
Methode	22
Resultaten.....	23
Conclusie.....	27
Lekensamenvatting	28
Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie	29
Inleiding	29
Methode	31
Analyse.....	34
Resultaten.....	34
Conclusie.....	52
Beperkingen.....	55
Lekensamenvatting	57
Hoofdstuk 3 – Evaluatie van de ervaringen van de gebruikers	58
Inleiding	58
Methode	61
Analyse.....	64
Resultaten.....	64

Ingebruikname	64
Aanvaardbaarheid.....	65
Geschiktheid.....	66
Haalbaarheid	67
Bereik.....	69
Methodetrouw.....	75
Conclusie.....	76
Beperkingen.....	78
Lekensamenvatting	80
Hoofdstuk 4 – Field validity.....	82
Inleiding	82
Methode	88
Analyse.....	89
Resultaten.....	90
Patiëntenpopulatie	91
Beoordelaars	92
DUNDRUM-afnames	92
Beveiligingsniveaus	103
Conclusie.....	105
Beperkingen.....	108
Lekensamenvatting	110
Besluit.....	112
Aanbevelingen	114
Implementatieplan.....	114
Toekomstig onderzoek	123
Referenties	126
Bijlagen	130
BIJLAGE 1: Deelnemende settings.....	130
BIJLAGE 2: Leidraad focusgroepen management.....	131
BIJLAGE 3: Leidraad focusgroepen zorgverleners	133
BIJLAGE 4: Survey evaluatie DUNDRUM-opleiding.....	135
BIJLAGE 5: Survey implementatie-uitkomstmaten.....	137
BIJLAGE 6: Checklist bepaling ‘methodetrouw’	141
BIJLAGE 7: Additionele figuren en tabellen op basis van numerieke scores.....	142

Figuren- en tabellenlijst

Tabel I-1. Items DUNDRUM-1.....	15
Tabel I-2. Items DUNDRUM-2.....	15
Tabel I-3. Items DUNDRUM-3.....	16
Tabel I-4. Items DUNDRUM-4.....	16
Tabel 1-5. Gemiddelde score per stelling met betrekking tot de training	23
Tabel 1-6. Gemiddelde score per stelling met betrekking tot de trainers	24
Tabel 2-1. Overzicht type voorziening, geografische spreiding werksetting en functies van de deelnemers per focusgroep.....	33
Tabel 2-2. Overzicht van de implementatiedeterminanten volgens het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).....	35
Tabel 3-1. Operationalisering van de uitkomstmaten volgens het Implementation Outcomes Framework en de gehanteerde meetmethode	59
Tabel 3-2. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake aanvaardbaarheid	66
Tabel 3-3. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake geschiktheid	67
Tabel 3-4. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake haalbaarheid ...	68
Tabel 3-5. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake bereik.....	69
Tabel 3-6. Percentage respondenten die akkoord gingen met de stellingen over aanvaardbaarheid op twee meetmomenten	70
Tabel 3-7. Percentage respondenten die akkoord gingen met de stellingen over geschiktheid op twee meetmomenten	72
Tabel 3-8. Percentage respondenten die akkoord gingen met de stellingen over haalbaarheid op twee meetmomenten	73
Tabel 3-9. Percentage respondenten die akkoord gingen met de stellingen over bereik op twee meetmomenten	74
Tabel 3-10. De mate van methodetrouw en mediaan van de DUNDRUM scoreformulieren per criterium	75
Tabel 4-1. Overzicht van de psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM-schalen, gebaseerd op field studies (n = 10)	84
Tabel 4-2. Settings die DUNDRUM scoreformulieren hebben aangeleverd	90
Tabel 4-3. Beschrijvende gegevens over de patiëntenpopulatie	91
Tabel 4-4. Discipline en plaats van tewerkstelling van de beoordelaars die DUNDRUM scoreformulieren aanleverden	92
Tabel 4-5. Afnames per DUNDRUM schaal	93
Tabel 4-6. Brongebruik voor de verschillende DUNDRUM-schalen	93

Tabel 4-7. DUNDRUM-1 scores per beveiligingsniveau op basis van de verblijfplaats ten tijde van de scoring.....	94
Tabel 4-8. Scorepatroon en aantal ontbrekende waarden op DUNDRUM-1 itemniveau	95
Tabel 4-9. DUNDRUM-3 en -4 scores per beveiligingsniveau op basis van de verblijfplaats na ontslag.....	96
Tabel 4-10. Scorepatroon en aantal ontbrekende waarden op DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 itemniveau	96
Tabel 4-11. DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 patiëntscores en vershilscores per verblijfplaats op het moment van afname.....	97
Tabel 4-12. Verdeling van het aantal vershilpunten en het gemiddeld aantal vershilpunten tussen de scores van de zorgverleners en de patiënten.....	98
Tabel 4-13. Corrected item-total correlation en Cronbach's alpha if item deleted voor DUNDRUM-1 11-item schaal en 9-item schaal	99
Tabel 4-14. Beveiligingsniveau op basis van DUNDRUM-1 eindoordeel afgezet ten opzichte van het beveiligingsniveau op moment van afname	100
Tabel 4-15. Area Under the Curve (AUC) waarden voor het gestructureerd klinisch oordeel.....	100
Tabel 4-16. Corrected item-total correlaties en Cronbach's alpha if item deleted voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4.....	101
Tabel 4-17. Beveiligingsniveau op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel afgezet ten opzichte van het beveiligingsniveau na ontslag	102
Tabel 4-18. Positieve voorspellende waarde (PVW) en negatieve voorspellende waarde (NVW) voor het DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 gestructureerd klinisch oordeel	103
Tabel 4-19. Koppeling van het DUNDRUM beveiligingsniveau aan specifieke organisaties of afdelingen volgens de beoordelaars.....	104
Tabel B-1. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-1	143
Tabel B-2. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-1	143
Tabel B-3. Area Under the Curve (AUC) waarden voor DUNDRUM-1 prorate totaalscore	144
Tabel B-4. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-3/DUNDRUM-4.....	145
Tabel B-5. Area Under the Curve (AUC) waarden voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 prorate totaalscore	145
Tabel B-6. Positieve voorspellende waarde (PVW) en negatieve voorspellende waarde (NVW) voor DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 gemiddelde prorate score.....	145
Tabel B-7. De mate van overeenkomst met betrekking tot het actuariële eindoordeel* op DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 tussen patiëntscores en scores van zorgverleners	146

Figuur 1-1. Verhouding van de gegeven scores per stelling met betrekking tot de training.....	24
Figuur 1-2. Verhouding van de gegeven scores per stelling met betrekking tot de master trainers	25
Figuur 1-3. Thema's waarover de deelnemers bijkomende opleiding wensen	26
Figuur 2-1. Overzicht van het aantal respondenten die een welbepaald construct genoemd heeft.....	53
Figuur 3-1. Mate van gebruik van de DUNDRUM op basis van de survey	65
Figuur 4-1. Verdeling van DUNDRUM-1 gemiddelde scores (9-item schaal).....	94
Figuur B-1. DUNDRUM-1 eindoordeel op basis van de actuariële* en de gestructureerd klinische methode	142
Figuur B-2. DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel op basis van de actuariële* en de gestructureerd klinische methode	144

Afkortingenlijst

ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AUC	Area under the curve
BW	Beschut wonen
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CGG	Centrum geestelijke gezondheidszorg
DUNDRUM	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual
D1	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual-1
D2	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual-2
D3	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual-3
D4	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual-4
EC	Ethisch comité
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FAQ	Frequently asked questions
FOD Volksgezondheid	Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
FPC	Forensisch psychiatrisch centrum
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GDO	Gecertificeerde DUNDRUM-opleiding
GKO	Gestructureerd klinisch oordeel
HCR -20	Historical, Clinical, Risk Management–20
HKT-R	Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie
HoNOS-Secure	Health of the Nations Outcome Scale-Secure
HvB	Hof van beroep
IBW	Initiatief beschut wonen
IOF	Implementation Outcomes Framework
KBM	Kamer voor de bescherming van de maatschappij
KeFor	Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg
MEI	Mobiele equipe internering
MFT	Mobiel forensisch team
NVW	Negatieve voorspellende waarde
OPZC Rekem	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
PC	Psychiatrisch centrum
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PSD	Psychosociale Dienst
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PVW	Positieve voorspellende waarde
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
ROC	Receiver Operating Characteristic
ROM	Routine Outcome Monitoring
SAVRY	Structured Assessment of Violence Risk in Youth

SNAP	Security Needs Assessment Profile
START:AV	Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version
TTT	Train-the-trainer
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
YLS/CMI	Youth Level of Service/Case Management Inventory
ZOL	Ziekenhuis Oost-Limburg

Take home message

Sinds medio 2023 is van start gegaan met het implementeren van de DUNDRUM toolkit in alle Nederlandstalige hoven van beroep. In het algemeen werd de introductie van de DUNDRUM positief onthaald door het werkveld waarbij er een grote nood is aan objectieve handvaten voor het inschatten van het geschikte beveiligingsniveau. In die zin is er motivatie en bereidheid om met het instrument aan de slag te gaan. Er werd bovendien ruimschoots geïnvesteerd in opleidingen die beschikbaar werden gesteld voor alle partners binnen het interneringslandschap, wat heeft geleid tot een grote poule van getrainde mensen ($N = 461$). Toch lijkt het gebruik van de DUNDRUM in de praktijk beperkt te blijven. In de huidige studie werden hiervoor een aantal potentiële oorzaken blootgelegd, zoals de hoge werklast, moeilijkheden bij informatievergaring en -deling en een verzadigd netwerk (wachtlisterproblemen). Verder blijft er een duidelijke nood bestaan aan operationalisering van de beveiligingsniveaus binnen het interneringslandschap, hetgeen momenteel ontbreekt. Ook een beperkt gebruik van het instrument in de praktijk en onzekerheden met betrekking tot de scoring staat het breed gebruik van de DUNDRUM in de weg. Naast het opdoen van ervaring in het scoren, moet blijvend ingezet worden op opleiding, monitoring en terugkoppeling om het gebruik van de DUNDRUM nog meer te integreren in het gehele forensisch psychiatrische werkveld. Het instrument laat namelijk in de praktijk ook goede psychometrische eigenschappen zien, en is aldus het instrument bij uitstek om in te spelen op een prangende nood in het veld. Alleen een inzet van het gehele werkveld – zorg- én justitiële partners – kan dit doen slagen.

“Unus pro omnibus, omnes pro uno.”

Inleiding

Geïnterneerden vallen onder de bevoegdheid van de Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM). De KBM bepaalt het beveiligingsniveau waarbinnen de patiënt zijn/haar behandeling dient te volgen. Nochtans ontbreken er actueel duidelijke criteria en procedures om dit beslissingsproces te ondersteunen. Het gebrek aan definiëring en het onvermogen om de noodzakelijke mate van beveiliging op een systematische en betrouwbare manier te bepalen zorgt voor een barrière om behandeling aan te bieden die aangepast is aan de behoefte van de geïnterneerde. Daarnaast geeft het aanleiding tot discussies in het veld. Er is met andere woorden nood aan een evidence-based gestructureerde onderbouwing bij het bepalen van het gepaste beveiligingsniveau.

Enkele jaren geleden bleek uit een literatuuroverzicht dat onderzoek in Vlaanderen naar de bepaling van het beveiligingsniveau miniem tot onbestaande is (Habets & Jeandarme, 2020). Internationale studies tonen aan dat risicotaxatie-instrumenten niet actief genoeg gebruikt worden bij het maken van beslissingen over de patiënt en dat empirisch ondersteunde instrumenten zelden vermeld worden. Daarenboven kan risicotaxatie niet zonder meer gelijkgesteld worden met het bepalen van een beveiligingsniveau (Kennedy et al., 2016). Uit dit literatuuroverzicht bleek verder dat er maar weinig instrumenten voorhanden zijn die aanvullend aan risicotaxatie kunnen gebruikt worden om het beveiligingsniveau en de geschiktheid van doorstroom naar een lager niveau te kunnen bepalen. Meer concreet kwamen er slechts drie empirisch gevalideerde instrumenten naar voren: de Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins et al., 2007), de Health of the Nations Outcome Scale-Secure (HoNOS-Secure; Royal College of Psychiatrists, 2013) en de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual (DUNDRUM toolkit; Kennedy et al., 2016). De SNAP definieert de beveiligingsniveaus vooral vanuit het perspectief van de setting in plaats van de patiënt. Verder ligt de focus van de SNAP niet bij het bepalen van het beveiligingsniveau vóór opname, maar eerder voor transfers tussen niveaus, terwijl de DUNDRUM toolkit voor beide situaties geschikt is. De DUNDRUM is daarmee dus breder inzetbaar dan de SNAP. Ook onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de SNAP is beperkt. Wat betreft de HoNOS-Secure werd vastgesteld dat de itembeschrijvingen erg beperkt zijn en de items vragen naar de klinische inschatting van de beoordelaar zonder dat er hier handvaten of instructies worden gegeven omtrent het beslissingsproces van dat item. Dit is vermoedelijk ook de reden waarom de psychometrische eigenschappen van de HoNOS-Secure lager liggen dan deze van de DUNDRUM (Habets et al., 2020). Daarnaast is er binnen de DUNDRUM ook ruimte om het perspectief van de patiënt mee te nemen in de vorm van een zelfrapportageschaal. Omwille van deze redenen werd ervoor gekozen om onderzoek op te zetten met de DUNDRUM toolkit (Habets & Jeandarme, 2020). Dit is een gestructureerd klinisch oordeel instrument dat ondersteuning biedt bij de klinische besluitvorming omtrent de noodzakelijke individuele beveiligingsnood – hetgeen fluctueert doorheen het interneringstraject. De toolkit bestaat uit vier subschalen met het oog op het bepalen van het gewenste beveiligingsniveau (DUNDRUM-1), opname prioriteit (DUNDRUM-2), programma-voltooiing (DUNDRUM-3) en mate van herstel (DUNDRUM-4).

Het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) vertaalde de DUNDRUM met goedkeuring van de auteurs (Jeandarme et al., 2023) en voerde sinds 2017 een aantal validatiestudies uit (zie Habets & Jeandarme, 2020, 2021; Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021). Samenvattend kan gesteld worden dat er wetenschappelijke onderbouwing

bestaat om de subschalen DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te gebruiken binnen de Vlaamse context. Deze resultaten werden ook onderbouwd door de exploratieve BelRAI-studie waarbij de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg werd onderzocht (Van Horebeek et al., 2020). Een vervolgonderzoek daarvan heeft gepoogd om de zelfrapportageversie van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 toegankelijker te maken voor personen met een verstandelijke beperking. De praktijktest van de aangepaste versie gaf aan dat de zelfrapportage nog steeds te moeilijk bleek voor deze doelgroep (Habets, Van Horebeek, et al., 2022). Vanuit een andere studie wordt aanbevolen om een training te volgen, vermits werd aangetoond dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoger ligt tussen beoordelaars die een training hebben gevolgd ($ICC = .92$) in vergelijking met een beoordelaar zonder voorafgaande training ($ICC = .50$; Habets et al., 2020). Dit is echter geen harde vereiste volgens de handleiding. Mede op basis van deze resultaten werd er door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (hierna 'FOD Volksgezondheid') beslist om de DUNDRUM te implementeren binnen het zorgtraject voor geïnterneerden in Vlaanderen. Het beoogt hiermee de beveiligingsnoden bij de start van behandeling in kaart te brengen, de overgang van geïnterneerden tussen voorzieningen te vergemakkelijken, een correct geïndiceerde doorstroom binnen zorgtrajecten te vergroten en terugstroom te vermijden. Bovendien vergroot het gebruik van gestructureerde instrumenten de transparantie en verantwoording van het beslissingsproces (Davoren et al., 2013) en heeft onderzoek aangetoond dat behandeling binnen een verkeerd beveiligingsniveau de kans op drop-out verhoogt (Jeandarme et al., 2021).

Het louter aantonen van de effectiviteit van een methodiek – i.c. een instrument om de mate van beveiliging in te schatten – en het trainen van professionals in het gebruik van die methodiek is echter geen garantie voor een succesvolle implementatie ervan. Naar schatting duurt het zo'n 17 jaar voor een nieuwe methodiek ingebed raakt in de dagelijkse praktijk; en slechts in minder dan de helft van de gevallen slaagt men daar effectief in (Bauer & Kirchner, 2019; Gitlin, 2013; Morris et al., 2011). De reden hiervoor is te zoeken in contextuele factoren zoals bijvoorbeeld kenmerken van de organisatie of de gebruikers, eerder dan in (de effectiviteit van) de methodiek zelf (Ferlie, 2005, uit: Bauer & Kirchner, 2019). Implementatiewetenschap, een snelgroeiende onderzoeksdiscipline, richt zich op het planmatig en doelgericht integreren van een wetenschappelijk bewezen methodiek in de dagelijkse praktijk, met als doel de kwaliteit en efficiëntie van de dienstverlening te verbeteren (Eccles & Mittman, 2006). Implementatiestudies kunnen de brug vormen tussen theorie en praktijk. Het vormt een belangrijke ondersteuning bij het uitwerken en bijsturen van een implementatieplan. Het gaat hierbij over het in kaart brengen van factoren die de implementatie kunnen bemoeilijken of faciliteren via een bevraging van stakeholders. Ook het evalueren van het succes van de implementatie aan de hand van objectieve implementatie-uitkomstmaten is van belang. Op basis van deze evaluatie kunnen verbeterpunten geïdentificeerd en aangepakt worden om de kansen op een succesvolle implementatie te vergroten. Naast het evalueren van de implementatie-uitkomsten is het tevens van belang om aandacht te besteden aan de klinische uitkomsten. Validatiestudies worden immers doorgaans uitgevoerd binnen een sterk gecontroleerde context. Blijft de validiteit van het instrument wanneer dit in de praktijk wordt toegepast hetzelfde in vergelijking met deze in een onderzoekscontext? We spreken in dat geval van *field validity*.

Concluderend kan gesteld worden dat een gestructureerde en evidence-based implementatie van belang is om de slaagkansen van een methodiek (i.c. het instrument DUNDRUM) in de praktijk te vergroten. Met het huidige onderzoek wordt onderbouwing voorzien voor het uitwerken en/of finetunen van het implementatieplan. Dit is bovendien de eerste implementatiestudie met de DUNDRUM. Het betreft een grootschalige implementatie binnen het Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg.

Onderzoeksopdracht

FOD Volksgezondheid heeft KeFor de opdracht gegeven om de implementatie van de DUNDRUM binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen. In functie hiervan werden vier onderzoeksvragen geformuleerd:

- OZ1. Hoe wordt de DUNDRUM-opleiding geëvalueerd?
- OZ2. Welke factoren kunnen de implementatie van de DUNDRUM toolkit binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen bemoeilijken of faciliteren?
- OZ3. Wat zijn de ervaringen van de gebruikers van het instrument?
- OZ4. Hoe doet de DUNDRUM toolkit het in de praktijk?

De doelstelling van dit onderzoek was tweeledig. In eerste instantie werd de focus gelegd op implementatie-onderzoek. Hierbij werden de door FOD georganiseerde opleidingssessies geëvalueerd (OZ1 – hoofdstuk 1), werden factoren die de implementatie kunnen bemoeilijken of faciliteren in kaart gebracht via een bevraging van diverse stakeholders (OZ2 – hoofdstuk 2) en gebeurde er een evaluatie van de ervaringen van gebruikers op basis van enkele implementatie-uitkomstmaten (OZ3 – hoofdstuk 3). In tweede instantie werd gefocust op de klinische uitkomsten. Hierbij werd de voorspellende waarde van het instrument onderzocht bij gebruik in de dagdagelijkse praktijk, de zogenaamde field validity (OZ4 – hoofdstuk 4).

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van een *mixed method design* met zowel kwantitatieve als kwalitatieve elementen. Elk hoofdstuk beslaat een onderzoeksvraag met elk zijn eigen methodiek.

Alle zorg- en justitiële partners die deelnamen aan het onderzoeksproject, tekenden hiervoor een toestemmingsverklaring (cf. bijlage 1). Het protocol werd afgetoetst bij de auteur van de DUNDRUM toolkit, prof. dr. Harry Kennedy. Het onderzoek werd verder goedgekeurd door het centraal Comité Medische Ethiek van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) via twee aanvragen (ZEC2023001; ZEC2023003).

Om zich een volledig beeld te kunnen vormen van het implementatieproces, wordt hieronder de context en aanpak van het implementatieproject geschetst.

De DUNDRUM toolkit

De DUNDRUM toolkit kan gebruikt worden om te bepalen binnen welk beveiligingsniveau iemand zijn behandeltraject moet aanvatten, wanneer afschaling of opschaling tussen beveiligingsniveau gewenst is of wanneer ontslag mogelijk is. Daarnaast kan de DUNDRUM ook helpen bij het nemen van beslissingen inzake verlof mogelijkheden. De DUNDRUM toolkit bestaat uit 5 schalen. De eerste twee schalen, DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2, hebben betrekking op de opname van patiënten binnen een setting met een geschikt beveiligingsniveau en de urgentie van die opname. Factoren die meespelen bij beslissingen omtrent het meest geschikte beveiligingsniveau zijn voornamelijk statisch van aard (DUNDRUM-1). De schalen DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 worden gezamenlijk gebruikt en maken een inschatting van de behandelvoortgang en de mate van herstel van de patiënt, en daarmee van de al dan niet blijvende nood aan therapeutische beveiliging. Deze factoren zijn relevant in het kader van afschaling en opschaling van zorg en zijn dynamisch van aard. De laatste schaal betreft een zelfrapportageversie van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 schalen waarbij de patiënt zelf een inschatting maakt van zijn voortgang in de behandeling en in zijn herstel. De DUNDRUM toolkit volgt de methode van het gestructureerd professioneel oordeel en is bedoeld als hulpmiddel bij de besluitvorming. Voor onderzoeks- en inspectiedoeleinden wordt aangeraden om de scores op te tellen en te delen door het aantal items.

DUNDRUM-1

De DUNDRUM-1 bestaat uit 11 items (zie tabel I-1) die elk gescoord worden met behulp van een 5-punten schaal gaande van 0 tot 4. De items met betrekken tot het suïciderisico (TB2 en TB4) worden voor onderzoekdoeleinden niet meegenomen, wel voor het klinisch eindoordeel. Voor elk van de schalen zou dit een getal opleveren tussen 0 en 4. Een score groter dan 3 strookt met een nood aan high security; een score tussen 2 en 3 met medium security; een score tussen 1 en 2 met low security – gesloten afdeling algemene psychiatrie of open forensische PVT, een score tussen 0 en 1 met low security – open afdeling/24-uurs zorg en score van 0 met ambulante zorg. Voor individuele gevallen wordt geadviseerd om te zoeken naar een patroon (veel '4' = high beveiligingsniveau, een overwicht van '3' rechtvaardigt medium security, terwijl een overwicht van '2's low security aangeeft). Maar één '4' of '3' bij één of twee items kan op zich ook voldoende zijn om te besluiten tot high of medium security ondanks een patroon van lagere scores op andere punten. Daarnaast kunnen individuele kwesties en context leidinggevend zijn bij de beslissing. DUNDRUM-1 dient te worden gescoord bij aanvang van het zorgtraject (i.c. na het vonnis). De items zijn vooral statisch van aard en leveren in de regel een 'lifetime' score, die altijd geldig blijft. Herscoring wordt enkel aanbevolen bij bijvoorbeeld nieuwe (intramurale of extramurale) incidenten of recidive. Het beveiligingsniveau op basis van de DUNDRUM-1 kan daarmee doorheen de tijd enkel stijgen.

Tabel I-1. Items DUNDRUM-1

TB1	Ernst van geweld
TB2	Ernst van suïcide
TB3	Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis
TB4	Acute dreiging van suïcide
TB5	Gespecialiseerde forensische zorg
TB6	Ontvluchting/onttrekking
TB7	Toegang vermijden
TB8	Slachtofferkwesties
TB9	Complexe noden omtrent Risico op geweld
TB10	Institutioneel gedrag
TB11	Wettelijke procedure

Noot. TB = triage beveiliging

DUNDRUM-2

De subschaal DUNDRUM-2 bepaalt de opnameprioriteit en is daarom enkel bedoeld voor de personen die op de wachtlijst staan voor opname zoals bepaald door de DUNDRUM-1. De DUNDRUM-2 bestaat uit zes items (zie tabel I-2). Omdat de personen van de wachtlijst in verschillende instellingen kunnen zitten (voorhechtenis, gevangenis, ziekenhuis) heeft het eerste item verschillende scoremogelijkheden per locatie. De overblijvende items zijn hetzelfde voor alle patiënten op de wachtlijst. Elk item wordt gescoord van 0 tot 4. Een hogere totaalscore staat voor een hogere dringendheid, zonder daarbij specifieke cut-offs te voorzien. Iedere week worden deze scores opnieuw geëvalueerd. De patiënten die in de gevangenis verblijven hebben altijd voorrang op de patiënten die al in een ziekenhuis verblijven.

Tabel I-2. Items DUNDRUM-2

TU1	Huidig verblijf
TU2	Geestelijke gezondheid
TU3	Suïcidepreventie
TU4	Humanitaire overwegingen
TU5	Systemisch
TU6	Wettelijk bepaalde urgentie

Noot. TU = triage urgentie

DUNDRUM-3 en 4

De derde en vierde subschaal meten vooruitgang op vlak van behandeling en herstel. De DUNDRUM-3 programmavoltooing items en de DUNDRUM-4 herstel items zijn gebaseerd op de theorieën met betrekking tot motivatie, cyclus van verandering, engagement en risicomangement (Kennedy et al.,

2016). De DUNDRUM-3 programmavoltooing items weerspiegelen de indeling van de verschillende behandelprogramma's: lichamelijke gezondheid; geestelijke gezondheid; drugs en alcohol behandelingen; probleemgedrag; zelfzorg en dagdagelijkse activiteiten; opleiding, beroep en creativiteit; en familie en intieme relaties: één item per behandelprogramma (zie tabel I-3).

Tabel I-3. Items DUNDRUM-3

PV1	Lichamelijke gezondheid
PV2	Geestelijke gezondheid
PV3	Drugs en alcohol
PV4	Probleemgedrag
PV5	Zelfzorg en activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
PV6	Opleiding, beroep en creativiteit
PV7	Familie en sociale netwerken: vriendschap en intimiteit

Noot. PV = programma-voltooing

DUNDRUM-4 bevat net zoals DUNDRUM-3 zeven items (zie tabel I-4). Deze items moeten altijd samen met DUNDRUM-3 beoordeeld worden. De items van DUNDRUM-3/4 moeten gezien worden als 'dynamisch' en zouden op vaste intervallen opnieuw beoordeeld moeten worden (bv iedere 3 of 6 maanden). De items worden als volgt gescoord: '4' transfer uit hun huidige setting is onwaarschijnlijk, '3' zou klaar moeten zijn om van een high naar een medium setting te verhuizen, '2' zou klaar moeten zijn om van een medium naar een low security setting te verhuizen en '1' zou klaar moeten zijn om te verhuizen naar een open setting of ambulante. Tot slot, diegene die '0' scoren zijn mogelijk kandidaat voor een definitieve vrijstelling (onvoorwaardelijk ontslag).

Tabel I-4. Items DUNDRUM-4

H1	Stabiliteit
H2	Inzicht
H3	Therapeutische relatie
H4	Verlof
H5	Dynamische risicofactoren
H6	Slachtofferkwesties
H7	Hoop

Noot. H = herstel.

Zelfrapportage DUNDRUM-3 en 4

De zelfrapportageversie bevat dezelfde items als DUNDRUM-3 en 4 maar dan geschreven vanuit de ‘ik-persoon’ en in eenvoudig taalgebruik. De patiënt krijgt de instructie om de optie aan te kruisen die hem/haar in het algemeen het beste beschrijft. Hij/zij heeft ook de mogelijkheid om uitleg te vragen moest dat nodig zijn. Onderzoek heeft een goede correlatie aangetoond tussen de scores van het personeel en de scores van de patiënt zelf. De scores van patiënten binnen verschillende beveiligingsniveaus (high, medium, low) bleken echter niet voorspellend voor transfers naar een lager beveiligingsniveau (Davoren, Hennessy, et al., 2015). Deze resultaten werden bevestigd in Vlaanderen binnen een high security setting (i.c. FPC). Binnen een medium security setting waren DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 totaalscores van zowel de psycholoog als de patiënt wel voorspellend voor een daling in beveiligingsniveau. Vergeleken met de scores binnen een high security setting, waren de verschillen tussen de scores van de psychologen en de patiënten binnen medium security kleiner (Habets & Jeandarme, 2021). Dit ligt in lijn met de bevindingen uit eerder onderzoek waarbij werd aangetoond dat naarmate het beveiligingsniveau daalt, de scores tussen de behandelaars en patiënten dichter bij elkaar komen te liggen (Davoren, Hennessy, et al., 2015).

Implementatieproces van de DUNDRUM

Wat voorafging

Het huidige onderzoeksproject kent zijn aanvang in het kader van de denkdagen binnen de stuurgroep Zorg voor geïnterneerden¹ binnen Hof van Beroep Antwerpen. Daarbij werden een aantal pijlers gedefinieerd in functie van de opmaak van het strategisch plan. Het gebruik van een gemeenschappelijk instrument met het oog op de inschatting van therapeutische veiligheid was er daar een van, waarbij de DUNDRUM toolkit naar voren werd geschoven als een waardevol en bruikbaar instrument. Vanuit de projectoproep van de FOD Volksgezondheid '22 is het netwerkoverschrijdende kwaliteitsproject 'De implementatie van de DUNDRUM als gemeenschappelijk instrument en rode draad in het zorgtraject voor geïnterneerden' goedgekeurd (d.d. 02/02/2023). Het betrof een project dat binnen alle Nederlandstalige hoven van beroep – Antwerpen, Brussel Nederlandstalig en Gent – moest worden uitgerold. Deelnemende projecten betreffen residentiële categorale voorzieningen, residentiële reguliere voorzieningen, ambulante en mobiele projecten (zowel regulier als categoriaal), forensische VAPH en justitiële partners (gevangenis en justitiehuisen) die hulpverlening aanbieden aan personen met een interneringsstatuut. Een overzicht hiervan is terug te vinden in bijlage 1.

Bekendmaking project

Bij aanvang van het project werden alle zorg- en justitiële partners binnen de netwerken internering voor de hoven van beroep Antwerpen, Brussel Nederlandstalig en Gent in april 2023 via mail aangeschreven door de netwerkcoördinator internering van het hof van beroep van Antwerpen. In

¹ Stuurgroep zorg voor geïnterneerden is een samenwerkingsverband waarin een aantal forensische en niet-forensische zorgpartners de krachten bundelen met het oog op een volledig en geïntegreerd zorgtraject voor mensen met een interneringsstatuut.

september 2023 werd er ook een online infosessie ('kick off') georganiseerd voor alle geïnteresseerden. Vanaf oktober 2023 werden opleidingssessies georganiseerd voor alle partners (cf. infra). Vanuit de FOD Volksgezondheid werd verwacht van alle partners om minstens één medewerker te laten aansluiten bij de voorziene DUNDRUM-opleidingen en hierna aan de slag te gaan met het instrument binnen de eigen organisatie. De implementatie zou daarmee dus – in theorie – stapsgewijs verlopen en een organisch verloop kennen.

Opleiding

Om een breed gedragen implementatie van de DUNDRUM te faciliteren werd een opleidingstraject voorzien waarin in eerste instantie master trainers werden opgeleid (1) die vervolgens mensen in het veld zouden trainen (2).

1. Train-the-trainer (TTT)

In juni 2023 vond een tweedaagse train-the-trainer plaats, waarbij 19 zorgverleners werden opgeleid tot master trainers door de ontwikkelaars van de DUNDRUM, prof. dr. Harry Kennedy en dr. Mary Davoren. Deze training had als doel om het instrument onder de knie te krijgen alsook de trainers in staat te stellen om het gebruik van de DUNDRUM door te geven via opleidingen aan de partners verbonden aan de Nederlandstalige netwerken internering. Na deze tweedaagse opleiding volgden er nog drie online intervisiemomenten tussen september en november 2023 waarbij vragen konden worden gesteld aan prof. dr. Kennedy. Deze train-the-trainer opleiding werd gefinancierd vanuit de FOD Volksgezondheid.

De master trainers werden geselecteerd op basis van een aantal door de auteurs vooropgestelde criteria, namelijk: gezondheidszorgbeoefenaars op masterniveau (zoals psychiaters, psychologen of criminologen) met voldoende klinische en/of academische en opleidingservaring die de Engelse taal voldoende machtig zijn. Concreet betrof dit vier personen vanuit de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC), zes personen vanuit de medium security units, zes personen vanuit de mobiele equipes internering en vier personen vanuit de psychosociale dienst van de gevangnissen. Vanwege ziekte kon één kandidaat-trainer uit het FPC niet aansluiten bij de train-the-trainer opleidingssessie. Hierdoor bestond de uiteindelijke poule uit 19 master trainers. Deze 19 master trainers gaven vervolgens in duo twee DUNDRUM-opleidingen per jaar in Brussel aan zorg- en justitiële partners binnen het brede interneringslandschap. Deze worden verder in dit rapport benoemd als "gecertificeerde opleidingen". Deze gecertificeerde opleidingen stonden open voor alle personen gerelateerd aan het netwerk internering (dus zowel vanuit het brede zorgcircuit als justitie). De opleiding werd aan de deelnemers gratis aangeboden. De organisaties waarbinnen de master trainers waren tewerkgesteld gingen hiervoor bij aanvang van de implementatie een engagement aan.

2. Opleidingssessies aan de netwerkpartners (gecertificeerde opleiding)

In de periode oktober 2023 – december 2024 werden 31 opleidingssessies georganiseerd voor het werkveld. Deze opleidingen werden gegeven door de master trainers en bestond uit één

opleidingsdag, gevolgd door een (online) terugkomsessie zo'n 6 maanden nadien. Van de deelnemers werd verwacht dat zij beide sessies zouden volgen. De fysieke opleidingen werden gegeven in duo en vonden plaats in Brussel. De opleidingen werden opgezet volgens een lerend netwerk, waarbij werd gemikt op deelname vanuit verschillende organisaties en disciplines binnen eenzelfde opleidingsdag om kruisbestuiving te faciliteren. Eén opleiding bestond uit maximaal 20 deelnemers. Er werd gemikt op het opleiden van medewerkers die betrokken zijn bij intakes, opnames, behandeltrajecten, resocialisering, adviesverlening en rapportage in het kader van interneringstrajecten.

Tijdens de online terugkomsessie werd gefocust op vragen die uit de evaluaties naar voren kwamen en het bespreken van ervaringen en eventuele moeilijkheden in het gebruik van de DUNDRUM door de deelnemers.

Uiteindelijk werden er tot en met december 2024 31 opleidingssessies georganiseerd, waarbij in totaal 461 professionals werden getraind in het gebruik van de DUNDRUM. Informatie over het aandeel deelnemers per hof van beroep en de tewerkstellingssetting was door de afwezigheid van de netwerkcoördinator Internering voor het hof van beroep van Antwerpen niet beschikbaar op het moment van afleveren van het rapport. Op 31 december 2024 hadden 304 professionals – na ook de online terugkomsessie gevolgd te hebben – de opleiding afgerond.

Follow-up project

Naar aanleiding van de tussentijdse resultaten van de focusgroepen, opleidingsevaluaties en informele feedback vanuit de netwerkpartners werd in januari 2025 een “inspiratiedag DUNDRUM” georganiseerd. Tijdens deze studiedag werden de eerste resultaten van de huidige implementatiestudie gepresenteerd, deelden een aantal partner hun ‘good practices’ en werd de mogelijkheid gegeven deel te nemen aan een interviewsessie op basis van zelf aangeleverde (casus)vragen.

Ethische goedkeuring

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek Zuid-Oost Limburg (ZEC2023001; ZEC2023003).

Tijdslijn

	EC	TTT	GDO	Determinanten implementatie	Evaluatie opleiding	Evaluatie implementatie	Field validity
2023	Februari						
	Maart						
	April						
	Mei						
	Juni						
	Juli						
	Augustus						
	September						
	Oktober						
	November						
	December						
2024	Januari						
	Februari						
	Maart						
	April						
	Mei						
	Juni						
	Juli						
	Augustus						
	September						
	Oktober						
	November						
	December						

Noot. EC = ethisch comité; TTT = train-the-trainer opleiding; GDO = gecertificeerde DUNDRUM-opleiding.

Doelstelling en opbouw rapport

De eerste doelstelling van deze studie was het evalueren van de voortgang en de uitdagingen die gepaard gaan met het implementeren van de DUNDRUM in de dagdagelijkse klinische praktijk. De tweede doelstelling was het evalueren van de validiteit van de DUNDRUM wanneer deze wordt toegepast door professionals in het forensisch psychiatrische werkveld.

Doelstelling 1: Evaluatie van de implementatie van de DUNDRUM binnen de Netwerken Internering

Om de eerste doelstelling te beantwoorden, werden raamwerken en methodieken binnen de implementatiewetenschap toegepast. In **Hoofdstuk 1** wordt een belangrijk onderdeel van de implementatie geëvalueerd, namelijk de training in de afname van het instrument. Een fysieke opleidingsdag was voor alle partners binnen het Netwerk Internering toegankelijk. De evaluatie van de opleiding gebeurde aan de hand van een online vragenlijst die aan elke deelnemer werd voorgelegd na het volgen van de fysieke opleidingsdag. Het doel van **Hoofdstuk 2** is om inzicht te krijgen in de factoren die de implementatie van de DUNDRUM kunnen belemmeren of bevorderen. Dit werd onderzocht aan de hand van focusgroepen met middenkader-professionals en zorgverleners en een interview met een ervaringswerker. De resultaten werden verwerkt aan de hand van een geconsolideerd raamwerk binnen implementatieonderzoek (Damschroder et al., 2022), waarbij factoren werden onderverdeeld volgens kenmerken van het instrument zelf, de bredere context (*outer setting*), de organisatie, gebruikers en van het implementatieproces. In **Hoofdstuk 3** wordt de effectiviteit van de implementatie in kaart gebracht. Hiervoor werd gekeken naar een aantal uitkomstmaten volgens het raamwerk van (Proctor et al., 2011), namelijk: ingebruikname, aanvaardbaarheid, geschiktheid, haalbaarheid, bereik en methodetrouw. Dit werd in kaart gebracht via een online vragenlijst gericht aan iedereen die de DUNDRUM gebruikt en aan de hand van de DUNDRUM scoreformulieren die vanuit het werkveld werden bezorgd aan de onderzoekers.

Doelstelling 2: Evaluatie van de field validity van de DUNDRUM

Bestaand onderzoek met de DUNDRUM in Vlaanderen focust op de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument wanneer dit wordt afgenomen door onderzoekers binnen gecontroleerde omstandigheden. Dit reflecteert echter niet per definitie de klinische realiteit, waardoor deze resultaten niet zomaar generaliseerbaar zijn naar een context waarbij het instrument wordt gebruikt door professionals in het werkveld. In **Hoofdstuk 4** worden deze zogenaamde *field* resultaten onderzocht. Hiervoor werd beroep gedaan op afnames door zorg- of justitiële partners binnen het forensisch psychiatrische werkveld.

Ter afronding

In het **Hoofdstuk Besluit** wordt een samenvatting en discussie gegeven van de belangrijkste bevindingen uit bovengenoemde (deel)studies. In het laatste **Hoofdstuk Aanbevelingen** worden suggesties geformuleerd voor de verdere aanpak van de implementatie en toekomstige pistes voor onderzoek.

Hoofdstuk 1 – Evaluatie van de DUNDRUM opleiding

Onderzoeksvraag 1	Hoe wordt de DUNDRUM-opleiding geëvalueerd?
Rationale	Een cruciaal aspect binnen de implementatie van de DUNDRUM was het organiseren van opleidingen voor het werkveld. Het was dan ook van belang om feedback te verzamelen van de deelnemers om deze opleiding te evalueren in functie van het continueren en/of bijsturen hiervan.
Methode	Deelnemers kregen op het einde van de eerste opleidingsdag een online vragenlijst voorgelegd.

Inleiding

De DUNDRUM-opleidingssessies vormen een belangrijk onderdeel van de implementatie. Onderzoek in Vlaanderen heeft namelijk aangetoond dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid beter was tussen beoordelaars die een opleiding hebben gevolgd in vergelijking met een ongetrainde beoordelaar (Habets et al., 2020). Opleiding lijkt hiermee een belangrijke randvoorwaarde te zijn om met het instrument aan de slag te (kunnen) gaan. De beschikbaarheid van vorming en opgeleid personeel werd tevens genoemd als implementatiedeterminant (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie). Er werd ingezet op het opleiden van een poule master trainers, die op hun beurt opleidingssessies gaven voor het gehele interneringsnetwerk (cf. supra). In dit luik werd ingezoomd op hoe deze opleidingssessies – gegeven door de master trainers – werden geëvalueerd door de deelnemers.

Om uniformiteit in de trainingen te verzekeren, werd aan de master trainers vooraf een PowerPoint presentatie ter beschikking gesteld die werd opgesteld door KeFor. Bijkomende informatie werd verstrekt via notities. Tevens werden de casussen vanuit de train-the-trainer opleiding door KeFor vertaald naar het Nederlands.

In totaal vonden er tussen oktober 2023 en december 2024 31 fysieke opleidingssessies plaats in Brussel, waaraan 461 personen deelnamen. Eind december 2024 namen 304 personen ook reeds deel aan de online terugkomsessie, en vervulde dus de opleiding. De evaluatie van de opleidingen betreft enkel de fysieke opleidingssessie.

Methode

Op het einde van elke fysieke opleidingssessie werd aan de deelnemers gevraagd een online evaluatieformulier in te vullen (zie bijlage 4). In deze vragen werden stellingen voorgelegd met betrekking tot de training, de trainers en behoeftes omtrent additionele opleiding. Daarnaast werden ook enkele open reflectievragen gesteld.

Vermits de ethische goedkeuring voor het onderzoek pas werd bekomen na de start van de DUNDRUM-opleidingen, konden de opleidingssessies die plaatsvonden in oktober 2023 ($n = 8$) niet ter plaatse geëvalueerd worden. Deze deelnemers ontvingen op een later moment de link om de opleiding alsnog te kunnen evalueren. Dit heeft geresulteerd in een lagere response rate voor deze opleidingssessies, namelijk 25,2% (34/135).

Respondenten

In totaal vonden er tussen oktober 2023 en december 2024 31 opleidingssessies plaats, waaraan 461 personen deelnamen; 222 (48,2%) van hen vulden daarbij een evaluatieformulier in. Twee derde van de respondenten (68,9%) gaf aan voorafgaand aan de opleiding reeds van de DUNDRUM gehoord te hebben, net geen 10% gaf aan de DUNDRUM reeds gebruikt te hebben en een vijfde (21,6%) had nog nooit van de DUNDRUM gehoord. Respondenten betroffen overwegend psychologen (27,0%), maatschappelijk assistenten (19,4%) en criminologen (16,2%). In bijna een derde van de gevallen (29,7%) werd een “andere discipline” aangegeven, waarvan 35% justitieassistenten.

Resultaten

De training

In het algemeen werd voor de training een rapportcijfer van 7,8 op 10 gegeven (range = 2 – 10). Zo’n vier procent gaf een waardering tussen 2/10 en 5/10. De meerderheid (88%) gaf een hoge quotering aan de training van 7/10 tot 10/10.

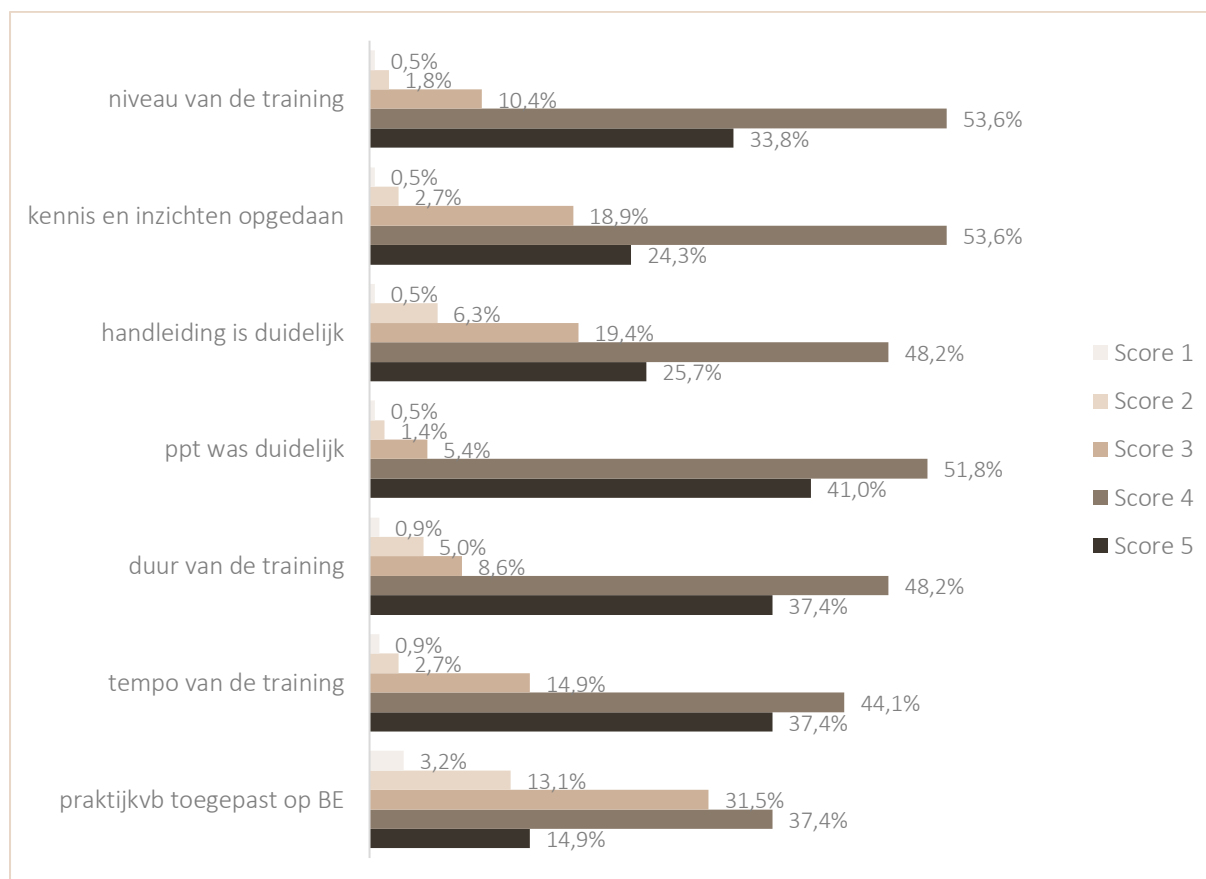
Tabel 1-5. Gemiddelde score per stelling met betrekking tot de training

Stelling	<i>M</i>
Het niveau van de training was goed	4,2
Ik heb de verwachte kennis en inzichten opgedaan	4,0
De handleiding was duidelijk	3,9
De PowerPoint was duidelijk	4,3
De duur van de training was goed	4,2
Het tempo van de training was goed	4,1
De praktijkvoorbeelden waren voldoende toegepast op de Belgische situatie	3,5

In figuur 1-1 wordt weergegeven hoe vaak er per stelling een score 1, score 2, ... werd gegeven, gaande van helemaal oneens (1) tot helemaal eens (5). De gemiddelde scores per stelling zijn terug te vinden in tabel 1-2. Doorgaans gaf 73,9% tot 92,8% van de deelnemers aan het eens te zijn met de stellingen, met uitzondering van de stelling “De praktijkvoorbeelden waren voldoende toegepast op de Belgische situatie”. Hierover waren de meningen verdeeld, waarbij 16,2% aangaf het hiermee oneens te zijn; de helft (52,3%) vond dit wel voldoende. Dit vertaalt zich ook in de laagste gemiddelde score ($M = 3,5$).

Deelnemers leken het meest tevreden met het niveau van de training, de duidelijke PowerPoint presentatie en het tempo en de duur van de training. Wat betreft de opgedane kennis en inzichten, de helderheid van de handleiding en de praktijkvoorbeelden was een vijfde tot een derde eerder onbeslist.

Figuur 1-1. Verhouding van de gegeven scores per stelling met betrekking tot de training



De trainers

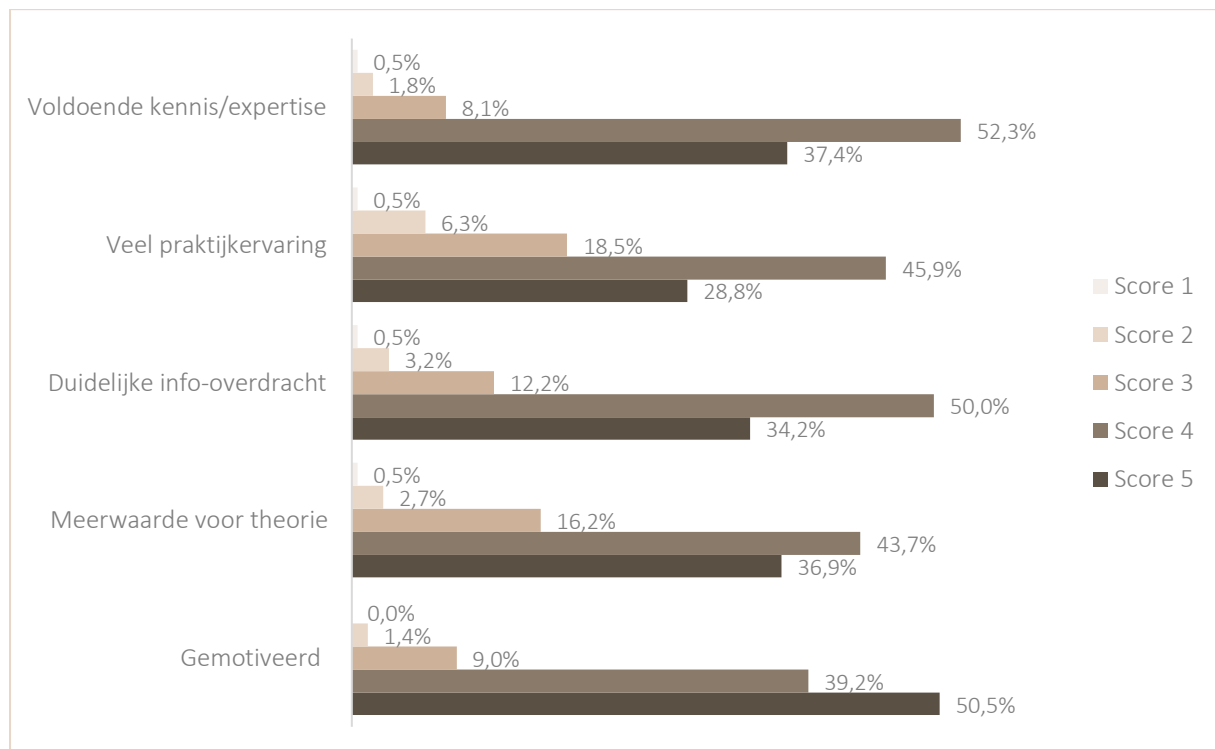
In het algemeen werd voor de trainers een score van 8,3 op 10 gegeven (range = 3 – 10). Drie procent quoteerde de trainers tussen 3/10 en 5/10. De meerderheid (93%) gaf een waardering van 7/10 tot 10/10. De gemiddelde scores per stelling – met een maximum van 5 – zijn terug te vinden in tabel 1-3.

Tabel 1-6. Gemiddelde score per stelling met betrekking tot de trainers

Stelling	M
De trainers beschikten over voldoende kennis/expertise	4,2
Het is duidelijk dat de trainers veel praktijkervaring hebben	4,0
De trainers wisten de stof duidelijk en helder over te brengen	4,1
De trainers leverden toegevoegde waarde aan de theorie	4,1
De trainers waren gemotiveerd om deze training te geven	4,4

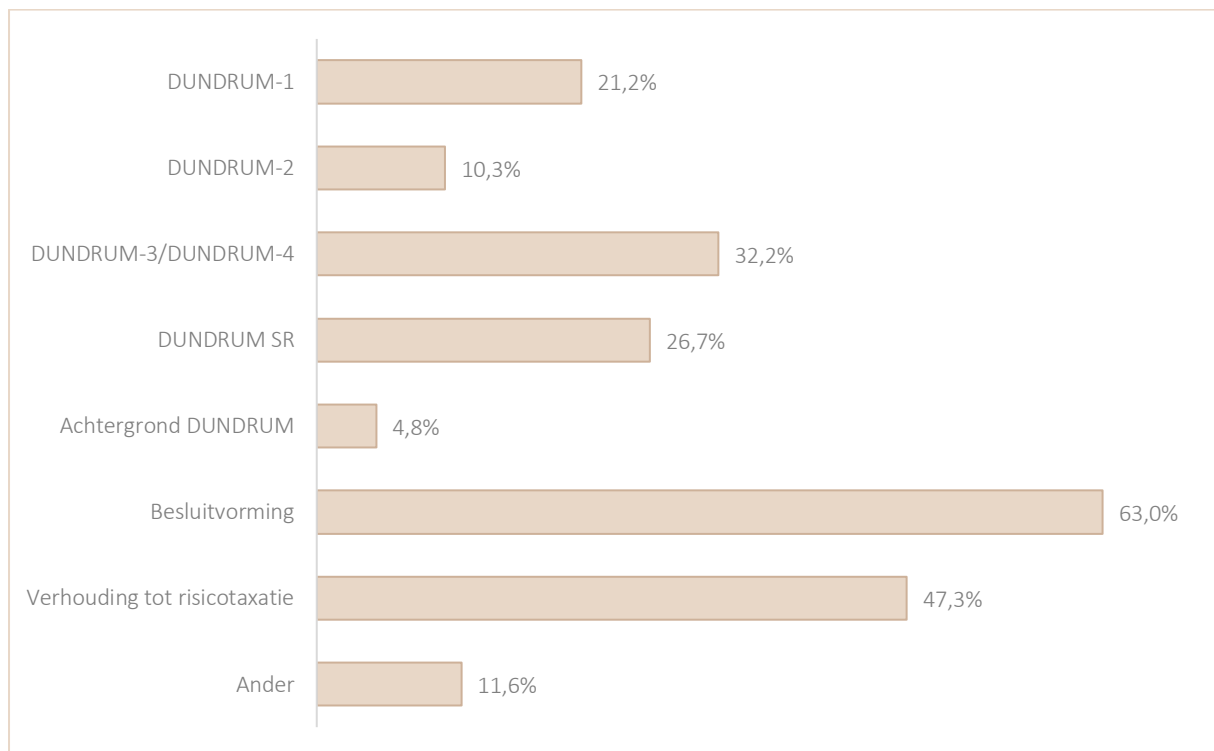
In figuur 1-2 wordt weergegeven hoe vaak er per stelling een score 1, score 2, ... werd gegeven, gaande van helemaal oneens (1) tot helemaal eens (5). De deelnemers waren het in grote mate eens met de stelling dat de trainers een gemotiveerde indruk gaven (89,6%). Volgens 74,8% tot 89,6% van de deelnemers beschikten de trainers over voldoende kennis/expertise, hadden ze voldoende praktijkervaring en slaagden ze erin de stof duidelijk en helder over te brengen.

Figuur 1-2. Verhouding van de gegeven scores per stelling met betrekking tot de master trainers



Na het fysieke opleidingsdeel gaf drie vierde van de deelnemers aan nood te hebben aan een bijkomende opleiding ($n = 161$; 73,2%). Waarover ze bijkomende opleiding wensten, is terug te vinden in figuur 1-3. Dit ging name over de besluitvorming (63,0%), de verhouding tot risicotaxatie (47,3%) en itemscoren (40,5%). Met betrekking tot dit laatste bestond de grootste nood voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 (52,8%). Een vierde (26,8%) gaf aan geen bijkomende training te wensen. Voor wat betreft de categorie “andere training” werd onder andere aangegeven dat men meer handvaten wenste voor wat betreft de toepassing bij personen met een verstandelijke beperking.

Figuur 1-3. Thema's waarover de deelnemers bijkomende opleiding wensen



Reflecties

Bij de open vragen kwamen zowel positieve als negatieve aspecten aan bod. Er werd aangegeven dat het een interessante opleiding is met aandacht voor zowel theorie als praktijk. Het feit dat er ruimte werd gelaten voor discussie bij de casusscoring werd als een meerwaarde ervaren. Anderzijds werd ook meermaals aangegeven dat het niet altijd evident is om het instrument te scoren en er ruimte is voor interpretatie, waardoor multidisciplinair gebruik wel wordt aangeraden. Dit ligt in lijn met de richtlijnen in de handleiding. Daarnaast liet men zich kritisch uit over de vertaalslag naar en toepasbaarheid binnen de Nederlandstalige Netwerken Internering en heerste bij sommige deelnemers de idee dat het instrument nog in de kinderschoenen staat. Het feit dat de master trainers niet steeds konden antwoorden op (alle) vragen, wakkerde de twijfel verder aan. Ook de toepasbaarheid binnen een ambulante context en voor de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking werd in vraag gesteld. Daarnaast werd ook het gebrek aan operationalisering van de beveiligingsniveaus voor de Nederlandstalige settings aangehaald. Dit is een hiaat dat al langer bestaat binnen het forensische werkveld in België (Habets, Pouls, et al., 2022).

In het reflectiegedeelte werd tevens gepolst naar suggesties in verband met de terugkomsessie. Hier werd in hoofdzaak aangegeven door de deelnemers dat ze interesse hebben in het scoren van extra casussen, bespreken van (moeilijkheden bij het scoren van) eigen casussen en het uitwisselen van ervaringen in het gebruik van de DUNDRUM. Dit was dan ook de focus van de online terugkomsessie.

Ook de netwerkcoördinator Internering voor het hof van beroep Antwerpen verzamelde feedback via de master trainers. In het algemeen werd een positief beeld geschetst waarbij als sterke punten werd benoemd dat de DUNDRUM een gemeenschappelijke taal faciliteert en een rode draad vormt in het

traject van patiënten. Anderzijds werden ook moeilijkheden benoemd, die overlappen met de feedback na de opleidingssessie en de factoren benoemd in hoofdstuk 2 ('Determinanten voor een succesvolle implementatie'), namelijk: interpretatieruimte bij de scoring, vertaalslag naar de praktijk, tijdsintensief (om met terugwerkende kracht de DUNDRUM te scoren voor de gehele patiëntengroep) en informatievergaring.

Conclusie

In het algemeen werd de (fysieke) opleiding positief geëvalueerd. Verder gaf een meerderheid aan een bijkomende opleiding zinvol te vinden. Dit ligt in lijn met de informatie uit de focusgroepen (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie), waarbij werd gemeld dat de opleiding te kort is om in de diepte te kunnen gaan en het instrument voldoende in de vingers te kunnen krijgen via het scoren van casussen. Dit kon volgens de respondenten leiden tot onzekerheden en bijgevolg ook tot een verminderd gebruik van het instrument. Zowel in de focusgroep als in de evaluaties van de opleiding werd aangegeven dat er niet steeds een antwoord gegeven kon worden op vragen van de deelnemers, wat de twijfel kan doen toenemen. Mogelijk werden de onzekerheden na het fysieke opleidingsdeel getackeld in de online terugkomsessie.

Anderzijds moet worden opgemerkt dat ook in andere trainingen (bijvoorbeeld met betrekking tot risicotaxatie) het scoren van casussen beperkt is tot één of enkele casussen. Vertrouwdheid met het instrument kan maar groeien door het gebruik ervan. De bereikbaarheid van de auteurs voor het beantwoorden van vragen of het tussentijds organiseren van intervisiesessies (zowel voor master trainers als voor het bredere veld) kunnen hierbij een helpende factor zijn. Tijdens de implementatie waren de vertalers van de DUNDRUM bereikbaar voor inhoudelijke vragen. Hier werd echter slechts in beperkte mate gebruik van gemaakt. Het feit dat in de handleiding wordt aanbevolen om de DUNDRUM multidisciplinair te gebruiken, zorgt verder dat aftoetsing mogelijk (én nodig) is. Dit kan bijdragen aan een verhoogd gevoel van zekerheid over de scoring. Desalniettemin is het instrument, net zoals vele risicotaxatie-instrumenten, gebaseerd op het gestructureerd klinisch oordeel, waarbij altijd enige mate van subjectiviteit zal blijven bestaan.

Lekensamenvatting

Er werd sinds het najaar van 2023 een grote poule mensen opgeleid (N = 461), zowel binnen zorg als binnen justitie.

De trainingen werden positief onthaald. Inzake de vertaling naar de Belgische praktijk bleek nog het meeste winst te halen.

Na de fysieke opleidingsdag gaf drie vierde aan nog bijkomende opleiding te kunnen gebruiken, met name over de besluitvorming (63,0%), de verhouding tot risicotaxatie (47,3%) en itemscore (40,5%). Met betrekking tot dit laatste bestond de grootste nood voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4.

Het vertrouwd geraken met nieuw aangeleerde kennis of vaardigheden wordt niet enkel bereikt via opleiding, maar vergt oefening. Om het in de woorden Aristoteles te zeggen:

“Wat men moet leren doen, leert men door het te doen.”

Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie

Onderzoeksvraag 2	Welke factoren kunnen de implementatie van de DUNDRUM binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen bemoeilijken of faciliteren?
Rationale	Er zijn verschillende redenen waarom de implementatie van een nieuwe methode kan falen. Dit ligt niet per definitie aan de effectiviteit van de methode, maar kan te maken hebben met contextuele factoren zoals kenmerken op organisatieniveau of binnen de bredere context waarbinnen deze organisaties functioneren of kenmerken van degenen die de nieuwe methode moeten gebruiken. In dit onderdeel wordt op zoek gegaan naar factoren die de implementatie van de DUNDRUM op de werkvloer kunnen beïnvloeden, zowel positief als negatief.
Methode	Focusgroepen met middenkader-professionals en professionals die effectief met de DUNDRUM aan de slag zijn gegaan en een interview met een ervaringswerker.

Inleiding

De DUNDRUM is een internationaal empirisch gevalideerd instrument dat ook in Vlaanderen goede psychometrische resultaten behaalde (Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021). Het louter aantonen van de effectiviteit van een methodiek – i.c. een instrument om de mate van beveiliging in te schatten – en het trainen van professionals in het gebruik van die methodiek is echter geen garantie voor een succesvolle implementatie. Naar schatting duurt het zo'n 17 jaar voor een nieuwe methodiek ingebed raakt in de dagelijkse praktijk; en slechts in minder dan de helft van de gevallen slaagt men daar effectief in (Bauer & Kirchner, 2019; Gitlin, 2013; Morris et al., 2011). De reden hiervoor is te zoeken in contextuele factoren zoals bijvoorbeeld kenmerken van de organisatie of de gebruikers, eerder dan in (de effectiviteit van) de methodiek zelf (Ferlie, 2005, uit: Bauer & Kirchner, 2019).

Gestructureerde en evidence-based implementatie is dus van belang om de slaagkansen van een instrument in de praktijk te vergroten. Wat de DUNDRUM betreft werd zowel nationaal als internationaal nog geen implementatieonderzoek verricht. Het belang van implementatie sijpelt het laatste decennium wel binnen in risicotaxatie-onderzoek. Via een systematische literatuurstudie brachten Levin et al. (2016) in kaart welke factoren de implementatie van risicotaxatie-instrumenten bij volwassenen en adolescenten binnen (forensisch) psychiatrische en correctionele settings kunnen beïnvloeden. Hun zoektocht leverde 11 artikels op tussen 2000 en maart 2014. Determinanten werden afgeleid aan de hand van verschillende methodieken: gebaseerd op ervaringen van de auteurs, dossierstudie, feedback van zorgverleners (op basis van interviews of vragenlijsten) of een combinatie hiervan. Ze analyseerden de bevindingen volgens het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) van Damschroder et al. (2009). Het CFIR model is een typologie gebaseerd op 19 theorieën waarbij implementatiedeterminanten worden gecategoriseerd in vijf domeinen en 48 constructen. Het eerste domein, 'kenmerken van de interventie' (8 constructen), heeft betrekking op de methode (i.c. de DUNDRUM toolkit) die wordt geïmplementeerd, zoals de kost, complexiteit en aanpasbaarheid. Het tweede domein, 'outer setting' (7 constructen), verwijst naar de ruimere politieke,

economische en sociale context waarbinnen de organisatie – of ‘inner setting’ (cf. infra) – is ingebed, zoals het interneringssysteem en externe zorg- en justitiële partners. Het domein ‘inner setting’ (11 constructen) behelst zowel materiële aspecten van de organisatie zoals de grootte en de infrastructuur, als personele aspecten en organisatiecultuur en -klimaat. Het vierde domein betreft de ‘kenmerken van de individuen (13 constructen). Dit gaat over attitudes, ambities en overtuigingen van de mensen die de methode gaan gebruiken – i.c. zorgverleners. Het laatste domein betreft het ‘implementatieproces’ (9 constructen), bestaande uit verschillende stappen zoals planning, uitvoering en evaluatie.

Volgens de review van Levin et al. (2016) werden met name determinanten gerelateerd aan de inner setting en het implementatieproces het meest frequent gerapporteerd. Aspecten van het domein outer setting werden wel beschreven in de studies, maar niet benoemd als relevant voor het implementatieproces. Met betrekking tot het domein *kenmerken van het instrument* werden voornamelijk de complexiteit van het instrument, het selectieproces en de mogelijkheid om het instrument aan te passen aan de lokale methode van werken genoemd als belangrijke implementatiedeterminanten. Dit laatste kan er met name voor zorgen dat de tijdsinvestering tot een minimum beperkt wordt. Daarnaast werd aangegeven dat het betrekken van de gebruikers (degenen die het instrument gaan scoren) bij de selectie of ontwikkeling van het instrument de implementatie kan faciliteren, net zoals het testen van het instrument via bijvoorbeeld een pilootproject. Ook *kenmerken van de gebruikers* werden benoemd als determinanten. Zo werden eerdere negatieve ervaringen met een implementatieproject of risicotaxatie-instrumenten, of het gebrek aan ervaring als drempels beschouwd. Vertrouwen met betrekking tot hun eigen kunnen en verantwoordelijkheden kan een drempel zijn, net zoals het gevoel geen professionele discretie meer te hebben. Ook wanneer gebruikers geen problemen of hiaten ervaren in de huidige klinische praktijk werkt dit belemmerend. Determinanten met betrekking tot de *inner setting* waren voornamelijk gericht op het voorzien van voldoende middelen zoals personeel, tijd, informatie, training en ondersteuning en het duidelijk omschrijven en communiceren van de doelstellingen en verwachtingen ten aanzien van de gebruikers. Behoeftes aan verandering bij de stakeholders en adequate communicatiemiddelen binnen de organisatie om de implementatie te kunnen ondersteunen waren andere vaak genoemde determinanten. Het duidelijk omschrijven en communiceren van de doelstellingen en verwachtingen van de gebruikers, het betrekken van verschillende stakeholders en continue evaluatie van de voortgang en naleving van het implementatieplan waren de meeste gerapporteerde factoren met betrekking tot het *proces*. De kwaliteit van de meeste van de geïnccludeerde implementatiestudies werd echter beoordeeld als matig tot ondermaats. Bovendien werd in geen enkele studie de perceptie van de patiënt zelf betrokken. Toch blijkt uit deze review het belang van een multifactoriële benadering bij de implementatie van nieuwe instrumenten, waarbij het instrument gezien moet worden als onderdeel van een bredere context. Ook individuele studies na deze review bevestigen dit gegeven (De Beuf, de Ruiter, et al., 2020; Levin et al., 2018; Youngson et al., 2022). Doorheen deze studies bleken de complexiteit van het instrument en de hieraan gerelateerde nood aan opleiding, werklust, personeelsverloop, attitudes van de zorgverleners en de nood aan continue supervisie vaak genoemde determinanten (De Beuf, de Ruiter, et al., 2020; Levin et al., 2018; Sher & Gralton, 2014; Youngson et al., 2022).

Aangezien het in kaart brengen van de determinanten een belangrijke eerste stap is in het ontwikkelen van een implementatiestrategie en het opstellen van een implementatieplan, vormde dit het opzet van huidige onderzoeksloop.

Methode

Implementatiedeterminanten werden in het verleden eerder op een methodologisch inconsistente en inadequate wijze verzameld, gebaseerd op ervaringen van de auteurs zelf, interviews of dossierstudie (Levin et al., 2016). Deze resultaten werden bovendien niet uniform gecodeerd. Levin et al. (2016) deden een poging de resultaten te aligneren met een internationaal ondersteund model, namelijk CFIR (Damschroder et al., 2009). Ook in de huidige studie werd dit model gebruikt om de input uit de focusgroepen te categoriseren, zij het dat beroep werd gedaan op de update van dit model (Damschroder et al., 2022). In het gereviseerde model werden de vijf domeinen behouden, maar werden constructen toegevoegd, aangepast of verplaatst. Het gebruik van een uniform model om de data te organiseren maakt internationale benchmarking mogelijk. Op basis van eerdere internationale implementatiestudies met betrekking tot risicotaxatie werd geadviseerd om zowel management als de werkvloer te betrekken bij de implementatie (De Beuf, de Ruiter, et al., 2020; Levin et al., 2016). Door het betrekken van verschillende niveaus en verschillende sectoren (bijvoorbeeld justitie en zorg) werd getracht een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van mogelijke drempels of facilitators. Implementatiedeterminanten werden in de huidige studie verzameld aan de hand van focusgroepen met diverse stakeholders. Ook meer recente risicotaxatie-implementatiestudies maakten gebruik van focusgroepen, met het verschil dat enkel clinici werden geïnccludeerd (De Beuf, de Ruiter, et al., 2020; Levin et al., 2018). Een focusgroep is een interview waarbij meerdere deelnemers discussiëren over een bepaald topic onder leiding van een moderator. Deze moderator heeft daarbij een minder invloedrijke of sturende rol in vergelijking met bijvoorbeeld surveys of interviews. De moderator in de huidige studie was de eerste onderzoeker. Zij werd steeds bijgestaan door een co-moderator.

Het in kaart brengen van de factoren die het implementatieproces kunnen belemmeren of faciliteren is vooral beschrijvend van aard. Om die reden werd er gemikt op *code saturation*. Dit wordt geoperationaliseerd als het punt waarop geen nieuwe factoren meer vermeld worden in de focusgroepen en het codeboek dus stabiel blijft (Hennink et al., 2019). Dit laatste houdt in dat er tijdens de focusgroepen geen nieuwe codes (i.c. determinanten) meer vernoemd worden, en de verzamelde codes dus volledig zijn. In de literatuur wordt aanbevolen om drie tot vijf focusgroepen te organiseren per homogene groep. Zo'n 60% van de thema's/codes wordt echter gecapteerd in de eerste focusgroep; zo'n 80% in de eerste twee tot drie focusgroepen (Guest et al., 2017; Hennink et al., 2019). Vanwege tijdsbeperkingen werd daarom geopteerd voor twee focusgroepen met professionals in een beleidsfunctie, twee met zorgverleners die de DUNDRUM zelf gebruiken, één met patiënten en één met familieleden van patiënten. De focusgroepen met de eerste twee groepen – management en zorgverleners – werden online georganiseerd om de tijdsinvestering voor de deelnemers te beperken. Het onderzoek heeft namelijk een grote geografische spreiding – heel Vlaanderen – waardoor de reistijd al snel zou oplopen (en de bereidheid tot deelname vermoedelijk zou dalen). Onderzoek heeft aangetoond dat online focus groepen niet verschillen van face-to-face focusgroepen (Stewart & Shamdasani, 2017). Vanwege een beperkte tot non-respons konden de focusgroepen met patiënten en

familieleden niet doorgaan. Wel kon er een interview met een ervaringswerker georganiseerd worden (cf. infra).

Per focusgroep werd gemikt op zo'n 5 tot 8 deelnemers (Masadeh, 2012) met een relatief homogene samenstelling wat betreft het functieprofiel. Hiervoor werd gekozen om een gelijkwaardige dialoog te garanderen zonder hiërarchische barrières. De gespreksleidraden (zie bijlagen 2 en 3) werden gebaseerd op het implementatieonderzoek van Crocker et al. (2011) en De Beuf, de Ruiter, et al. (2020). Tijdens de focusgroepen met het middenkader werd gepolst naar ervaren problemen bij voorgaande implementatieprojecten en (verwachte) belemmeringen bij de implementatie van de DUNDRUM. Bij de focusgroepen met de gebruikers (i.c. zorgverleners) werd ingegaan op de positieve en negatieve aspecten van de lopende implementatie. Het CFIR model werd niet gebruikt als a priori kader voor de leidraad. Dit betekent dat niet alle constructen expliciet aan bod kwamen tijdens de focusgroepen.

Deelnemers gaven hun geïnformeerde toestemming voor de start van de focusgroep. De aanbevelingen van Daniels et al. (2019) omtrent het uitvoeren van online focusgroepen werden toegepast. Zo werden – voorafgaand aan de vergadering – enkele basisregels overlopen en werden de deelnemers geïnformeerd over het delen van informatie. De focusgroepen duurde gemiddeld 90 minuten (range = 80 – 96 minuten), inclusief de introductie en een korte PowerPoint over de DUNDRUM voor de focusgroep met het middenkader. Na de focusgroep ontvingen de deelnemers een kort verslag waarbij ze mogelijkheid hadden om nog feedback te geven. Hierop kwam echter geen respons. Het interview met de ervaringswerker duurde één uur.

Management

De focusgroepen werden georganiseerd bij aanvang van de implementatie (oktober – november 2023) omdat met name gemikt werd op theoretische kennis vanuit beleidsmatig oogpunt (en klinische ervaring met het instrument dus minder relevant was). De selectie van professionals in een beleidsfunctie gebeurde door de netwerkcoördinatoren internering, waarbij rekening werd gehouden met een vertegenwoordiging van alle hoven van beroep en diverse settings. Er werden 29 personen uitgenodigd, waarvan 17 bereid waren deel te nemen. Uiteindelijk participeerden 13 personen effectief aan de focusgroepen (base rate = 44,8%). Dit ging over 9 vrouwen en 4 mannen. In tabel 2-1 wordt een overzicht gegeven van de functies van de deelnemers en de setting waarbinnen ze tewerkgesteld waren.

Zorgverleners

De focusgroepen met zorgverleners werden zo'n half jaar na de start van de opleidingen georganiseerd (mei – juni 2024) om hen de tijd te geven om klinische ervaring op te doen in het gebruik van de DUNDRUM.

Alle master trainers en iedereen die een DUNDRUM opleidings sessie volgde werd door de netwerkcoördinator internering van het hof van beroep Antwerpen uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep. Hierbij werd benadrukt dat enige ervaring in het scoren van het instrument vereist was.

De uitnodiging werd verstuurd naar 422 kandidaat-deelnemers, waarvan 19 personen bereid waren tot deelname. Eén deelnemer werd geëxcludeerd omdat zij reeds aan de eerste focusgroep deelnam. Uiteindelijk participeerden 15 personen aan de focusgroepen met zorgverleners. Dit ging over 13 vrouwen en 2 mannen. Iets meer dan de helft hiervan ($n = 9$) waren tevens master trainers. Op één iemand na waren alle deelnemers tewerkgesteld binnen een forensische setting. In tabel 2-1 wordt een overzicht gegeven van de functies van de deelnemers, de plaats van tewerkstelling en het hof van beroep waarbinnen ze werkzaam waren.

Tabel 2-1. Overzicht type voorziening, geografische spreiding werksetting en functies van de deelnemers per focusgroep

Setting	Focusgroep				Totaal
	Management ¹		Zorgverleners ^{1,2}		
	1	2	3	4	
Gevangenis			•	••	3
FPC		••		••	4
Medium security	•	•	•	•••	6
APZ (> 5 bedden)	••	•	•		4
APZ (< 5 bedden)	•				1
BW forensisch	•				1
Mobiel/ambulant	•	•	••	••••	8
VAPH forensisch		•			1
KBM	•				1
Justitiehuis	•				1
HvB					
Antwerpen	•••	••••	•••	•••	13
Brussel NL	•	•		•••	5
Gent	•••	•	••	••••	10
Functie					
Voorzitter KBM	•		NVT	NVT	1
Coördinator	•		•		2
Zorgmanager	••	••••	NVT	NVT	6
Stafmedewerker	••		NVT	NVT	2
Psychiater				•	1
Psycholoog	•		•••	•••••	9
Criminoloog			•	••	3
Jurist		•	NVT	NVT	1
Beleidsmedewerker		•	NVT	NVT	1
Ander			•	••	3

Noot. APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis; BW = beschut wonen; FPC = forensisch psychiatrisch centrum; HvB = hof van beroep; KBM = kamer voor de bescherming van de maatschappij; NVT = niet van toepassing; VAPH = Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

¹ Eén persoon was tewerkgesteld binnen twee (types van) voorzieningen.

² Eén persoon vervulde een dubbele functie.

Patiënten en familieleden

Omwille van organisatorische redenen werd ervoor geopteerd om de focusgroep met patiënten te organiseren binnen het OPZC Rekem. Hiervoor werden alle patiënten binnen het forensische cluster (zowel ziekenhuis als PVT) waarvoor reeds een DUNDRUM werd afgenomen of die de zelfrapportageversie van de DUNDRUM invulden, bevraagd door de psychologen. Slechts drie patiënten waren bereid om deel te nemen. Om extra patiënten te kunnen rekruteren werd daarom ook de Mobiele Equipe Internering (MEI) binnen het hof van beroep van Antwerpen bevraagd. Hier stelde zich echter geen enkele patiënt kandidaat voor deelname. Gezien het aantal patiënten onvoldoende was om een focusgroep te organiseren, werd deze geannuleerd. Om toch enige input te krijgen vanuit het perspectief van de patiënt, werd op suggestie van de netwerkcoördinator een interview georganiseerd met een (niet-forensische) ervaringswerker.

Voor de bevraging van familieleden werden contactpersonen binnen Similes en Familieplatform aangeschreven met de vraag om een oproep tot deelname aan een focusgroep te verspreiden (via een door de onderzoekers aangeleverde infographic). Dit leverde echter geen enkele respons op. In overleg met de opdrachtgever werd daarom beslist om deze focusgroep te laten vallen. Het betrekken van forensische patiënten en/of hun netwerk bij onderzoek blijft een grote uitdaging. Dit bleek ook reeds uit een recente studie die peilde naar netwerktevredenheid over forensische zorg, waarbij het erg moeilijk bleek om netwerkliden te bereiken (Vanhoorebeeck et al., 2025).

Analyse

De focusgroepen werden opgenomen en live getranscribeerd via Teams. Deze transcripties werden door de moderator-onderzoeker gedubbelcheckt op basis van de opnames en aangepast waar nodig. Dit proces vergrootte de vertrouwdeheid met de data bij de onderzoeker, die ook de analyses uitvoerde. Bij de transcriptie werden stopwoorden, correcties, onderbrekingen en irrelevante inhoud (bijvoorbeeld *small talk* aan het begin of einde van de focusgroep) niet uitgeschreven. Transcripties werden geanalyseerd aan de hand van een deductieve aanpak waarbij de toegekende codes werden geplaatst bij een overeenkomstig construct van CFIR (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al., 2022). Indien van toepassing werd een data extract bij meerdere CFIR constructen geplaatst (CFIR; Damschroder et al., 2009, 2022).

Resultaten

In wat volgt wordt dieper ingegaan op de genoemde determinanten binnen elk domein. Deze werden benoemd als drempel of facilitator afhankelijk van de formulering van de respondenten. Wanneer het werd geformuleerd als een opportuniteit, werd dit gezien als een facilitator. Wanneer men de nadruk legde op de moeilijkheden of uitdagingen, werd dit als een drempel aangeduid. Om deze reden kan het zijn dat dezelfde determinant zowel als drempel als facilitator gecodeerd werd. Tijdens de focusgroepen werden determinanten genoemd binnen elk van de vijf domeinen en binnen 35 van de 48 constructen van het CFIR model (zie tabel 2-2).

Tabel 2-2. Overzicht van de implementatiedeterminanten volgens het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

CFIR domeinen en constructen	Implementatie determinanten	
	Drempel	Facilitator
Interventie		
Bron	Gebrekkige ondersteuning door auteurs (RZ19, RZ21)	–
Evidence-base	–	Empirische onderbouwing (RZ18)
Relatief voordeel	Beperkte meerwaarde D1 (RZ14, RZ15, RZ16, RZ18) Verhinderd doorverwijzing (RZ16, RZ25, RE29)	Validiteit beter dan HONOS-Secure (RM12) Meerwaarde naast andere instrumenten (RM1, RZ14, RZ15, RZ17) Meerwaarde in functie van doorverwijzing (RZ15, RZ17) Objectivering (RM2, RZ14, RZ16, RZ17, RZ18) Vormgeving behandeling (RZ17) Zelfrapportage versie (RZ14, RE29) Gedeelde taal (RZ14) Aanpassen op vraag (RM8)
Aanpassingsvermogen	Compatibiliteit (RM9, RM10, RM12, RZ14, RZ16, RZ17, RZ23, RZ24)	–
Complexiteit	Operationalisering beveiligingsniveaus (RM2, RM9, RM13, RZ17, RZ21, RZ25, RZ27) Opleiding noodzakelijk (RM2, RM12) Beperkte opleiding (RZ14, RZ16, RZ18) Gebruiksvriendelijkheid handleiding (RZ17, RZ21) Itemscore (RZ18, RZ19)	–
Design	Format rapportage (RZ15) Inhoud Excel scoreformulier (RZ19)	Software (RM5)
Outer setting		
Kritieke incidenten	Tekort aan plaatsen/bedden (RM3, RM8, RM9, RZ17, RZ19, RZ20, RZ27, RE29)	–
Lokale attitudes	Weerstand (RZ16, RZ18) Mentaliteitswijziging (RE29)	Vertrouwen in externe partner (RM7) Enthousiasme (RZ17)
Lokale omstandigheden	Informatiedoorstroom vanuit rechtbank (RM2, RM7) Eigen werking (RM26)	–
Partnerschappen en samenwerkingsverbanden	Acceptatie DUNDRUM door (zorg)partners (RM8, RM13, RZ16) Engagement vanuit alle zorgpartners (RM8)	Acceptatie DUNDRUM door zorgpartners (RM1, RM6, RM9, RZ14, RZ16) Engagement vanuit alle zorgpartners (RM4, RM9) Afspraken met zorgpartners (RM12) Brede opleiding (RZ16) Integratie in masterplan (RM9, RZ19)
Beleid, wetten en regelgeving	Informatiedeling (RM7, RZ14, RZ15, RZ16, RZ17, RZ24, RZ26, RZ28) Positie KBM (RZ19)	–
Externe druk	Verplicht bij aanmelding (RZ16)	–

Vervolg tabel 2-2

CFIR domeinen en constructen	Implementatie determinanten	
	Drempel	Facilitator
Inner setting		
Structurele kenmerken	Staff turnover (RM8, RM13) Infrequent gebruik (RM10)	Informatiedeling (RZ16)
Communicatie	Informatiedeling (RZ16)	
Cultuur	Switch naar forensische bril (RM11, RZ24) Geen gemeenschappelijke taal binnen team/organisatie (RM4, RM7, RM10)	–
Spanning voor verandering	Verandering is moeilijk (RM11, RM12)	Nood voelen (RM9, RM10)
Compatibiliteit	Verhouding tot risicotaxatie/Routine outcome monitoring (RM4) Andere factoren die opname beïnvloeden (RM9, RM12, RM13, RZ17, RZ25, RZ27) Eigen werking (RZ26)	–
Relatieve prioriteit	Veranderingsmoeheid (RM9) Timing (RM8, RM12)	–
Beschikbare middelen	Stijgende werklast (RM4, RM7, RM8, RM9, RM10, RM11, RM12, RM13, RZ16, RZ18, RZ26) Benodigde info voor scoring (RM7, RM10, RZ15, RZ16, RZ17, RZ18, RZ19, RZ23, RZ26)	Meer personeelsuren (RM3)
Toegang tot kennis en informatie	Toegang tot opleiding (RZ15)	Formele opleiding (RM3, RM4, RM11) Netwerkbrede opleiding (RZ16, RZ18)
Individuele – rollen		
Topmanagement	–	Kartrekker (RM8, RM12)
Middenmanagement	–	Expert ter zake (RM13)
Implementatie leiders	–	Projectverantwoordelijke (RM1, RM6, RM8, RM11, RM12)
Overige implementatie-ondersteuning	Master trainers (RZ24, RZ26)	Master trainers (RZ19, RZ21, RZ26, RZ28) KeFor (RZ19, RZ28)
Individuele – kenmerken		
Bekwaamheid	Onzekerheid (RZ16, RZ18) Foutief gebruik (RZ15, RZ18)	Voldoende opgeleide gebruikers (RM3, RM11, RZ16) Vertrouwdheid met instrument (RM2)
Motivatie	–	Motivatie (RM12)

Vervolg tabel 2-2

CFIR domeinen en constructen	Implementatie determinanten	
	Drempel	Facilitator
Implementatieproces		
Samenwerken	Engagement binnen hele organisatie (RM7) Eenzaamheid (RZ16)	–
Noden inschatten	Zinvolheid (RM4, RM8, RM9) Exclusie Wallonië (RZ14, RZ15)	Zinvolheid aantonen (RM1, RM3, RM5, RM6, RM8, RM9, RM11, RM12, RM13) Profielen in kaart brengen (RZ27) Intervisie/casustafels (RZ14, RZ15, RZ19)
Plannen	Tempo implementatie (RZ16, RZ17, RZ19) Geen duidelijke startdatum (RZ21, RZ22, RZ23, RZ28)	Verplichting (RM9, RM11) Duidelijke startdatum (RM8, RM9, RZ25) Draaiboek (RM2, RM6, RM12, RZ21) Communicatie toekomstperspectief (RM4, RM12)
Strategieën op maat	–	E-learning (RM9)
Engageren	Betrekken andere partners (RZ15, RZ21, RZ22)	Draagvlak creëren/aantonen (RM4, RM8) Ervaringsdeskundigheid/train-de-trainer (RM2, RM3) Brede opleiding (RZ16, RZ18) Intervisies/casustafels (RZ14)
Reflecteren & evalueren	–	Monitoring en terugkoppeling resultaten (RM6, RM8, RM11, RZ26, RZ28) Onderzoek (RZ28)
Aanpassen	Wijziging intern beleid (RM9) Vertaalslag Belgische situatie (RZ19, RZ20, RZ21, RZ23)	–

Noot. RM = respondent focusgroep management; RZ = respondent focusgroep zorgverleners; RE = respondent interview ervaringswerker; D1 = DUNDRUM-1.

Domein 1: Interventie

Dit domein heeft betrekking op de methode die wordt geïmplementeerd (i.c. het instrument DUNDRUM), zoals de kost, complexiteit en aanpasbaarheid. Aspecten binnen dit domein werden genoemd door 11 respondenten, waarbij zes van de acht constructen werden geadresseerd.

Bron (drempel)

Door één master trainer werd aangegeven dat de vragen die ze hadden over het instrument, niet steeds beantwoord werden, al is het niet duidelijk aan wie de vragen gesteld werden. Een andere master trainer stelde dan weer dat de vragen niet altijd duidelijk beantwoord werden door de auteur, wat zorgde/zorgt voor verwarring in de scoring.

Evidence-base (facilitator)

Eén respondent gaf aan blij te zijn om te beschikken over een meetinstrument dat wetenschappelijk onderbouwd is.

Relatief voordeel (drempel en facilitator)

Een aantal respondenten gaven aan een duidelijke meerwaarde te zien in het gebruik van de DUNDRUM. Enerzijds omdat het handvaten aanreikt om een meer objectief oordeel te vellen over de behandeling en het meest geschikte traject. Dit werd bijvoorbeeld zinvol geacht wanneer er binnen een team verschillende meningen bestaan. Het versterkt ook het gebruik van een gedeelde taal wanneer meerdere zorgpartners aan tafel zitten. Het gebruik van een objectief instrument vergroot ook de transparantie ten aanzien van patiënten. Bovendien werd de zelfrapportageversie binnen de setting van één respondent goed onthaald. Ook de ervaringswerker zag hierin een belangrijke meerwaarde als manier om de stem van de patiënt te laten horen, hetgeen ook herstel faciliteert via het vergroten van het gevoel van controle en transparantie van de beslissingen ten aanzien van de patiënt.

Daarnaast werd het als een zinvolle aanvulling of nuancering gezien op risicotaxatie-instrumenten of de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003), ook in functie van bijvoorbeeld KBM-zittingen. Er werd door een respondent nog verwezen naar de HoNOS-Secure, een instrument dat ook tijdens de literatuurstudie naar voren kwam als één van de instrumenten om de mate van beveiliging te meten (Habets & Jeandarme, 2020). Deze respondent koesterde de hoop en verwachting dat de externe validiteit van de DUNDRUM deze van de HoNOS zou overstijgen. Verder gaf één respondent aan dat het ook intern van meerwaarde kan zijn om patiënten in de juiste sectie/afdeling met de juiste omkadering te kunnen plaatsen. Naast een gerichte doorstroom werd ook aangehaald dat de implementatie van de DUNDRUM heeft geleid tot een hervorming van het behandelaanbod op basis van het instrument.

Aan de andere kant werd de meerwaarde van DUNDRUM-1 – althans in welbepaalde gevallen – in vraag gesteld. Dit gaat dan met name om het gebruik ervan wanneer iemand reeds ruimere tijd geïnterneerd is. Het resultaat op DUNDRUM-1 is op dat moment niet steeds een reflectie van de huidige

beveiligingsnood. Desondanks heerst het gevoel dat partners zich hier wel op baseren om al dan niet iemand te includeren.

Ik vind dat heel handig en het zou heel nuttig kunnen zijn, maar ik begin een beetje het gevoel te krijgen dat 'm soms ook op een foute manier gebruikt wordt. Ik heb al meegekregen dat diensten alleen een DUNDRUM-1 scoren om te zien of dat de patiënt bij hen terecht kan ja dan nee. Omdat ze de rest ook niet kunnen scoren natuurlijk. Ik denk dat we duidelijk moeten meegeven dat de DUNDRUM-1 eigenlijk iets is voor kort na de feiten en dan vooral dan te gebruiken. En niet als iemand al 5 jaar in de gevangenis zit, om u dan alleen daarop te baseren. [RM15]

Tot slot bestaat ook de vrees dat de DUNDRUM een negatief effect kan hebben op de doorstroom en in die zin eerder beperkend kan werken. Deze vrees werd gedeeld door de ervaringswerker, die aangaf dat het instrument niet mag worden ingezet om (meer) beperkingen in te bouwen en daarmee het veiligheidsaspect nog verder te versterken, hetgeen herstel bemoeilijkt.

Ik merk dat misschien ook de communicatie niet ideaal is geweest, of is, omdat veel mensen waar dat ik mee overleg eigenlijk ook aangeven van: Ja, we gaan het niet scoren, want het beperkt ons in waar dat we iemand naartoe kunnen verwijzen. [RZ25]

Aanpassingsvermogen (drempel en facilitator)

Respondenten gaven aan dat (bepaalde items in) de DUNDRUM te weinig aangepast is (zijn) aan de Vlaamse juridische en psychiatrische context. Volgens één respondent levert dat mogelijk een afwachtende houding op van partners.

Ik merk wel dat sommige items bijvoorbeeld, dat die moeilijk toe te passen zijn binnen onze context. [...] Daar zijn we toch vaak op gebotst in de opleiding. En dat we niet op sommige dingen sluitende antwoorden kunnen formuleren, hè? Dat maakt het een beetje moeilijk, want dat creëert zowat de beleving dat het instrument nog niet op punt staat. Waardoor dat mensen ook wel de indruk krijgen van: oké, dan kunnen we even een afwachtende houding aannemen. [RZ17]

Concreet werd verwezen naar item 11 van DUNDRUM-1 ('wettelijke procedure'), item 5 van DUNDRUM-2 ('systemisch'), item 4 van DUNDRUM-4 ('verlof') en de tijdsspanne van vijf jaar die gehanteerd wordt binnen DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 om de laagste score te kunnen toekennen. Ook item 5 van DUNDRUM-4 ('Dynamische risicofactoren') levert problemen op vermits dit item een HCR-20 afname vereist, een instrument dat niet door alle zorgpartners wordt gebruikt. Sommige zorgpartners gebruiken een ander risicotaxatie-instrument voor de inschatting van de kans op geweld – meer bepaald de HKT-R – of baseren zich vanwege de doelgroep op risicotaxatie-instrumenten voor zedenplegers zoals de Stable-2007.

Eén respondent gaf aan dat de mogelijkheid moet bestaan om het instrument aan te passen om de zinvolheid ervan voor de gebruikers te vergroten.

Complexiteit (drempel)

De DUNDRUM werd omschreven als een *high-level* instrument dat eerder moeilijk is in gebruik en daarom een opleiding vereist. Dat het scoren van het instrument niet evident is, blijkt uit ook het feit dat door zowel een master trainer als twee deelnemers aan de gecertificeerde training werd gesignaleerd dat de huidige opleiding te kort is om in de diepte te kunnen gaan en voldoende te kunnen oefenen in het scoren van het instrument. Dat leidt dan weer tot onzekerheid in de scoring en mogelijk ook tot een verminderd gebruik van het instrument. Mogelijk speelt ook de weinig gebruiksvriendelijke handleiding hierin een rol.

Als ge kijkt naar die vertaling, van die back and forth translation, van de Engelse oorspronkelijke tekst, die handleiding, dat dat ook wel wat, dat resulteert zowat gekunsteld woordgebruik, waarbij dat ik zelf ook af en toe een keer aan het struikelen ben gegaan zo en het toch wel 3 keer moest nalezen: Wat staat er nu effectief neergeschreven, hè? Dus ja, naar gebruiksvriendelijkheid zo van die handleiding zit ge daar ook zowat met een ambetantigheid, hè? Dat is niet zo iets waar ge onmiddellijk naar kunt teruggrijpen om dan een pasklaar antwoord te krijgen op bijvoorbeeld een bepaald item of zo bijvoorbeeld, hè? [...] de ratio bijvoorbeeld achter een bepaalde item keuze is ook niet altijd even duidelijk. [R17]

Daarnaast werd aangegeven dat het gebrek aan een operationalisering van de beveiligingsniveaus van de verschillende settings in belangrijke mate de toepassing van de DUNDRUM bemoeilijkt. Dit draagt ook het risico met zich mee dat er – ondanks het gebruik van een meetinstrument – interpretatieverschillen kunnen ontstaan/blijven bestaan. Als suggestie werd door één respondent geopperd om dit te laten definiëren door de partners zelf. Dit laatste zou de implementatie kunnen faciliteren.

Het is niet altijd even duidelijk welke instelling precies en welke afdeling nu precies tot welk beveiligingsniveau behoort. En ik heb ook begrepen dat de vraag naar “laat ons definities daarrond maken”, dat er voor gekozen is om dat toch nog niet meteen te doen. Dus, dat maakt het ook extra moeilijk. Als we dan nog niet zeker weten: welke instelling is nu welk beveiligingsniveau? [RM9]

Design (drempel en facilitator)

Er is een nood aan richtlijnen of een format om de resultaten van de DUNDRUM te rapporteren en te communiceren. Daarnaast gaf één respondent ook aan het voor onderzoek ontwikkelde Excel-scoreformulier te summier te vinden, en zou liefst willen aangeven in het scoreformulier welk specifiek aspect van toepassing is per item. Deze informatie zou volgens diezelfde respondent ook steeds gedeeld moeten worden tussen partners.

Er werd verder nog door een respondent aangegeven dat het integreren van de DUNDRUM in een digitaal- of softwareprogramma het gebruik zou faciliteren. Dit zou nog eens versterkt worden wanneer er een koppeling gemaakt zou kunnen worden gemaakt met het elektronisch patiëntendossier.

Domein 2: Outer setting

Dit domein verwijst naar de ruimere politieke, economische en sociale context waarbinnen de organisatie – of ‘inner setting’ (cf. infra) – is ingebed, zoals het interneringssysteem en externe zorg- en justitiële partners. Aspecten binnen dit domein werden genoemd door 20 respondenten, waarbij zes van de zeven constructen werden geadresseerd.

Kritieke incidenten (drempel)

Er werd de bedenking gemaakt dat het plaatstekort en de wachtlijstproblemen binnen het zorglandschap een goede toepassing van de DUNDRUM in de weg staat.

Wat ik verder ook moeilijk vind momenteel is het feit dat we met die DUNDRUM dan eigenlijk moeten bepalen waar dat iemand het best terecht kan. Maar dat we merken in de realiteit dat dat super onhaalbaar is door wachtlijsten en doordat er heel veel mensen naar een bepaalde setting zouden moeten georiënteerd worden, waar dat er dan helemaal niet voldoende plek is of ... Alléé, ik voel voor mijzelf dat ik vooral daarop bots. Dat we met ons team wel graag veel DUNDRUMS willen afnemen of daar gebruik van willen maken, maar dat je ergens al voelt van: je gaat hier een bepaalde uitkomst krijgen waar dat we dan toch niets mee kunnen doen. En dat vind ik voor mezelf wel moeilijk. [RZ20]

Zolang dat er te weinig plaatsen zijn voor mensen onder interneringsstatuut, vraag ik mij soms af, of er effectief meer mogelijk gaat zijn. [RM3]

Lokale attitudes (drempel en facilitator)

Twee master trainers gaven aan enige weerstand te hebben opgemerkt tijdens de opleidingssessies. Een andere respondent stelde dat de DUNDRUM warm onthaald wordt door reguliere partners. Om de implementatie van de DUNDRUM te faciliteren is het volgens een respondent van belang dat er onderling vertrouwen is tussen de zorgpartners.

Er moet vertrouwen zijn dat de vorige partner de juiste keuze heeft gemaakt in het inschalingsniveau. En dat krijgt ge alleen maar door dat allemaal op dezelfde manier af te nemen. En anders dan blijft het dezelfde discussies tussen zorginstellingen: Nee, dit is niet voor mij, wel... Alléé, begrijpt ge?! Als ge de juiste resultaten kunt meegeven, dan moet je er als partner op kunnen vertrouwen dat dat juist is en dat dat niet is om weet ik veel wat om er zelf vanaf te geraken. [RM7]

De ervaringswerker gaf aan dat er nood is aan een mentaliteitswijziging binnen het forensische werkveld, waarbij er minder focus moet komen te liggen op de feiten en meer op het zorgaspect. Het traject moet worden gezien als een proces van vallen en opstaan, zonder daar té zware gevolgen aan te verbinden.

Lokale omstandigheden (drempel)

De DUNDRUM vereist een rijke hoeveelheid aan informatie, wat bemoeilijkt wordt door een moeizame doorstroom van gerechtelijke informatie. Dit ging dan volgens de respondenten over twee aspecten. Enerzijds werd gesproken over het verkrijgen van de informatie:

De toestemming vragen, ten eerste, waar moet je het vragen? Waar ligt het dossier? Dat is al nummer één. De toestemming krijgen. Soms gaat daar inderdaad wat tijd over én [...] is het niet alleen belangrijk om de huidige veroordeling te weten, maar ook de voorgaande en afgesloten dossiers en daar zit het helemaal scheef met de toestemming. Want we zijn gemandateerd in dit dossier, met dit vonnis, maar niet in die voorgaanden die wel heel cruciaal kunnen zijn in bepaling, van zowel risicotaxatie als de DUNDRUM, volgens mij. [...] die afgesloten dossiers dat blijft een heel moeilijk gegeven. [RM7]

Anderzijds werd gewezen op een gebrek aan digitalisering waardoor verplaatsingen – soms ook binnen verschillende gerechtelijke ressorten – nodig zijn om dossiers in te kunnen kijken. Deze tijdsinvestering zorgt op zijn beurt voor een oplopende personeelskost.

Ook het feit dat elke voorziening zijn eigen werking heeft, vormt een uitdaging voor de implementatie.

Partnerschappen en samenwerkingsverbanden (drempel en facilitator)

Er werd aangegeven dat het een belangrijke voorwaarde is dat het gehele werkveld zich engageert in het gebruik van de DUNDRUM en ook door alle partners rekening wordt gehouden met de conclusies of resultaten van een DUNDRUM-afname. Een bekommernis is dat gestandaardiseerde instrumenten momenteel niet bij alle externe zorgpartners een standaard onderdeel vormen van de werking en er op deze manier ook geen gemeenschappelijk taalgebruik zal zijn.

Want voor mij gaat het project heel veel afhangen van in hoeverre ondervinden wij daar nut van hè, van die tijd dat we erin steken. En als wij natuurlijk weeral starten, maar de rest is nog lang niet bezig of een andere instelling hè, het hoeft... Dan gaat het heel snel zo iets zijn: "maar de rest doet niet mee, waarom zouden wij het nog doen?" En dan durft gans uw kaartenhuisje ineen te vallen. [RM8]

Ook de KBM speelt daarin een rol. Er werd alvast aangegeven dat zij de DUNDRUM resultaten laten meewegen in hun beslissingen, al lijkt dat ook afhankelijk te zijn van KBM tot KBM. Het feit dat er een opleiding wordt georganiseerd voor het gehele forensische landschap werd als positief ervaren in de samenwerking en zou ook het installeren van die gedeelde taal kunnen faciliteren.

Wat ik wel heel positief vond, was hoe breed dat het wel gegaan is met de opleidingen tot de justitieassistenten erbij betrekken. Het was van PSD tot FPC tot aan de mobiele equipes. Dat vond ik wel heel belangrijk, zodat iedereen wel al mee was met wat het was. Dat als je een DUNDRUM in de aanmelding steekt dat je tenminste weet van de ander: daar gaat iemand in dat team – op zijn minst – zijn die een opleiding heeft gehad en die tenminste weet wat we hier willen zeggen in grote lijnen en wat we er ongeveer mee bedoelen en hoe je het moet lezen. [RZ16]

Daarnaast gaf één respondent aan er duidelijke afspraken moeten bestaan binnen het netwerk. Dit kan gelinkt worden aan de vraag naar een draaiboek voor gebruik en implementatie (cf. domein “implementatieproces”).

Hoe dat we die implementatie gaan doen, want wie gaat wanneer wat scoren? [RM12]

Beleid, wetten en regelgeving (drempel en facilitator)

Op vlak van beleid gaven twee respondent aan voorstander te zijn van een integratie van de DUNDRUM in het Masterplan Forensische Gezondheidszorg dat op dat moment uitgewerkt werd. Op vlak van regelgeving werd door meerdere respondenten gewezen op moeilijkheden inzake informatiedeling omwille van het beroepsgeheim, en dit met name tussen justitie en zorg. Dit zorgt ervoor dat partners niet over dezelfde informatie beschikken, wat op zijn beurt leidt tot uiteenlopende (en inaccurate) scores.

Maar daar is nog heel veel over te doen, over informatiedeling, en wat kan en wat niet kan en moet dat met toestemming van de cliënt? [...] Alléé, ik bedoel, juridisch gezien is dat allemaal niet zo'n evidente zaak. [RM7]

Eén respondent geeft nog aan dat de KBM de resultaten van de DUNDRUM niet altijd kunnen toepassen vanwege instanties boven hen zoals het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Externe druk (drempel)

Eén respondent gaf aan soms onder druk te worden gezet door zorgpartners die een DUNDRUM-afname verwachten bij de aanmelding.

Domein 3: Inner setting

Dit domein behelst zowel materiële aspecten van de organisatie zoals de grootte en de infrastructuur, als personele aspecten en organisatiecultuur en -klimaat. Aspecten binnen dit domein werden genoemd door 19 respondenten, waarbij acht van de 11 constructen werden geadresseerd.

Structurele kenmerken (drempel en facilitator)

Op vlak van werkinfrastructuur werd gesteld dat personeelsverloop een uitdaging vormt, waarbij nieuw personeel ook opgeleid moet worden in het scoren van de DUNDRUM. Ook langdurige werkafwezigheden (bijvoorbeeld in het kader van zwangerschap) kunnen voor problemen zorgen, met name wanneer slechts enkele personen op de afdeling vertrouwd zijn met het instrument. Door een respondent tewerkgesteld binnen een organisatie met slechts een beperkt aantal geïnterneerden werd de bekommernis geuit dat:

...wij dat waarschijnlijk niet zo heel vaak gaan afnemen, waardoor dat het ook niet echt in de vingers zal gaan zitten, vrees ik. En we hebben in het verleden gemerkt dat als je niet vaak genoeg een instrument gebruikt, dat ge uw expertise daarin vrij snel na de opleiding ook terug begint te verliezen. [RM10]

Communicatie (drempel)

Op vlak van informatiedeling wordt gepleit voor het faciliteren hiervan binnen detentie, meer bepaald tussen zorg en justitie. Dat is op heden een pijnpunt.

Cultuur (drempel)

De introductie van de DUNDRUM impliceert voor sommige partners een andere manier van denken, met name vanuit een forensische bril, hetgeen ervoor zorgt dat met name reguliere partners meer terughoudend zijn om de DUNDRUM te implementeren. Daaraan gerelateerd wordt ook weerstand verwacht binnen organisaties waar men eerder vanuit een buikgevoel werkt. Men hamert op het belang dat men binnen een setting ook dezelfde taal hanteert.

“Ook qua taalgebruik hè. Ineens spreken over criminogene noden, daar hadden [geanonimiseerd] nog nooit van gehoord bij wijze van spreken. [RM7]

Dit wordt met name bemoeilijkt binnen teams met een gemengde werking, waarbij slechts enkelingen binnen het team vertrouwd zullen zijn met het instrument. Er kan geconcludeerd worden met een stelling van een van de respondenten:

Het is natuurlijk een grote verandering en dat is altijd moeilijk. [RM11]

Spanning voor verandering (drempel en facilitator)

Twee respondenten duiden op de nood aan verandering als facilitator voor de implementatie. Deze nood wordt gevoeld vanwege onder andere doorstroomproblemen waar organisaties actueel mee kampen. Anderzijds werd aangehaald dat bij zorgpartners die reeds lange tijd een aanbod voor geïnterneerden hebben, veranderingen op vlak van opnamebeleid moeilijk zullen zijn.

Lang is er heel veel marge geweest om te bepalen wie dat er kwam en wie dat er niet kwam. Dus wij hebben onze eigen expertise opgebouwd. Maar wat dat die expertise is, dat kan niemand echt goed zeggen wat dat dat is omdat dat ook, omdat dat ook niet door een objectief instrument wordt ondersteund. Maar als ge dan nu, ik denk dat het moeilijker zal zijn om binnen organisaties zoals die van mij dat te gaan veranderen, dan in organisaties die nog niet zo lang geleden zijn opgestart. [RM12]

Compatibiliteit (drempel)

Een respondent duidde op de moeilijkheden die de veelheid aan methodieken en instrumenten met zich meebrengt.

...merk ik in de praktijk toch wel vaak wel wat moeilijkheden in het behapbaar houden van veel nieuwe instrumenten, veel nieuwe terminologieën. Dat mensen die in de dagdagelijkse praktijk op de werkvloer staan, het overzicht kwijt zijn. [RM4]

Daarbij is het ook nog onduidelijk hoe sommige instrumenten zich tot elkaar verhouden, meer bepaald hoe de DUNDRUM zich verhoudt toch risicotaxatie en Routine Outcome Monitoring (ROM) instrumenten.

Het feit dat niet enkel elke voorziening, maar ook elke afdeling binnen eenzelfde voorzieningen een eigen werking heeft bemoeilijkt de implementatie. Daarnaast werd gesteld dat of er al dan niet wordt overgegaan tot een opname niet enkel zal of kan beslist worden op basis van de resultaten van de DUNDRUM, maar dat ook andere factoren zullen (blijven) meespelen zoals diagnosespecifieke elementen of de groepssamenstelling op het moment van aanmelding. Hierin speelt ook het overaanbod aan aanmeldingen binnen een instelling een rol, waardoor er bij opname aan 'cherry picking' gedaan kan worden.

Relatieve prioriteit (drempel)

Een respondent geeft aan dat het belangrijk is dat er niet meerdere projecten tegelijkertijd worden geïmplementeerd. Dit is gelieerd aan de timing van de implementatie, waarover een respondent vertelde over een implementatie in het verleden die niet succesvol was.

Ge moet die inhoudelijke aansluiting hebben, hè? En toen op dat moment was – alléé, dat is meer dan 10 jaar geleden hoor – toen was dat nog niet gewoon rijp om te landen op verschillende afdelingen. [RM12]

Een andere respondent beaamt dit, en schuift dit als grote uitdaging naar voren vermits de DUNDRUM over zeer veel verschillende instellingen uitgerold zal worden. Anderzijds werd geopperd dat wanneer er een zekere nood is (cf. supra), de timing van de implementatie van ondergeschikt belang is.

Beschikbare middelen (drempel en facilitator)

De stijgende werkdruk en gebrek aan tijd werd door meerdere respondenten (n = 13) als belangrijke bekommernis aangehaald en is daarmee een van de meeste aangehaalde barrières. Dit lijkt nog meer een pijnpunt te zijn binnen ambulante settings, waar de caseload zeer hoog ligt.

Begin maar eens met risicotaxatie voor 80 gelijktijdig lopende dossiers. Dat doet ge ook niet gauw efkes tussen de soep en de patatten. Ge besteedt daar veel tijd aan. Dat boven op de jobload die ge hebt. Dat blijkt niet evident te zijn. Dat is iets waar dat het ambulante structureel tegenaan lopen. Ook het invoeren van ROM-instrumenten, dat komt boven op uw behandeling op zich, waar dat ge standaard een uurke om de twee weken hebt, dat is écht niet evident. [RM10]

Ook de tijdsdruk speelt een rol, waarbij met name voor de eerste verslaggeving van de PSD. Een andere respondent geeft dan weer aan dat – wat verslaggeving betreft – de tijdsinvestering behapbaar is. Dossierinzages of het wachten op informatie zorgt dan wel weer voor vertraging.

De beschikbaarheid van informatie is een belangrijk pijnpunt dat door meerdere respondenten werd aangekaart. Het gaat dan over de toegang hebben of krijgen tot bepaalde informatie, de duur om deze informatie te kunnen bemachtigen maar ook over de densiteit en kwaliteit van de informatie. Zo is vaak niet de mate van detail aanwezig die nodig is om bepaalde items van de DUNDRUM te kunnen scoren. Dat de scoring staat of valt met de beschikbaarheid van (voldoende) informatie werd hierboven ook reeds aangetoond, waarbij dit kan leiden tot verschillende resultaten tussen partners wanneer ze niet over dezelfde informatie beschikken.

Toegang tot kennis en informatie (drempel en facilitator)

Er werd aangegeven dat opleiding een belangrijk onderdeel van de implementatie zal vormen, en dat zeker ook voldoende mensen binnen eenzelfde team een training zullen moeten volgen. Het netwerkbrede opleidingsaanbod werd door de gebruikers positief onthaald. Het feit dat de zorgteams binnen de gevangenissen niet betrokken werden, werd dan weer als een gemis ervaren.

... de mensen die in de zorgteams werken in de gevangenis, de DUNDRUM-opleiding niet krijgen. En dat vind ik dan een beetje een gemiste kans. De PSD kan waarschijnlijk alleen maar de DUNDRUM-1 scoren, maar het zorgteam kan volgens mij wel toch wel wat items van de DUNDRUM-3 en de DUNDRUM-4 scoren, en dat missen we dan. [RZ15]

Domein 4: Individuen

Het vierde domein gaat over rollen, attitudes, ambities en overtuigingen van de mensen die de methode gaan gebruiken en de ontvangers – i.c. zorgverleners en patiënten. Aspecten binnen dit domein werden genoemd door 16 respondenten, waarbij negen van de 13 constructen werden geadresseerd.

Rollen (drempel en facilitator)

Topmanagement: Er werd aanbevolen dat er vanuit verschillende niveaus energie gestoken moet worden in de implementatie. Enerzijds op Vlaams niveau, maar ook op niveau van de organisatie.

Middenkader: Een respondent gaf aan dat het hebben van een expert ter zake met een leidinggevende rol binnen het team in het verleden al zijn meerwaarde heeft bewezen.

Implementatieleider: Door een respondent werd gesproken van het aanduiden van een projectverantwoordelijke die functioneert als kartrekker en aanspreekpunt bij vragen en moeilijkheden. Daarbij werd gesuggereerd dat dit kan verlopen via de mensen die de training hebben gevolgd.

Per setting hebben we iemand aangesteld die eigenlijk een stuk projectverantwoordelijke was. Die toch ook een stuk overkoepelende visie heeft, die ook de noden in kaart kan brengen, die mensen kan enthousiasmeren voor een instrument, die heel goed kan uitleggen wat het nut is, hè. Denk dat dat heel belangrijk was. [RM8]

Overige implementatie-ondersteuning: Het als positief ervaren dat de implementatie wordt opgevolgd door één project (i.c. KeFor) en dat men op die manier ook weet bij wie men terecht kan met vragen. Een master trainer gaf aan dat het ook hun rol is om het netwerk te activeren om de DUNDRUM te gebruiken en input te leveren voor het onderzoek. Het werd als positief ervaren dat master trainers vanuit verschillende settings werden geselecteerd. Dit zorgt alvast voor draagkracht binnen die settings. Een respondent was voorstander om de duo's van master trainers ook te laten bestaan uit personen vanuit een verschillende setting. Daar waar nu duo's werden samengesteld per setting. Er werd wel opgemerkt dat er verschillende opvattingen of interpretaties leven bij de zorgpartners afhankelijk van bij welke master trainers een opleiding werd gevolgd.

Kenmerken (drempel en facilitator)

Bekwaamheid: Om de nodige bekwaamheid bij de gebruikers te bekomen, moet volgens de respondenten worden ingezet op opleiding, en dit voor meerdere mensen binnen eenzelfde organisatie. Wanneer slechts één iemand of enkele personeelsleden de opleiding volgen, kan dit leiden tot onzekerheidsgevoelens vermits de druk om de DUNDRUM te scoren en implementeren bij een enkeling ligt. In het verlengde hiervan werd gesteld dat de opleiding eerder summier is, waardoor men onzekerheidsgevoelens ervaart in het scoren. Een extra praktijkdag om dit te vermijden werd daarom gesuggereerd. Bovendien gaf één respondent aan dat de DUNDRUM-1 niet steeds correct gebruikt wordt, in die zin dat hij soms wordt gebruikt om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor inclusie, ook al is diegene reeds lang geïnterneerd. De DUNDRUM-1 dient met name om het beveiligingsniveau bij aanvang van een traject – onmiddellijk na de internering – te bepalen. Daarnaast lijkt de scoring soms ook afhankelijk te zijn van de beoordelaar.

Motivatie: Gebruikers dienen gemotiveerd te zijn opdat een implementatie succesvol kan zijn. Deze motivatie is een dynamisch gegeven die op verschillende manieren kan worden aangezwengeld, afhankelijk van de setting.

Domein 5: Implementatieproces

Het laatste domein betreft het proces van de implementatie, bestaande uit verschillende stappen zoals planning, uitvoering en evaluatie. Aspecten binnen dit domein werden het vaakst genoemd, namelijk door 26 respondenten. Hierbij werden zeven van de negen constructen geadresseerd.

Samenwerken (drempel)

Er werd aangegeven dat het een uitdaging zal zijn om iedereen binnen een organisatie te betrekken bij de implementatie van de DUNDRUM. Wanneer slechts één of enkele teamleden de DUNDRUM-opleiding hebben gevolgd, werd een zekere druk en eenzaamheid ervaren vermits de verantwoordelijkheid voor de scoring en het implementeren van de DUNDRUM binnen de eigen werking bij een enkeling/enkelingen werd gelegd. Dit zorgt ook voor een verminderde draagkracht binnen het team.

Noden inschatten – bezorgers (drempel en facilitator)

Een van de meest frequent aangehaalde (n = 10) determinanten volgens het middenkader voor een succesvolle implementatie is het aantonen van de zinvolheid voor de gebruikers. Het is daarom van belang om op zoek te gaan naar wat de meerwaarde voor de gebruikers is of zal zijn. Het aantonen van de zinvolheid wordt volgens een respondent gefaciliteerd wanneer men vertrekt vanuit een vraag van het veld.

Als ge die “Waarom” goed kunt uitleggen, die “why”, dan denk ik dat elke timing goed of elke timing slecht is, dan maakt de timing eigenlijk niet zoveel uit. Als mensen er goesting aan hebben om, en het nut ervan inzien, dan heeft het een grotere kans om goed geïmplementeerd te worden volgens mij. [...] Ja, eigenlijk zou er vanuit elke groep van organisaties, van op elk niveau moeten gedacht worden: Wat zijn hier de voordelen van dat instrument voor dat niveau? [RM12]

Naar de overheid toe kan de DUNDRUM een hulpmiddel zijn om de profielen van de geïnterneerden in kaart te brengen in termen beveiligingsnoden. Op die manier kunnen de nodige bedden/plaatsen gecreëerd of afgebouwd worden.

Twee respondenten haalden aan dat het belangrijk is om ook de Franstalige collega's te betrekken bij de implementatie. Daarnaast voelden een aantal respondenten de nood aan (meer) interviews en/of casustafels om de violen van tijd tot tijd gelijk te stemmen met betrekking tot de scoring en het gebruik van de DUNDRUM.

Ik kan mij inbeelden dat het niet slecht is dat we op termijn nog eens af en toe worden bijgeschoold. Iedereen gaat er nu mee aan de slag en misschien dat er wat nuanceverschillen zijn. Dat het soms wel goed is dat we nog eens opnieuw kunnen afstemmen van: "Hoe interpreteren jullie dat? Ah wacht, wij hadden

dat zo geïnterpreteerd. Was die vraag niet zo gesteld?" Dat we daar nog wel over kunnen blijven nadenken om eensgezindheid te blijven hebben, ook tussen de master trainers. [RZ19]

Noden inschatten – ontvangers (facilitator)

Naast de meerwaarde voor de gebruikers, moet er ook aandacht besteed worden aan de meerwaarde voor de patiënten.

Planning (drempel en facilitator)

De respondenten geven aan dat er vanuit de overheid een duidelijke communicatie moet zijn over een aantal aspecten van de implementatie. Eén daarvan is het vooropstellen van een duidelijke startdatum en hangt nauw samen met de verwachting dat er een engagement zal zijn bij alle betrokken organisaties. Met andere woorden: het gebruik van de DUNDRUM door alle organisaties vanaf een welbepaald ogenblik.

... het gevoel heb dat er veel verschillende voorzieningen ook zo nog wachten op een teken of zo. Of toch nog duidelijkere richtlijnen van: "Wanneer gaan we echt van start? Of wanneer gaan we dewelke effectief doen?" Dat ze nog ergens wachtende zijn. Er wordt veel initiatief van de voorzieningen zelf verwacht. En ik denk dat de ene daar al wat actiever mee aan de slag gaat dan anderen. [RZ21]

Twee respondenten (vanuit middenkader) zijn van mening dat er een verplichting moet komen vanuit de overheid, hoewel daarover geen eensgezindheid was. Tevens werd gesteld dat over het doel van de implementatie en het toekomstperspectief transparant gecommuniceerd moet worden. Daarnaast zijn de respondenten vragende partij voor een draaiboek.

Ik ben ook wel gewonnen voor het idee van RM6 om een draaiboek omtrent de implementatie en het gebruik bijeen te stellen. Ik denk dat dat wel een belangrijke ondersteuning kan zijn voor al de diensten, dat ze daarop kunnen terugvallen in het gebruik van het instrument en hoe het dan te implementeren? Wanneer moet ge het afnemen? Wie moet het afnemen? Wat is de procedure bij de afname? Hoe draagt ge de informatie over? Ik denk dat dat wel heel ondersteunend kan zijn. Dat we dat niet per dienst allemaal zelf moeten gaan uitwerken. Welke procedure dat er nodig is om zo een instrument afdoende te gebruiken. [...] Het ondersteunen van de implementatie voor de dienst, maar ook dat we het allemaal op dezelfde manier aan het doen zijn. Want ik denk dat dat cruciaal is eh. Dat we samen op dezelfde manier inschalen. [RM2]

Een veel genoemde kritiek – met name vanuit de master trainers – is de snelheid waarmee de uitrol van de DUNDRUM is gebeurd.

Het tempo waarop dat het gebeurd is en misschien ook de volgorde waarin dat bepaalde stappen genomen zijn, die nu wat tegelijk gebeurd zijn. Bijvoorbeeld de opleiding van ons, de master trainers, maar tegelijk met dat de vertalingen eigenlijk nog bezig waren. En dat maakt soms dat ik wat het gevoel had dat je terug moest schakelen heel den tijd. Wij waren ook opleidingen aan het geven, terwijl dat dan de FAQ nog moest komen waardoor je dan soms vragen niet kon beantwoorden. Ik herinner mij ook zelfs, tijdens onze master training, vragen die wat onbeantwoord waren op dat moment, omdat het dan ook ging over: “Hoe gaat dat hier zijn? Ja, dat moeten we nog een beetje uitpluizen”, of: “Dat zijn we nog aan’t zien hoe dat we dat juist gaan vertalen”. Dan blijft ge een beetje met hiaten zitten die je aan het invullen bent terwijl dat je aan het gaan bent. [...] En het is logisch ergens hè, kinderziektes aan het begin. En je hebt een bepaalde termijn opgelegd gekregen waarschijnlijk. Maar het voelt zowat van: Er hadden bepaalde dingen al op punt moeten staan, of zo goed als tegen dat je aan de master trainingen kwam en dan dingen na de master training op punt zetten voor dat je aan de opleidingen kon starten. Waar dat nu het gevoel was dat dat allemaal tegelijk aan het lopen was. Het was wel allemaal aan het gebeuren, maar een beetje gelijktijdig, waardoor dat bepaalde eindprocessen verwarring kregen daarover of dat mijn vragen bleven zitten daardoor. [R16]

Strategieën op maat uitwerken (facilitator)

Een respondent suggereerde dat een e-learning module – als aanvulling op de formele trainingen – mogelijk de implementatie kan vergemakkelijken, en dit zowel op vlak van het voorzien in herhalingscursussen als het introduceren van het instrument bij nieuwe personeelsleden. Op deze manier kunnen mogelijk ook meerdere mensen binnen het team vertrouwd geraken met de DUNDRUM.

Op de opmerking die R12 gaf rond het feit: zo’n high level instrument waar dat die training voor nodig is en stel, daar vallen mensen uit en hebben dan geen training gehad. Misschien is een optie om ook aan te denken, rond de HKT-R bijvoorbeeld, hebben ze in Nederland bij de forensische leerlijn een e-learning module gemaakt rond de HKT-R. Die duurt twee uur zo iets, waarbij heel wat informatie over dat instrument en ook echt een aantal oefeningen rond scoring zitten. Dat vervangt natuurlijk niet helemaal zo een training, maar ik denk wel dat zo iets eraan kan bijdragen dat meerdere mensen in uw organisatie zo’n instrument kennen en ook misschien om een periode te overbruggen als er iemand is uitgevalle. Geeft, iemand nieuw, de training is pas drie maand later eh, dat die toch al wel op die manier eigenlijk een deel kan starten, zodanig dat de aanmeldingen niet komen stil te liggen omdat net degene niet getraind is, niet volledig getraind is in de DUNDRUM. [RM9]

Engageren (drempel en facilitator)

Om (toekomstige) gebruikers te engageren of enthousiasmeren wordt aangeraden om te communiceren over het gegeven dat het een netwerkbreed project betreft waarbij veel zorgpartners zullen instappen.

... en dat het goed zou zijn dat dat ook, ook goed gecommuniceerd wordt naar, naar alle mensen van “kijk hè, de DUNDRUM gaat breed gedragen zijn in het netwerk, er zullen heel veel partners zijn die die opleiding volgen en instellingen die bereid zijn om daar stappen in te zetten.” Om zowat het enthousiasme te doen groeien. [RM8]

Ondanks de netwerkbrede opleidingen werden toch nog enkele groepen gemist zoals de zorgequipes binnen het gevangeniswezen, Franstalige partners, gerechtspychiaters en de KBM's. Ook werd aangegeven dat de justitieassistenten beter vanaf het begin betrokken waren geweest. Een respondent gaf aan dat ze de voorkeur zou geven aan een fysieke terugkomsessie in plaats van een online sessie. Ook het installeren van overlegmomenten en/of casustafels tussen verschillende partners zou volgens diezelfde respondent zinvol zijn.

Daarnaast wordt de meerwaarde van een ervaringsdeskundige aangehaald, die gevonden zou kunnen worden in de master trainers of zorgverleners die de opleiding hebben gevolgd. Zij kunnen hun expertise en ervaringen met het instrumenten doorgeven aan collega's. Ook de opleiding zelf en supervisies zouden er voor moeten zorgen dat het gebruik van het instrument "levendig" blijft gehouden.

Reflecteren en evalueren (facilitator)

Er werd gepleit voor een terugkoppeling van de resultaten van de DUNDRUM-afnames naar zowel de zorgverleners als de patiënten. Een deelnemer sprak over "de nabijheid van resultaten" [RM6]. De wetenschappelijke opvolging van de *field validity* werd dan ook als een meerwaarde ervaren. Dit toont meteen ook de zinvolheid aan van hetgeen men doet en kan dienen als input voor het continue monitoren en bijsturen van de implementatie.

Aanpassen (drempel)

Binnen het zorglandschap worden er door een aantal organisaties in- en exclusiecriteria gehanteerd bij het bepalen of een opname/opvolging al dan niet mogelijk is. Dit kan in contrast staan met de resultaten van de DUNDRUM. Er wordt de vraag gesteld hoe en in welke mate organisaties bereid gaan zijn om hun interne beleid aan te passen.

Door vier respondenten werd gewezen op het gebrek aan vertaalslag naar de Belgische of Vlaamse context.

De afstemming van het zorglandschap en de DUNDRUM zit soms wat scheef naast elkaar, waardoor dat, denk ik, dat de implementatie een beetje tegenwerkt en mensen inderdaad geneigd zijn om te zeggen: Ah, we wachten even af. Want we weten niet goed hoe dat we het moeten implementeren. En dat je daardoor ook een zekere terughoudendheid krijgt. [RZ19]

Ik heb ook het gevoel dat bij de voorbereiding ervan, dat er misschien ook gewoon veel meer stil moest gestaan worden van: wat is eigenlijk het verschil tussen de werking in Ierland en het zorglandschap daar met België of met Vlaanderen. Omdat we daar inderdaad in die opleiding ook zeer veel moesten zeggen van: Het is wel anders, omdat dat hier in Vlaanderen anders georganiseerd is. Dus dat daar misschien op voorhand wat meer stil bij gestaan moest worden van: wat zijn de verschillen en zijn we 100% zeker dat die overbrugbaar zijn en daardoor ook dat hij zeker erop afgestemd kan worden en bruikbaar zal blijven. [RZ21]

Conclusie

Uit de literatuur blijkt het belang van een multifactoriële benadering bij de implementatie van nieuwe instrumenten. Het klinisch gebruik van een instrument hangt namelijk niet enkel af van de karakteristieken van het instrument zelf, maar bijvoorbeeld ook van de organisatie waarbinnen en de manier waarop het geïmplementeerd wordt. Aan de hand van focusgroepen met het middenkader en de gebruikers van de DUNDRUM (i.c. zorgverleners, leden van de PSD, ...) – zowel binnen zorg als justitie – en een interview met een ervaringswerker werden de determinanten voor een succesvolle implementatie van de DUNDRUM in Vlaanderen in kaart gebracht. De implementatiedeterminanten werden daarbij gecategoriseerd volgens de vijf domeinen van het CFIR-model, te weten: kenmerken van het instrument, kenmerken van de gebruikers, inner setting, outer setting en implementatieproces. Het CFIR model kan gebruikt worden zowel voor, tijdens als na de implementatie (Damschroder et al., 2009). *Tijdens* implementatie – zoals in de huidige studie – kunnen de constructen dienen als *roadmap* om de implementatievoortgang te monitoren en bij te sturen.

Figuur 2-1 toont de belangrijkheid van welbepaalde determinanten op basis van het aantal respondenten dat een bepaald construct noemde. Deze figuur toont tevens aan dat aspecten binnen alle CFIR-domeinen werden benoemd. Aspecten met betrekking tot het implementatieproces werden door de meeste respondenten benoemd ($n = 27$), gevolgd door factoren binnen het domein outer setting ($n = 22$), inner setting ($n = 21$), kenmerken van de interventie ($n = 20$) en kenmerken van de individuen ($n = 16$). Opvallend is dat de outer setting het op een na meest genoemde domein was, terwijl dit domein niet werd benoemd in de literatuur (De Beuf, de Ruiter, et al., 2020; Levin et al., 2018; Sher & Galton, 2014). Het merendeel van de gerapporteerde determinanten werd echter ook in de literatuur erkend als belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie.

Op vlak van het implementatieproces werden vooral het plannen en engageren als belangrijke determinanten benoemd. De partners benadrukten het belang van een duidelijke communicatie van de verwachtingen en doelstellingen vanuit de overheid als gemeenschappelijk project, waarbij alle partners een engagement op zich nemen. Momenteel werd dit als té vrijblijvend ervaren. Vooral de master

Figuur 2-1. Overzicht van het aantal respondenten die een welbepaald construct genoemd heeft.



trainers – die een belangrijke rol spelen bij de implementatie – gaven aan dat de uitrol van de DUNDRUM te snel van start is gegaan. De breed georganiseerde trainingen werden wel positief onthaald, wat het engagement kan doen vergroten. In het verlengde hiervan kan het helpend zijn om een draaiboek te ontwikkelen. Een ander aspect dat het engagement kan doen toenemen is het monitoren en terugkoppelen van resultaten. Dit kan diverse vormen aannemen en betrekking hebben op macro- (onderzoeksresultaten voor het Netwerk Internering), meso- (gebruik van de DUNDRUM op organisatieniveau) en micro-niveau (terugkoppeling van individuele resultaten naar de patiënt). Dit houdt ook het gebruik van de DUNDRUM levendig en kan dienen als *tool* om de implementatie tijdig bij te sturen. In de review van Levin et al. (2016) werd het betrekken van een onderzoeksteam ook als facilitator benoemd.

Daarnaast werden vooral drempels geformuleerd die gelieerd zijn aan de bredere context (outer setting). Veruit de meest genoemde drempel heeft betrekking op het plaatstekort en de daarmee gepaard gaande wachtlijsten binnen het brede interneringslandschap. Dit maakt dat de uitkomsten van de DUNDRUM vaak niet – of alleszins niet binnen afzienbare tijd – kunnen worden gerealiseerd. Ook de regelgeving wordt gezien als een drempel, waarbij het niet evident is om informatie te kunnen delen. Dit speelt in hoofdde tussen zorg en justitie, maar ook tussen zorgpartners onderling is dit een heikel punt. Wanneer diverse partners zich baseren op andere informatie, kan dit tot andere resultaten leiden. Dit is niet alleen problematisch op vlak van betrouwbaarheid van het instrument, maar staat tevens een goede implementatie in de weg omdat dit de communicatie tussen partners onderlinge bemoeilijkt. Deze drempel is echter niet uniek voor de DUNDRUM, maar geldt ook voor risicotaxatie- en diagnostische instrumenten. Verder werd verwezen naar partnerschappen en samenwerkingsverbanden, waarbij het van belang is dat alle partners zich engageren om de DUNDRUM te gaan gebruiken én rekening houden met de uitkomsten hiervan. Enkel op deze manier kan er een gemeenschappelijk taalgebruik geïnstalleerd worden. Vanuit het perspectief van de patiënt werd vooral het construct attitudes benoemd. Dit sloeg op het gegeven dat de focus momenteel te veel op het forensische aspect ligt, ten koste van de zorg.

De meest genoemde drempels op organisatieniveau (inner setting) hadden betrekking op de middelen. Dit ging enerzijds over de werklast, waarbij zowel de hoge caseload als de tijdsdruk een rol speelt. Daarnaast werd de beschikbaarheid van informatie als knelpunt benoemd voor een goed gebruik van de DUNDRUM. Informatievergaring hangt bovendien samen met de werklast, vermits het vaak veel tijd vergt om de informatie te verzamelen. Enerzijds omdat de informatie versnipperd is, anderzijds omdat er voor de gerechtelijke informatie vaak verplaatsingen nodig zijn, hetgeen tijdsintensief is. De vaak lange wachttijden om informatie te verkrijgen zorgen er bovendien voor dat men soms in tijdnood komt, bijvoorbeeld met het oog op de rapportering voor de KBM. Dit probleem is echter niet exclusief gerelateerd aan de DUNDRUM, maar geldt ook voor bijvoorbeeld risicotaxatie-instrumenten. Ook structurele kenmerken bemoeilijken de implementatie, waarbij vooral werd gewezen op het soms grote personeelsverloop. Dit kan (deels) opgelost worden door het trainen van voldoende personen. De reeds voorziene opleidingen werden hierbij als faciliterend beschouwd, hoewel het aantal getrainde personeelsleden nog sterk lijkt te variëren per organisatie. Training bleek bovendien wenselijk gezien de complexiteit van het instrument. In de studie van Levin et al. (2018) werden bijkomende opleidingssessies opfortuun geacht om het probleem van personeelsverloop op te vangen. Verder werd nog de compatibiliteit van de DUNDRUM met de bestaande workflow en werkingsprocessen binnen de

organisatie als negatieve determinant beschouwd. Zo hebben de verschillende organisatie een eigen werking en opnamebeleid, waarbij de uitkomst van de DUNDRUM niet allesbepalend is of kan zijn. Gebruikers ervaren wel een duidelijke nood aan handvaten voor het bepalen van het geschikte beveiligingsniveau op een objectieve manier. In die zin is er motivatie en bereidheid om met de DUNDRUM aan de slag te gaan, hetgeen als belangrijke facilitator wordt gezien. Uit de review van Levin et al. (2016) en latere studie van diezelfde auteur (Levin et al., 2018) bleek immers dat wanneer gebruikers geen klinische meerwaarde ervaren, dit een succesvolle implementatie in de weg kan staan.

Met betrekking tot de interventie zelf, i.c. de DUNDRUM, leken de deelnemers overtuigd te zijn van meerwaarde van de DUNDRUM voor het veld. Dit is alvast een sine qua non voor het implementeren van een nieuwe methode (Greenhalgh et al., 2004). De meerwaarde werd ervaren op vlak van objectivering van beslissingen inzake het behandeltraject, het installeren van een gedeelde taal, transparantie ten aanzien van de patiënt en het includeren van de stem van de patiënt via de zelfrapportageschaal. Over de meerwaarde van DUNDRUM-1 heerste er meer verdeeldheid. Dit had deels te maken met het gegeven dat deze schaal bedoeld is voor aanvang van een traject, terwijl de schaal binnen de implementatie (ook) retrospectief gebruikt wordt. Daarnaast ervaren sommige deelnemers de scoringsrichtlijnen – en in het verlengde de uitkomst – te streng. Ook vanuit patiëntperspectief werd aangehaald dat de DUNDRUM geen instrument mag worden om (nog) meer te focussen op het veiligheidsaspect. Daarnaast werd gerapporteerd dat het instrument hier en daar nog een vertaalslag of aanpassing nodig heeft, bijvoorbeeld het item dat refereert naar een specifiek risicotaxatie-instrument, of items verwijzend naar de juridische situatie in Ierland. Vooral DUNDRUM-2 is hierdoor moeilijk toepasbaar. De mogelijkheid om een instrument aan te passen werd ook frequent benoemd binnen de review van Levin et al. (2016), maar bleek vaak moeilijk te realiseren. Daarnaast werd het gebrek aan operationalisering van de beveiligingsniveaus binnen het Vlaamse zorglandschap door veel respondenten als een belangrijke belemmerende factor benoemd.

Op vlak van individuele factoren kan het aanduiden van een projectverantwoordelijke de implementatie ten goede komen, waarbij het voor iedereen duidelijk is bij wie men terecht kan met vragen en die de mensen kan enthousiasmeren. Dit werd vooral gesuggereerd op organisatieniveau, of zelf binnen elk team. Vanwege de complexiteit van het instrument (cf. supra) dient men in te zetten op opleiding om voldoende bekwaamheid te garanderen. Nu werd de opleiding hiervoor door enkelen nog als te summier beschouwd.

In overeenstemming met de (risicotaxatie-)literatuur wijzen bovenstaande bevindingen primair op het belang van transparante en duidelijke communicatie, informatiedeling, het voorzien van voldoende middelen (zowel personeel middelen als plaatsen), opleiding en monitoring van de implementatie.

Beperkingen

Een eerste beperking heeft betrekking op de representativiteit van de steekproef/deelnemers. Hoewel de uitnodigingen zeer breed verstuurd werden en diverse settings vanuit diverse hoven van beroep vertegenwoordigd waren, namen in de focusgroepen met zorgverleners bijna uitsluitend deelnemers vanuit de categorale zorg deel, waardoor de stem van de reguliere zorg onderbelicht blijft. Daarenboven waren iets meer dan de helft van deelnemers ook master trainers. Enerzijds is dit een positief gegeven

aangezien zij goed bekend zijn met de DUNDRUM en ook feedback van het bredere netwerk tijdens de opleidingssessies kunnen meenemen. De input is daarom niet steeds een reflectie van hun eigen mening, maar ook die van het bredere netwerk. Anderzijds is het mogelijk dat zij een meer positieve attitude hebben ten aanzien van de DUNDRUM in vergelijking met het bredere netwerk. Aangezien ook zij kritische bedenkingen formuleerden, lijkt dit niet het geval te zijn geweest. Verder werd via het bevragen van patiënten getracht om tegemoet te komen aan de beperking in eerder onderzoek, waar deze groep niet onderbelicht, maar *niet* belicht bleef. Helaas konden niet voldoende patiënten worden gerekruteerd voor deelname. Dit kon deels worden opgelost door het organiseren van een interview met een ervaringswerker.

Gerelateerd aan de eerste beperking met betrekking tot de samenstelling van de steekproef, is het mogelijk dat vanwege het vrijwillige karakter enkel medewerkers die de implementatie positief gezind zijn, zich hebben aangemeld. Andersom kan het ook zijn dat net degenen met een sterke weerstand tegen de (implementatie van de) DUNDRUM zich hebben aangemeld om hun negatieve opinie te kunnen uiten. Beide scenario's lijken echter onwaarschijnlijk omwille van twee redenen. De algemene sfeer in de focusgroepen werd eerder als positief ervaren – het werkveld voelt een duidelijke nood aan handvaten voor het inschalen van beveiligingsniveau op patiëntniveau. Desondanks werden er een substantieel aantal drempels benoemd. Hiermee lijkt er een evenwicht te zijn tussen de positieve en de negatieve aspecten die een invloed (kunnen) hebben op de implementatie.

Ten derde was de moderator als onderzoeker vanuit de zijlijn betrokken bij de vertaling van de DUNDRUM, werd zij opgeleid tot één van de DUNDRUM master trainers én was zij betrokken bij het implementatieonderzoek. Dit maakt dat zij vertrouwd was met het instrument en het implementatieproject, wat het begrip van de perspectieven en verklaringen van de deelnemers vergroot. Anderzijds is er een verhoogd risico op bias vanwege haar betrokkenheid bij de vertaling van en het onderzoek met de DUNDRUM. Het valt tevens niet uit te sluiten dat dit de antwoorden van de respondenten heeft beïnvloed. De moderator was zich hiervan bewust en heeft benadrukt dat er ook negatieve aspecten aan bod mochten komen. Vermits er een substantieel aantal drempels voor implementatie werden benoemd, lijkt de positie van de moderator de resultaten niet te hebben beïnvloed. Daarnaast heeft de moderator getracht geen veronderstellingen te maken door neutraal geformuleerde vragen te stellen en deelnemers aan te moedigen hun verklaringen verder te verduidelijken. Voorafgaande aan de focusgroepen volgde zij hiervoor een opleiding met betrekking tot de organisatie van focusgroepen en de analyse ervan. Ook de observatoren waren vertrouwd met de DUNDRUM, maar vanwege hun rol in de focusgroep heeft dit de resultaten niet beïnvloed.

Een laatste beperking betreft de moeilijkheden die werden vastgesteld bij het coderen van de data. Fragmenten konden soms onder meerdere CFIR-determinanten geplaatst worden. Om de replicateerbaarheid van het onderzoek te vergroten zou het daarom beter zijn geweest indien het coderingsproces door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, kon worden gedaan. Dit kon omwille van budgettaire en tijdsredenen echter niet worden gerealiseerd.

Lekensamenvatting

In het algemeen heerste er een positieve sfeer binnen de focusgroepen en leken de deelnemers overtuigd te zijn van meerwaarde van de DUNDRUM voor het veld. Dit is alvast een conditio sine qua non voor het implementeren van een nieuwe methode (Greenhalgh et al., 2004). Er is een duidelijke nood aan handvaten voor het bepalen van het geschikte beveiligingsniveau op een objectieve manier. In die zin is er motivatie en bereidheid om met de DUNDRUM aan de slag te gaan, hetgeen als belangrijke facilitator wordt gezien. Uit literatuur bleek immers dat wanneer gebruikers geen hiaten ervaren in de huidige klinische werking, dit een succesvolle implementatie in de weg kan staan.

Anderzijds werd duidelijk uit dat er nog een aantal belangrijke randvoorwaarden zijn om de implementatie te doen slagen. De meest genoemde factoren hadden betrekking op:

- *De noodzakelijkheid van opleiding, hetgeen een continu proces moet zijn met bijvoorbeeld booster of intervisiesessies.*
- *Het personeelsverloop, waardoor opleiding beschikbaar moet blijven om dit te ondervangen.*
- *De bredere problematiek van een tekort aan bedden en wachtlijsten.*
- *De hoge werklust.*
- *Informatieverzameling, hetgeen soms een grote inspanning vraagt en (wacht)tijd kan kosten. Ook de kwaliteit van de informatie blijkt niet altijd afdoende om de items betrouwbaar te kunnen scoren. Dit had met name betrekking op DUNDRUM-1.*
- *Informatiedeling dat bemoeilijkt wordt door het beroepsgeheim. Dit leidt tot een verschil in informatie tussen partners en – misschien nog belangrijker – tot een verschil in scoring/eindoordeel.*
- *Een gebrek aan operationalisering van de beveiligingsniveaus binnen het Vlaamse zorglandschap.*
- *De nood aan duidelijke communicatie vanuit de overheid omtrent de verwachtingen en een duidelijke boodschap dat dit een gemeenschappelijk project is.*
- *De nood aan een draaiboek om de afstemming tussen partners te optimaliseren.*
- *De nood aan een aanspreekpunt, zowel centraal als op organisatieniveau en een terugkoppeling van het verloop van de implementatie (inclusief onderzoeksresultaten).*

Vanuit patiëntperspectief heerste de vrees dat de DUNDRUM zal worden ingezet als middel om nog meer focus te leggen op het veiligheidsaspect, terwijl net zorg en herstel meer belicht zou moeten worden. In die zin wordt aanbevolen om zeker ook in te zetten op het gebruik van de zelfrapportageschaal in functie van de herstelgerichte visie en patiëntenparticipatie.

Hoofdstuk 3 – Evaluatie van de ervaringen van de gebruikers

Onderzoeksvraag 3	Wat zijn de ervaringen van de gebruikers van het instrument?
Rationale	Nagaan in welke mate de implementatie van de DUNDRUM succesvol is verlopen/verloopt.
Methode	Er werd beroep gedaan op twee bronnen. Via een online vragenlijst werd de perceptie van de gebruikers (i.c. professionals) van de DUNDRUM in kaart gebracht voor wat betreft de aanvaardbaarheid, geschiktheid, haalbaarheid en bereik. De mate van ingebruikname en methodetrouw werden nagegaan op basis van de DUNDRUM scoreformulieren die door het werkveld werden bezorgd aan de onderzoekers. Deze scoreformulieren werden ook gebruikt voor het evalueren van de field validity (cf. Hoofdstuk 4 – Field validity).

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op de perceptie van de gebruikers (i.c. zorgverleners, leden van de PSD, justitieassistenten, ...) over de DUNDRUM, de mate van gebruik van het instrument in de praktijk en de mate van methodetrouw. Deze aspecten worden gezien als de uitkomstmaten van de implementatie, bedoeld om het succes van de implementatie te meten. Het in kaart brengen van deze uitkomstmaten is gebaseerd op het model van Proctor et al. (2011), genaamd het Implementation Outcomes Framework (IOF; zie tabel 3-1). Er zijn ons geen implementatiestudies met de DUNDRUM bekend, waardoor er geen exacte vergelijking kan plaatsvinden. Wel zijn er een beperkt aantal studies uitgevoerd naar aanleiding van de implementatie van risicotaxatie-instrumenten, met name binnen de forensische jeugdzorg. Deze evaluaties gebeurden – op één uitzondering na – echter niet op basis van een raamwerk zoals bijvoorbeeld dat van Proctor et al. (2011). Nochtans maakt het gebruik van een raamwerk (inter)nationale vergelijkingen mogelijk, waardoor dit de voorkeur verdient.

Eén studie evalueerde de uitkomsten van de implementatie van de Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version (START:AV; Viljoen et al., 2014) binnen de forensische jeugdzorg in Nederland volgens het model van Proctor (De Beuf et al., 2019). De implementatie vond plaats in een residentiële instelling voor gedwongen forensische jeugdzorg, en betreft dus een kleinschaliger opzet dan de huidige studie. Om de implementatie te evalueren werd een vragenlijst voorgelegd aan de behandelcoördinatoren ($N = 16$) – verantwoordelijk voor de afnames van de START:AV – waarbij zes uitkomstmaten van het IOF in kaart werden gebracht: aanvaardbaarheid, ingebruikname, geschiktheid, haalbaarheid, methodetrouw en bereik. De mate van ingebruikname en methodetrouw brachten ze in kaart via een dossiercontrole. De vragenlijst werd ingevuld op twee meetmomenten, namelijk zeven ($n = 10$) en 17 maanden ($n = 7$) na de start van de implementatie. Daarnaast werd de START ook geëvalueerd en geïmplementeerd in een psychiatrisch ziekenhuis in Canada (Crocker et al., 2011), een medium security unit voor volwassenen in het Verenigd Koninkrijk (Doyle et al., 2008) en in een high security unit in Noorwegen (Kroppan et al., 2017). De resultaten van deze laatste studie hebben betrekking op een follow-up van 10 jaar. Naast deze studies met de START, werd er ook nog een studie

uitgevoerd binnen de jeugdprobatie in zes staten van de Verenigde Staten (Vincent et al., 2016; Vincent, Paiva-Salisbury, et al., 2012). In deze studie werden de Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Borum et al., 2006) en de Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 2006) geïmplementeerd. Hieronder wordt getracht de resultaten van bovenstaande studies te organiseren volgens de uitkomstmaten van Proctor et al. (2011).

Tabel 3-1. Operationalisering van de uitkomstmaten volgens het Implementation Outcomes Framework en de gehanteerde meetmethode

Uitkomstmaat	Definiëring	Meetmethode
Ingebruikname	De intentie, initiële beslissing of actie om het nieuwe instrument te proberen of te gebruiken.	Dossiercontrole + survey
Aanvaardbaarheid	De mate waarin beoordelaars en stakeholders het instrument als doenbaar ervaren op basis van de inhoud, complexiteit, gemak en geloofwaardigheid.	Survey
Geschiktheid	De mate waarin men denkt dat het instrument geschikt of relevant is voor de betreffende setting of populatie.	Survey
Haalbaarheid	De mate waarin een instrument succesvol kan worden afgenomen binnen een bepaalde organisatie.	Survey
Bereik	De mate waarin het instrument is geïntegreerd binnen een setting.	Survey
Methodetrouw	De mate waarin een instrument gebruikt wordt zoals het bedoeld of voorgeschreven wordt door de ontwikkelaars.	Dossiercontrole
Implementatiekost	De kost om het nieuwe instrument te implementeren	NVT
Duurzaamheid	De mate waarin het nieuw geïmplementeerde instrument behouden blijft	NVT

Noot. Aangepast overgenomen uit Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda, door E. Proctor et al., 2011, *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), p. 68. Copyright 2010 door de auteurs. NVT = niet van toepassing.

Ingebruikname: De mate van ingebruikname van de START:AV werd doorgaans afdoende bevonden (Crocker et al., 2011; De Beuf et al., 2019; Kroppan et al., 2017; Vincent, Paiva-Salisbury, et al., 2012). In de studie van De Beuf et al. (2019) werd bijna 80% van de risicotaxaties ingevuld, hoewel er verschillen werden vastgesteld tussen behandelcoördinatoren (range invulpercentage = 28,6% – 100%). Ook in de studie van Kroppan et al. (2017) bleek de frequentie van START-afnames voldoende en bleef dit bovendien stabiel in een periode van 10 jaar na implementatie. Ander onderzoek toonde gelijkaardige cijfers, met een afnamegraad van minstens 84% in vijf van zes sites (Vincent et al., 2016; Vincent, Paiva-Salisbury, et al., 2012). In de studie van Crocker et al. (2011) werd de vooropgestelde doelstelling van één risicotaxatie-afname per patiënt per maand behaald. Anderzijds werd in een internationale enquête gerapporteerd dat “slechts” de helft van de klinici gebruikt maakt van een gestructureerd risicotaxatie-instrument (Singh et al., 2014).

Aanvaardbaarheid: In de studie van Vincent, Paiva-Salisbury, et al. (2012) had een vijfde van de respondenten aanvankelijk de vrees dat risicotaxatie-instrumenten hun expertise of discretie zouden ondermijnen. Bij latere metingen nam dit gevoel af en werd in stijgende mate aangegeven dat hun geloofwaardigheid verhoogde door gebruik van instrumenten. Daarnaast werd ook in stijgende mate aangegeven dat de instrumenten als ondersteuning dienen, hoewel nog steeds de helft het hier 10

maanden na de implementatie niet mee eens was. Zorgverleners gaven aan tevreden te zijn met de START(:AV) (Crocker et al., 2011; Doyle et al., 2008; Sher & Gralton, 2014). Het instrument gaf een totaalbeeld van de risico's en de zorgverleners hadden vertrouwen in de accuraatheid van hun itemscore (Crocker et al., 2011; Doyle et al., 2008; Sher & Gralton, 2014). In de studies van Crocker et al. (2011) en Sher en Gralton (2014) hadden de beoordelaars ook vertrouwen in hun (gestructureerd klinisch) eindoordeel, daar waar beoordelaars in de studie van Doyle et al. (2008) aangeven hier moeilijkheden in te ondervinden. Ook in de Nederlandse studie van De Beuf et al. (2019) gaf de meerderheid van de gebruikers aan vertrouwen te hebben in hun afnames, maar werd er na verloop van tijd meer algemene ontevredenheid over de START:AV gerapporteerd. Bovendien was slechts een beperkt aantal beoordelaars van mening dat het gebruik van de START:AV kon leiden tot een daling van het aantal incidenten.

Geschiktheid: Beoordelaars in de Nederlandse studie gaven aan dat de inclusie van dynamische risicofactoren en sterktes binnen een risicotaxatie-instrument voor adolescenten past binnen hun behandelvisie. Ze rapporteerden het instrument minstens enigszins zinvol te vinden voor de behandeling, hoewel een stijgend aandeel na verloop van tijd aangaf het hier oneens mee te zijn (De Beuf et al., 2019). Ook in de studie van Sher en Gralton (2014) waren de zorgverleners positief over het dynamische karakter van de items en de aanwezigheid van zowel risicofactoren als sterktes. De START leidde volgens de zorgverleners tot een verbetering van de communicatie binnen het team en algemeen de kwaliteit van zorg (Crocker et al., 2011).

Haalbaarheid: De werklast is een veel genoemde drempel in implementatieonderzoek (Bhui et al., 2001; De Beuf et al., 2019; Sher & Gralton, 2014; Vincent, Guy, et al., 2012). In de studie van Vincent et al. (2012) nam dit overigens niet substantieel af na verloop van tijd. De Beuf et al. (2019) brachten de effectieve tijd om het instrument te scoren in kaart, zeven en 17 maanden na implementatie. Op T1 werd gerapporteerd dat de afname gemiddeld drie uur in beslag nam; op T2 was dit tussen 2 à 3 uur. Er werd wel een significante afname vastgesteld voor wat betreft het scoren van de items: bij de start van de implementatie duurde dit 1 uur, na 10 maanden daalde dit tot 15 à 30 minuten. Ook in de studie van Crocker et al. (2011) werd de tijd gehalveerd na verloop van tijd. Verder beschikten de beoordelaars doorgaans over voldoende informatie om de START:AV te kunnen scoren (Crocker et al., 2011; De Beuf et al., 2019; Doyle et al., 2008; Sher & Gralton, 2014). Vincent, Guy, et al. (2012) rapporteerden dat beoordelaars aangaven dat de scoring na verloop van tijd als minder moeilijk werd ervaren.

Bereik: Kroppan et al. (2017) vonden na een decennium gebruik van de START een verhoogde multidisciplinaire betrokkenheid terwijl de frequentie van afname stabiel bleef (cf. supra "ingebruikname"). Ook Crocker et al. (2011) rapporteerden een goede integratie in het behandeltraject van de patiënt. De integratie van de START in een Nederlandse forensische jeugdinstituut werd daarentegen negatief geëvalueerd (De Beuf et al., 2019). Daar was niemand van de behandelcoördinatoren van mening dat het instrument bijdroeg aan de behandelplanbesprekingen of dat het de communicatie tussen de verschillende disciplines verbeterde. Er was na verloop van tijd wel enige verbetering merkbaar in de integratie van de START:AV in het behandelproces.

Methodetrouw: Onderzoek in de Verenigde Staten (Maryland) toonde een beperkte compliance (55%) aan met betrekking tot de vooropgestelde afnamemomenten, ondanks een rigoureuze implementatieproces (Young et al., 2006). In het onderzoek van Kroppan et al. (2017) in Noorwegen

werd vastgesteld dat na een rigoureuus implementatieproces kon worden vastgehouden aan de vooropgestelde tijdsintervallen van de START. Dit effect bleef behouden na 10 jaar. In een andere studie werden aanvankelijk gemiddeld drie items per afname niet gescoord (range = 0 – 8), maar dit daalde nadat deze bevinding werd besproken met de beoordelaars (Desmarais et al., 2012). In deze studie bleek verder dat ook niet alle risicodomeinen (volgens het gestructureerd klinisch oordeel) werden ingevuld (range = 11,0% – 62,5%). In de studie van De Beuf, de Vogel, et al. (2020) werd een matige tot hoge compliance (68%) vastgesteld aan de START:AV richtlijnen op basis van een checklist waarbij 11 variabelen met betrekking tot informatieverzameling, itemscoring en besluitvorming werden geïncludeerd. Er werd geconcludeerd dat de meeste items en eindoordelen van de START:AV werden ingevuld, maar de beargumentering hiervan lag een stuk lager.

In dit luik werd getracht om de (evolutie van de) implementatie te evalueren aan de hand van de hierboven besproken uitkomstmaten. Hiervoor werd beroep gedaan op (1) de mening van degenen die de DUNDRUM in de praktijk gebruiken en (2) de scoreformulieren die in het kader van het field validity luik (cf. Hoofdstuk 4 – Field validity) werden aangeleverd. Op basis hiervan kan worden beoordeeld of de implementatie van de DUNDRUM (tot nog toe) al dan niet succesvol is gebleken.

Methode

Het succes van de implementatie werd in kaart gebracht aan de hand van zes van de acht uitkomstmaten van het IOF van Proctor et al. (2011), namelijk ‘aanvaardbaarheid’ (acceptability), ‘ingebruikname’ (adoption), ‘geschiktheid’ (appropriateness), ‘haalbaarheid’ (feasibility), ‘methodetrouw’ (fidelity) en ‘bereik’ (penetration). De uitkomstmaten ‘implementatiekosten’ (cost) en ‘duurzaamheid’ (sustainability) konden niet worden geïncludeerd omwille van het beperkte tijdsbestek van de studie.

De uitkomstmaten ‘aanvaardbaarheid’, ‘geschiktheid’ en ‘haalbaarheid’ en ‘bereik’ werden gemeten aan de hand van een online survey (zie bijlage 5) via Qualtrics bij de gebruikers (i.c. zorgverleners, leden van de PSD, ...), geïnspireerd op deze van De Beuf et al. (2019) over het risicotaxatie-instrument START:AV binnen gelijkaardig implementatieonderzoek (cf. supra). Deze vragenlijst werd verkozen boven de gevalideerde schalen van Weiner et al. (2017) omwille van twee redenen. In eerste instantie werden door Weiner et al. (2017) enkel schalen ontwikkeld voor het in kaart brengen van drie uitkomstmaten, zijnde ‘aanvaardbaarheid’, ‘geschiktheid’ en ‘haalbaarheid’. Deze schalen bestaan elk uit vier meer algemene vragen, waardoor een meer gedetailleerd inzicht over de perceptie van de DUNDRUM niet mogelijk zou zijn. Ten tweede kunnen de resultaten op deze manier vergeleken worden met deze van De Beuf et al. (2019). De vragenlijst startte met enkele inleidende vragen omtrent de discipline en anciënniteit van de gebruiker en hun gebruik van de DUNDRUM. Daarna volgden stellingen met betrekking tot de uitkomstmaten, die beoordeeld werden op een 5-punts Likertschaal gaande van ‘helemaal oneens’ (1) tot ‘helemaal eens’ (5). De bevraging vond plaats op twee momenten, namelijk tussen 22 februari en 15 maart 2024 (T1) – vier maanden na de start van de opleidingssessies – en tussen 2 en 23 september 2024 (T2) – zo’n 11 maanden na de start. Op deze manier werd getracht om de evolutie van de implementatie in kaart te brengen doorheen de tijd. Om een zuivere vergelijking te kunnen maken werd aan de deelnemers gevraagd zichzelf een code toe te kennen op basis van een

vooraf bepaalde formule. Bij de rekrutering voor de tweede bevraging werd expliciet gevraagd aan de deelnemers van de eerste ronde, om ook de tweede survey in te vullen. Slechts 17 personen deden dit. Vermits deze steekproef te klein was om statistisch zinvolle conclusies te trekken, werd de voltallige steekproef op T1 vergeleken met deze op T2. De gemiddelde tijd tussen het volgen van een opleiding en het invullen van de vragenlijst was op T1 bij benadering 5 maanden (154 dagen; range = 21 – 284 dagen); op T2 was dit zo’n 10 maanden (314 dagen; range = 93 – 475 dagen), waarbij het gros van de participanten (82,1%) de training volgde in 2023. Vermits de tijd tussen het volgen van de opleiding en het invullen van de vragenlijst langer is op T2, kan er alsnog een zinvolle vergelijking plaatsvinden tussen de twee meetmomenten in termen van evolutie. Het aantal respondenten die de stellingen met betrekking tot de DUNDRUM-2 ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$) en de zelfrapportageschaal ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$) beoordeelden lag laag, waardoor er voor deze schalen geen conclusies geformuleerd kunnen worden.

De uitkomstmaat ‘methodetrouw’ werd gemeten aan de hand van een dossiercontrole. Dit betrof de Excel scoreformulieren die via een versleutelde bijlage aan de onderzoeker werden bezorgd in het kader van de field validity studie (cf. Hoofdstuk 4 – Field validity). Om de mate van methodetrouw na te gaan analyseerde de eerste onderzoeker de scoreformulieren op basis van een vooraf bepaalde checklist bestaande uit zes criteria (zie bijlage 6), gebaseerd op de checklist van gelijkaardig (risicotaxatie-)onderzoek van De Beuf, de Vogel, et al. (2020). Hierbij werd nagegaan in welke mate alle administratieve data, itemscores en eindbeoordeling werden ingevuld en of het vooropgestelde *timeframe* in de handleiding werd gevolgd. De criteria werden beoordeeld aan de hand van een 4-punts Likertschaal als *onvoldoende* (0), *voldoende* (1), *goed* (2) of *uitzonderlijk goed* (3). Enkel de scoreformulieren ontwikkeld voor het huidige onderzoek werden geïnccludeerd ($n = 103$). Scoreformulieren van vóór deze periode werden geëxcludeerd ($n = 17$) omdat hierin niet alle informatie werd opgenomen in het format (bijvoorbeeld welke bronnen werden gebruikt of de operationalisering van het gestructureerd klinisch eindoordeel).

De uitkomstmaat ‘ingebruikname’ werd afgeleid aan de hand van zowel de ontvangen scoreformulieren als de resultaten uit de online vragenlijst.

Respondenten vragenlijst

De online vragenlijst werd door de netwerkcoördinator internering Volksgezondheid van het hof van beroep van Antwerpen via e-mail verstuurd naar alle master trainers ($n = 18^2$) en alle personen die de DUNDRUM-opleiding volgden tot op het moment van de bevraging. Hierbij werd aangegeven dat de vragenlijst ook verspreid mocht worden naar andere personen die de DUNDRUM gebruiken (*snowball sampling*), ook al volgden ze hiervoor (nog) geen opleiding. Slechts één respondent gaf aan geen training gevolgd te hebben.

T1: Op het moment van de bevraging hadden 335 personen reeds een DUNDRUM-opleiding gevolgd. In totaal werd de vragenlijst ingevuld door 111 personen (response rate = 31,4%), waarvan 43% ($n = 48$) aangaf de DUNDRUM nog niet effectief gebruikt te hebben. Deze personen werden vervolgens geëxcludeerd. Respondenten met ervaring in het gebruik van de DUNDRUM ($n = 63$) waren overwegend

² De onderzoeker is tevens een master trainer, en werd bij de bevraging dus buiten beschouwing gelaten.

psychologen (34,9%) en criminologen (30,2%) die gemiddeld 8 jaar waren tewerkgesteld binnen de (huidige) organisatie. Een vierde van de gebruikers (23,8%) had meer dan 10 jaar anciënniteit, een vierde (23,8%) was 6 tot 10 jaar in dienst en 6% was minder dan één jaar in dienst. Drie vierde (74,6%) gaf aan ook al ervaring te hebben met risicotaxatie; waarvan 70% aangaf dit frequent te gebruiken. Bijna vier vijfde van de respondenten (78,9%) volgde een gecertificeerde DUNDRUM-opleiding; 14% ($n = 8$) was master trainer; 7% volgde een intern georganiseerde opleiding.

T2: Op het moment van de bevraging hadden 384 personen reeds een DUNDRUM-opleiding gevolgd. De vragenlijst werd ingevuld door 69 personen (response rate = 17,2%). Iets meer dan de helft van de respondenten (56,5%; $n = 39$) gaf aan de DUNDRUM nog niet effectief gebruikt te hebben. Deze personen werden geëxcludeerd voor de analyses. De respondenten die reeds met de DUNDRUM aan de slag zijn gegaan ($n = 30$) waren overwegend psychologen (60,0%), maatschappelijk assistenten (13,3%) en criminologen (10,0%) die gemiddeld 7 jaar waren tewerkgesteld binnen de (huidige) organisatie. Zo'n 14% was meer dan 10 jaar in dienst, 31% tussen 6 en 10 jaar en 3,4% minder dan een jaar. De meeste respondenten (90%) hadden al ervaring in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten, waarvan de helft (48,1%) deze frequent gebruikten. Negentig procent van de respondenten volgde een gecertificeerde DUNDRUM-opleiding; 10% ($n = 3$) was master trainer.

Respondenten scoreformulieren

Om de methodetrouw te analyseren werden de DUNDRUM scoreformulieren – die in het kader van de field validity studie werden bezorgd aan de onderzoekers (cf. Hoofdstuk 4 – Field validity) – geanalyseerd. Dit betrof 120 afnames. Hiervan hadden 17 afnames betrekking op een periode voorafgaand aan de implementatie van de DUNDRUM (gescoord door de eerste onderzoeker). Omdat er toen een ander scoreformulier werd gebruikt, konden niet alle vooropgestelde criteria gescoord worden, en werden deze bijgevolg buiten beschouwing gelaten. De analyses hadden dus betrekking op 103 scoreformulieren.

Omdat de DUNDRUM vaak in consensus werd gescoord, kon niet worden bepaald hoeveel beoordelaars betrokken waren bij de scoring. Scoreformulieren werden aangeleverd door 30 verschillende personen, zowel master trainers³ als deelnemers aan de gecertificeerde opleiding. De beoordelaars die scoreformulieren aanleverden waren hoofdzakelijk criminologen (60,0%) en psychologen (26,7%) met een leeftijd beneden 30 (43,3%) of tussen 31 en 40 jaar (43,3%). Ze hadden een anciënniteit van gemiddeld 6,4 jaar in de huidige setting ($SD = 4,10$; range = 0 – 17 jaar). Drie vierde ($n = 22$; 73,3%) was hier minimaal 5 jaar tewerkgesteld. Eenzelfde aandeel was tewerkgesteld binnen een residentiële forensisch psychiatrische setting (73,3%). Alle beoordelaars volgden een DUNDRUM-opleiding, waarvan negen (33,3%) de TTT van de auteurs van de DUNDRUM.

³ Inclusief de eerste onderzoeker.

Analyse

In functie van de analyses werden de antwoordcategorieën uit de survey ‘helemaal eens’ en ‘eens’ samengevoegd tot één categorie. Hetzelfde werd gedaan voor de categorieën ‘helemaal oneens’ en ‘oneens’. De antwoordverdeling werd geanalyseerd middels beschrijvende statistiek.

De methodetrouw checklist werd geanalyseerd op basis van beschrijvende statistiek. Er werd een totaalscore berekend voor de afzonderlijke DUNDRUM-schalen waarbij de mediaan werd berekend als centrummaat en de interkwartielafstand (IQR) om de spreiding van de data weer te geven.

Resultaten

Ingebruikname

Met ingebruikname wordt bedoeld op de intentie, initiële beslissing of actie om de DUNDRUM te gebruiken. Deze uitkomstmaat werd geanalyseerd via dossieronderzoek (scoreformulieren) en de online vragenlijst.

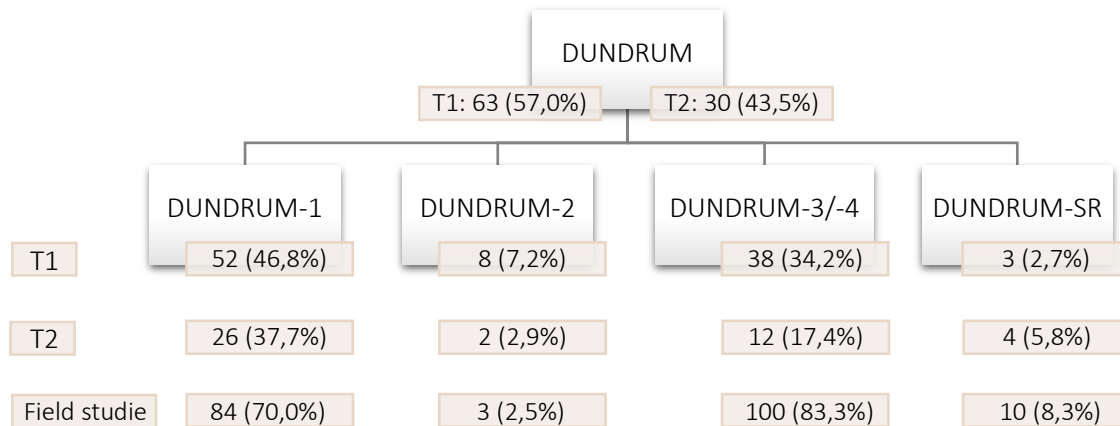
Er werden 120 scoreformulieren ontvangen van 107 patiënten. Dit is een zeer laag aantal ($< 5\%$) rekening houdend met het aantal opgeleide personen ($N = 461$) en het aantal geïnterneerden ($N = 2.387$ in december 2022⁴; Seynnaeve, 2023). Uiteraard is het mogelijk dat er DUNDRUM-afnames zijn gebeurd die niet tot bij de onderzoeksgroep zijn geraakt. Dit kan te maken hebben met een “vergetelheid” (ondanks de vele reminders die werden verstuurd door de netwerkcoördinatoren), of omdat er geen informed consent van de patiënt kon bekomen worden. Ook het feit dat de afnames op een beveiligde wijze (i.c. versleuteling) verstuurd moesten worden, kan een drempel zijn geweest. Daarnaast blijkt uit de field validity studie dat het gros van de scoreformulieren werd aangeleverd door personen tewerkgesteld binnen een forensische residentiële psychiatrische setting (73,3%). Er werden slechts afnames aangeleverd door negen van de 49 deelnemende instellingen (18,4%), waarbij er geen enkel scoreformulier werd ontvangen vanuit het gevangeniswezen. Een andere opvallende bevinding is dat, ondanks het feit dat er 461 personen werden opgeleid, slechts afnames werden ontvangen van 30 personen. Dit gegeven moet wel enigszins genuanceerd worden, omdat in de meeste gevallen werd aangegeven dat de afname gebeurde in consensus, wat betekent dat er meerdere personen (weliswaar binnen eenzelfde afdeling) betrokken waren bij de scoring. Op basis van deze informatiebron kan er dus geen betrouwbare uitspraak worden gedaan over de mate van gebruik van de DUNDRUM, noch over het aantal personen dat betrokken is bij het gebruik.

Op basis van de vragenlijst kunnen wel enkele bevindingen afgeleid worden over de mate van gebruik van de DUNDRUM. In de survey gaf de helft van de respondenten (51,5%; $n = 84$) aan de DUNDRUM reeds te hebben afgenomen (zie figuur 3-1). Vooral DUNDRUM-1 werd het meest frequent gebruikt (82,1%), gevolgd door DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 (54,8%). DUNDRUM-2 en de zelfrapportageschaal werden slechts sporadisch gebruikt (respectievelijk door negen en vijf personen). De personen die de

⁴ Dit betreft *alle* geïnterneerden op een bepaald moment in de tijd en ligt dus hoger dan het aantal geïnterneerden dat wordt opgevolgd door de deelnemende instellingen (zie bijlage X).

survey invulden op de twee tijdstipmomenten ($n = 17$) gaven wel aan de DUNDRUM vaker te gebruiken in vergelijking met een half jaar voordien.

Figuur 3-1. Mate van gebruik van de DUNDRUM op basis van de survey



Noot. T1 = meetmoment 1 (maart 2024); T2 = meetmoment 2 (september 2024).

Aanvaardbaarheid

Aanvaardbaarheid heeft betrekking op de mate waarin beoordelaars de DUNDRUM als doenbaar ervaren op basis van de inhoud, complexiteit, gemak en geloofwaardigheid.

In tabel 3-6 wordt weergegeven in welke mate de respondenten akkoord gingen met de stellingen: “Hoe tevreden bent u over de DUNDRUM?”. In tabel 3-2 wordt weergegeven of er een stijging of daling werd waargenomen doorheen de tijd (T2 ten opzichte van T1). Een stijgend aantal respondenten gaf aan op basis van de DUNDRUM gemakkelijk onderscheid te kunnen maken tussen de beveiligingsniveaus (T1 = 57,9%; T2 = 76,7%). Zo’n drie vierde van de respondenten was van mening dat het gebruik van de DUNDRUM hun klinische expertise niet ondermijnt (T1 = 70,2%; T2 = 86,7%). Ongeveer de helft gaf op beide momenten aan dat de DUNDRUM een totaalbeeld schetst van de beveiligingsnoden van een patiënt.

Het merendeel van de respondenten was het op beide meetmomenten eens dat de DUNDRUM-1 een zinvol instrument is om het geschikte beveiligingsniveau te bepalen bij aanvang van het traject (T1 = 85,1%; T2 = 80,8%). Drie vierde van de respondenten (72,3%) gaf bij het eerste meetmoment daarbij ook aan vertrouwen te hebben in hun eindoordeel. Dit daalde echter na verloop van tijd (T2 = 50%). Iets meer dan de helft stelde vertrouwen te hebben in hun beoordeling van de individuele items (T1 = 59,6%; T2 = 61,5%). Gerelateerd hieraan gaf minder dan de helft van de respondenten aan dat de DUNDRUM-1 items makkelijk toepasbaar waren bij hun cliënten (T1 = 40,4%; T2 = 26,9%).

Drie vierde van de respondenten (72,7%) was op T1 van mening dat DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 doorstroom kunnen faciliteren, maar dit daalde naar 50% op T2. Niemand was het echter oneens met deze stelling. Ook het vertrouwen in hun eigen eindbeoordeling daalde lichtjes doorheen de tijd (T1 = 63,6%; T2 = 58,3%). Op itemniveau gaf ongeveer de helft aan vertrouwen te hebben in hun scoring (T1

= 42,4%; T2 = 58,4%). Minder dan de helft gaf aan de items van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 makkelijk te kunnen toepassen in een casus (T1 = 42,4%; T2 = 41,7%).

Tabel 3-2. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake aanvaardbaarheid

Stellingen aanvaardbaarheid	Oneens	Neutraal	Eens
Aan de hand van de DUNDRUM kan ik gemakkelijk onderscheid maken tussen de verschillende beveiligingsniveaus	=	–	+
Ik kan de DUNDRUM-1 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt	=	+	–
Ik kan de DUNDRUM-2 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt	–	+	–
Ik kan de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt	+	–	=
De DUNDRUM schetst een totaalbeeld van de beveiligingsnoden van de patiënt	=	=	=
DUNDRUM-1 kan bijdragen aan het toewijzen van het geschikte beveiligingsniveau bij aanvang van het traject	=	=	=
DUNDRUM-2 kan beslissingen met betrekking tot wachtlijsten faciliteren	–	+	–
DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 kunnen de doorstroom faciliteren	=	+	–
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-1 items	=	=	=
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-2 items	–	=	+
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items	=	=	+
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-1 eindoordeel	=	+	–
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-2 eindoordeel	–	+	–
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 eindoordeel	=	=	=
De patiënten vinden de DUNDRUM zelfrapportage een nuttig instrument om een geschikte setting te selecteren (in functie van beveiligingsniveau)	+	=	–
Ik vind dat de DUNDRUM mijn klinische expertise ondermijnt	+	–	=

Geschiktheid

Geschiktheid verwijst naar de mate waarin men denkt dat de DUNDRUM geschikt of relevant is voor de betreffende setting of populatie.

In tabel 3-7 wordt weergegeven in welke mate de respondenten akkoord gingen met de stelling: “Hoe geschikt is de DUNDRUM volgens u?”. De stellingen werden in grote lijnen positief beoordeeld. Meer dan de helft van de respondenten was het eens met zeven van de 10 stellingen. In tabel 3-3 wordt weergegeven of er een stijging of daling werd waargenomen doorheen de tijd (T2 ten opzichte van T1).

Twee derde van de respondenten (77,2%) gaf op T1 aan de DUNDRUM een waardevolle toevoeging te vinden op risicotaxatie, zij het dat dit enigszins daalde bij het tweede meetmoment (T2 = 66,7%). Ze achtten de DUNDRUM tevens toepasbaar voor hun eigen doelgroep (T1 = 68,4%; T2 = 76,6%) en zijn van mening dat het eensgezindheid faciliteert binnen het team (T1 = 63,2%; T2 = 60,0%). Daar waar men aangaf dat de DUNDRUM in toenemende mate geïntegreerd wordt in de communicatie met (zorg)partners (cf. 'bereik'), was er hier een daling tussen de twee meetmomenten merkbaar in de mate waarin de respondenten het eens waren met het gegeven dat dit de communicatie tussen partners faciliteert (T1 = 70,2%; T2 = 56,7%).

Op de stelling dat de DUNDRUM-1 een meerwaarde vormt voor het opnamebeleid was een dalende trend merkbaar: drie vierde van de respondenten (76,6%) was het hiermee eens op T1; iets meer dan de helft (53,8%) op T2. Op beide momenten gaven twee derde van de respondenten aan DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 een meerwaarde te vinden voor het behandeltraject (T1 = 66,7%; T2 = 66,7%).

Tabel 3-3. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake geschiktheid

Stellingen geschiktheid	Oneens	Neutraal	Eens
Ik vind DUNDRUM-1 een meerwaarde voor het opnamebeleid	=	+	–
Ik vind DUNDRUM-2 een meerwaarde voor het wachtlijstbeheer	–	+	+
Ik vind DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 een meerwaarde voor het behandeltraject	–	+	=
Ik vind de DUNDRUM zelfrapportage een meerwaarde voor het behandeltraject	=	–	+
De DUNDRUM levert nieuwe en relevante informatie op	+	–	=
De DUNDRUM is een waardevolle toevoeging op risicotaxatie	=	+	–
De DUNDRUM is toepasbaar voor de doelgroep binnen onze organisatie	–	=	=
De DUNDRUM faciliteert de communicatie met andere zorginstellingen/partners	=	=	–
De DUNDRUM faciliteert eensgezindheid binnen het team	=	=	=
De DUNDRUM zelfrapportage faciliteert het (therapeutisch) gesprek met de patiënt/eensgezindheid tussen het team en de patiënt	=	+	–

Haalbaarheid

Haalbaarheid betreft de mate waarin een instrument succesvol kan worden afgenomen binnen een bepaalde organisatie.

In tabel 3-8 wordt weergegeven in welke mate de respondenten akkoord gingen met de stelling: “Hoe toepasbaar is de DUNDRUM volgens u?”. In tabel 3-4 wordt weergegeven of er een stijging of daling werd waargenomen doorheen de tijd (T2 ten opzichte van T1).

Tabel 3-4. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake haalbaarheid

Stellingen haalbaarheid	Oneens	Neutraal	Eens
De informatie die nodig is om DUNDRUM-1 te scoren is voor mij vrij beschikbaar	+	=	–
De informatie die nodig is om DUNDRUM-2 te scoren is voor mij vrij beschikbaar	–	–	+
De informatie die nodig is om DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren is voor mij vrij beschikbaar	=	=	–
Ik ken de patiënt goed genoeg om DUNDRUM-3 en -4 vlot te scoren	=	=	+
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-1 te scoren	=	=	=
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-2 te scoren	–	+	=
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren	–	=	=
Ik krijg voldoende tijd en ruimte om de DUNDRUM te scoren	+	–	=
Ik vind de DUNDRUM handleiding helder/duidelijk	=	=	=
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-1	+	=	=
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-2	+	+	–
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4	=	=	=
De patiënten zijn bereid om de DUNDRUM zelfrapportage in te vullen	–	=	+
De patiënten ervaren moeilijkheden bij het scoren van de DUNDRUM zelfrapportage	–	=	+

In het algemeen heerste er verdeeldheid over de toepasbaarheid van de DUNDRUM. Slechts een derde van de respondenten vond de handleiding duidelijk (T1 = 31,6%; T2 = 33,3%); bijna de helft nam hierover eerder een neutrale positie aan. Zo’n 40 (T1) tot 50% (T2) gaf aan voldoende tijd en ruimte te krijgen om de DUNDRUM te scoren; anderzijds was 26,3 (T1) tot 36,7% (T2) het hier niet mee eens.

Een minderheid van de respondenten gaf aan gemakkelijk de nodige informatie te kunnen verkrijgen om de DUNDRUM-1 te kunnen scoren (T1 = 38,3%; T2 = 23,1%). Anderzijds gaf twee derde aan over de nodige kennis en kunde te beschikken om de schaal te scoren (T1 = 66,0%; T2 = 65,4%) en ondervond slechts een minderheid moeilijkheden bij de scoring (T1 = 27,7%; T2 = 19,2%). Respondenten die wel moeilijkheden ervaarden, verwezen vooral naar de beschikbaarheid van informatie, de vertaalslag naar de Belgische (juridische) situatie en het gegeven dat items soms voor interpretatie vatbaar zijn.

Op T1 gaf 69,7% van de respondenten aan dat de informatie nodig voor het scoren van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 gemakkelijk beschikbaar is; dit daalde op T2 naar 41,7%. Men gaf verder nog aan de patiënt voldoende te kennen (T1 = 54,5%; T2 = 66,6%) en over voldoende kennis te beschikken (T1 = 60,6%; T2 = 66,6%) om deze schalen vlot te kunnen scoren (T1 = 42,4%; T2 = 50,0%). Toch gaf men aan in enige mate moeilijkheden te ervaren bij het scoren. Ook hier had dit met name te maken met moeilijkheden bij het scoren van bepaalde items waarbij men aangeeft het gevoel te hebben dat de

scoring te conservatief of streng is. Ook de beschikbaarheid van informatie speelt een rol, waarbij men aangeeft onvoldoende zicht te hebben op eerdere behandeltrajecten. Ook de vertaalslag naar de Belgische situatie, met name op vlak van therapieprogramma's en de definiëring van de verschillende beveiligingsniveaus zorgt voor moeilijkheden bij de scoring.

De respondenten gaven op T1 aan dat het gemiddeld ongeveer een uur duurde om de items van de DUNDRUM-1, DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren (range = 3 – 180 minuten). Daarbij kwam nog eens anderhalf uur voorbereidingstijd voor de DUNDRUM-1 (range = 10 – 360 minuten) en 45 minuten voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 (range = 3 – 300 minuten). Gemiddeld genomen daalde dit niet in het tweede meetmoment. De maximumtijd die nodig is voor de voorbereiding en het scoren van de items daalde daarentegen wel.

Bereik

Bereik heeft betrekking op de mate waarin het instrument is geïntegreerd binnen een setting.

In tabel 3-9 wordt weergegeven in welke mate de respondenten akkoord gingen met de stelling: “In welke mate is het gebruik van de DUNDRUM volgens u geïntegreerd in uw organisatie?”. In tabel 3-5 wordt weergegeven of er een stijging of daling werd waargenomen doorheen de tijd (T2 ten opzichte van T1). Doorgaans werden er op het eerste gezicht weinig veranderingen waargenomen tussen de twee meetmomenten. Minder dan een vierde gaf aan dat (de subschalen van) de DUNDRUM geïntegreerd waren in het behandeltraject. Er werd wel een stijging vastgesteld voor wat betreft de integratie van de DUNDRUM in de communicatie met (zorg)partners (T1 = 17,5%; T2 = 46,6%) en de KBM (T1 = 42,9%; T2 = 60%). Ongeveer de helft was van mening dat teamleden voldoende toegang hebben tot kennis over de DUNDRUM (T1 = 57,9%; T2 = 50,0%).

Tabel 3-5. Stijging (+) of daling (–) met minimaal 10% op T2 over de stellingen inzake bereik

Stellingen bereik	Oneens	Neutraal	Eens
DUNDRUM-1 is geïntegreerd in het interne behandeltraject	=	=	=
DUNDRUM-2 is geïntegreerd in het interne behandeltraject	=	=	=
DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 zijn geïntegreerd in het interne behandeltraject	–	+	=
De teamleden hebben voldoende toegang tot kennis over de DUNDRUM	=	=	=
De DUNDRUM is formeel geïntegreerd in de communicatie met andere zorginstellingen/partners	–	–	+
Een bespreking van de DUNDRUM zelfrapportage met de patiënt is geïntegreerd in het behandeltraject	=	–	+
De DUNDRUM resultaten worden gecommuniceerd naar de KBM	=	=	+

Tabel 3-6. Percentage respondentent die akkoord gingen met de stellingen over aanvaardbaarheid op twee meetmomenten

Stellingen aanvaardbaarheid	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
Aan de hand van de DUNDRUM kan ik gemakkelijk onderscheid maken tussen de verschillende beveiligingsniveaus ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	10,5%	31,6%	57,9%	4	10,0%	13,3%	76,7%
Ik kan de DUNDRUM-1 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	3	21,3%	38,3%	40,4%	3	15,4%	57,7%	26,9%
Ik kan de DUNDRUM-2 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	2	50,0%	33,3%	16,7%	3	0%	100%	0%
Ik kan de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	3	27,3%	30,3%	42,4%	3	41,7%	16,7%	41,7%
De DUNDRUM schetst een totaalbeeld van de beveiligingsnoden van de patiënt ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	15,8%	29,8%	54,4%	4	20,0%	26,7%	53,3%
DUNDRUM-1 kan bijdragen aan het toewijzen van het geschikte beveiligingsniveau bij aanvang van het traject ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	4	2,1%	12,8%	85,1%	4	0%	19,2%	80,8%
DUNDRUM-2 kan beslissingen met betrekking tot wachtlijsten faciliteren ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	2	83,3%	0%	16,7%	2,5	50%	50,0%	0%
DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 kunnen de doorstroom faciliteren ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	9,1%	18,2%	72,7%	3,5	0%	50,0%	50,0%
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-1 items ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	4	12,8%	27,7%	59,6%	4	7,7%	30,8%	61,5%
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-2 items ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	3	33,3%	50,0%	16,7%	3,5	0%	50,0%	50,0%
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	3	15,2%	42,4%	42,4%	4	8,3%	33,3%	58,4%

Vervolg tabel 3-6

Stellingen aanvaardbaarheid	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-1 eindoordeel ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	4	4,3%	23,4%	72,3%	3,5	3,8%	46,2%	50%
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-2 eindoordeel ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	3	33,3%	33,3%	33,3%	3	0%	100%	0%
Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 eindoordeel ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	12,1%	24,2%	63,6%	4	8,3%	33,3%	58,3%
De patiënten vinden de DUNDRUM zelfrapportage een nuttig instrument om een geschikte setting te selecteren (in functie van beveiligingsniveau) ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	3,5	0%	50,0%	50,0%	3	25,0%	50,0%	25,0%
Ik vind dat de DUNDRUM mijn klinische expertise ondermijnt ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	1,5	70,2%	24,6%	4,8%	2	86,7%	13,3%	0%

Noot. T1 = meetmoment 1 (maart 2024); T2 = meetmoment 2 (september 2024).

Tabel 3-7. Percentage respondentent die akkoord gingen met de stellingen over geschiktheid op twee meetmomenten

Stellingen geschiktheid	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
Ik vind DUNDRUM-1 een meerwaarde voor het opnamebeleid ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	4	4,3%	19,1%	76,6%	4	3,8%	42,3%	53,8%
Ik vind DUNDRUM-2 een meerwaarde voor het wachtlijstbeheer ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	2	66,7%	0%	33,3%	3,5	0%	50,0%	50,0%
Ik vind DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 een meerwaarde voor het behandeltraject ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	18,2%	15,2%	66,7%	4	0%	33,3%	66,7%
Ik vind de DUNDRUM zelfrapportage een meerwaarde voor het behandeltraject ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	3	0%	100%	0%	4	0%	25,0%	75,0%
De DUNDRUM levert nieuwe en relevante informatie op ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	3	12,3%	45,6%	42,1%	3	30,0%	30,0%	40,0%
De DUNDRUM is een waardevolle toevoeging op risicotaxatie ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	8,8%	14,0%	77,2%	4	0%	33,3%	66,7%
De DUNDRUM is toepasbaar voor de doelgroep binnen onze organisatie ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	14,0%	17,5%	68,4%	4	3,3%	20,0%	76,6%
De DUNDRUM faciliteert de communicatie met andere zorginstellingen/partners ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	8,8%	21,1%	70,2%	4	13,3%	30,0%	56,7%
De DUNDRUM faciliteert eensgezindheid binnen het team ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	5,3%	31,6%	63,2%	4	6,7%	33,3%	60,0%
De DUNDRUM zelfrapportage faciliteert het (therapeutisch) gesprek met de patiënt/eensgezindheid tussen het team en de patiënt ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	3,5	0%	50%	50%	3	0%	75,0%	25,0%

Noot. T1 = meetmoment 1 (maart 2024); T2 = meetmoment 2 (september 2024).

Tabel 3-8. Percentage respondentent die akkoord gingen met de stellingen over haalbaarheid op twee meetmomenten

Stellingen haalbaarheid	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
De informatie die nodig is om DUNDRUM-1 te scoren is voor mij vrij beschikbaar ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	3	34,0%	27,7%	38,3%	3	46,2%	30,8%	23,1%
De informatie die nodig is om DUNDRUM-2 te scoren is voor mij vrij beschikbaar ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	3	33,3%	66,7%	0%	3,5	0%	50,0%	50,0%
De informatie die nodig is om DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren is voor mij vrij beschikbaar ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	15,2%	15,2%	69,7%	4	25,0%	8,3%	41,7%
Ik ken de patiënt goed genoeg om DUNDRUM-3 en -4 vlot te scoren ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	24,2%	21,2%	54,5%	4	16,7%	16,7%	66,6%
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-1 te scoren ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	4	8,5%	25,5%	66,0%	4	7,7%	26,9%	65,4%
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-2 te scoren ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	3,5	33,3%	16,7%	50,0%	3,5	0%	50,0%	50,0%
Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	4	12,1%	27,3%	60,6%	4	0%	33,3%	66,6%
Ik krijg voldoende tijd en ruimte om de DUNDRUM te scoren ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	3	26,3%	31,6%	42,1%	3,5	36,7%	13,3%	50,0%
Ik vind de DUNDRUM handleiding helder/duidelijk ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	3	21,1%	47,4%	31,6%	3	20,0%	46,7%	33,3%
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-1 ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	3	29,8%	42,6%	27,7%	3	46,2%	34,6%	19,2%
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-2 ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	3,5	16,7%	33,3%	50,0%	2,5	50,0%	50,0%	0%
Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	3	24,2%	33,3%	42,4%	3,5	33,3%	16,7%	50,0%

Vervolg tabel 3-8

Stellingen haalbaarheid	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
De patiënten zijn bereid om de DUNDRUM zelfrapportage in te vullen ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	2,5	50,0%	50,0%	0%	3,5	0%	50,0%	50,0%
De patiënten ervaren moeilijkheden bij het scoren van de DUNDRUM zelfrapportage ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	2,5	50,0%	50,0%	0%	3,5	0%	50,0%	50,0%

Noot. T1 = meetmoment 1 (maart 2024); T2 = meetmoment 2 (september 2024).

Tabel 3-9. Percentage respondenten die akkoord gingen met de stellingen over bereik op twee meetmomenten

Stellingen bereik	T1				T2			
	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens	Mediaan	% Oneens	% Neutraal	% Eens
DUNDRUM-1 is geïntegreerd in het interne behandeltraject ($n^{T1} = 47$; $n^{T2} = 26$)	3	44,7%	34,0%	21,3%	3	42,3%	34,6%	23,1%
DUNDRUM-2 is geïntegreerd in het interne behandeltraject ($n^{T1} = 6$; $n^{T2} = 2$)	1	100%	0%	0%	1,5	100%	0%	0%
DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 zijn geïntegreerd in het interne behandeltraject ($n^{T1} = 33$; $n^{T2} = 12$)	2	54,5%	33,3%	12,1%	3	33,3%	50,0%	16,6%
De teamleden hebben voldoende toegang tot kennis over de DUNDRUM ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	4	26,3%	15,8%	57,9%	3,5	30,0%	20,0%	50,0%
De DUNDRUM is formeel geïntegreerd in de communicatie met andere zorginstellingen/partners ($n^{T1} = 57$; $n^{T2} = 30$)	3	45,6%	36,8%	17,5%	3	30,0%	23,3%	46,6%
Een bespreking van de DUNDRUM zelfrapportage met de patiënt is geïntegreerd in het behandeltraject ($n^{T1} = 2$; $n^{T2} = 4$)	2	50,0%	50,0%	0%	2,5	50,0%	25,0%	25,0%
De DUNDRUM resultaten worden gecommuniceerd naar de KBM ($n^{T1} = 56$; $n^{T2} = 30$)	3	33,9%	23,2%	42,9%	4,0	26,7%	13,3%	60,0%

Noot. T1 = meetmoment 1 (maart 2024); T2 = meetmoment 2 (september 2024).

Methodetrouw

Methodetrouw is de mate waarin de DUNDRUM gebruikt wordt zoals het bedoeld of voorgeschreven wordt door de ontwikkelaars. In tabel 3-10 wordt de mate van methodetrouw weergegeven per criterium. In de helft van de gevallen (51,5%) werd alle administratieve data ingevuld. Dit betrof informatie over de beoordelaar, de patiënt en de afname. In een derde van de gevallen werd één van deze luiken niet volledig ingevuld. Dit betrof in de meeste gevallen de vraag of de resultaten werden gecommuniceerd ten aanzien van de KBM. In de meerderheid van de gevallen (80,6%) werden minstens vier bronnen gebruikt; in nog eens een kwart van de gevallen (19,4%) werden drie bronnen geconsulteerd. Meer informatie over het gebruik van bronnen wordt gerapporteerd in hoofdstuk 4 ('Field validity').

Tabel 3-10. De mate van methodetrouw en mediaan van de DUNDRUM scoreformulieren per criterium

		Onvoldoende (0)	Voldoende (1)	Goed (2)	Uitzonderlijk goed (3)	Mediaan
	Administratieve data	–	12 (11,7%)	38 (36,9%)	53 (51,5%)	3
	Meerdere bronnen	11 (10,7%)	1 (1,0%)	8 (19,4%)	82 (80,6%)	3
D1	Item ratings	–	1 (1,5%)	5 (7,5%)	61 (91,0%)	3
	Item rationale	4 (6,0%)	7 (10,4%)	12 (17,9%)	44 (65,7%)	3
	Eindoordeel	11 (16,4%)	–	21 (31,3%)	35 (52,2%)	3
	Timing	65 (100%)	–	–	–	0
D3/4	Item ratings	2 (2,4%)*	6 (7,1%)	51 (60,7%)	25 (29,8%)	2
	Item rationale	3 (3,6%)	10 (11,9%)	12 (14,3%)	59 (70,2%)	3
	Eindoordeel	8 (9,5%)	–	12 (14,3%)	64 (76,2%)	3
	Timing	48 (59,3%)	5 (6,2%)	5 (6,2%)	23 (28,4%)	3

Noot. D1 = DUNDRUM-1, D3/4 = DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4.

* In één geval werd enkel DUNDRUM-3 gescoord.

De mediane totaalscore met betrekking tot de methodetrouw van de DUNDRUM-1 was 8 op 12 (IQR = 3; range = 3 – 9). In de meerderheid van de gevallen (91,0%) werden alle items gescoord. In twee derde van de gevallen (65,7%) werd elke itemscore tevens beargumenteerd. Aan dit criterium werd voldaan wanneer er dossierinformatie werd voorzien om de itemscore te staven, of wanneer de van toepassing zijnde nummering (volgens de handleiding) werd genoteerd. In nog eens een vijfde van de gevallen (17,9%) ontbrak deze argumentatie voor slechts één item. In de helft van de gevallen werd er een gemotiveerd gestructureerd klinisch eindoordeel ingevuld; in een derde van de gevallen werd slechts één van beiden ingevuld: het eindoordeel in termen van beveiligingsniveau of een motivering. In de meeste gevallen ontbrak dit laatste. In geen enkel geval werd DUNDRUM-1 gescoord op het geadviseerde moment, namelijk vóór opname.

Er waren slechts 3 scoreformulieren beschikbaar van DUNDRUM-2, waardoor de methodetrouw niet werd geanalyseerd.

De mediane totaalscore van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 was 8 op 12 (IQR = 3), waarbij de totaalscores varieerden tussen 2 en 12. Slechts in een derde van de gevallen (39,8%) werden alle items gescoord. In 60% van de gevallen werd één item opengelaten. In twee derde van de gevallen werden de itemscores beargumenteerd; in 84,5% van de gevallen werd maximaal 1 itemscore niet van argumentatie voorzien. In drie vierde van de gevallen (76,2%) werd een eindoordeel geformuleerd in termen van beveiligingsniveau, en werd dit oordeel gemotiveerd. In 14,3% werd één van beide ingevuld: of het beveiligingsniveau, of een motivering, waarbij het meestal over dat eerste ging. Het opvolgen van de richtlijnen in verband met de timing van afname werd op twee manieren bekeken. Wanneer de patiënt nog niet was uitgestroomd tijdens de studieperiode ($n = 53$; 72,6%), werd nagegaan of een afname werd gedaan na een bepaalde tijd na opname of sinds de vorige DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 afname. Wanneer de patiënt wel was uitgestroomd ($n = 20$; 27,4%), werd nagegaan of er een afname gebeurde binnen een bepaalde periode voor ontslag. Globaal gezien werd DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 in drie vierde van de gevallen (71,6%) niet gescoord binnen het vooropgestelde timeframe. Wanneer dit werd opgesplitst op basis van al dan geen uitstroom, viel op dat in hogere mate werd voldaan aan het timeframe uit de handleiding wanneer de patiënt uitstroomde. In 60% van de gevallen werd DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 dan gescoord maximaal zes maanden voor ontslag.

Conclusie

In dit luik werd ingezoomd op het succes van de implementatie op basis van een aantal uitkomstmaten. Uitkomstmaten zoals aanvaardbaarheid, geschiktheid en haalbaarheid kunnen inzicht geven in redenen waarom een nieuwe methodiek niet wordt toegepast. De uitkomstmaten methodetrouw en bereik kunnen aantonen waarom een nieuwe methodiek niet de verwachte effecten behaald (Mettert et al., 2020). Conform de implementatiestudie van De Beuf et al. (2019) werd geen unaniem rooskleurig beeld vastgesteld wat betreft de effecten van de implementatie en waarbij er nog aantal uitdagingen werden vastgesteld. Deze liggen tevens in lijn met de determinanten bepaald in Hoofdstuk 2 ('Determinanten voor een succesvolle implementatie').

Op vlak van ingebruikname konden geen betrouwbare uitspraken worden gedaan. Op basis van de afnames die aan de onderzoeksgroep werden bezorgd en het percentage gebruikers op basis van de vragenlijst, lijkt het gebruik een stuk lager (30 à 40%) te liggen dan in ander implementatieonderzoek (met risicotaxatie-instrumenten), waarbij doorgaans quota's van minimaal 80% behaald (De Beuf et al., 2019; Vincent et al., 2016). Dit heeft mogelijk te maken met het grootschalige opzet van de implementatie, waardoor dit aspect niet actief gemonitord kon worden. Vermoedelijk ligt het effectieve gebruik van de DUNDRUM hoger dan we op basis van de beschikbare gegevens kunnen besluiten. Een aantal drempels – zoals het voorzien in een informed consent – kan er mogelijk voor gezorgd hebben dat niet alle afnames tot bij de onderzoekers zijn geraakt. Indicaties hiervoor werden gevonden in de presentaties op de 'Inspiratiedag DUNDRUM' (Bex, 2025; Janssen & Denys, 2025; Ruymaekers, 2025; Vermeiren, 2025). Anderzijds sluiten deze cijfers wel aan bij de bevindingen uit een internationale enquête over het gebruik van risicotaxatie, waarbij de helft van respondenten aangaf gebruik te maken van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten (Singh et al., 2014). Opvallend is wel dat een belangrijke actor, namelijk de gevangenis, geen afnames bezorgde en hierdoor – schijnbaar – de DUNDRUM niet gebruikt, terwijl DUNDRUM-1 idealiter bij het begin van het traject wordt afgenomen. Daarnaast bleek

zowel uit de vragenlijst als uit de ontvangen scoreformulieren dat vooral DUNDRUM-2 en de zelfrapportageversie zeer beperkt gebruikt worden. De resultaten voor deze schalen kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar het volledige interneringslandschap. Een verklaring voor het beperkt gebruik van DUNDRUM-2 kan liggen in het feit dat in de training wordt verwezen naar de beperkte validiteit van de schaal in Vlaanderen en het gebruik ervan voorlopig werd afgeraden. Wat betreft de uitkomstmaat 'aanvaardbaarheid' was de algemene tendens van de respondenten ten aanzien van de DUNDRUM eerder positief. DUNDRUM-1 werd als zinvol ervaren. Beoordelaars gaven na verloop van tijd echter aan minder vertrouwen te hebben in hun eindoordeel. Mogelijk is dit te wijten aan de grotere tijdspanne tussen het volgen van de opleiding en het moment van het invullen van de survey. Met andere woorden: mogelijk wordt DUNDRUM-1 te weinig gebruikt om het in de vingers te krijgen, wat gepaard kan gaan met een stijgende onzekerheid. In de scoreformulieren konden de beoordelaars op een 3-puntsschaal aangeven in welke mate ze zeker waren van hun score. De helft van de beoordelaars ($n = 29$) vulden dit in en gaven in 86,2% van de gevallen aan zeker te zijn van hun eindoordeel. De tevredenheid over DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 daalde en respondenten gaven tevens aan minder vertrouwen te hebben in hun eigen scoring. Ook in risicotaxatie-implementatie-onderzoek werden gemengde bevindingen gerapporteerd over de mate van tevredenheid bij de gebruikers en de mate van vertrouwen in hun eindoordeel (Crocker et al., 2011; De Beuf et al., 2019; Doyle et al., 2008; Sher & Galton, 2014).

In grote lijnen werd de DUNDRUM geschikt geacht. Twee derde tot drie vierde van de respondenten gaf aan de DUNDRUM een meerwaarde te vinden en toepasbaar voor de doelgroep. Het gebruik ervan faciliteert ook eensgezindheid binnen het team en de externe communicatie.

De werklust werd zowel in de literatuur als tijdens de focusgroepen (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie) genoemd als belangrijke determinant in het welslagen van een implementatie. In de huidige studie gaf een vierde tot een derde van de respondenten aan over te weinig tijd te beschikken om met de DUNDRUM aan de slag te gaan. De gemiddelde tijd nodig om de DUNDRUM te scoren daalde overigens niet doorheen de tijd, hetgeen ook werd verwacht op basis van de literatuur (Crocker et al., 2011; De Beuf et al., 2019). Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de tijd tussen de opleiding en de bevraging nog beperkt was, waardoor ook het gebruik van de DUNDRUM nog niet op kruissnelheid was. Men verwacht immers pas een daling in de benodigde tijd na veelvuldig scoren. Mogelijk had men het instrument op het moment van de bevraging dus nog niet (voldoende) in de vingers. Zo werd tijdens een van deze focusgroepen door een master trainer – van wie verwacht wordt de meeste ervaring te hebben opgedaan – aangegeven dat de tijdsinvestering beperkt is. Ook in de studie van Habets en Jeandarme (2021) gaven psychologen aan dat het scoren van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 slechts 20 minuten duurde. Respondenten gaven nochtans aan dat moeilijkheden bij de scoring niet leken te verminderen doorheen de tijd. Dit ligt niet in lijn met wat gevonden werd in de studie van Vincent, Guy, et al. (2012). Bovendien vraagt ook de informatieverzameling tijd, hetgeen niet zal wijzigen doorheen de tijd. Dit laatste werd ook als bemoeilijkende factor benoemd doorheen de focusgroepen (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie). In tegenstelling tot de literatuur gaf verder minder dan de helft van de respondenten aan over voldoende informatie te beschikken om de (subschalen van de) DUNDRUM te scoren (De Beuf et al., 2019; Doyle et al., 2008; Sher & Galton, 2014). Opvallend is dat dit volgens zo'n 70% van de respondenten op T1 wel het geval was.

De integratie van de DUNDRUM in het (interne) behandeltraject leek eerder beperkt te zijn. In de literatuur werd er voor risicotaxatie zowel een goede (Crocker et al., 2011) als beperkte (De Beuf et al., 2019) integratie gerapporteerd, al werd in deze laatste studie wel een positieve trend opgemerkt na verloop van tijd. Een positief gegeven is verder dat er een stijgend gebruik werd gerapporteerd van de DUNDRUM in de communicatie met externe (zorg)partners en ten aanzien van de KBM. Ook in andere onderzoeken liet men zich positief uit over de geschiktheid van een gestructureerd risicotaxatie-instrument (De Beuf et al., 2019; Sher & Gralton, 2014), hoewel ook dit leek te dalen na verloop van tijd (De Beuf et al., 2019).

Tot slot werd nagegaan in hoeverre de DUNDRUM werd gebruikt conform de richtlijnen uit de handleiding (methodetrouw). Naast het feit dat het evalueren van methodetrouw van belang is voor het optimaliseren van de kwaliteit van de implementatie, is het ook nauw verbonden met de klinische resultaten, namelijk de field validity (cf. Hoofdstuk 4 – Field validity). Slechte resultaten kunnen immers te wijten zijn aan het feit dat het instrument niet gebruikt wordt zoals voorgeschreven (Breitenstein et al., 2010). De resultaten laten een matige tot goede methodetrouw zien. De mediaanscores laten zien dat in minstens de helft van de afnames alle items worden gescoord, beargumenteerd en een gemotiveerd eindoordeel wordt geformuleerd, maar vaak lag dit aandeel hoger. Voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 ligt het aandeel afnames waarbij alle items werden gescoord lager. Dit heeft te maken met één specifiek item dat verwijst naar risico-inschatting op basis van de HCR-20. Daarnaast werd ook de timing van de afname onvoldoende gerespecteerd. DUNDRUM-1 werd zelfs nooit afgenomen voor opname. Dit heeft mogelijk te maken met de recente opstart van de implementatie, waarbij er voor geen enkele patiënt een DUNDRUM-1 voorhanden was, waardoor deze op een later tijdstip dan aangewezen alsnog werd gescoord. Ook DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 werd niet altijd gescoord op de momenten dat dit aangewezen is. Ook dit kan te wijten zijn aan de recente implementatie, waarbij een DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 voor een eerste maal werd afgenomen voor patiënten die reeds langer in opname waren voor de start van de implementatie. Positief is alvast dat in 60% van de gevallen een afname voorhanden is binnen zes maanden voor uitstroom. Het gegeven dat het in 40% van de gevallen gaat over een afname van langer dan zes maanden geleden, kan gelinkt worden aan de lange wachtlijsten (cf. determinant volgens Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie). De resultaten met betrekking tot de timing van de afname zijn gelijkaardig aan deze van Young et al. (2006), maar slechter in vergelijking met de resultaten van Kroppan et al. (2017). Hoewel een exacte vergelijking niet mogelijk is, werd in de huidige studie een gelijkaardige mediaan totaalscore gevonden voor de methodetrouw als in het risicotaxatie implementatieonderzoek van De Beuf, de Vogel, et al. (2020). Ook het aandeel gescoorde items, formuleren van een eindoordeel en de beargumentering van de scores en eindoordeel was vergelijkbaar.

Beperkingen

Er zijn een aantal beperkingen verbonden aan dit onderzoeksluik/deze (deel)studie. Een eerste beperking betreft de lage response rate (T1 = 31,4%; T2 = 17,2%), hetgeen ook in de studie van Sher en Gralton (2014) een probleem vormde (response rate = 31%). De helft van de respondenten had bovendien de DUNDRUM nog niet gebruikt, waardoor de vragenlijst voor hen werd afgesloten. Hierdoor werd nog slechts een response rate van 17,8% (T1) en 7,5% (T2) bereikt. De bevindingen kunnen daarom

mogelijk niet gegeneraliseerd worden naar de volledige poule van deelnemers. Het aantal gebruikers dat aangaf DUNDRUM-2 en de zelfrapportageschaal gebruikt te worden was dermate klein dat er geen conclusies konden worden getrokken voor deze subschalen. Een tweede beperking is dat de bevraging op twee meetmomenten zijn doel enigszins is voorbij geschoten. Zo vulden slechts 17 personen de vragenlijst in op beide meetmomenten. De bedoeling was immers om de evolutie in het perspectief van de gebruikers doorheen de implementatie in kaart te brengen. Vanwege het lage aantal respondenten kunnen hier echter geen sterke conclusies over geformuleerd worden. Anderzijds werd wel vastgesteld dat de gemiddelde tijd tussen het volgen van de opleiding en het invullen van de vragenlijst gemiddeld langer was op het tweede meetmoment dan op het eerste meetmoment. Een derde beperking heeft betrekking op de vergelijking van de resultaten met deze uit de literatuur. Dit is de eerste studie waarbij de implementatie van de DUNDRUM op een gestructureerde manier wordt onderzocht. De enige vergelijking die gemaakt kon worden is met een *proxy*-interventie, namelijk gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Hoewel de finaliteit van de DUNDRUM en risicotaxatie (op basis van de gestructureerd klinische methode) anders is, zijn er toch ook gelijkenissen zoals de manier van afname en het gebruik van het gestructureerd klinisch oordeel om een eindbesluit te formuleren. Anderzijds betreffen de implementatie-studies met risicotaxatie-instrumenten kleinschaligere initiatieven, doorgaans beperkt tot één instelling of afdeling. Dit staat in schril contrast met het grootschalige niveau waarop de DUNDRUM momenteel wordt geïmplementeerd in Vlaanderen, wat extra uitdagingen met zich meebrengt. Daarnaast werd er in de literatuur – op één studie na – geen gebruik gemaakt van een raamwerk voor de analyses, zoals het model van Proctor. Ook dit bemoeilijkt een goede vergelijking.

Lekensamenvatting

Op basis van de vragenlijst kan afgeleid worden dat (minstens één van) de DUNDRUM schalen wordt gebruikt door de helft van opgeleide mensen. DUNDRUM-2 en de zelfrapportageversie werden slechts sporadisch gebruikt. De integratie van de DUNDRUM in de klinische werking lijkt (voorlopig) beperkt te zijn: minder dan een kwart van de respondenten gaf aan dat dit het geval was. Wel werd vastgesteld dat de DUNDRUM doorheen de tijd vaker werd geïntegreerd in de communicatie met (zorg)partners (T1 = 17,5%; T2 = 46,6%) en de KBM (T1 = 42,9%; T2 = 60,0%). Meer dan de helft gaf bovendien aan dat het de communicatie zowel binnen het team (T1 = 63,2%; T2 = 60,0%) als tussen partners faciliteert (T1 = 70,2%; T2 = 56,7%). Het eerder beperkte gebruik en beperkte integratie kan mogelijk verklaard worden door een gebrek aan personele middelen. Er heerste namelijk verdeeldheid onder de respondenten over de beschikbaarheid van tijd en ruimte nodig voor de afname. Tot slot gaven respondenten aan dat men op basis van de DUNDRUM gemakkelijk onderscheid kan maken tussen de verschillende beveiligingsniveaus, hetgeen een belangrijk doel is het van het instrument.

Hieronder worden de resultaten weergegeven voor individuele schalen. Vermits DUNDRUM-2 en de zelfrapportageversie slechts sporadisch werden gebruikt, kunnen over deze schalen geen conclusies worden getrokken.

DUNDRUM-1

- Het merendeel gaf aan dat DUNDRUM-1 kan bijdragen aan het toewijzen van het geschikte beveiligingsniveau bij aanvang van het traject; de primaire doelstelling van deze schaal. Anderzijds gaven minder respondenten na verloop van tijd aan DUNDRUM-1 een meerwaarde te vinden voor het opnamebeleid (T1 = 76,6%; T2 = 53,8%).*
- Respondenten voelden zich nog in enige mate onzeker over hun eigen scoring. Hoewel men aangaf over de nodige kennis te beschikken, ervaarde men moeilijkheden in de informatievergaring. Mogelijk speelt hier ook het gegeven mee dat de handleiding onvoldoende duidelijk werd bevonden.*
- DUNDRUM-1 werd in het algemeen gescoord conform de handleiding. Dit betekende dat er beroep werd gedaan op meerdere bronnen, doorgaans alle items konden worden gescoord en in 66% van de gevallen van een motivering werden voorzien. In de helft van de gevallen werd er ook een beargumenteerd eindoordeel geformuleerd. In 30% van de gevallen werd alleen een eindoordeel in termen van beveiligingsniveau gegeven; zonder rationele hiervoor. De geadviseerde timing van afname – namelijk vóór opname – kon in geen enkel dossier worden gevolgd. Dit heeft vermoedelijk te maken met de recente opstart van de implementatie, waarbij er voor geen enkele patiënt een DUNDRUM-1 voorhanden was en deze dus op een later tijdstip alsnog werd gescoord. Idealiter wordt deze schaal reeds tijdens detentie gescoord, maar vanuit het gevangeniswezen werden geen afnames aangeleverd.*

DUNDRUM-3 & DUNDRUM-4

- Na verloop van tijd waren minder respondenten ervan overtuigd dat DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 doorstroom kan faciliteren ($T1 = 72,7\%$; $T2 = 50,0\%$). Toch gaf twee derde gaf aan deze schalen een meerwaarde te vinden voor het behandeltraject.
- Respondenten ervoeren in enige mate moeilijkheden en onzekerheid bij de scoring. Ook hier speelt de beschikbaarheid van informatie (over het volledige behandeltraject) en de vertaalslag op vlak van therapieprogramma's mogelijk een rol.
- DUNDRUM-3 en DUNDRUM-3 werden in het algemeen gescoord conform de handleiding. Itemscores werden in twee derde van de gevallen beargumenteerd. In 90% van de gevallen werd een gestructureerd klinisch eindoordeel geformuleerd, dat echter in 14% van de gevallen niet gemotiveerd werd. Eén item bleek problematisch te scoren – het item dat refereert naar een HCR-afname, waardoor dit item niet vaak niet werd gescoord. De vooropgestelde timing voor afname – idealiter zes maanden na afname en/of zes maanden na een voorgaande afname – kon meestal niet worden gerespecteerd. Wanneer een patiënt uitstroomde, was er in 60% van de gevallen wel een afname voorhanden die dateert van maximaal zes maanden voor uitstroom; 75% binnen een periode van acht maanden voor uitstroom.

Hoofdstuk 4 – Field validity

Onderzoeksvraag 4	Hoe doet de DUNDRUM toolkit het in de praktijk?
Rationale	Bestaand onderzoek met de DUNDRUM in Vlaanderen focust op de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument wanneer dit wordt afgenomen door onderzoekers binnen gecontroleerde omstandigheden. Dit reflecteert echter niet per definitie de klinische realiteit, waardoor deze resultaten niet zomaar generaliseerbaar zijn naar een context waarbij het instrument wordt gebruikt door professionals in het werkveld. In dit hoofdstuk worden deze zogenaamde <i>field</i> resultaten onderzocht.
Methode	Analyse van de DUNDRUM scoreformulieren die door het werkveld werden bezorgd aan de onderzoekers.

Inleiding

Uit een eerdere literatuurstudie binnen KeFor kwamen 12 artikels naar voren waarbij goede psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM werden aangetoond (Habets & Jeandarme, 2020). Binnen Vlaanderen werden nadien nog vijf studies opgezet die de betrouwbaarheid en validiteit bevestigden van DUNDRUM-1, DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 en de zelfrapportageschaal (Habets & Jeandarme, 2021; Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021). Recent werd bovendien ook een review uitgevoerd door Bowden et al. (2024) naar het gebruik van gestructureerd klinisch oordeel instrumenten bij de besluitvorming inzake opname. Dit resulteerde in 12 artikels, waarvan 11 studies minstens één van de DUNDRUM-schalen includeerden. De auteurs concludeerden dat er evidentie bestaat voor het gebruik van het gestructureerd klinisch oordeel instrumenten ter ondersteuning van opnamebeslissingen. Psychometrische eigenschappen van een instrument kunnen verschillen naargelang deze werden afgeleid uit studies die zijn uitgevoerd binnen een zorgvuldig gecontroleerde onderzoekscontext of uit zogenaamde *field studies*. Een field study wordt door Edens and Boccaccini (2017) gedefinieerd als “a study where the assessment data in question were collected for the purpose of informing clinical, forensic, or correctional decision making with regard to the examinee. That is, the output of the assessment was used as part of a decision-making process that would have real-world implications for the person being evaluated” (p. 600). Daar waar studies in sterk geprotocolleerde onderzoekssettings een indicatie zijn van hoe goed een instrument *kan* zijn, geven field studies een indicatie van hoe goed een instrument effectief *is* (Edens & Boccaccini, 2017). Het is daarom belangrijk om de resultaten van op onderzoek gebaseerde steekproeven te valideren in een klinische context, waarbij beroep wordt gedaan op beoordelingen die door klinici worden verzameld in de klinische praktijk.

In de literatuur kunnen tien DUNDRUM-studies geclassificeerd worden onder de noemer field studie, waarvan zes studies werden uitgevoerd door de auteurs van het instrument. Daarnaast vonden er vier onafhankelijke field studies plaats, waarvan één in Vlaanderen. Onafhankelijk onderzoek in andere landen is aangewezen, zeker gezien de specifieke context waarbinnen de DUNDRUM toolkit werd ontwikkeld en gevalideerd. Deze werd ontwikkeld binnen het Central Mental Hospital in DUNDRUM;

het enige forensische ziekenhuis in Ierland waarbij zowel plaatsen zijn voor hoge, matige en lage beveiliging en ambulante opvolging is voorzien zowel na opname als vooraf in de gevangenis. Dit is aldus niet vergelijkbaar met de situatie binnen Vlaanderen, waar de forensische zorg anders georganiseerd is.

In tabel 4-1 wordt een overzicht gegeven van de psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM schalen op basis van field studies, meer bepaald (1) de interne consistentie (de mate van samenhang of homogeniteit tussen meerdere vragen of items) en (2) de predictieve validiteit (de mate waarin het instrument vooraf bepaalde uitkomst voorspelt).

DUNDRUM-1: Er werden zes field studies uitgevoerd met betrekking tot DUNDRUM-1, waarvan vier studies door de auteurs van het instrument. Gemiddelde DUNDRUM-1 scores volgden een dalende trend naargelang het niveau van beveiliging van de setting daalde in de studie van Adams et al. (2018). Dit patroon was echter niet zo rechtlijnig in de studie van O'Dwyer et al. (2011). Het instrument lijkt beter te differentiëren tussen de hogere en lage niveaus van beveiliging, en minder tussen de lagere beveiligingsniveau onderling (Adams et al., 2018; O'Dwyer et al., 2011). Er werd ook geen significant verschil gevonden tussen scores binnen detentie en binnen high security (Adams et al., 2018). Met uitzondering van de studie van Abidin et al. (2013) werd een acceptabele interne consistentie gevonden van .77 en .84 (Adams et al., 2018; Freestone et al., 2015). Daarnaast bleek DUNDRUM-1 een goede voorspeller te zijn voor beslissingen omtrent opname (Freestone et al., 2015). Voor de uitkomstmaat geweld werden tegenstrijdige bevindingen genoteerd (Abidin et al., 2013; Davoren, Byrne, et al., 2015). Het bleek geen significante voorspeller te zijn voor schade aan zichzelf (Abidin et al., 2013), afzondering (Davoren, Byrne, et al., 2015), recidive (Freestone et al., 2015), voorwaardelijke invrijheidstelling (Davoren et al., 2013; Davoren, Hennessy, et al., 2015) of een transfer naar een lager (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Davoren et al., 2012) of hoger beveiligingsniveau (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Davoren et al., 2012). Deze laatste twee bevindingen (met betrekking tot door- of uitstroom) zijn niet onverwacht, vermits DUNDRUM-1 gericht is op triage beslissingen over het geschikte beveiligingsniveau bij eerste opname.

DUNDRUM-2: Er werden tot op heden slechts twee field studies uitgevoerd met DUNDRUM-2. Hierbij werd een sterke negatieve, doch niet-significante, correlatie ($r = -.33$) gevonden tussen DUNDRUM-2 score en wachttijd tot opname (Freestone et al., 2015). Het combineren van DUNDRUM-1 en DUNDRUM-2 leverde geen betere voorspelling op voor wat betreft de beslissing om tot opname over te gaan (Freestone et al., 2015). DUNDRUM-2 was verder geen goede voorspeller voor geweld of afzondering (Davoren, Byrne, et al., 2015).

DUNDRUM-3: Er werden zeven studies teruggevonden waarbij de psychometrische kwaliteiten van DUNDRUM-3 werden geanalyseerd, waarvan de meeste ($n = 5$) uitgevoerd door de auteurs. Gemiddelde DUNDRUM-3 scores volgden doorgaans een dalende trend naargelang het niveau van beveiliging van de setting daalde (Adams et al., 2018; Lam et al., 2023; O'Dwyer et al., 2011). Vergelijkingen tussen studies zijn echter moeilijk te maken omdat niet steeds dezelfde (clusters van) settings met elkaar vergeleken worden. Adams et al. (2018) vonden geen significant verschil in gemiddelde DUNDRUM-3 scores tussen een medium security, low security, open en ambulante setting en ook niet tussen de scores van patiënten binnen de gevangenis of een high security afdeling. Er werden wel verschillen

Tabel 4-1. Overzicht van de psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM-schalen, gebaseerd op field studies ($n = 10$)

Studie	Populatie	N	Interne consistentie	Validiteit	
			(Cronbach's alpha)	Correlatie	Voorspelling (AUC)
DUNDRUM-1					
Abidin et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	92	.60		Geweld t.a.v anderen: .74* Schade aan zichzelf: .71
Adams et al. (2018)	Gevangenis Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security Ambulant	327	.84		
Davoren et al. (2012) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	86			Positieve transfer: .28 Negatieve transfer: .70
Davoren et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	56			Voorwaardelijke invrijheidstelling: .62
Davoren, Byrne et al. (2015) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	279			Geweld: .53 Afzondering: .50
Freestone et al. (2015)	Forensische medium en low security	192	.77		Opname of niet: .79* Recidive < 6 maanden: .74 Recidive < 12 maanden: .58
DUNDRUM-2					
Davoren, Byrne et al. (2015) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	279			Geweld: .57 Afzondering: .54
Freestone et al. (2015)	Forensische medium en low security	ON		Tijd tot opname: -.33	
DUNDRUM-3					
Abidin et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	92	.91		Geweld: .83* Schade aan zichzelf: .75*
Adams et al. (2018)	Gevangenis Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security Ambulant	327	.90		
Davoren et al. (2012) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	86			Negatieve transfer: .64
Davoren et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	56			Voorwaardelijk ontslag: .90*
Davoren, Hennessy et al. (2015) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	97	.90		Positieve transfer: .72* Negatieve transfer: .76* Voorwaardelijke invrijheidstelling: .96*
Habets & Jeandarme (2021)	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	MS: 37 HS: 34			Positieve transfer MS: .80* Positieve transfer HS: .57
O'Dwyer et al. (2011) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	95	.91	D1: .35* D3: .73* Opnameduur: -.34*	

Vervolg tabel 4-1

Studie	Populatie	N	Interne consistentie (Cronbach's alpha)	Validiteit	
				Correlatie	Voorspelling (AUC)
DUNDRUM-4					
Abidin et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	92	.89		Geweld: .73* Schade aan zichzelf: .71*
Adams et al. (2018)	Gevangenis Forensisch ziekenhuis: high, medium, low security Ambulant	327	.89		
Davoren et al. (2012) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	86			Negatieve transfer: .72*
Davoren et al. (2013) ^a	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	56			Voorwaardelijk invrijheidstelling: .85*
Davoren, Hennessy et al. (2015) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	97	.88		Positieve transfer: .70* Negatieve transfer: .78* Voorwaardelijke invrijheidstelling: .84*
Habets & Jeandarme (2021)	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	MS: 37 HS: 34			Positieve transfer MS: .80* Positieve transfer HS: .67
O'Dwyer et al. (2011) ^a	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	95	.89	D1: .44* D3: .73* Opnameduur: -.35*	
DUNDRUM zelfrapportage					
Davoren, Hennessy et al. (2015) ^a	Forensisch ziekenhuis: high, medium en low security	64	D3: .84 D4: .73	Score clinicus: - D3: .57* - D4: .71*	D3 Positieve transfer: .57 D4 Positieve transfer: .58 D3 Negatieve transfer: .59 D4 Negatieve transfer: .55 D3: Voorwaardelijke invrijheidstelling: .62 D4: Voorwaardelijke invrijheidstelling: .68
Lam et al. (2023)	Forensisch ziekenhuis: medium en low security Ambulant	D3: 105 D4: 102		Score clinicus: - D3: .58* - D4: .51*	
Habets & Jeandarme (2021)	Forensisch ziekenhuis: high en medium security	MS: 37 HS: 34		Score clinicus: - D3 MS: .64* - D4 MS: .51* - D3 HS: .06 - D4 HS: .21	D3 Positieve transfer MS: .80* D4 Positieve transfer MS: .92* D3 Positieve transfer HS: .43 D4 Positieve transfer HS: .39

Noot. IBB = interbeoordelaarsbetrouwbaarheid; ON = onbekend; MS = medium security; HS = high security.

^a Studie uitgevoerd door (een van) de auteurs van het instrument (en dus geen onafhankelijke studie).

* p < .05

gevonden tussen de hoge (gevangenis en high security) en lagere beveiligingsniveaus. In de studie van Lam et al. (2023) differentieerden de scores tussen patiënten binnen een residentiële en ambulante context. O'Dwyer et al. (2011) stelden verder nog een verschil vast in scores tussen patiënten met onbegeleide uitgangen versus patiënten met begeleide of zonder uitgangen. Er werd een goede interne consistentie gerapporteerd van .90 tot .91 (Abidin et al., 2013; Adams et al., 2018; Davoren, Hennessy, et al., 2015; O'Dwyer et al., 2011). DUNDRUM-3 bleek bovendien een goede voorspeller te zijn voor geweld (Abidin et al., 2013), schade aan zichzelf (Abidin et al., 2013), voorwaardelijke invrijheidstelling (Davoren et al., 2013; Davoren, Hennessy, et al., 2015) en positieve transfers (Davoren, Hennessy, et al., 2015). In Vlaanderen was DUNDRUM-3 echter enkel een goede voorspeller voor doorstroom naar een lager beveiligingsniveau vanuit een medium security afdeling, niet vanuit een high security setting (Habets & Jeandarme, 2021). Ook met betrekking tot het voorspellen van de nood aan opschaling (transfer naar een hoger niveau van beveiliging) werden tegenstrijdige resultaten gevonden (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Davoren et al., 2012).

DUNDRUM-4: Zeven studies bestudeerden de psychometrische eigenschappen van DUNDRUM-4, waarvan vijf door de auteurs zelf. In overeenstemming met de resultaten van DUNDRUM-3 daalden gemiddelde DUNDRUM-4 scores naarmate het niveau van beveiliging daalde (Adams et al., 2018; Lam et al., 2023; O'Dwyer et al., 2011). Conform de resultaten van DUNDRUM-3 scoorden patiënten in de gevangenis en een high security instelling significant hoger op DUNDRUM-4 dan patiënten binnen settings met een lager beveiligingsniveau (Adams et al., 2018; O'Dwyer et al., 2011). Met betrekking tot een vergelijking van scores binnen een medium security setting versus een lager beveiligingsniveau werden tegenstrijdige resultaten teruggevonden (Adams et al., 2018; Lam et al., 2023; O'Dwyer et al., 2011). Verder differentieerden DUNDRUM-4 scores tussen patiënten met verschillende verlofmogelijkheden (O'Dwyer et al., 2011). Op vlak van psychometrische kwaliteiten werd een acceptabele interne consistentie gevonden van .88 tot .89 (Abidin et al., 2013; Adams et al., 2018; Davoren, Hennessy, et al., 2015; O'Dwyer et al., 2011). Het voorspellend vermogen was gelijklopend met dat van DUNDRUM-3, waarbij DUNDRUM-4 een significante voorspeller was voor geweld (Abidin et al., 2013), schade aan zichzelf (Abidin et al., 2013), voorwaardelijke invrijheidstelling (Davoren et al., 2013; Davoren, Hennessy, et al., 2015) en positieve transfers (Davoren, Hennessy, et al., 2015) en negatieve transfers (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Davoren et al., 2012). Conform DUNDRUM-3 was DUNDRUM-4 enkel een goede voorspeller in Vlaanderen voor doorstroom naar een lager beveiligingsniveau vanuit een medium security afdeling, niet vanuit een high security setting (Habets & Jeandarme, 2021).

Zelfrapportage: Met betrekking tot de zelfrapportageschaal werden slechts drie studies teruggevonden, waarbij het in twee gevallen gaat over een onafhankelijke studie, waarvan één in Vlaanderen. Deze studies laten doorgaans wel consistente resultaten zien. Zo werd vastgesteld dat zorgverleners hogere scores toekenden op DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 dan de patiënten zelf (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Lam et al., 2023), met uitzondering van de studie van Habets en Jeandarme (2021) waar er geen significant verschil werd gevonden voor DUNDRUM-4. In twee studies bleken enkel de scores van de zorgverleners voorspellend te zijn voor transfers tussen beveiligingsniveaus (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Lam et al., 2023). In Vlaanderen waren tevens de scores van patiënten die verblijven op een medium security afdeling voorspellend voor doorstroom naar een lager beveiligingsniveau (Habets & Jeandarme, 2021). Daarnaast steeg de overeenkomst tussen

beide scores naarmate de patiënten doorstroomden naar een lager beveiligingsniveau of meer vrijheden kregen toegewezen (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Habets & Jeandarme, 2021; Lam et al., 2023). Tot slot werd er een significante correlatie vastgesteld tussen de scores van de zorgverleners en patiënten (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Habets & Jeandarme, 2021; Lam et al., 2023), hoewel dit niet het geval was voor patiënten binnen een high security setting in Vlaanderen (Habets & Jeandarme, 2021). De studie in Vlaanderen wijkt hiermee op een paar punten af van de twee andere studies, althans voor wat betreft een high security populatie. In deze studie werd vastgesteld dat het eindoordeel van de zorgverleners correleerde met dit van de patiënt binnen een medium security setting. Dit was niet het geval binnen een high security instelling. Dit wordt waarschijnlijk verklaard door het feit dat het verschil in score tussen de zorgverlener en de patiënt hoger is binnen de high security setting in vergelijking met een medium security setting. In de Vlaamse studie werd tevens kwalitatieve data verzameld aan de hand van een bevraging bij patiënten. Deze feedback had vooral betrekking op de soms moeilijk te begrijpen zinsbouw en woordkeuze. Ook het ontkennen van feiten of probleemgedrag had een impact had op de scoring. Verder bleek het begrip “dynamische risicofactoren” voor sommige patiënten niet gekend, waardoor dit item niet altijd gescoord kon worden. Het aantal missing items was echter nog steeds minder dan voor de scoring van de zorgverleners.

Uit bovenstaande studies kan geconcludeerd worden dat er enige empirische evidentie bestaat voor het gebruik van de DUNDRUM toolkit bij besluitvorming over opnames en doorstroom in de klinische praktijk. In lijn met de conclusies uit de review van Bowden et al. (2024) zijn er echter een aantal bedenkingen te plaatsen bij de resultaten. Ten eerste worden de resultaten van de DUNDRUM – een GKO-instrument – vergeleken met beslissingen tot (over)plaatsing op basis van het gebruikelijke besluitvormingsproces, waarbij ook andere aspecten kunnen meewegen zoals een gerechtelijke beslissing of exclusiecriteria. De overeenstemming tussen de conclusie van de DUNDRUM-afname en de effectieve opname of doorstroom wijst daarmee enkel aan dat ze aansluit bij de bestaande besluitvorming en dus een waardevolle aanvulling kan zijn. Het biedt echter geen bewijs voor het gebruik van een GKO-benadering boven andere procedures. Dit neemt niet weg dat het gebruik van GKO richtlijnen transparantie en consistentie in de besluitvorming kan bevorderen. Ten tweede wordt – om de voorspellende waarde aan te tonen – beroep gedaan op totaalscores of gemiddelde scores. Dit weerspiegelt in feite meer een actuariële benadering, en is niet in overeenstemming met de oorspronkelijke methodiek van het gestructureerd klinisch oordeel. Het reflecteert daarmee ook niet de manier waarop de DUNDRUM in de klinische praktijk gebruikt wordt. Ten derde werden de psychometrische eigenschappen van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 tot nog toe afzonderlijk geanalyseerd, terwijl deze schalen in de klinische praktijk gecombineerd gebruikt moeten worden. Een laatste bedenking heeft betrekking op de field studies door de ontwikkelaars van de DUNDRUM. Deze studies zijn weliswaar gebaseerd op data die verzameld werden in functie van de klinische praktijk, maar men kan zich vragen stellen bij de rol van de auteurs. Er is met andere woorden een risico op *authorship bias*, en mogelijk reflecteert de scoring door de ontwikkelaars niet de scoring binnen andere contexten of jurisdicties door onafhankelijke beoordelaars.

De huidige studie wil in de eerste plaats de field validiteit van de DUNDRUM toolkit in Vlaanderen vaststellen. Hierbij zullen de analyses toegespitst worden op de methodiek zoals de DUNDRUM in de praktijk gebruikt wordt, namelijk op basis van het gestructureerd oordeel – eerder dan numerieke scores – en via een gecombineerd gebruik van DUNDRUM-3 én DUNDRUM-4. Naast de implementatie-

uitkomsten wordt daarmee ook wetenschappelijke evidentie verzameld voor de klinische effectiviteit van de DUNDRUM. Het biedt bovendien een belangrijke toevoeging aan de literatuur, die gedomineerd wordt door evidentie geleverd door de ontwikkelaars van de DUNDRUM.

Methode

Door KeFor werd een Excel formulier ontwikkeld en verspreid om de scoring van de DUNDRUM te faciliteren. Dit bestond uit de verschillende subschalen met bijhorende items en ruimte om de itemscores te beargumenteren. Daarnaast werd ook een overzichtelijk scoringsprofiel voorzien op basis van de itemscores om het gestructureerd klinisch oordeel te vergemakkelijken. In het Excel-sheet werden tevens een aantal gegevens bevraagd in functie van het onderzoek. Deze hadden betrekking op de afname zelf, de cliënt en de beoordelaar. Tot slot werd ook bevraagd om het gestructureerd klinisch eindoordeel in termen van beveiligingsniveau te operationaliseren naar een concrete setting en specifieke afdeling. Op deze manier kon afgetoetst worden in welke mate er reeds overeenstemming bestaat in het veld over het beveiligingsniveau van bepaalde settings en afdelingen.

Voor de dataverzameling van zowel de DUNDRUM-afnames als de uitkomstmaten werd beroep gedaan op het werkveld. Aan alle zorg- en justitiële partners binnen het netwerk internering werd gevraagd om DUNDRUM-afnames te bezorgen aan de onderzoekers, mits de patiënt – en indien nodig zijn wettelijk vertegenwoordiger – hiervoor zijn toestemming gaf. Het betreft dus een naturalistisch design waarbij de data werden verzameld door zorgverleners met het oog op gebruik binnen de klinische dagdagelijkse werking, niet in functie van het onderzoek. Dit neemt niet weg dat een van de onderzoekers een substantiële proportie afnames aanleverde. Ook dit betrof echter afnames die verzameld waren binnen de functie van criminologe en dus in functie van het behandeltraject van de betreffende patiënten. Afnames hadden betrekking op de periode juni 2022 tot en met december 2024. Het betreft dus zowel afnames vóór de TTT of gecertificeerde DUNDRUM-opleiding (aangeduid als afnames pre-training) als na zo'n training. Op basis van de resultaten van Habets et al. (2020) bleek dat de mate van overeenkomst tussen beoordelaars hoger was wanneer de beoordelaars een training hebben gevolgd. Om deze reden was het aanvankelijk opzet om de psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM te onderzoeken, opgesplitst voor afnames vóór en ná training. Vanwege de lage aantallen was dit echter niet mogelijk.

DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 scores werden prospectief verzameld. De beoordelaars waren met andere woorden blind voor de uitkomstmaat, i.c. het niveau van beveiliging na doorstroom. Er werden enkel DUNDRUM-1 scores aangeleverd voor patiënten die reeds in behandeling waren op het moment van afname. Er werden geen DUNDRUM-1 scores aangeleverd door personen werkzaam binnen het gevangeniswezen. DUNDRUM-1 afnames zijn aldus retrospectief gescoord.

Op het einde van de studie (december 2024) werden een aantal uitkomstmaten opgevraagd bij de zorgverleners. Dit betrof 1) het niveau van beveiliging op het moment van de DUNDRUM-afname en 2) het niveau van beveiliging na uitstroom. Hierbij werden interne mutaties niet meegerekend. Voor 11 afnames waren er geen uitstroomgegevens beschikbaar.

Analyse

Zowel DUNDRUM totaalscores als gemiddelde (item)scores werden berekend. De totaalscores verwijzen naar de som van alle itemscores in één schaal. De gemiddelde scores werden berekend via het delen van de totaalscore door het aantal items in de schaal. Dit resulteert in een score binnen dezelfde range als de DUNDRUM beveiligingsniveaus, namelijk van 0 (begeleiding in de maatschappij) tot 4 (hoge beveiliging). De gemiddelde DUNDRUM-1 score is gebaseerd op de 9-item schaal, waarbij de suïcide gerelateerde items (TS2 en TS4) werden geëxcludeerd. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat deze twee items slecht discrimineren (Freestone et al., 2015; Jones et al., 2019; Lawrence et al., 2018). Het gebruik van de 9-item schaal is tevens in overeenstemming met de aanbeveling in de handleiding (Kennedy et al., 2016). Ingeval er één of meerdere ontbrekende items waren, werd de totaalscore geproorate naar een score op 44 (DUNDRUM-1) of 56 (DUNDRUM-3/DUNDRUM-4).⁵ De gemiddelde prorate score werd berekend door de totaalscore te delen door het aantal ingevulde items. Wanneer de nominale categorieën werden gebruikt voor de analyse, werd hiernaar verwezen als *GKO* of *gestructureerd klinisch oordeel*.

De interne consistentie werd gemeten aan de hand van Cronbach's alpha. Waardes boven .70 worden beoordeeld als een goede interne consistentie (Kline, 1999). *Corrected item-total correlation* en *alpha if item deleted* werden berekend voor het detecteren van items die slecht correleerden met de totale schaal.

De non-parametrische Spearman's rho werd gebruikt om correlaties tussen de beveiligingsniveaus op basis van het gestructureerd klinisch eindoordeel en verblijfplaats ten tijde van de afname (ingeval DUNDRUM-1) of uitstroom (ingeval DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4) te berekenen. De waardes werden geïnterpreteerd aan de hand van de criteria van Cohen (1988): <.30 = zwak; .30 – .50 = gemiddeld; .50 – .70 = sterk en > .70 = erg sterk.

Het voorspellend vermogen werd nagegaan op basis van twee indicatoren. Een algemene *effect size* werd berekend via de *Receiver Operating Characteristic* (ROC) analyse, waarbij de Area Under the Curve (AUC) waarde de accuraatheid van de test weergeeft. Deze AUC-waardes werden geëvalueerd aan de hand van de criteria van (Rice & Harris, 2005) waarbij: AUC ≥ .56= klein effect, AUC ≥ .64= matig effect en AUC ≥ .71= groot effect. De ROC werd enkel berekend voor het gestructureerd klinisch oordeel, vermits de besluitvorming in de klinische praktijk hierop gebaseerd is/wordt. Ter informatie werd ook de voorspellende waarde op basis van de totaalscores berekend. Deze resultaten zijn terug te vinden in bijlage 7. Voor DUNDRUM-1 werd gekeken naar het voorspellend vermogen voor het beveiligingsniveau van de huidige setting (ten tijde van afname), voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 werd gekeken naar het voorspellend vermogen op vlak van beveiligingsniveau na uitstroom. In tweede orde werd op basis van een 2x2-kruistabel de positieve voorspellende waarde (PVW) bepaald met betrekking tot DUNDRUM-3/DUNDRUM-4. Dit is de kans dat een patiënt waarbij een bepaald eindoordeel werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 ook werkelijk uitstroomt naar dit niveau van beveiliging. Er werd hierbij gekeken naar de voorspelling van het (identieke) vooropgestelde

⁵ De prorate totaalscore voor DUNDRUM-1 werd berekend als volgt: De maximumscore = 11 (items) x 4 (maximum itemscore) = 44. Indien er één item niet werd ingevuld, wordt de maximumscore 40 (10 items x 4). Indien de DUNDRUM-1 totaalscore bij één missing item 30 is, wordt de geproorate score: 30 (totaalscore door de 10 ingevulde items op te tellen) ÷ 40 (maximumscore indien er één missing item is, en dus bij 10 ingevulde items) = 0,75. Dit resultaat wordt vermenigvuldigd met de totale maximumscore (voor 11 items) om de prorate totaalscore te krijgen: 0,75 x 44 = 33. Dus, een totaalscore van 30 met één missing item zou dan een geschatte totaalscore van 33 zijn wanneer alle items ingevuld zouden zijn.

beveiligingsniveau op basis van het GKO en naar de voorspelling van positieve en negatieve transfer. Een positieve transfer betekent een doorstroom naar een lager niveau van beveiliging; een negatieve doorstroom betekent een opschaling naar een hoger niveau van beveiliging. Hierbij werd gekeken naar de verblijfplaats van de patiënt op moment van afname, of het DUNDRUM GKO een advies naar een hoger of lager niveau van beveiliging was en of de patiënt vervolgens ook effectief uitstroomde naar een respectievelijk hoger of lager niveau van beveiliging. Er werd dus niet gekeken naar de exacte overeenstemming tussen het GKO advies en het beveiligingsniveau na uitstroom. Bijvoorbeeld, wanneer een patiënt verblijft binnen een medium security setting, deze patiënt volgens het gestructureerd klinisch oordeel kan doorstromen naar een setting met een lage beveiliging en vervolgens doorstroomt naar een ambulante context, wordt dit beschouwd als een juist positieve voorspelling.

Om de overeenstemming tussen DUNDRUM-3 en -4 scores van het team en de patiënten weer te geven werden vershilscores berekend, zowel voor de itemscores als voor de totaalscores. Dit werd gedaan door de totaalscore van de afname door de zorgverlener(s) af te trekken van de totaalscore van de patiënt. Een positief getal betekent dat de totaalscore van de zorgverlener(s) hoger was dan die van de patiënt; een negatief getal duidt op een hogere patiëntscore in vergelijking met de score van de zorgverlener(s).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kon niet bepaald worden omdat er slechts één afname per patiënt (op hetzelfde scoringsmoment) beschikbaar was.

Resultaten

Tijdens de studieperiode⁶ werden 120 afnames bezorgd aan de onderzoekers. Dit ging over 107 patiënten, wat betekent dat er voor een aantal patiënten meerdere afnames voorhanden waren. Van drie patiënten waren er twee afnames beschikbaar; van vijf patiënten drie. Vermits de afnames vaak in consensus gebeurden, kan er geen uitspraak gedaan worden over het aantal beoordelaars die betrokken zijn bij de scoring. Enkel informatie over de beoordelaars die de scoreformulieren doorstuurden is gekend. Scoreformulieren werden in hoofdzaak voorzien door medium (63,3%) en high security settings (20,0%; zie tabel 4-2). Vanuit de gevangenis werd geen enkele afname aangeleverd. Concreet leverden negen van de deelnemende settings en 30 van de opgeleide zorgverleners één of meerdere scoreformulieren aan (18,4%).

Tabel 4-2. Settings die DUNDRUM scoreformulieren hebben aangeleverd

	<i>n</i>	%
Gevangenis	0	0
High security	24	20,0
Medium security	76	63,3
Reguliere psychiatrie	9	7,5
VAPH forensisch	1	0,8
MFT	3	2,5
Ambulant	7	5,8

Noot. VAPH = Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap; MFT = mobiel forensisch team.

⁶ Afnames die werden bezorgd tot en met 31/12/2024 werden geïncludeerd in de analyses.

Patiëntenpopulatie

Tabel 4-3 geeft een beschrijving van de populatie. De cijfers met betrekking tot de delicten en psychiatrische diagnoses zijn cumulatief te interpreteren. Dit wil zeggen dat één persoon geïnterneerd kan zijn voor meerdere (categorieën van) feiten, bijvoorbeeld een geweldsdelict op personen en een vermogensdelict zonder geweld. Het kan tevens betekenen dat één persoon twee of meerdere actieve interneringen had voor diverse (categorieën van) feiten. Het merendeel van de populatie betrof mannelijke patiënten (91,6%) binnen de leeftijdscategorieën van 31 tot 40 jaar (28,3%) en 41 tot 50 jaar (27,4%). Ze verbleven gemiddeld 2,5 jaar in de setting op het moment van de DUNDRUM afname ($SD = 959,18$ dagen; range = 7 – 4659 dagen). De meerderheid werd geïnterneerd vanwege een geweldsdelict (92,4%), met name een ander geweldsdelict tegen personen zoals slagen en verwondingen. Een vijfde (21,0%) pleegde een zedendelict. Twee derde van de patiënten (63,5%) werd gediagnosticeerd met een middelenstoornis, de helft (53,8%) had een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of ontwikkelingsstoornis en zo'n 40% een psychotische (42,3%) of persoonlijkheidsstoornis (42,3%).

Tabel 4-3. Beschrijvende gegevens over de patiëntenpopulatie

	<i>n</i>	%
Geslacht		
Man	98	91,6
Vrouw	9	8,4
Leeftijd t.t.v. DUNDRUM afname		
≤ 30	16	15,1
31 – 40	30	28,3
41 – 50	29	27,4
> 50	30	28,3
Indexdelict		
Levensdelict	13	12,4
Hands-on zedendelict	18	17,1
Ander geweldsdelict op personen	47	44,8
Brandstichting met gevaar voor personen	6	5,7
Vermogensdelict met geweld	21	20,0
Hands-off zedendelict	11	10,5
Stalking	13	12,4
Bedreiging	35	33,3
Vermogensdelict zonder geweld	30	28,6
Ander delict	59	56,2
Diagnose		
Verstandelijke beperking/zwakbegaafdheid/ontwikkelingsstoornis	56	53,8
Persoonlijkheidsstoornis	44	42,3
Psychotische stoornis	45	43,3
Middelenstoornis	66	63,5
Parafiele stoornis	9	8,7
Andere stoornis	16	15,4

Beoordelaars

In tabel 4-4 wordt de discipline en de tewerkstellingssetting van de beoordelaars weergegeven. De beoordelaars die scoreformulieren aanleverden ($n = 30$) waren hoofdzakelijk criminologen (60,0%) en psychologen (26,7%) met een leeftijd beneden 30 (43,3%) of tussen 31 en 40 jaar (43,3%). Ze hadden een anciënniteit van gemiddeld 6,4 jaar in de huidige setting ($SD = 4,10$; range = 0 – 17 jaar). Drie vierde ($n = 22$; 73,3%) was hier minimaal 5 jaar tewerkgesteld. Eenzelfde aandeel was tewerkgesteld binnen een residentiële forensisch psychiatrische setting (73,3%). Alle beoordelaars volgden een DUNDRUM-opleiding, waarvan 9 (33,3%) de TTT van de auteurs van de DUNDRUM.

Tabel 4-4. Discipline en plaats van tewerkstelling van de beoordelaars die DUNDRUM scoreformulieren aanleverden

	<i>n</i>	%
Discipline		
Criminoloog	18	60,0
Psycholoog	8	26,7
Maatschappelijk assistent	2	6,7
Ander	2	6,7
Setting tewerkstelling		
Residentiële forensische psychiatrie	22	73,3
Residentiële reguliere psychiatrie	3	10,0
Ambulant	4	13,3
Schakelfunctie	1	3,3

DUNDRUM-afnames

Algemeen

Er werden 120 DUNDRUM-afnames bezorgd in functie van het onderzoek. Een vierde hiervan (23,0%; $n = 26$) werd afgenomen zonder of voorafgaand aan een opleiding (“pre-training”). In de meeste gevallen (89,7%) werd de DUNDRUM voor het eerst gescoord; in zo’n 10% van de gevallen ging het om een herafname. Dit is niet onverwacht aangezien de DUNDRUM pas recent werd geïntroduceerd in het werkveld. De reden voor de afname was in 61,2% van de gevallen met het oog op een eventuele doorstroom. In een kwart van de dossiers (24,5%) betrof het een routinematige scoring en in 14,3% van de dossiers ($n = 14$) een afname in functie van de opstart van opvolging. Dit laatste betekende evenwel niet dat de DUNDRUM werd afgenomen vóór de start van de opvolging. Meer nog, de gemiddelde duur tussen de opname en de DUNDRUM-afname bedroeg in dat geval iets meer dan een jaar ($M = 393$ dagen). In zes gevallen vond de afname plaats binnen drie maanden na de opstart, in vijf gevallen binnen een jaar en in drie gevallen na meer dan één jaar. In één geval ging het om een afname negen jaar na de opstart van de behandeling. Ongeveer de helft van de afnames gebeurden in consensus; dit wil zeggen dat twee of meerdere personen betrokken waren bij de scoring. Wanneer de afnames van de

eerste onderzoeker buiten beschouwing werd gelaten, steeg dit naar 76,8%. Slechts in een minderheid van de gevallen (18,2%; $n = 14$) werd de KBM op de hoogte gesteld van de resultaten van de afname, hoewel er veel ontbrekende data waren voor deze variabele ($n = 43$).

In tabel 4-5 wordt het percentage afnames per subschaal weergegeven. DUNDRUM-2 en de zelfrapportageschaal werden slechts uitzonderlijk afgenomen, respectievelijk in 2,5% en 8,3% van de gevallen. Omwille van het lage aantal werden er geen verdere analyses uitgevoerd met betrekking tot DUNDRUM-2.

Tabel 4-5. Afnames per DUNDRUM schaal

	n	Ontbrekende GKO
DUNDRUM-1	84	24
DUNDRUM-2	3	NVT
DUNDRUM-3	100	16
DUNDRUM-4	99*	16
DUNDRUM zelfrapportage	10	NVT

Noot. GKO = gestructureerd klinisch oordeel; NVT = niet van toepassing.

* In één geval werd enkel DUNDRUM-3 gescoord, en dus niet in combinatie met DUNDRUM-4.

Dossierinformatie

Gemiddeld genomen werd de DUNDRUM-afname gebaseerd op zes bronnen ($SD = 2,3$; range = 1 – 12). In de meeste gevallen (90%) werden minimaal vier bronnen geconsulteerd. In tabel 4-6 wordt dit opgesplitst voor de verschillende schalen. De meest gebruikte bronnen betroffen het forensisch psychiatrisch deskundigenverslag (86,4%), het vonnis (73,6%), het strafuittreksel (69,1%), het PSD-verslag (60,0%) en verslaggeving (74,5%) of dagobservaties (73,6%) van de huidige opvolging.

Tabel 4-6. Brongebruik voor de verschillende DUNDRUM-schalen

	Gem. aantal bronnen	Range	≥ 4 bronnen
DUNDRUM-1	7,1	3 – 12	98,8%
DUNDRUM-2*	4,3	3 – 5	66,7%
DUNDRUM-3	6,5	1 – 11	89,2%
DUNDRUM-4	6,6	1 – 11	90,2%

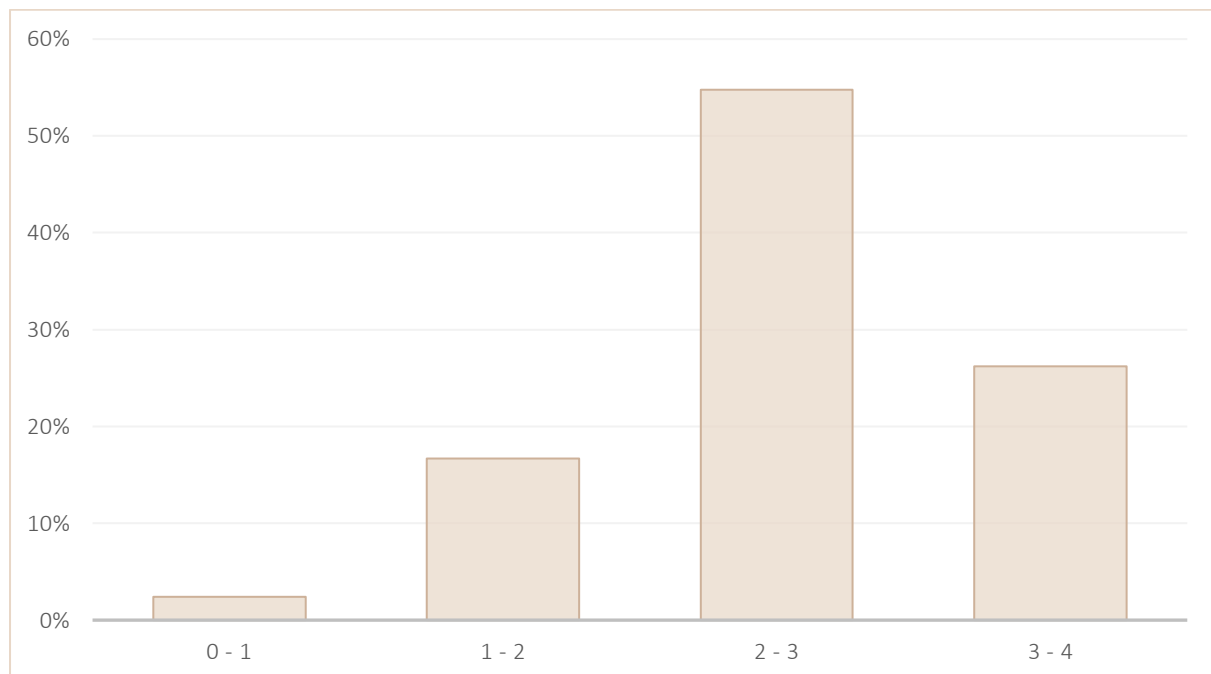
* Gebaseerd op 3 afnames

DUNDRUM-scores

DUNDRUM-1: De gemiddelde totaalscore op de DUNDRUM-1 11-item schaal was 24,0 ($SD = 6,9$; range = 7 – 37); voor de 9-item schaal (exclusief de suicide-items) was dit 21,6 ($SD = 5,7$; range = 7 – 32). De gemiddelde (9-item) score was 2,43 ($SD = 0,64$; range = 0,8 – 3,6), hetgeen overeenstemt met een

populatie geschikt voor een matig beveiligingsniveau. In figuur 4-1 wordt de verdeling van de DUNDRUM-1 gemiddelde scores gepresenteerd. In tabel 4-7 worden de scores weergegeven op basis van de verblijfplaats ten tijde van de scoring. Hier is een dalende trend merkbaar naarmate het beveiligingsniveau van de setting daalt, met uitzondering van de twee laagste beveiligingsniveaus. Hier waren echter slechts een zeer beperkt aantal afnames beschikbaar, wat een vertekend resultaat opgeleverd kan hebben. De gemiddelde score voor patiënten binnen een high security setting lag net onder de vooropgestelde cut-off van 3 in de handleiding. De gemiddelde scores voor patiënten binnen de lagere niveaus van beveiliging lagen hoger dan geadviseerd, vermits een score tussen 2 en 3 verwijst naar een matige beveiligingsnood en een score tussen 1 en 2 naar een lage beveiligingsnood (gesloten afdeling algemene psychiatrie of open forensische PVT). Een opname op een open afdeling is pas aan de orde bij een score tussen 0 en 1.

Figuur 4-1. Verdeling van DUNDRUM-1 gemiddelde scores (9-item schaal)



Tabel 4-7. DUNDRUM-1 scores per beveiligingsniveau op basis van de verblijfplaats ten tijde van de scoring

	<i>n</i>	Totaalscore 11 items	Totaalscore 9 items	Gemiddelde score
Gevangenis	3	25,9	23,9	2,7
Hoge beveiliging	24	28,2	25,4	2,8
Matige beveiliging	28	23,2	21,0	2,3
Lage beveiliging	23	20,9	18,9	2,2
Open afdeling/24-uurs zorg	1	17,0	15,0	1,7
Begeleiding in de maatschappij	3	24,7	21,3	2,4

Zeventien procent van de patiënten had een hoge beveiligingsnood op basis van het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-1; 56,7% een matige beveiligingsnood; 18,3% een lage beveiligingsnood; 5,0% werd beoordeeld als geschikt voor een open afdeling en 3,3% als geschikt voor begeleiding in de maatschappij. In de meeste gevallen (83,3%) waren er geen items die niet gescoord konden worden. Er waren voor een afname maximaal twee ontbrekende items. Het item TB11 “Wettelijke procedure” werd het vaakst werden opengelaten ($n = 7$). Andere items die niet steeds gescoord kunnen worden, waren TB4 “Acute dreiging van suïcide” ($n = 4$), TB2 “Ernst van suïcide” ($n = 3$), TB9 “Complexe noden omtrent risico op geweld” ($n = 3$), TB10 “Institutioneel gedrag” ($n = 2$) en TB3 “Acute dreiging van geweld” ($n = 1$). Het scorepatroon per item wordt weergegeven in tabel 4-8.

Tabel 4-8. Scorepatroon en aantal ontbrekende waarden op DUNDRUM-1 itemniveau

Item	<i>M</i>	0	1	2	3	4	Aantal missing
TB1 Ernst van geweld	2,67	3,6%	15,5%	19,0%	34,5%	27,4%	0
TB2 Ernst van suïcide	1,14	42,0%	28,4%	6,2%	21,0%	2,5%	3
TB3 Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis	2,63	2,4%	13,3%	20,5%	47,0%	16,9%	1
TB4 Acute dreiging van suïcide	1,15	43,8%	22,5%	12,5%	17,5%	3,8%	4
TB5 Gespecialiseerde forensische zorg	2,70	1,2%	10,7%	32,1%	28,6%	27,4%	0
TB6 Ontvluchting/onttrekking	2,35	3,6%	16,7%	45,2%	10,7%	23,8%	0
TB7 Toegang vermijden	2,50	0%	15,5%	28,6%	46,4%	9,5%	0
TB8 Slachtofferkwesities	1,67	15,5%	32,1%	23,8%	27,4%	1,2%	0
TB9 Complexe noden omtrent risico op geweld	2,59	0%	22,2%	16,0%	42,0%	19,8%	3
TB10 Institutioneel gedrag	1,80	12,2%	31,7%	30,5%	14,6%	11,0%	2
TB11 Wettelijke procedure	2,79	1,3%	7,8%	22,1%	48,1%	20,8%	7

Noot. TB = DUNDRUM-1 triage beveiligingsniveau items.

DUNDRUM-3/DUNDRUM-4: De totaalscore op DUNDRUM-3 was gemiddeld 16,9 ($SD = 4,9$; range = 7 – 28); voor DUNDRUM-4 was dit 14,2 ($SD = 3,9$; range = 5,8 – 25). De gecombineerde totaalscore was 31,2 ($SD = 8,3$; range = 15 – 53). De gemiddelde score was 2,2 ($SD = 0,59$), hetgeen overeenstemt met een populatie geschikt voor een matig beveiligingsniveau. In tabel 4-9 worden de scores weergegeven op basis van de verblijfplaats na ontslag. Hier is globaal gezien een dalende trend merkbaar naarmate het beveiligingsniveau van de setting daalt.

Zo’n zeven procent van de patiënten had een hoge beveiligingsnood op basis van het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-3/DUNDRUM-4; 42,2% een matige beveiligingsnood; 21,7% een lage beveiligingsnood; 12,0% werd beoordeeld als geschikt voor een open afdeling en 16,9% als geschikt voor begeleiding in de maatschappij.

Tabel 4-9. DUNDRUM-3 en -4 scores per beveiligingsniveau op basis van de verblijfplaats na ontslag

	<i>n</i>	Totaalscore D3	Totaalscore D4	Totaalscore D3/D4	Gem. score D3/D4
Gevangenis	2	20,0	17,8	37,9	2,7
Hoge beveiliging*	0	NVT	NVT	NVT	NVT
Matige beveiliging	2	20,9	14,6	35,6	2,5
Lage beveiliging	12	18,3	15,1	33,5	2,4
Open afdeling/24-uurs zorg	1	18,0	8,2	26,9	1,9
Begeleiding in de maatschappij	9	11,4	10,7	22,2	1,6

Noot. NVT = niet van toepassing.

* Geen enkele patiënt werd getransfereerd naar een high security setting (i.c. FPC), hetgeen in de praktijk ook niet mogelijk is. Enkel een opschaling naar de gevangenis is in de praktijk mogelijk.

In de meeste gevallen (94,0%) konden alle items van DUNDRUM-3 gescoord worden. Er kon maximaal één item niet gescoord worden. De items van DUNDRUM-4 daarentegen konden slechts in een derde van de gevallen (33,3%) allemaal gescoord worden. Er waren voor een afname maximaal twee ontbrekende items. In twee derde van de gevallen (66,7%) kon het item dat verwijst naar de dynamische factoren van de HCR-20 niet gescoord worden (H5 “Dynamische risicofactoren”). Het scorepatroon per item en het aantal keer dat dit item niet kon worden gescoord, wordt weergegeven in tabel 4-10.

Tabel 4-10. Scorepatroon en aantal ontbrekende waardes op DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 itemniveau

Item	0	1	2	3	4	Aantal missing
PV1 Lichamelijke gezondheid	0%	11,1%	35,4%	39,4%	14,1%	1
PV2 Geestelijke gezondheid	0%	7,0%	27,0%	41,0%	25,0%	0
PV3 Drugs en alcohol	20,4%	20,4%	20,4%	26,5%	12,2%	2
PV4 Probleemgedrag	1,0%	16,3%	27,6%	23,5%	31,6%	2
PV5 Zelfzorg en ADL	0%	36,0%	35,0%	18,0%	11,0%	0
PV6 Opleiding, beroep en creativiteit	0%	27,0%	36,0%	23,0%	14,0%	0
PV7 Familie en sociale netwerken	0%	17,2%	17,2%	49,5%	16,2%	1
H1 Stabiliteit	2,1%	16,5%	33,0%	14,4%	34,0%	3
H2 Inzicht	1,0%	13,1%	48,5%	33,3%	4,0%	1
H3 Therapeutische relatie	0%	24,2%	27,3%	37,4%	11,1%	1
H4 Verlof	0%	59,6%	28,3%	11,1%	1,0%	1
H5 Dynamische risicofactoren	2,9%	14,7%	67,6%	5,9%	8,8%	66
H6 Slachtofferkwesties	9,4%	44,8%	24,0%	15,6%	6,3%	4
H7 Hoop	1,0%	51,0%	33,7%	11,2%	3,1%	2

Noot. ADL = activiteiten van het dagelijks leven; PV = DUNDRUM-3 programmavoltooing items; H = DUNDRUM-4 herstel items.

DUNDRUM zelfrapportage: De analyses met betrekking tot de zelfrapportageversie hebben betrekken op slechts 10 afnames, voornamelijk binnen een laag beveiligde context (forensische PVT-setting of reguliere psychiatrische afdeling).

Tabel 4-11. DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 patiëntscores en verschilscores per verblijfplaats op het moment van afname

Setting	Totaalscore D3	Totaalscore D4	Gem. score D3/D4	Vershil score D3	Vershil score D4
Lage beveiliging ($n = 8$)	12,6	10,6	1,7		
Open afdeling/24-uurs zorg ($n = 1$)	6,0	7,0	0,9		
Totaal				4,8	6,3
Patiënt	11,9	9,7	1,5		
Zorgverlener	15,7	12,4	2,0		

Noot. D3 = DUNDRUM-3; D4 = DUNDRUM-4.

Er waren geen missing items voor de patiëntscores. De patiënt totaalscore voor DUNDRUM-3 was gemiddeld 11,9 ($SD = 4,4$; range = 5 – 19), voor DUNDRUM-4 was dit 9,7 ($SD = 3,3$; range = 5 – 13) en de gemiddelde score bedroeg 1,5 ($SD = 0,49$; range = 0,8 – 2,3). In tabel 4-11 worden deze scores verder opgesplitst per verblijfplaats op het moment van afname, met de nuance dat er voor de context ‘open afdeling’ slechts één afname beschikbaar was. De DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 score lag hier het laagst, zonder daar evenwel conclusies aan te kunnen verbinden. De scores van de zorgverleners lager hoger dan die van de patiënten. Dit verschil werd vanwege het beperkt aantal afnames niet statistisch getoetst.

Op vlak van totaalscore werd er voor DUNDRUM-3 een gemiddeld verschil van 3,8 ($SD = 4,10$; range = -2 tot 14) vastgesteld; voor DUNDRUM-4 was dit gemiddeld 2,7 ($SD = 3,69$; range = -3 tot 8). De negatieve cijfers in de range duiden op het feit dat de totaalscore op basis van de patiëntrating hoger was dan op basis van de rating van diens zorgverlener(s). Voor DUNDRUM-3 was dat voor één patiënt het geval, voor DUNDRUM-4 scoorden drie patiënten zich hoger dan de zorgverlener(s). De gemiddelde totaalscore verschilde gemiddeld 0,5 ($SD = 0,42$; range = 0 – 1,3).

In tabel 4-12 wordt het aantal verschilpunten per item weergegeven. Hieruit blijkt dat de meeste en/of grootste discrepanties bestaan voor enkele items van DUNDRUM-4, namelijk: H1 “Stabiliteit”, H3 “Therapeutische relatie” en H6 “Slachtofferkwetsies”. De grootste mate van overeenstemming werd gevonden voor item H7 “Hoop”. Dit item verwijst naar de mate waarin de patiënt hoop koestert om te mogen doorstromen naar een lager niveau van beveiliging of naar de maatschappij.

Tabel 4-12. Verdeling van het aantal verschilpunten en het gemiddeld aantal verschilpunten tussen de scores van de zorgverleners en de patiënten

Item	n	Gem. verschilpunten	Verschilpunten				
			0	1	2	3	4
PV1 Lichamelijke gezondheid	10	0,7	4	5	1	0	0
PV2 Geestelijke gezondheid	10	0,8	4	4	2	0	0
PV3 Drugs en alcohol	10	0,5	6	3	1	0	0
PV4 Probleemgedrag	10	0,8	6	2	1	0	1
PV5 Zelfzorg en ADL	10	0,6	6	3	0	1	0
PV6 Opleiding, beroep en creativiteit	10	0,6	5	4	1	0	0
PV7 Familie en sociale netwerken	10	0,8	5	3	1	1	0
Totaal DUNDRUM-3	10	3,8					
H1 Stabiliteit	10	2,0	2	1	3	3	1
H2 Inzicht	10	0,8	4	4	2	0	0
H3 Therapeutische relatie	10	1,4	2	3	4	1	0
H4 Verlof	10	0,5	6	3	1	0	0
H5 Dynamische risicofactoren*	2	1,5	0	1	1	0	0
H6 Slachtofferkwetsies	10	1,1	2	5	3	0	0
H7 Hoop	10	0,2	8	2	0	0	0
Totaal DUNDRUM-4	10	1,1					

Noot. ADL = activiteiten van het dagelijks leven; PV = DUNDRUM-3 programmavoltooing items; H = DUNDRUM-4 herstel items.

* Dit is gebaseerd op slechts twee afnames vanwege het hoge aandeel missings bij de afnames door de zorgverleners (cf. supra)

Psychometrische eigenschappen

DUNDRUM-1: Cronbach's alpha was .81 voor zowel de 11-item schaal als voor de 9-item schaal. In Tabel 4-13 vermeldt de Cronbach's alpha indien een item verwijderd wordt en de gecorrigeerde item-totaal correlatie. Enkel item 6 correleert slecht ($< .3$) met de totaalscore of de totale schaal. Dit blijkt ook uit een lichte stijging van de Cronbach's alpha wanneer dit item verwijderd zou worden van .81 naar .82. Deze stijging is echter verwaarloosbaar.

Tabel 4-13. Corrected item-total correlation en Cronbach's alpha if item deleted voor DUNDRUM-1 11-item schaal en 9-item schaal

Item	11-item schaal		9-item schaal	
	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha if item deleted	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha if item deleted
TB1 Ernst van geweld	.57	.79	.58	.78
TB2 Ernst van suïcide	.42	.80	–	–
TB3 Acute dreiging van geweld als gevolg van een psychische stoornis	.65	.78	.66	.77
TB4 Acute dreiging van suïcide	.45	.80	–	–
TB5 Gespecialiseerde forensische zorg	.61	.79	.63	.77
TB6 Ontvluchting/onttrekking	.27	.82	.26	.82
TB7 Toegang vermijden	.41	.80	.51	.79
TB8 Slachtofferkwesties	.34	.81	.38	.80
TB9 Complexe noden omtrent risico op geweld	.63	.78	.69	.76
TB10 Institutioneel gedrag	.55	.79	.45	.80
TB11 Wettelijke procedure	.37	.81	.44	.80

Er werd een matige correlatie vastgesteld tussen het DUNDRUM-1 eindoordeel en de huidige verblijfplaats ($r_s = .47, p = .00$). Dit betekent dat hoe hoger het beveiligingsniveau wordt ingeschat op basis van DUNDRUM-1, hoe hoger het beveiligingsniveau van de huidige verblijfplaats is. De huidige verblijfplaats is de setting waar de patiënt op het moment van de scoring verbleef. Dit is niet per definitie de setting waar de patiënt ook zijn traject is aangevat. Detentie ($n = 3$) werd hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat de reden voor verblijf in detentie niet per definitie te maken heeft met de nood aan een hoger beveiligingsniveau. In 44,6% ($n = 25$) van de gevallen kwam het DUNDRUM-1 eindoordeel overeen met het beveiligingsniveau van de huidige verblijfplaats van de patiënt (zie tabel 4-14). In 39,3% ($n = 22$) van de gevallen verbleef de patiënt in een setting met een hoger niveau van beveiliging dan werd geadviseerd op basis van het DUNDRUM-1 eindoordeel. In 16,1% ($n = 9$) van de gevallen verbleef de patiënt in een setting met een lager niveau van beveiliging dan werd geadviseerd op basis van het DUNDRUM-1 eindoordeel. In vier vijfde van de gevallen ($n = 25$; 80,6%) ging het verschil over één niveau van beveiliging. In zes gevallen betrof het een verschil van twee of drie beveiligingsniveaus; drie waarbij het DUNDRUM-1 eindoordeel een setting met een laag beveiligingsniveau adviseerde maar waarbij de patiënt actueel in een high security setting verbleef en drie gevallen waarbij de patiënt in een ambulante context verbleef terwijl het DUNDRUM-1 eindoordeel een lage tot matige beveiligingsbehoefte aangaf.

Tabel 4-14. Beveiligingsniveau op basis van DUNDRUM-1 eindoordeel afgezet ten opzichte van het beveiligingsniveau op moment van afname

		Beveiligingsniveau ten tijde van afname				
		Hoge beveiliging	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Ambulant
D1 GKO	Hoge beveiliging	8	1	0	0	0
	Matige beveiliging	11	15	5	0	2
	Lage beveiliging	3	4	2	0	1
	Open afdeling	0	0	3	0	0
	Ambulant	0	0	0	1	0

Noot. D1 = DUNDRUM-1; GKO = gestructureerd klinisch oordeel.

In tabel 4-15 wordt een overzicht gegeven van de voorspellende waarde. DUNDRUM-1 gestructureerd klinisch eindoordeel voorspelde enkel opname op een high security unit (AUC = .70; $p = .01$). Verblijf in de gevangenis werd hier wederom buiten beschouwing gelaten omdat de reden voor verblijf in detentie niet per definitie te maken heeft met de nood aan een hoger beveiligingsniveau. Op itemniveau bleken de items TB5 “Gespecialiseerde forensische zorg” (AUC = .76), TB7 “Toegang vermijden” (AUC = .68), TB9 “Complexe noden omtrent risico op geweld” (AUC = .66), TB10 “Institutioneel gedrag” (AUC = .78) en TB11 “Wettelijke procedure” (AUC = .76) voorspellend. DUNDRUM-1 was niet voorspellend voor opname in een setting met een matig of laag beveiligingsniveau of voor ambulante begeleiding. Op itemniveau waren wel de items TB5 “Gespecialiseerde forensische zorg” (AUC = .76), TB8 “Slachtofferkwetsies” (AUC = .69), TB10 “Institutioneel gedrag” (AUC = .74) en TB11 “Wettelijke procedure” (AUC = .70) voorspellend voor opname in een laag beveiligingsniveau.

Tabel 4-15. Area Under the Curve (AUC) waarden voor het gestructureerd klinisch oordeel

	Base rate (%)	AUC	p	95% BI
DUNDRUM-1				
Hoge beveiliging	22 (37,3%)	.70	.01	.56 – .84
Matige beveiliging	20 (33,9%)	.48	.77	.33 – .62
Lage beveiliging	10 (16,9%)	.28	.03	.11 – .45
Open afdeling/24-uurs zorg	1 (1,7%)	.00	.09	0 – 0
Ambulant	3 (5,1%)	.41	.61	.14 – .68
DUNDRUM-3/DUNDRUM-4				
Gevangenis	1 (4,8%)	1.00	.10	1.00 – 1.00
Hoge beveiliging*	NVT	NVT	NVT	NVT
Matige beveiliging	2 (9,5%)	.71	.34	.45 – .97
Lage beveiliging	11 (52,4%)	.76	.04	.53 – .99
Open afdeling/24-uurs zorg	1 (4,8%)	.33	.56	.10 – .55
Ambulant	6 (28,6%)	.02	.00	0 – .06

Noot. AUC = area under the curve; BI = betrouwbaarheidsinterval; NVT = niet van toepassing.

* Geen enkele patiënt werd getransfereerd naar een high security setting (i.c. FPC), hetgeen in de praktijk ook niet mogelijk is. Enkel een opschaling naar de gevangenis is in de praktijk mogelijk.

DUNDRUM-3/DUNDRUM-4: Cronbach's alpha was .80 voor DUNDRUM-3 en .82 voor DUNDRUM-4. In Tabel 4-16 staat de Cronbach's alpha indien een item verwijderd wordt en de gecorrigeerde item-totaal correlatie. Voor DUNDRUM-3 heeft met name het item TB3 "Drugs en alcohol" een lage correlatie met de totale schaal. Weglaten van dit item zou Cronbach's alpha verhogen tot .84. Met betrekking tot DUNDRUM-4 bleek item H7 "Hoop" slecht te correleren met de totale schaal. Ook hier zou het verwijderen van dit item leiden tot een stijging van Cronbach's alpha tot .84. Beide stijgingen zijn echter verwaarloosbaar te noemen.

Op het einde van de studie waren 26 patiënten uitgestroomd (29,5%). Voor 21 van hen was er tevens een DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 gestructureerd klinisch oordeel beschikbaar. De meerderheid hiervan ($n = 19$) stroomde door naar een lager niveau van beveiliging. Elf patiënten stroomden door naar een setting met een laag beveiligingsniveau, zes patiënten naar een ambulante setting, één patiënt naar een medium security setting en één patiënt naar een open reguliere afdeling. Voor twee patiënten gebeurde een opschaling. DUNDRUM-3 en -4 werden gemiddeld acht maanden voor ontslag gescoord ($SD = 193,68$; range = 41 – 734 dagen). In een vierde van de gevallen ($n = 6$; 23,1%) betrof het een afname van meer dan een jaar voor ontslag.

Er werd een sterke correlatie vastgesteld tussen het DUNDRUM-3/4 eindoordeel en de verblijfplaats bij ontslag ($r_s = .88$, $p = .00$). Dit betekent dat hoe lager het beveiligingsniveau wordt ingeschat op basis van DUNDRUM-3/4, hoe lager het beveiligingsniveau van de verblijfplaats na doorstroom is.

Tabel 4-16. Corrected item-total correlaties en Cronbach's alpha if item deleted voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4

	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha if item deleted
DUNDRUM-3		
PV1 Lichamelijke gezondheid	.56	.78
PV2 Geestelijke gezondheid	.70	.75
PV3 Drugs en alcohol	.30	.84
PV4 Probleemgedrag	.54	.78
PV5 Zelfzorg en ADL	.72	.75
PV6 Opleiding, beroep en creativiteit	.56	.77
PV7 Familie en sociale netwerken	.51	.78
DUNDRUM-4		
H1 Stabiliteit	.54	.80
H2 Inzicht	.56	.79
H3 Therapeutische relatie	.65	.78
H4 Verlof	.78	.76
H5 Dynamische risicofactoren	.63	.78
H6 Slachtofferkwesties	.60	.79
H7 Hoop	.22	.84

In 42,9% ($n = 9$) van de gevallen kwam het DUNDRUM-3/4 eindoordeel overeen met het beveiligingsniveau van de verblijfplaats bij ontslag (zie tabel 4-17). In 9,5% ($n = 2$) van de gevallen verbleef de patiënt in een setting met een hoger niveau van beveiliging dan werd geadviseerd op basis van het DUNDRUM-3/4 eindoordeel. In 47,6% ($n = 9$) van de gevallen verbleef de patiënt in een setting met een lager niveau van beveiliging dan werd geadviseerd op basis van het DUNDRUM-1 eindoordeel. Dit ging dan vooral over patiënten die doorstroomden naar een laag niveau van beveiliging, terwijl het DUNDRUM-3 en 4 eindoordeel een matige beveiliging adviseerde. Indien er een verschil was tussen het beveiligingsniveau volgens het eindoordeel en de verblijfplaats na ontslag, ging dit maximaal over één niveau verschil. Het feit dat het beveiligingsniveau na doorstroom niet steeds correspondeert met het eigen eindoordeel is een opvallende bevinding. Voor deze negen casussen werd bekeken of het ging over scores van de onderzoeker, maar dit bleek niet per definitie het geval te zijn. Er lijken dus andere factoren aan de basis te liggen voor een mismatch tussen het geadviseerde en het werkelijke beveiligingsniveau na doorstroom.

Tabel 4-17. Beveiligingsniveau op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel afgezet ten opzichte van het beveiligingsniveau na ontslag

		Beveiligingsniveau na ontslag					
		Gevangenis	Hoge beveiliging	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Ambulant
D3/D4 GKO	Hoge beveiliging	1	0	0	0	0	0
	Matige beveiliging	0	0	2	9	0	0
	Lage beveiliging	0	–	–	–	–	–
	Open afdeling	0	0	0	2	1	1
	Ambulant	0	0	0	0	0	5

Noot. D3 = DUNDRUM-3; D4 = DUNDRUM-4; GKO = gestructureerd klinisch oordeel.

In tabel 4-18 worden de uitkomsten met betrekking tot de predictieve validiteit gerapporteerd. Er werden goede AUC-waardes gevonden voor de voorspelling van uitstroom naar de gevangenis (AUC = 1.00), matige (AUC = .71) en lage beveiliging (AUC = .76), hoewel enkel deze laatste significant bleek.

Daarnaast werd ook gekeken naar de PVW en NVW. Resultaten laten hier een perfecte accuraatheid (PVW = 100%) zien voor wat betreft de uitstroom naar een hoog beveiligde setting wanneer het GKO advies ook een hoge beveiligingsnood indiceerde. Hetzelfde resultaat werd bereikt voor de uitstroom naar een ambulante setting wanneer dit ook het GKO advies betrof. Daarnaast bleek het DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 GKO ook transfer naar een lager én een hoger niveau accuraat te voorspellen (respectievelijke PVW van 90,5% en 100%). Een GKO advies van een matige beveiligingsnood voorspelde wel met 81,8% accuraatheid een doorstroom naar een setting met een laag beveiligingsniveau.

Tabel 4-18. Positieve voorspellende waarde (PVW) en negatieve voorspellende waarde (NVW) voor het DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 gestructureerd klinisch oordeel

	Juist positief	Vals positief	Juist negatief	Vals negatief	PVW	NVW
Uitstroom naar vooropgestelde niveau						
Hoge beveiliging*	1	0	20	0	100%	100%
Matige beveiliging	2	9	10	0	18,2%	100%
Lage beveiliging**	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT
Open afdeling/24-uurs zorg	1	3	17	0	25,0%	NVT
Ambulant	5	0	15	1	100%	93,8%
Positieve transfer	11	0	2	8	90,5%	100%
Negatieve transfer	2	0	19	0	100%	100%

Noot. PVW = positieve voorspellende waarde = de kans dat een patiënt waarbij [bepaalde] beveiligingsnood werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 ook werkelijk uitstroomt naar dit niveau van beveiliging; NVW = negatieve voorspellende waarde = de kans dat een patiënt waarbij geen [bepaalde] beveiligingsnood werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 ook daadwerkelijk niet uitstromen naar dit niveau van beveiliging.

* Dit betrof een gestructureerd klinisch eindoordeel “hoge beveiliging” waarbij de patiënt werd terugverwezen naar detentie.

** Voor geen enkele patiënt die uitstroomde werd op basis van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 lage beveiliging geadviseerd.

Beveiligingsniveaus

In de scoreformulieren werd aan de partners gevraagd naar een concretisering van het eindoordeel op afdelingsniveau. Dit met als doel om te exploreren of er in de praktijk al enige vorm van consensus hierover bestaat. Hierbij werd getracht meer informatie te verzamelen over de verwarring die er in het veld bestaat omtrent de criteria van de diverse beveiligingsniveaus. Uit de focusgroepen kwam namelijk een duidelijke nood naar voren om de beveiligingsniveaus van de DUNDRUM te operationaliseren op instellings- en afdelingsniveau.

In tabel 4-19 wordt een overzicht gegeven van deze operationalisering volgens het netwerk. Hierbij valt op dat er zich vooral onenigheid situeert voor wat betreft forensische PVT's, waarbij het beveiligingsniveau de ene keer als laag en de andere keer als matig wordt ingeschat. Hetzelfde geldt voor de afdeling FOR1C (leefstijltraining) binnen het OPZC Rekem, waarbij zowel het materiële, relationele als procedurele mate van beveiliging overeenstemt met dat van de open forensische PVT in het OPZC Rekem. Verder wordt ook de long-stay afdeling van Bierbeek als zowel matig als hoog ingeschaald. Reguliere PVT's worden ook niet systematisch onder dezelfde noemer geplaatst, gaande van lage beveiliging tot open afdeling/24-uurs zorg.

Tabel 4-19. Koppeling van het DUNDRUM beveiligingsniveau aan specifieke organisaties of afdelingen volgens de beoordelaars

Beveiligingsniveau	Operationalisering
Lage beveiliging	Atlas 2 (UPC Duffel)
Open afdeling/24-uurs zorg	Atlas 3 (UPC Duffel)
Lage beveiliging	B4 bed borderline problematiek
Begeleiding in de maatschappij	BW 't Veer
Begeleiding in de maatschappij	Forensisch BW
Begeleiding in de maatschappij	BW Hasselt
Begeleiding in de maatschappij	BW IPSO
Begeleiding in de maatschappij	BW Min
Open afdeling/24-uurs zorg	BW Min
Begeleiding in de maatschappij	BW Vistha
Lage beveiliging	Campuswonen OPZC Rekem
Lage beveiliging	Dubbeldiagnose Rehab (PC Gent-Sleidinge)
Matige beveiliging	De Zeilen (Asster)
Matige beveiliging	Diga (PC Sint-Jan-Baptist)
Lage beveiliging	Dubbeldiagnose (PZ Sint-Jan)
Begeleiding in de maatschappij	Eigen woonst
Matige beveiliging	Encarga 2 (PC Sint-Jan-Baptist)
Matige beveiliging	Engarga 1 (PC Sint-Jan-Baptist)
Matige beveiliging	Esperanza 1 (PC Sint-Jan-Baptist)
Open afdeling/24-uurs zorg	Esperanza 2 (PC Sint-Jan-Baptist)
Begeleiding in de maatschappij	Forensisch BW met daghospitalisatie
Matige beveiliging	Forensische zorg 1B (OPZC Rekem)
Lage beveiliging	Forensische zorg 2 (OPZC Rekem)
Matige beveiliging	Forensische zorg 2 (OPZC Rekem)
Lage beveiliging	Forensische zorg 3 (OPZC Rekem)
Matige beveiliging	Forensische zorg 3 (OPZC Rekem)
Matige beveiliging	Forensische zorg 4 (OPZC Rekem)
Begeleiding in de maatschappij	Forensisch BW
Open afdeling/24-uurs zorg	Forensisch BW
Matige beveiliging	FORTE (Zorggroep Sint-Kamillus)
Hoge beveiliging	FPC
Lage beveiliging	Gesloten forensische PVT
Matige beveiliging	Gesloten PVT
Matige beveiliging	Gesloten VAPH
Matige beveiliging	GoLF (Zorggroep Sint-Kamillus)
Lage beveiliging	PIZa (PC Sint-Amandus)
Matige beveiliging	Kliniek voor Forensische Psychiatrie (PZ Sint Lucia)
Lage beveiliging	Leefstijltraining (OPZC Rekem)
Matige beveiliging	Leefstijltraining (OPZC Rekem)
Hoge beveiliging	Levanta (PC Sint-Jan-Baptist)
Hoge beveiliging	Langdurige Forensische Psychiatrie (Zorggroep Sint-Kamillus)
Matige beveiliging	Langdurige Forensische Psychiatrie (Zorggroep Sint-Kamillus)
Matige beveiliging	Medium security Bierbeek
Matige beveiliging	Medium security Rekem
Matige beveiliging	Medium security Zelzate

Vervolg tabel 4-19

Beveiligingsniveau	Operationalisering
Lage beveiliging	Open Forensische PVT
Open afdeling/24-uurs zorg	PVT Salto (OPZ Geel)
Lage beveiliging	plZa (PC Sint-Amandus)
Open afdeling/24-uurs zorg	PVT De Landhuizen (PZ Bethanië)
Lage beveiliging	PVT (PZ Sint-Jan)
Open afdeling/24-uurs zorg	PVT Schorshaegen
Open afdeling/24-uurs zorg	PVT Tongeren
Open afdeling/24-uurs zorg	Langdurige zorg (PZ Bethanië)
Open afdeling/24-uurs zorg	Dynamo (PZ Duffel)
Open afdeling/24-uurs zorg	Reguliere open PVT
Lage beveiliging	Reguliere PVT
Open afdeling/24-uurs zorg	Reguliere VAPH
Matige beveiliging	Ukuma (Centre Hospitalier Jean Titeca)
Lage beveiliging	Ebergiste (VAPH)
Lage beveiliging	VIA (Zorggroep Sint-Kamillus)
Lage beveiliging	Wadis-Motu (PC Dr. Guislain)

Conclusie

Met deze studie werd getracht om de field validity van de DUNDRUM toolkit in kaart te brengen aan de hand van afnames door zorgverleners in het Vlaamse (forensisch) psychiatrische werkveld. De DUNDRUM werd namelijk ontwikkeld binnen een specifieke Ierse context, waar alle beveiligingsniveaus vertegenwoordigd zijn in één forensisch psychiatrisch ziekenhuis, en de psychiaters van dit ziekenhuis ook instaan voor de beoordelingen in detentie voorafgaand aan opname. Dit is echter niet de realiteit in Vlaanderen, waar het aanbod regionaal gereguleerd is en de PSD volledig onafhankelijk van de zorgcontext opereert. Bovendien zijn de meeste validatiestudies gebeurd door de auteurs van de DUNDRUM, binnen diezelfde specifieke context. Uit hoofdstuk 1 ('Evaluatie van de DUNDRUM opleiding') is gebleken dat een aanzienlijk aantal zorgverleners het afgelopen jaar werd getraind in het gebruik van de DUNDRUM. Vergeleken met het hoge aantal getrainde zorgverleners, werd eerder een beperkt aantal scoreformulieren doorgestuurd. Ook het aantal settings dat DUNDRUM-afnames aanleverde was laag. Dit is vermoedelijk geen accurate reflectie van het aantal afnames in de praktijk. Hier zijn een aantal mogelijke verklaringen voor. Ten eerste hebben de zorgpartners mogelijk een aantal hordes ervaren zoals het informed consent en het versleutelen van gegevens; hordes die nodig waren om te voldoen aan ethische bekommernissen en GDPR-regelgeving. Ten tweede is het mogelijk – gezien de recente start van de implementatie en de lopende DUNDRUM-trainingen – dat een aantal partners nog niet van start waren gegaan met de implementatie. Een derde oorzaak kan te maken hebben met het feit dat zorgpartners de scoreformulieren zijn vergeten door te sturen naar de onderzoekers. Deze laatste verklaring is echter minder plausibel, vermits er diverse reminder werden uitgestuurd door de netwerkcoördinator Internering.

Ondanks het beperkt aantal data, kunnen er toch enkele interessante bevindingen gerapporteerd worden. De meest gebruikte schalen van de DUNDRUM betroffen DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 ($n = 100$)

en DUNDRUM-1 ($n = 84$). De gemiddelde DUNDRUM-1 score ligt enigszins lager dan deze gevonden in de populatie binnen het Central Mental Hospital in Ierland, maar nog steeds verwijzend naar een matig beveiligingsniveau (Davoren, Byrne, et al., 2015; Davoren, Hennessy, et al., 2015). Volgens DUNDRUM-1 had drie vierde een matig tot hoge beveiligingsnood, hetgeen overeenstemt met het aandeel afnames binnen een medium en high security unit (67,1%). Slechts in 9,5% van de afnames kon één item niet gescoord worden; in 7,1% van de gevallen twee items. Het lage aantal ontbrekende items indiceert dat er voldoende (dossier)informatie aanwezig was om DUNDRUM-1 te kunnen scoren. Er worden in de handleiding geen maximaal aantal missing items vooropgesteld om een betrouwbare scoring te kunnen doen. De interne consistentie van DUNDRUM-1 was goed, en vergelijkbaar met deze gevonden in de field studies van Adams et al. (2018) en Freestone et al. (2015). Cronbach's alpha stemde overeen met (Habets et al., 2019) of lag zelfs hoger (Habets et al., 2020) dan de resultaten binnen een onderzoekscontext in Vlaanderen. Er werd verder een matige correlatie vastgesteld tussen het DUNDRUM-1 eindoordeel en de verblijfplaats ten tijde van afname. Dit betekent dat hoe hoger het beveiligingsniveau wordt ingeschat op basis van DUNDRUM-1, hoe hoger het beveiligingsniveau van de verblijfplaats ten tijde van de scoring was. Op beschrijvend vlak vertaalde zich dit in een dalende DUNDRUM-1 score doorheen het beveiligingsniveau, met uitzondering van het laagste niveau, zijnde ambulante begeleiding. Hier lag de gemiddelde score in lijn met een matig beveiligingsniveau. Dit is overigens een algemene trend die werd geobserveerd, namelijk dat de gemiddelde scores voor de diverse beveiligingsniveaus boven de vooropgestelde cut-off van de handleiding lagen. De gemiddelde score voor de high security setting lag dan weer net onder de cut-off. Dit kan betekenen dat de beveiligingsnood van patiënten die zijn opgenomen binnen de lagere beveiligingsniveaus de beveiligingsmogelijkheden binnen die settings overstijgen. Anderzijds werden een aantal patiënten binnen de FPC's mogelijk opgenomen in een voor hun te hoog beveiligingsniveau. Vanwege de lage aantallen – met name voor de lagere beveiligingsniveaus – kunnen hierover echter geen sterke conclusies worden getrokken. Vergeleken met eerder onderzoek in Vlaanderen binnen een onderzoekscontext lag de correlatie hoger (Jeandarme et al., 2019). Dit is enigszins onverwacht, vermits DUNDRUM-1 niet werd afgenomen *voorafgaand* aan een verblijf binnen de huidige setting en ook niet per definitie vlak na het opleggen van een interneringsmaatregel. De huidige verblijfplaats werd dus niet beslist op basis van het DUNDRUM-1 eindoordeel, hetgeen overeenkomt met het opzet binnen de studie van Jeandarme et al. (2019). Het is echter onduidelijk op welke manier de DUNDRUM-1 werd gescoord in de praktijk. Met andere woorden: het is niet geweten of de scoring is gebaseerd op informatie tot op het moment van opname of tot op het moment van scoring. Ingeval er een mismatch was tussen het vooropgestelde beveiligingsniveau op basis van DUNDRUM-1 en de feitelijke verblijfplaats, verbleef de patiënt in zo'n 40% van de gevallen in een hoger beveiligingsniveau dan geadviseerd volgens het gestructureerd klinisch oordeel. Het gros hiervan betrof patiënten binnen een high security setting (FPC), die volgens DUNDRUM-1 eerder nood hadden aan een matig beveiligingsniveau. Mogelijk is dit te wijten aan KBM-besluiten op basis van pragmatische overwegingen, waarbij er besloten werd tot plaatsing in een FPC bij gebrek aan beschikbaarheid van een bed binnen een medium security afdeling (Jeandarme et al., 2019). Op vlak van predictieve validiteit bleek DUNDRUM-1 enkel voorspellend voor opname in een hoog beveiligde setting. Dit ligt in lijn met de resultaten van Vlaams onderzoek (Habets et al., 2020). De beperkte predictieve waarde is bovendien niet verwonderlijk, aangezien DUNDRUM-1 in deze beginfase van implementatie niet werd gebruikt in functie van triage, en dus niet bij aanvang van het interneringstraject werd gescoord. Bovendien werden

er geen afnames ontvangen vanuit detentie. De conclusie dat DUNDRUM-1 niet voorspellend zou zijn, is dus voorbarig. Toekomstig onderzoek gebaseerd op afnames kort na het opleggen van een interneringsmaatregel is hiervoor aangewezen.

Wat DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 betreft scoorde drie vierde van de patiënten binnen de range van een matige tot hoge beveiligingsnood (66,7%). Op het einde van het onderzoek verbleef ongeveer de helft (53,5%) van de patiënten in een setting met een matig tot hoog beveiligingsniveau. Een derde ($n = 26$; 29,5%) kende een doorstroom tijdens de studieperiode; het merendeel ($n = 23$) naar een lager beveiligingsniveau. Het aantal ontbrekende items was miniem, met uitzondering van een DUNDRUM-4 item H5 “Dynamische risicofactoren”, waaruit kan geconcludeerd worden dat de dossiers voldoende informatie bevatten om de DUNDRUM-schalen 3 en 4 te kunnen scoren. Het hoge aandeel ontbrekende waarden voor het item H5 “Dynamische risicofactoren” heeft vermoedelijk te maken met het gegeven dat voor de scoring een risicotaxatie-afname met een specifiek instrument nodig is, namelijk de Historical, Clinical, Risk Management–20 (HCR-20V2,V3; Douglas et al., 2013; Webster et al., 1997). In het forensische werkveld wordt er echter – naast de HCR-20 – ook vaak beroep gedaan op de Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R; Spreen et al., 2013); met name binnen de FPC’s. Om dit item te kunnen vertalen in functie van het gebruik van de HKT-R is vergelijkend onderzoek op itemniveau tussen beide instrumenten nodig, hetgeen tot op heden niet beschikbaar is. Er werd een goede interne consistentie vastgesteld voor zowel DUNDRUM-3 als DUNDRUM-4, zij het dat deze iets lager lag dan gemeten binnen andere field studies (Abidin et al., 2013; Adams et al., 2018; Davoren, Hennessy, et al., 2015; O’Dwyer et al., 2011). Globaal gezien werd een dalende gemiddelde score geobserveerd naarmate het beveiligingsniveau van de setting (bij ontslag) daalde. Dit vertaalde zich naar een sterke correlatie tussen het DUNDRUM-3/4 eindoordeel en de verblijfplaats bij ontslag, wat betekent dat hoe hoger of lager het beveiligingsniveau wordt ingeschat op basis van DUNDRUM-3/4, hoe hoger respectievelijk lager het beveiligingsniveau van de verblijfplaats na doorstroom is. Het DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel behaalde een goede voorspellende waarde voor uitstroom naar detentie, matige en lage beveiliging. Doch niet alle waarden bleken significant. Een gebrek aan significante resultaten kan mogelijk verklaard worden door de beperkte grootte van de steekproef en de soms extreem lage base rates. Het wordt daarom aanbevolen om het huidige cohort (1) langer op te volgen én idealiter (2) verder uit te breiden met nieuwe afnames. Verder bleek een DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel van hoge beveiliging goed te voorspellen voor effectieve doorstroom (of eerder: terugstroom) naar een hoog beveiligde setting (i.c. de gevangenis). Ook een GKO voor doorstroom naar een ambulante setting bleek te voorspellen voor opname binnen deze context. Voor een GKO matige beveiliging bleek dit niet het geval, terwijl het – na verdere exploratie – wel voorspellend bleek voor opname op in een setting met een laag beveiligingsniveau. Een verklaring kan hiervoor zijn dat een open forensische PVT-setting volgens de DUNDRUM-handleiding werd geclassificeerd als zijnde een laag beveiligingsniveau, terwijl dit door de zorgpartners mogelijk niet zo gepercipieerd wordt (en eerder als matig beveiligingsniveau wordt beschouwd). Indicaties hiervoor kunnen afgeleid worden op basis van de operationalisering door de partners zelf (cf. onderdeel “Beveiligingsniveaus”). Dit duidt opnieuw aan de nood om de beveiligingsniveaus verder uit te klaren en te operationaliseren binnen het Vlaamse zorglandschap. Verder bleek ook dat in zo’n 90% van de gevallen waarin een doorstroom naar een lager niveau mogelijk werd geacht op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel, dit ook zo gebeurde. Ook een eindoordeel dat wijst op de nood aan opschaling leidde in alle gevallen tot effectieve terugstroom naar een hoger niveau van beveiliging.

Op basis van 10 zelfrapportages werd vastgesteld dat patiënten zich positiever inschatten dan de zorgverleners. Dit ligt in lijn met zowel internationale onderzoeksresultaten (Davoren, Hennessy, et al., 2015; Lam et al., 2023) als resultaten uit Vlaams onderzoek (Habets & Jeandarme, 2021).

Beperkingen

De resultaten en mogelijkheden voor analyses staan of vallen met de beschikbaarheid van data. De onderzoekers waren afhankelijk van de afnames die werden doorgestuurd door de partners uit het werkveld, hetgeen ondanks grote inspanningen van de netwerkcoördinatoren eerder beperkt was en met een oververtegenwoordiging van high en medium security settings. Dit is meteen de grootste *drawback* van de huidige studie. Naast de gepresenteerde resultaten, zouden ook nog andere analyses een meerwaarde zijn voor het vaststellen van de validiteit en betrouwbaarheid van de DUNDRUM toolkit, maar de beperkte steekproefgrootte liet dit niet toe. Hierbij kan gedacht worden aan de validiteit van de DUNDRUM afhankelijk van bepaalde subgroepen van patiënten, zoals vrouwen of personen met een verstandelijke beperking. Maar ook twee subschalen van de DUNDRUM, namelijk DUNDRUM-2 en de zelfrapportageschaal, konden niet gevalideerd worden vanwege het beperkt aantal beschikbare afnames. Hetzelfde geldt voor de vergelijking tussen afnames voor en na een training. In de literatuur werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid slechts beperkt getest, mogelijk vanwege het feit dat wordt geadviseerd de DUNDRUM multidisciplinair te gebruiken. In de huidige studie beschikten we voornamelijk over consensusafnames, waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet verder onderzocht kon worden. Het is bovendien niet duidelijk op welke manier deze consensusratings tot stand zijn gekomen. Dit kan bijvoorbeeld zijn gebeurd op basis van een consensusbespreking nadat twee of meer beoordelaars de DUNDRUM individueel hebben gescoord of op basis van een overlegmoment waarbij de DUNDRUM multidisciplinair gescoord werd. Het is bovendien ook niet duidelijk hoeveel en welke disciplines betrokken waren. Informatie hierover is belangrijk om te weten of aan de randvoorwaarde van multidisciplinariteit is voldaan.

Daarnaast speelt niet alleen de kwantiteit van data een rol, ook de betrouwbaarheid is van cruciaal belang. Dit is mogelijk een probleem op gebied van de ingeschaalde beveiligingsniveaus. Op dit moment ontbreekt een duidelijke definiëring van het beveiligingsniveau op afdelings- of instellingsniveau. Welke voorzieningen vallen onder high, medium of low beveiliging, is dus niet duidelijk gedefinieerd. De partners moesten zelf aangeven welk beveiligingsniveau het meest geschikt was voor de patiënt die werd beoordeeld. De operationalisering van de ingeschaalde beveiligingsniveaus is in de huidige studie dus gebeurd door de zorgpartners zelf. Uit de voorgaande luiken kwam reeds naar voren dat het voor de partners onduidelijk is welke instellingen en afdelingen onder welk beveiligingsniveau gecategoriseerd kunnen worden. Het kan daarom zijn dat eenzelfde instelling of afdeling door verschillende partners onder een ander beveiligingsniveau werd geplaatst. Uit een exploratieve analyse blijkt eensgezindheid vooral afwezig te zijn op vlak van forensische PVT-settings. Deze worden als lage dan wel als matige beveiliging gecategoriseerd. Om sterke conclusies te kunnen trekken over de relatie tussen het niveau van therapeutische beveiliging en DUNDRUM-scores in Vlaanderen, moet er eerst een duidelijke definitie zijn van de verschillende forensische instellingen en hun bijbehorende beveiligingsniveau.

Een derde beperking heeft betrekking op het gegeven dat de beoordelaars niet blind waren voor de uitkomstmaat. De zorgverleners/beoordelaars die de DUNDRUM afnamen, waren ook degenen die betrokken waren bij de besluitvorming met betrekking tot (de geschikte setting voor) doorstroom. Met andere woorden: het betrof een naturalistisch design waarbij de DUNDRUM werd gebruikt om besluitvorming te ondersteunen, in plaats van een opzet waarbij de DUNDRUM werd gescoord door een onafhankelijke onderzoeker (die bovendien blind is voor de uitkomstmaat). Hierdoor bestaat het risico op *confirmation bias*, waarbij de zorgverleners het instrument mogelijk hebben gescoord op een manier die past bij een bepaalde beslissing. Dit is een inherente beperking van een field studie. Vanuit klinisch oogpunt is het wenselijk dat de DUNDRUM invloed heeft op de beslissing, maar het beperkt de generaliseerbaarheid van de predictieve validiteit vermits de voorspeller (i.c. DUNDRUM-uitkomst) en de uitkomstmaat (i.c. verblijfplaats ten tijde van de scoring of de verblijfplaats bij ontslag) niet onafhankelijk waren van elkaar. Dit probleem speelt tevens bij risicotaxatie-instrumenten, waar field validity studies doorgaans een lagere predictieve validiteit (in termen van zowel AUC als PVW) aantonen, mogelijk vanwege effectieve risicomanagementstrategieën.

Ten vierde hadden alle DUNDRUM-1 afnames betrekking op patiënten die reeds een behandeltraject hadden aangevat. Het voorspellend vermogen van deze schaal kan daarom niet zuiver onderzocht worden. Dit is te wijten aan het feit dat het een recente implementatie betreft, waarbij patiënten nog nooit eerder werden ingeschaald op basis van de DUNDRUM. Toekomstig onderzoek richt zich bij voorkeur op DUNDRUM-1 afnames voor personen die recent een interneringsmaatregel kregen opgelegd (waarvan de meesten hun traject vanuit detentie aanvatten), aangezien DUNDRUM-1 een indicatie geeft van het beveiligingsniveau dat nodig is bij aanvang van een (behandel)traject.

Verder dient er een kanttekening geplaatst te worden bij de analyses naar de voorspellende waarde van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4. Deze zijn namelijk enkel gebaseerd op de casussen waarbij er sprake was van een effectieve uitstroom. Een gebrek aan uitstroom kan echter ook het gevolg zijn van een advies tot behoud in de huidige setting op basis van de DUNDRUM. Toch werd dit niet meegenomen, omdat een verder verblijf in dezelfde setting ook te maken kan hebben met praktische problemen zoals weigeringen of wachtlijsten. In toekomstig onderzoek zou dit idealiter gespecificeerd moeten worden, om ook deze casussen te kunnen includeren.

Tot slot bestaat er enige discussie in de literatuur over de vraag of Cronbach's alpha een geschikte standaard is voor het evalueren van de betrouwbaarheid van bepaalde instrumenten. Dit is afhankelijk van of het instrument een reflecterend of formatief meetmodel gebruikt. In reflectieve meetmodellen zijn items indicatoren van het gemeten construct en worden 'veroorzaakt' door dit construct. Daarom overlappen items elkaar in betekenis en worden ze verondersteld hoge intercorrelaties te hebben (Baxter, 2009). Als zodanig kan Cronbach's alpha zinvol worden toegepast (Coltman et al., 2008). In formatieve meetmodellen zijn items echter onafhankelijke 'oorzaken' van het gemeten construct en wordt er niet verwacht dat ze sterk met elkaar correleren (Baxter, 2009). Daarom is Cronbach's alpha misschien niet de meest geschikte maat voor dergelijke modellen (Coltman et al., 2008). De DUNDRUM kan worden gezien als een formatief meetmodel, omdat de totaalscore wordt gevormd door de afzonderlijke items, en niet andersom. Daarom is verandering in een item niet noodzakelijkerwijs geassocieerd met wijzigingen in andere items. In dat opzicht kunnen item-totaalcorrelaties, die de correlatie aangeven tussen elk afzonderlijk item en de totale score van het DUNDRUM, worden gezien als meer geschikte betrouwbaarheidsindicatoren dan Cronbach's alpha.

Lekensamenvatting

Gezien de grootschaligheid van het onderzoek en een vertegenwoordiging van alle beveiligingsniveaus, leken de mogelijkheden om de DUNDRUM te valideren enorm. Er werden echter slechts een beperkt aantal DUNDRUM scoreformulieren aangeleverd, met name door forensische settings.

In totaal waren er 120 DUNDRUM-afnames beschikbaar voor het onderzoek. Dit ging over 84 DUNDRUM-1 scores, drie DUNDRUM-2 scores, 99 DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 scores en 10 zelfrapportageversies. Deze hadden vooral betrekking op patiënten die binnen een high (20,0%) of medium security voorziening (63,3%) verbleven. Vanuit detentie werden er geen afnames aangeleverd. Ondanks het feit dat er breed werd ingezet op training (N = 461), werden slechts afnames ontvangen van 30 personen.

Hieronder worden de resultaten per schaal gepresenteerd, met uitzondering van DUNDRUM-2.

DUNDRUM-1

- Hoe hoger het beveiligingsniveau werd ingeschat op basis van DUNDRUM-1, hoe hoger het beveiligingsniveau van de setting waar de patiënt op het moment van afname verbleef.*
- In bijna de helft van de gevallen verbleven patiënten in het – volgens DUNDRUM-1 – correcte beveiligingsniveau. Daarnaast leken patiënten vooral in een hoger beveiligingsniveau te verblijven dan door de DUNDRUM werd geadviseerd.*
- Het aantal items dat niet gescoord kon worden was beperkt. Dit impliceert dat er in de praktijk voldoende informatie voorhanden is om te DUNDRUM-1 te kunnen scoren.*
- DUNDRUM-1 kon enkel voorspellen of iemand werd opgenomen in een high security voorziening, en niet of iemand werd opgenomen in een setting met een matig of laag beveiligingsniveau of in een ambulante context.*
- De conclusies met betrekking tot de voorspellende waarde van DUNDRUM-1 moeten met enige nuance geïnterpreteerd worden, omdat het binnen de huidige implementatie niet werd gebruikt in functie van triage, hetgeen wel de doelstelling is van DUNDRUM-1.*

DUNDRUM-3 & DUNDRUM-4

- De analyses hadden betrekking op 21 patiënten die op het einde van de studieperiode (31/12/2024) reeds waren uitgestroomd en waarvoor een gestructureerd klinisch eindoordeel beschikbaar was. De meerderheid (n = 19) stroomde door naar een setting met een lager niveau van beveiliging.*
- Hoe lager het beveiligingsniveau werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3/4, hoe lager het beveiligingsniveau van de verblijfplaats na doorstroom bleek.*
- Enkel het scoren van DUNDRUM-4 item H5 “Dynamische risicofactoren” bleek problematisch, vermoedelijk vanwege de afwezigheid van een HCR-20 score.*

- *DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 waren in staat om transfers naar zowel een lager als een hoger beveiligingsniveau te voorspellen. Het bleek minder goed in het voorspellen van uitstroom naar een medium security setting. Meer nog, een gestructureerd klinisch oordeel van matige beveiliging bleek voorspellend voor opname op een laag beveiligde afdeling. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat er geen eensgezindheid is over de classificatie van bijvoorbeeld forensische PVT's.*

DUNDRUM zelfrapportage

- *Op basis van de ontvangen data lijkt de zelfrapportageversie eerder uitzonderlijk gebruikt te worden. Toch kan deze schaal als belangrijk hulpmiddel worden gezien in functie van herstelgerichte zorg, patiëntenparticipatie en gedeelde besluitvorming.*
- *Er waren geen ontbrekende items, wat suggereert dat de patiënten in staat waren om alle items in te vullen. Mogelijk moet dit genuanceerd worden. Tijdens de inspiratiedag DUNDRUM werd door een reguliere zorgpartner aangehaald dat hand-in-hand begeleiding nodig was voor het invullen ervan (cf. presentatie Ruymaekers, 2025). Door de FPC's werd aangegeven dat de zelfrapportage niet wordt gebruikt omwille van de moeilijkheidsgraad voor de patiënten (cf. presentatie Jansen & Denys, 2025). Binnen KeFor werd de zelfrapportageversie vereenvoudigd voor gebruik bij patiënten met een verstandelijke beperking. Hoewel ook deze versie te moeilijk bleek voor deze doelgroep, kan deze mogelijk wel worden ingezet voor andere patiënten. Hiervoor dient er echter eerst validatie-onderzoek te gebeuren.*
- *Patiënten beoordeelden zich doorgaans positiever dan het team.*

Concluderend kunnen wij stellen dat de klinische data uit het veld (field data) hiermee in grote lijnen dezelfde resultaten laten zien als eerder onderzoek binnen een Vlaamse onderzoekscontext, waarbij onderzoekers de DUNDRUM zelf scoorden.

Besluit

De DUNDRUM-toolkit is een evidence-based methode om de individuele beveiligingsnood bij een forensisch psychiatrische patiënt zoals een geïnterneerde op een transparante manier in kaart te brengen (Habets & Jeandarme, 2020). Met de implementatie van de DUNDRUM in Vlaanderen werd getracht om een gemeenschappelijke taal te installeren en zodoende doorstroom van forensisch psychiatrische patiënten doorheen het (forensische) zorglandschap te bevorderen. De huidige studie brengt het verloop van de implementatie van de DUNDRUM in kaart vanaf de start ervan (najaar 2023) tot ruim een jaar later (december 2024). Dit werd gedaan aan de hand van een aantal raamwerken binnen de implementatiewetenschappen en middels zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodes. Daarnaast werden ook de resultaten van reeds bestaand Vlaams onderzoek (Habets & Jeandarme, 2021; Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021) uitgebreid met field resultaten inzake de psychometrische kwaliteiten van de DUNDRUM. De DUNDRUM werd met andere woorden gevalideerd binnen een *real-world* context. Op basis van de vier deelstudies kunnen een aantal algemene conclusies getrokken worden.

De opleiding werd overwegend positief geëvalueerd, maar drie vierde van de respondenten gaf aan dat een aanvullende opleiding nuttig zou zijn. Ook tijdens de focusgroepen gaven enkele personen aan dat de opleiding te kort was om voldoende vertrouwd te raken met het instrument, wat kan leiden tot onzekerheid en mogelijk een verminderd gebruik. Verder gaf iets meer dan de helft van de gebruikers in de bevraging aan vertrouwen te hebben in hun scoring. Uit zowel de bevraging van de gebruikers als de field studie bleek dat het gebruik van de DUNDRUM inderdaad eerder beperkt is, hetgeen ook een verklarende factor kan zijn voor de onzekerheid die gebruikers ervaren. Het beperkte gebruik kan te maken hebben met een aantal uitdagingen. Een van de grootste belemmeringen was de verhoogde werkbelasting. Bovendien daalde de nodige tijd voor de scoring niet doorheen de tijd. Naar verwachting zal dit wel afnemen wanneer de DUNDRUM meer frequent wordt toegepast en voldoende geïntegreerd is in de huidige werking. Uit de bevraging bleek immers dat de DUNDRUM toolkit momenteel onvoldoende is geïntegreerd in de klinische werking. Daarnaast vertraagt de versnippering van informatie het proces. Ook (ethische) moeilijkheden inzake informatiedeling leidt tot inconsistenties in de toepassing van de DUNDRUM. Deze problematiek is ook bekend bij het afnemen van risicotaxatie-instrumenten. Wachtlijsten en plaatsgebrek belemmeren bovendien een effectieve uitvoering van de instrumentresultaten, evenals een gebrek aan operationalisering van de beveiligingsniveaus. Zorgverleners zien weliswaar de meerwaarde van de DUNDRUM, vooral voor objectivering en communicatie, maar ervaren onzekerheid over de toepassing. Zij zijn daarom ook voorstander voor het organiseren van bijscholingsmogelijkheden in de zin van bijvoorbeeld casustafels of interviews. Anderzijds stelt de DUNDRUM handleiding opleiding zelfs niet verplicht en leverde de overheid reeds aanzienlijke inspanningen om opleiding te organiseren. We zijn ervan overtuigd dat men een nieuwe methodiek ook pas in de vingers krijgt na veelvuldige toepassing. Verder wordt vanuit het werkveld een duidelijke communicatie vanuit de overheid verwacht naar verwachtingen en doelstellingen toe. Het voorzien van een draaiboek en monitoring van resultaten zouden daarbij een faciliterende factor kunnen zijn. Bovenstaande implementatiedeterminanten wijzen op de noodzaak van een gestructureerd veranderingsproces om een bredere acceptatie – in het gehele werkveld – te garanderen.

Ondanks het beperkte gebruik zijn de resultaten van de field studie veelbelovend. Zo voorspelde DUNDRUM-1 opnames in een high security voorziening en waren DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 sterke voorspellers van doorstroom naar een lager of hoger beveiligingsniveau. Opvallend was wel dat vier op de tien patiënten op een hoger beveiligingsniveau verbleven dan op basis van het DUNDRUM-1 gestructureerd klinisch oordeel werd geadviseerd. Dit kan mogelijk verklaard worden door de methodologie, maar ook door plaatsgebrek en lange wachtlijsten binnen het interneringslandschap, hetgeen ook als belangrijke determinant werd benoemd door diverse stakeholders. Verder bleek uit de field studie het gebrek aan operationalisering van de beveiligingsniveaus voor het forensisch psychiatrische landschap, hetgeen als een van de belangrijkste negatieve determinanten werd benoemd. Zo was er bijvoorbeeld een gebrek aan eensgezindheid over het beveiligingsniveau van de forensische PVT's.

Concluderend kan gesteld worden dat de implementatie van de DUNDRUM toolkit binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen kan beschreven worden als een complex schaakspel: de spelregels zijn helder, maar de uitvoering wordt beïnvloed door diverse factoren. De vraag is niet óf de DUNDRUM een meerwaarde biedt – hierover waren de deelnemers het eens – maar hoe we de implementatie transformeren van een theoretisch veelbelovend concept naar een robuust, breed gedragen en praktisch werkbaar instrument. Naar de toekomst toe blijft het belangrijk om te blijven inzetten op het verdere gebruik van de DUNDRUM. Onderzoek toont namelijk aan dat het implementeren van nieuwe (zorg)interventies in de praktijk bijna twee decennia in beslag kan nemen (Morris et al., 2011). Het is dus niet verwonderlijk dat niet alle implementatiedoelen zijn bereikt na een relatief korte periode van een jaar.

Aanbevelingen

Het opzet van de huidige studie was om deze implementatie te evalueren met het oog op een bijsturing van de verdere implementatie. Op basis van de resultaten van bovenstaande (deel)studies, kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd met betrekking tot het optimaliseren van de implementatie. Deze hebben betrekking op de randvoorwaarden die nog moeten worden gerealiseerd voor implementatie, evenals op de belangrijke aspecten die gecontinueerd dienen te worden. In tweede instantie worden aanbevelingen geformuleerd met het oog op toekomstig onderzoek.

Het is cruciaal om te erkennen dat organisaties zich in verschillende fasen van het implementatieproces kunnen bevinden, wat vraagt om een op maat gemaakte aanpak. We kunnen hierbij drie groepen onderscheiden: voorlopers, middengroep en achterblijvers. Voorlopers hebben vaak voldoende aan gedegen wetenschappelijke informatie om hun implementatie voort te zetten. De middengroep profiteert vooral van intercollegiale uitwisseling en praktijkgerichte leerervaringen, die hun houding en motivatie positief beïnvloeden. Achterblijvers hebben meer gerichte ondersteuning nodig, zowel in de vorm van concrete begeleiding als stimulansen om de implementatie in beweging te krijgen. Door een gedifferentieerde aanpak te hanteren, kan elke organisatie op haar eigen tempo en met de juiste ondersteuning effectief aan de slag met de implementatie.

Implementatiestrategieën

Vincent, Guy, et al. (2012) ontwikkelden richtlijnen voor het implementeren van risicotaxatie binnen de forensische jeugdsector aan de hand van een stappenplan, gebaseerd op (implementatie-)onderzoek en consultatie van experts in het veld. Hoewel de implementatie van de DUNDRUM de chronologie van deze stappen niet volgt, kan dit stappenplan mogelijk wel dienen als inspiratie voor het verder uitwerken en bijsturen van het implementatieplan. Hieronder worden daarom de door hun voorgestelde acht stappen kort beschreven en toegepast op de huidige implementatie. Aan de hand van de naleving hiervan en de resultaten van de verschillende deelstudies worden per stap aanbevelingen geformuleerd.

Stap 1 – Voorbereiden

Deze stap gaat over het samenbrengen van de juiste mensen en het creëren van een omgeving waarbinnen het instrument optimaal gebruikt kan worden. Meer concreet gaat het over:

- *Het systeem of de omgeving klaarmaken voor de implementatie*, en dit zowel op administratief (beleidsmakers), operationeel (directie van de organisatie) als op personeelsniveau (gebruikers).
- *Leiderschap*. Er wordt geadviseerd om een stuurgroep en implementatiecomité op te richten. De stuurgroep neemt de belangrijkste beslissingen, is de drijvende kracht achter de implementatie en werkt nauw samen met het implementatiecomité. Binnen de stuurgroep moeten de belangrijkste stakeholders betrokken worden. Het implementatiecomité bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de werkvloer en een aantal leden van de stuurgroep en is verantwoordelijk voor de praktische besluitvorming en uitvoering zoals het selecteren van het instrument (cf. stap 3) en het ontwikkelen

en monitoren van het draaiboek. Daarbij wordt ook geadviseerd om in beide comités een neutrale expert (met betrekking tot het instrument en/of implementatie) en een universiteits- of onderzoekspartner (in het kader van dataverzameling) te betrekken.

- *Het aanwijzen van een implementatiecoördinator* die het overzicht behoudt van alle initiatieven en activiteiten met betrekking tot de implementatie, opleidingen organiseert en contactpersoon is voor vragen vanuit het veld.
- *Het opstellen van een implementatieplan* dat de activiteiten, tijdlijn en verantwoordelijke partijen beschrijft. Dit wordt gedaan door de coördinator in samenspraak met het implementatiecomité.
- *Het in kaart brengen van beschikbare data en het voorbereiden van een datasysteem* in functie van evaluatie.
- *Het selecteren van locaties voor proefimplementatie.*

Huidige implementatie

De implementatie van de DUNDRUM kende zijn oorsprong binnen de stuurgroep Zorg Aan Geïnterneerden (ZAG) binnen het hof van beroep Antwerpen. In die zin waren al enkele partners vertegenwoordigd, weliswaar binnen één hof van beroep. De kartrekkers van dit project, de clustermanager forensische zorg binnen het OPZC Rekem en de netwerkcoördinator Internering binnen het HvB Antwerpen fungeerden als coördinatoren (werkgroep DUNDRUM) en er werd een onderzoeksteam (i.c. KeFor) verbonden aan het project. Tezamen vormden zij tevens de stuurgroep. Vincent et al. (2012) adviseren echter om meerdere stakeholders te betrekken. Ook binnen de focusgroepen werd het belang van kartrekkers en aanspreekpunten benadrukt.

Het betrekken van een onderzoeksteam om de implementatie te evalueren en data te verzamelen werd als positief ervaren (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie). Het betreft echter een eerder kortdurende studie, zonder lange termijn opvolging of systematische dataverzameling (longitudinale data).

Aanbevelingen

- Uitbreiding van de stuurgroep met belangrijke stakeholders binnen alle lagen van het forensische landschap.
- Verderzetting van de DUNDRUM-werkgroep die de implementatie verder coördineert, zich buigt over de uitdagingen die de implementatie nog met zich meebrengt en het aanspreekpunt is voor de gebruikers om problemen, hiaten of bekommernissen te signaleren.

Stap 2 – Betrokkenheid van alle belanghebbenden creëren

Deze stap gaat over het engageren van belangrijke stakeholders (op alle niveaus). Specifieke aandacht moet hierbij uitgaan naar gebruikers en justitiële actoren zoals de KBM, die de resultaten van de DUNDRUM kunnen gebruiken bij hun besluitvorming. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van oriëntatietrainingen waarbij ook kritieken en weerstand getackeld kunnen worden. Daarnaast dienen de noden en drempels volgens de werkvloer in kaart gebracht te worden voorafgaand aan de implementatie.

Huidige implementatie

In de huidige studie werden de implementatiedeterminanten in kaart gebracht aan de hand van focusgroepen op verschillende niveaus (management, werkvloer en vanuit het perspectief van de patiënt). Idealiter diende dit te gebeuren vóór implementatie, maar dat was binnen dit opzet niet mogelijk. Dit maakt dat niet alle determinanten in een vroege fase konden worden getackeld. Anderzijds werden twee focusgroepen georganiseerd met vertegenwoordigers van de werkvloer vanuit het middenkader. Deze focusgroepen werden vrijwel onmiddellijk geanalyseerd en de resultaten hiervan – tezamen met enkele aanbevelingen – werden bezorgd aan het begeleidingscomité. In een latere fase werd ook de werkvloer bevraagd. Dit had als voordeel dat mensen reeds ervaring hadden opgedaan in het gebruik van de DUNDRUM.

Er werden geen oriëntatietrainingen voorzien, maar om het bredere werkveld te informeren werd een infomoment georganiseerd in de zomer van 2023, vlak voor de start van de implementatie. Via het organiseren van een opleiding die beschikbaar was/is voor alle partners die instaan voor het opvolgen of begeleiden van geïnterneerden werd nadien een grote groep stakeholders bereikt. Het openstellen van de opleidingen voor het gehele werkveld werd als facilitator benoemd in de focusgroepen. Recent werd ook een inspiratiedag georganiseerd om partners te voorzien van een update over het verloop van de implementatie en inzicht te geven in de implementatieaanpak door partners binnen alle niveaus van beveiliging (hoge beveiliging, matige beveiliging, lage beveiliging en ambulante begeleiding). Dit kan een motivator zijn voor andere partners om de integratie van de DUNDRUM in hun eigen praktijk aan te vatten of verder uit te bouwen.

De uiteindelijke beslissing over het traject van een geïnterneerde ligt bij de KBM's, wat maakt dat zij een belangrijke stakeholder zijn. Zij werden via een presentatie geïnformeerd over de implementatie en wat de DUNDRUM inhoudt, maar werden niet betrokken bij de opleidingen. Dit laatste werd nochtans als mogelijke facilitator benoemd binnen de focusgroepen van de studie. Daarnaast nam ook een magistraat van de KBM deel aan een van de focusgroepen om implementatiedeterminanten in kaart te brengen.

Uit de evaluatie van de implementatie (cf. Hoofdstuk 3 – Evaluatie van de ervaringen van gebruikers) blijkt dat de implementatie nog niet als unaniem succesvol kan worden beschouwd. Er lijkt nog enige ambivalentie te bestaan bij de partners. Het is daarom van belang om actoren blijvend te stimuleren en te betrekken in de vorm van bijvoorbeeld (bij)scholingsmogelijkheden, intervisiemomenten en terugkoppelingsmomenten.

Aanbevelingen

- Zoveel mogelijk stakeholders betrekken en informeren over het belang en de voordelen van de DUNDRUM. Dit kan via verschillende kanalen zoals bijvoorbeeld:
 - Het ter beschikking stellen van de kennisclip die door KeFor werd ontwikkeld via een centrale locatie, zoals de websites van de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie.
 - Kennisgeving en voortgang rapporteren via nieuwsbrieven, bijvoorbeeld de nieuwsbrief Internering.
 - Oriëntatie-opleiding organiseren voor justitiële actoren zoals de KBM.

- “Ambassadeurs” aanstellen op lokaal niveau. Deze personen kunnen collega’s ondersteunen en enthousiasmeren. Dit kan ook de referentiepersoon zijn die problemen signaleert aan het kwaliteitsteam.

Stap 3 – Selecteren en voorbereiden van het instrument

Vincent et al. (2012) stellen een aantal criteria voorop op basis waarvan het meest geschikte instrument geselecteerd kan worden. Dit betreffen: haalbaarheid, beschikbaarheid van een handleiding, items gebaseerd op empirische evidentie, kost, betrouwbaarheid, validiteit, training en beschikbaarheid van software. Hoewel toegepast op risicotaxatie, kunnen deze criteria doorgetrokken worden naar een instrument dat beveiligingsnoden (eerder dan risico- of beschermende factoren) in kaart brengt.

Huidige implementatie

Voorafgaand aan de implementatiestudie werd een literatuuronderzoek verricht naar beschikbare instrumenten om beveiligingsnoden op niveau van de patiënt in kaart te brengen. Daar waar er binnen het veld van risicotaxatie honderden instrumenten beschikbaar zijn, is de keuze op vlak van beveiligingsnoden een stuk beperkter. De literatuurstudie schoof vijf potentiële instrumenten naar voren, waarbij de DUNDRUM toolkit als meest geschikte en best gevalideerde instrument voor dit doeleinde werd bevonden (Habets & Jeandarme, 2020). In navolging hiervan werd dit instrument vertaald via *back translation*, met goedkeuring van en in nauwe samenwerking met de auteurs. Vervolgens werd de DUNDRUM gevalideerd binnen Vlaamse medium en high security units via meerdere studies (Habets & Jeandarme, 2021; Habets et al., 2019, 2020; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme et al., 2019; Jeandarme et al., 2021). Op basis hiervan werd besloten om de DUNDRUM te implementeren binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg. De selectie van het instrument gebeurde hiermee dus voorafgaand aan de eerste stap (cf. supra).

De DUNDRUM voldoet aan de meeste criteria. Zo is er een handleiding met scoringsrichtlijnen beschikbaar (*beschikbaarheid van een handleiding*), zij het dat deze studie aantoonde dat er nog verbeterruimte is op vlak van gebruiksvriendelijkheid. Dit slaat dan vooral op de vaak moeilijke woorden en zinsconstructies en de vertaalslag naar de Belgische juridische en psychiatrische context. De *haalbaarheid* heeft betrekking op middelen, de complexiteit van het instrument en de informatie die nodig is om het instrument te kunnen scoren. Dit aspect is een uitdaging, zoals ook bleek uit de focusgroepen. De nu al hoge werklast was een van de meest genoemde drempels. De benodigde tijd om het instrument te scoren bleek vooralsnog niet te dalen na verloop van tijd. De DUNDRUM is verder ook een complex instrument ontwikkeld om multidisciplinair (idealerweise onder leiding van een psychiater) te gebruiken. Problemen met informatievergaring en -deling staan een goede implementatie in de weg. Toch bleek dat doorgaans alle items gescoord konden worden, hetgeen erop wijst dat er voldoende informatie voorhanden was. Via de georganiseerde *opleiding* kreeg iedere organisatie de mogelijkheid om (voldoende) personeel te trainen in het gebruik van de DUNDRUM. Deze opleidingen werden bovendien georganiseerd volgens het geprefereerde train-the-trainer principe (cf. infra) en werden gratis ter beschikking gesteld door FOD Volksgezondheid. De *kosten* hadden daarmee vooral betrekking op de opleiding van de master trainers door de auteurs, ten laste van de opdrachtgever. Voor de organisaties

waren er – naast personeelskosten – geen additionele kosten, zoals bijvoorbeeld voor het verkrijgen van de handleiding of kosten per testafname. De DUNDRUM is tevens een *valide* en *betrouwbaar* instrument, zowel internationaal als in België. Met de huidige studie werd bovendien verdere validatie gezocht via het analyseren van field data. Een laatste criterium verwijst naar de meerwaarde van *software* of het gedigitaliseerd verwerken van de data, hetgeen ook vernoemd werd in de focusgroepen. Er werd aan de partners een Excel-scoreformulier ter beschikking gesteld, maar dit kwam niet tegemoet aan ieders noden. Middels enige inspanning zou de DUNDRUM wel geïntegreerd kunnen worden in het EPD-systeem van de individuele organisaties.

Aanbevelingen

- Handleiding herschrijven in functie van een verdere afstemming van het instrument naar de Vlaamse psychiatrische en juridische context. In diverse luiken van de studie werd door gebruikers aangehaald dat de DUNDRUM op sommige punten beter afgestemd zou kunnen worden op de psychiatrische en juridische context in Vlaanderen. In samenspraak met het werkveld kan de DUNDRUM mogelijk gefinetuned worden. Belangrijk daarbij is dat wijzigingen worden voorgelegd aan de auteurs van het instrument en indien nodig nieuw validatie-onderzoek wordt opgezet met de herziene versie.
- Integratie in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor toegankelijkheid en standaardisatie.

Stap 4 – Opstellen van beleids- en essentiële documenten

De vierde stap omvat het ontwikkelen van een beleid(sdocument) om het instrument op een gestructureerde manier te integreren in de klinische praktijk. Het opstellen van een service matrix en een protocol met richtlijnen voor het gebruik van het instrument, de integratie in besluitvorming en communicatie van de resultaten wordt beschouwd als een essentieel onderdeel binnen het implementatieproces. Hierbij kan gedacht worden aan:

- vereisten voor de opleiding;
- toepassing van het instrument (wanneer het wordt gebruikt, door wie en voor wie);
- gebruik en communicatie van de resultaten;
- gebruik van override (het uitwerken van een traject binnen een ander beveiligingsniveau dan geadviseerd volgens de DUNDRUM);
- momenten waarop een herbeoordeling moeten worden uitgevoerd;
- kwaliteitsborging.

Huidige implementatie

Voor de start van de implementatie werd ruime aandacht besteed aan het opzetten en organiseren van de opleidingen. Dit ging zowel over het selecteren en trainen van master trainers als de daaropvolgende gecertificeerde opleidingen voor het werkveld. Deze opleidingen – inclusief de manier waarop ze werden georganiseerd – werden als een facilitator beschouwd door het werkveld. Een draaiboek voor implementatie werd niet voorzien. Het gebruik van de DUNDRUM na deze opleidingen werd overgelaten

aan de partners. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat de partners meer richting wensen en nood hebben aan een draaiboek met daarbij een operationalisering van de beveiligingsniveaus.

Aanbevelingen

- Voorzien in een draaiboek: Bevindingen vanuit de huidige studie kunnen daarbij als input dienen. Aspecten die vermeld kunnen worden in het draaiboek zijn:
 - vereisten/kwalificaties voor de training;
 - afname van de DUNDRUM per subschaal (wanneer, door wie en bij wie);
 - tijdstip van herafnames;
 - benodigde informatie;
 - prioritering van dossiers (bij de start van de implementatie en/of ingeval van onvoldoende middelen);
 - gebruik van override;
 - gebruik en communicatie of rapportage van de resultaten (hoe worden de resultaten gebruikt bij het nemen van beslissingen met betrekking tot in- en doorstroom? hoe wordt het geïntegreerd in de zorgplannen? Hoe verhoudt het zich tot risicotaxatie-resultaten? Hoe worden de resultaten gerapporteerd?);
 - communicatie ten aanzien van KBM/partners (format);
 - format voor verslaggeving/integratie van de resultaten in het zorgplan;
 - kwaliteitsbewaking (om ervoor te zorgen dat de afnames van de DUNDRUM volgens de voorgeschreven richtlijnen, op een kwalitatieve wijze en op de juiste momenten en met de juiste frequentie worden uitgevoerd);
 - integratie van een service matrix. Hierbij wordt in algemene termen een beveiligingsniveau gekoppeld aan elke organisatie en/of afdeling. Daarenboven kan ook meer ingezoomd worden op de verschillende aspecten van beveiliging (materiële, relationele en procedurele beveiliging). De ontwikkeling van dergelijke service matrix dient idealiter in samenspraak met het werkveld te gebeuren. Via de DUNDRUM scoreformulieren werd aan de partners zelf gevraagd om dit te operationaliseren. Deze informatie kan als vertrekpunt dienen voor een verdere uitwerking.

Stap 5 – Training

Deze stap gaat over het opleiden van diverse stakeholders, zowel met betrekking tot het scoren van het instrument, het integreren van de resultaten in besluitvorming als met betrekking tot de implementatieprotocollen. Hierbij wordt het train-the-trainer model als *best practice* vooropgesteld. Verder wordt ook aangeraden om follow-up praktijktraining te voorzien voor de master trainers.

Huidige implementatie

Voor de huidige implementatie werd gekozen voor een train-the-trainer formule, waarbij 20 master trainers werden geselecteerd door de auteur van het instrument. Daarbij moest het gaan over

gezondheidszorgbeoefenaars op master niveau (zoals psychiaters, psychologen, criminologen of verpleegkundigen) met voldoende klinische en/of academische en opleidingservaring die de Engelse taal voldoende machtig zijn. Uiteindelijk werden 19 personen opgeleid tot master trainers. Daaropvolgend werd door deze groep over een periode van iets meer dan een jaar 461 professionals opgeleid, zowel binnen zorg als binnen justitie (cf. Hoofdstuk 1 – Evaluatie van de DUNDRUM-opleiding). Ondanks dat deze opleidingen positief onthaald werden, lijkt onzekerheid in de scoring het gebruik van de DUNDRUM in de weg te staan. Ook master trainers gaven aan nood te hebben aan super- en intervisie.

Aanbevelingen

- Continuering van de gecertificeerde DUNDRUM-opleidingen. Dit zal hoe dan ook nodig zijn gelet op het grote personeelsverloop in de (forensische) zorgsector, zij het aan een lagere frequentie dan tijdens deze fase van het implementatieproces.
- Integreren van een module “DUNDRUM” in basisopleidingen binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg en/of continue bijscholingsinitiatieven.
- Het aanbieden van een kennisclip om personeelsverloop te overbruggen. Dit zorgt ervoor dat nieuwe medewerkers alvast over de meest essentiële kennis over de DUNDRUM beschikken ter overbrugging van de tijd tot ze kunnen deelnemen aan een gecertificeerde DUNDRUM-opleiding.
- Organiseren van sessies waarbij het implementatiedraaiboek wordt uitgelegd. Minimaal één referentiepersoon per organisatie neemt hieraan deel.
- Voorzien van boostersessies als aanvulling op de gecertificeerde opleidingen. Dergelijke sessies kunnen bijdragen aan een betere naleving van de richtlijnen voor het gebruik van het instrument (Vincent et al., 2024). Een typische boostersessie omvat onder meer een opfrissing van het wetenschappelijke kader, een eventuele aanvulling van relevante wetenschappelijke inzichten, het beoordelen en bespreken van een praktijkcasus, gevolgd door oefeningen in het vormgeven van het zorgplan (De Beuf, 2024).
- Jaarlijks intervisiemoment met de mastertrainers in aanwezigheid van Prof. Kennedy.

Stap 6 – Piloottest uitvoeren

Vooraleer een brede uitrol van het instrument te organiseren, wordt aangeraden om nieuwe instrumenten eerst gedurende enkele maanden op kleine schaal te testen in een of meerdere pilootsites. Op basis op deze proefimplementatie – aangevuld met resultaten uit bevragingen – kunnen hiaten of drempels worden aangepakt, beleidsdocumenten worden geoptimaliseerd en dataverzamelmethode worden opgestart. Door aan de slag te gaan met de feedback wordt ook aangetoond dat de input vanuit het werkveld belangrijk is en wordt meegenomen bij het uitwerken van de implementatie. Daarnaast is het van belang om het instrument te valideren binnen de nieuwe context en om kwaliteitscontrole op te zetten. Hierbij wordt verwezen naar het analyseren van de methodetrouw en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en het voorzien in audits. Op vlak van dataverzameling worden de volgende aspecten vooropgesteld:

- kenmerken van de patiënt (geslacht, leeftijd, etniciteit);
- moment van afname binnen het traject (bijvoorbeeld bij intake, begin van opname, ...);

- of het gaat over een eerste afname of herafname;
- datum van afname;
- of het instrument niet gescoord kon worden vanwege onvoldoende informatie;
- resultaten van de afname (bijvoorbeeld scores en eindoordeel).

Huidige implementatie

Binnen het huidige project was een piloottest niet mogelijk. De DUNDRUM werd breed geïmplementeerd en de implementatie kende een organisch verloop: alle partners binnen de Nederlandstalige netwerken internering werd gevraagd om de DUNDRUM te gaan gebruiken vanaf oktober 2023. Er kunnen dan ook geen aanbevelingen gedaan worden.

Stap 7 – Volledige uitrol

Na de piloottest(en) en de daaruit volgende aanpassingen van het implementatieplan kan het instrument op provinciaal of nationaal vlak uitgerold worden.

Huidige implementatie

Zoals hierboven reeds werd aangegeven, werd de DUNDRUM bij aanvang van het project uitgerold over alle Nederlandstalige hoven van beroep. Toch bleek uit huidig onderzoek dat de DUNDRUM nog niet breed gebruikt wordt. Met name zijn opvallend: DUNDRUM-2 en de zelfrapportage schaal werden nauwelijks gebruikt en er waren geen afnames bij het begin van het interneringstraject (gevangenis).

Aanbevelingen

- Investeren in verder onderzoek naar deze schalen.
- Overleg met FOD justitie over het belang van een inschatting van individuele beveiligingsnoden aan het begin van een traject.

Stap 8 – Doorlopende taken voor duurzaamheid/langdurig succes

Het is belangrijk dat het instrument ook op de langere termijn consistent en correct gebruikt zal (blijven) worden. Dit is een continu proces waarbij blijvend moet worden ingezet op:

- Het promoten van het gebruik van het instrument. Dit moet gebeuren op zowel management- als personeelsniveau. Het continue verzamelen van feedback vanuit het werkveld is hierbij een belangrijk onderdeel. Ook op wetgevend niveau kunnen aanpassingen het duurzaam gebruik van een instrument faciliteren, zoals het verplicht stellen van het gebruik van een evidence-based instrument.
- Het (halfjaarlijks) voorzien van booster sessies om methodetrouw te optimaliseren.

- Kwaliteitsbewaking om ervoor te zorgen dat de afnames van de DUNDRUM volgens de voorgeschreven richtlijnen, op een kwalitatieve wijze en op de juiste momenten en met de juiste frequentie worden uitgevoerd.
- Het opzetten van een systeem van data monitoring, eventueel in samenwerking met een onderzoeksgroep of universiteitspartner.
- Follow-up van de field validiteit.

Huidige implementatie

De uitrol van de DUNDRUM werd gekoppeld aan een onderzoek waarbij drempels in (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie) en uitkomstmaten zoals de haalbaarheid en methodetrouw (cf. Hoofdstuk 3 – Evaluatie van de ervaringen van gebruikers) in kaart werden gebracht, evenals de psychometrische kwaliteiten van het instrument bij gebruik in de dagdagelijkse werking. Uit dit onderzoek bleek het veld een duidelijk nood te ervaren naar een objectieve manier om beveiligingsnoden in te schatten. Desondanks bleek de integratie van het instrument eerder beperkt. Dit toont het belang aan van een continue evaluatie en bijsturing van het implementatieproces.

Aanbevelingen

- Opstellen van prestatie-indicatoren en data management systeem om het gebruik en de effectiviteit te meten op organisatieniveau.
- Bewaken dat mensen op de werkvloer over de nodige informatie, middelen en tijd beschikken om de DUNDRUM op een gedegen manier te kunnen scoren.
- Stimuleren van een cultuur met aandacht voor forensische aspecten en het gebruik van objectieve, gevalideerde meetinstrumenten.
- Systeem voor systematische dataverzameling opzetten waardoor een duidelijke, consistente en duurzame registratie van de DUNDRUM afnames en gewenste uitkomsten (o.a. uitstroom) mogelijk wordt.
- Continuering van valideringsonderzoek met de DUNDRUM (cf. 'Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek') en terugkoppeling van deze resultaten naar het werkveld. Voor het huidige onderzoek werd deze terugkoppeling gefaciliteerd door het voorzien van een lekensamenvatting. De verspreiding van onderzoeksresultaten gebeurt idealiter via meerdere kanalen zoals via een onderzoeksrapport, een kennisclip of via presentaties op studiedagen.
- Kwaliteitsbewaking (cf. supra).
- Faciliteren van informatiedeling, al dan niet via een wettelijk kader.
- Aansluiten bij een internationale DUNDRUM community waarin zowel de auteurs als vertalers uit diverse landen zetelen.

Toekomstig wetenschappelijk onderzoek

In wat volgt worden tot slot aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek met betrekking tot zowel de implementatie als de psychometrische kwaliteiten van de DUNDRUM.

Vereenvoudiging zelfrapportageversie. Eén van de voordelen van de DUNDRUM is de integratie van de herstelvisie en het patiëntenperspectief. Toch bleef de integratie van de zelfrapportageschaal in de praktijk heel beperkt. Moeilijkheden hebben mogelijk te maken met de complexe woordkeuzes en zinsconstructies, zoals aangegeven in eerder onderzoek bij patiënten in high en medium security settings in Vlaanderen (Habets & Jeandarme, 2021). Binnen KeFor werd enkele jaren geleden – na consultatie van diverse experts – een vereenvoudigde zelfinvulversie ontwikkeld, bedoeld voor personen met een verstandelijke beperking (Habets, Van Horebeek, et al., 2022). Hierbij werd de uitleg bij de items ingekort tot één zin per antwoordcategorie, werd het vocabulaire aangepast naar A2-niveau en werd per item en antwoordcategorie een bijpassend pictogram gekozen. Vervolgens werd een piloottest uitgevoerd binnen twee (forensische) afdelingen voor personen met een verstandelijke beperking. De resultaten lieten zien dat deze versie nog steeds te moeilijk bleek voor de doelgroep, maar wel relevant kan zijn voor patiënten zonder verstandelijke beperking. De oorspronkelijke auteur gaf input voor deze studie maar gaf echter tot nog toe geen toestemming om deze schaal te gebruiken. Hiervoor dient er bovendien eerst validatie-onderzoek te gebeuren met de herwerkte schaal.

Aanpassing DUNDRUM-2. Uit eerder onderzoek in Vlaanderen (Habets & Jeandarme, 2020) bleken de psychometrische eigenschappen van DUNDRUM-2 ondermaats, hetgeen mogelijk verklaard kan worden door de sterke focus op het Ierse systeem. Dit werd ook zo gecommuniceerd tijdens de trainingen, wat er mogelijk voor gezorgd heeft dat deze schaal nagenoeg niet gebruikt werd. Dit is jammer, omdat vanuit ethisch en humanitair oogpunt deze schaal absoluut een meerwaarde zou kunnen zijn om prioritering mogelijk te maken. Om het gebruik van DUNDRUM-2 te faciliteren is een aanpassing van de schaal wenselijk. Momenteel is er een studie lopende in de FPC's waarbij DUNDRUM-2 werd afgenomen bij spoedopnames (l. Jeandarme, persoonlijke communicatie, 21 februari 2025). Afhankelijk van deze resultaten moet (1) DUNDRUM-2 verder aangepast worden en (2) nieuw validatie-onderzoek met de aangepaste versie de resultaten bevestigen. Hiervoor is juridische input nodig.

Follow-up field validity. De huidige studie is nog maar de tweede field studie met de DUNDRUM in Vlaanderen. Replicatie dringt zich daarom op. Deze vervolgstudie moet rekening houden met de beperkingen van de huidige studie zoals hierboven beschreven en waarbij moet worden ingezet op:

- Het vergroten van de steekproef, met voldoende afnames binnen alle beveiligingsniveaus.
- Het langduriger opvolgen van de steekproef.
- Het verzamelen van additionele uitkomstmaten met betrekking tot het verloop van het traject na uitstroom.
- Het valideren van DUNDRUM-1 op basis van afnames vlak na het opleggen van de interneringsmaatregel.

Follow-up van de effectiviteit van de implementatie. Implementatie is een continu proces waarbij negatieve determinanten (drempels) worden aangepakt of bijgestuurd met het oog op het vergroten van

het succes. Het wordt daarom aanbevolen om de bevraging met betrekking tot de uitkomstmaten (cf. Hoofdstuk 3 – Evaluatie van de ervaringen van de gebruikers) te herhalen om het succes van de implementatie (blijvend) te evalueren. Dit maakt datagestuurde implementatie mogelijk. Ingeval het succes van de implementatie – na bijsturing – beperkt blijft, kunnen mogelijke oorzaken verder uitgediept worden aan de hand van nieuwe focusgroepen (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie).

Profielbeschrijving. Aan de hand van de DUNDRUM eindoordelen in termen van beveiligingsniveau kunnen de beveiligingsnoden van de geïnterneerden binnen het Vlaamse landschap in kaart worden gebracht. Op basis hiervan kan een tekort of teveel aan bedden binnen een bepaald beveiligingsniveau blootgelegd worden. Een afstemming van de nodige bedden op de beveiligingsnoden van de geïnterneerdenpopulatie kan bijdragen aan een betere doorstroom en minder lange wachtlijsten. Een belangrijke – en moeilijk in te vullen – randvoorwaarde om dit te kunnen doen is echter dat de DUNDRUM voldoende geïntegreerd is in de praktijk. Dit wil zeggen dat (zo goed als) alle partners binnen het Netwerk Internering de DUNDRUM gebruiken voor de gehele patiëntengroep.

Hindernissen in uitstroom. Uit de resultaten van de field studie bleek het beveiligingsniveau na doorstroom niet steeds overeen te komen met het eindoordeel volgens de DUNDRUM. Er lijken dus andere factoren aan de basis te liggen voor een “mismatch” tussen het geadviseerde en het werkelijke beveiligingsniveau na doorstroom. Inzicht in deze factoren kan doorstroom- en wachtlijstproblemen verminderen, hetgeen ook de implementatie van de DUNDRUM faciliteert (cf. Hoofdstuk 2 – Determinanten voor een succesvolle implementatie).

One important lesson has been that implementation is a never-ending process.

– Nonstad & Webster, 2011, p. 6

Referenties

- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., & Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, 197. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-197>
- Adams, J., Thomas, S. D. M., Mackinnon, T., & Eggleton, D. (2018). The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, 18(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1584-8>
- Bauer, M., & Kirchner, J. (2019). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Baxter, R. (2009). Reflective and formative metrics of relationship value: A commentary essay. *Journal of Business Research*, 62, 1370-1377. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.12.004>
- Bex, L. (2025, 23 januari). *De toepassing van de DUNDRUM-toolkit in de praktijk: Een casusbespreking* Inspiratiedag DUNDRUM, Brussel.
- Bhui, K., Outhwaite, J., Adzinku, F., Dixon, P., McGabhann, L., Pereira, S., & Strathdee, G. (2001). Implementing clinical practice guidelines on the management of imminent violence on two acute psychiatric in-patient units. *Journal of Mental Health*, 10(5), 559-569. <https://doi.org/10.1080/09638230120041317>
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Psychological Assessment Resources.
- Bowden, J., Logan, C., Robinson, L., Carey, J., McDonald, J., McDonald, R., Shaw, J., Senior, J., & Leonard, S. (2024). Clinicians' use of the structured professional judgement approach for adult secure psychiatric service admission assessments: A systematic review. *PLoS One*, 19(9), e0308598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308598>
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 164-173. <https://doi.org/10.1002/nur.20373>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, M., Davies, S., & Ashwell, C. (2007). *S.N.A.P. Manual (Version No. 4.1)*. Rampton Special Hospital and North Nottinghamshire Health Authority
- Coltman, T., Devinney, T. M., Midgley, D. F., & Venaik, S. (2008). Formative versus reflective measurement models: Two applications of formative measurement. *Journal of Business Research*, 61(12), 1250-1262. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.01.013>
- Crocker, A. G., Braithwaite, E., Laferrière, D., Gagnon, D., Venegas, C., & Jenkins, T. (2011). START changing practice: Implementing a risk assessment and management tool in a civil psychiatric setting. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 13-28. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.553146>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Daniels, N., Gillen, P., Casson, K., & Wilson, I. (2019). STEER: Factors to consider when designing online focus groups using audiovisual technology in health research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919885786. <https://doi.org/10.1177/1609406919885786>
- Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., & Kennedy, H. G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: The DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, 13(1), 185. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-185>
- Davoren, M., Byrne, O., O'Connell, P., O'Neill, H., O'Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: Need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*, 15(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0686-4>

- Davoren, M., Hennessy, S., Conway, C., Marrinan, S., Gill, P., & Kennedy, H. G. (2015). Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital – the self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry*, 15(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0433-x>
- Davoren, M., O'Dwyer, S., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Doyle, E., McDonnell, K., Monks, S., & Kennedy, H. G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: The DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-80>
- De Beuf, T. L. F. (2024). Introducing the START:AV in secure youth care: Illustration of a structured risk assessment implementation process. *International Journal of Forensic Mental Health*, 23(1), 59-75. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2178557>
- De Beuf, T. L. F., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2020). Staff perceptions on the implementation of structured risk assessment with the START:AV: Identifying barriers and facilitators in a residential youth care setting. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(3), 297-314. <https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1756994>
- De Beuf, T. L. F., de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2019). Implementing the START:AV in a Dutch residential youth facility: Outcomes of success. *Translational Issues in Psychological Science*, 5, 193-205. <https://doi.org/10.1037/tps0000193>
- De Beuf, T. L. F., de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2020). Adherence to structured risk assessment guidelines: Development and preliminary evaluation of an adherence scale for the START:AV. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20(5), 413-435. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1756676>
- Desmarais, S. L., Sellers, B. G., Viljoen, J. L., Cruise, K. R., Nicholls, T. L., & Dvoskin, J. A. (2012). Pilot implementation and preliminary evaluation of START:AV assessments in secure juvenile correctional facilities. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(3), 150-164. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.737405>
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Doyle, M., Lewis, G., & Brisbane, M. (2008). Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a forensic mental health service. *Psychiatric Bulletin*, 32(11), 406-408. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.019794>
- Eccles, M., & Mittman, B. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*, 1, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F., & Gilluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: Validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry*, 15(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0620-9>
- Gitlin, L. N. (2013). Introducing a new intervention: An overview of research phases and common challenges. *The American Journal of Occupational Therapy* 67(2), 177-184. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006742>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field Methods*, 29(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Habets, P., & Jeandarme, I. (2020). *Bepaling beveiligingsniveaus binnen de forensische zorg*. Intern rapport.
- Habets, P., & Jeandarme, I. (2021). Wanneer is iemand klaar om naar een lager beveiligingsniveau te gaan? Een onderzoek naar de toepasbaarheid van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51(1), 52-70.
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H. G. (2019). Applicability of the DUNDRUM-1 in a forensic Belgium setting. *Journal of Forensic Practice*, 21(1), 85-94. <https://doi.org/10.1108/JFP-11-2018-0043>
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H. G. (2020). Determining security level in forensic psychiatry: A tug of war between the DUNDRUM toolkit and the HoNOS-Secure. *Psychology, Crime & Law*, 26(9), 868-886. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2020.1742338>
- Habets, P., Pouls, C., Jeandarme, I., Vinckier, A., Bukowski, H., Delannoy, D., Brouillard, F., & Pham, T. (2022). *Welke geïnterneerde personen vinden moeilijk gepaste zorg: Een federaal multimethodisch onderzoek in de forensische GGZ*. Intern rapport.
- Habets, P., Van Horebeek, H., De Cuyper, K., & Jeandarme, I. (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*. 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

- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Weber, M. B. (2019). What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group research. *Qualitative Health Research*, 29(10), 1483-1496. <https://doi.org/10.1177/1049732318821692>
- Janssen, L., & Denys, T. (2025, 23 januari). *Forensisch Psychiatrische Centra NV* Inspiratiedag DUNDRUM, Brussel.
- Jeandarme, I., & Habets, P. (2019). Bepalen beveiligingsnood van forensisch psychiatrische patiënten: Een vergelijking tussen HoNOS-Secure en DUNDRUM-1. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61, 455 – 463.
- Jeandarme, I., Habets, P., & Kennedy, H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006>
- Jeandarme, I., Habets, P., O'Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2021). Is non-completion of treatment related to security need? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(5), 321-330. <https://doi.org/10.1002/cbm.2213>
- Jeandarme, I., Habets, P., & Pouls, C. (2023). *Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual*. Ongepubliceerde vertaling.
- Jones, R. M., Patel, K., & Simpson, A. I. F. (2019). Assessment of need for inpatient treatment for mental disorder among female prisoners: A cross-sectional study of provincially detained women in Ontario. *BMC Psychiatry*, 19(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2083-x>
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The Dundrum toolkit. Dangerousness, understanding, recovery and urgency manual (the DUNDRUM quartet) V1.0.30 (30/05/16). Four structured professional judgment instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments*. Trinity College Dublin.
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*. Routledge.
- Kroppan, E., Nonstad, K., Iversen, R. B., & Søndena, E. (2017). Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 321-326. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S133514>
- Lam, A. A., Penney, S. R., & Simpson, A. I. F. (2023). Construct validity and concordance of clinician- and patient-rated DUNDRUM programme completion and recovery scales. *International Journal of Forensic Mental Health*, 22(3), 252-261. <https://doi.org/10.1080/14999013.2022.2151671>
- Lawrence, D., Davies, T. L., Bagshaw, R., Hewlett, P., Taylor, P., & Watt, A. (2018). External validity and anchoring heuristics: Application of DUNDRUM-1 to secure service gatekeeping in South Wales. *BJPsych Bull*, 42(1), 10-18. <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.6>
- Levin, S. K., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Bulow, P. (2016). Structured risk assessment instruments: A systematic review of implementation determinants. *Psychiatry, Psychology, and Law*, 23(4), 602-628. <https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1084661>
- Levin, S. K., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Bülow, P. (2018). Staff perceptions of facilitators and barriers to the use of a short-term risk assessment instrument in forensic psychiatry. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 18(3), 199-228. <https://doi.org/10.1080/24732850.2018.1466260>
- Masadeh, M. (2012). Focus group: Reviews and practices. *International Journal of Applied Science and Technology*, 2, 63-68.
- Metttert, K., Lewis, C., Dorsey, C., Halko, H., & Weiner, B. (2020). Measuring implementation outcomes: An updated systematic review of measures' psychometric properties. *Implementation Research & Practice*, 1, 2633489520936644. <https://doi.org/10.1177/2633489520936644>
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4(1), 229. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Royal College of Psychiatrists. (2013). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. <http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/healthofthenation/whatishonos.aspx>
- Ruymaekers, J. (2025, 23 januari). *Implementatie van de DUNDRUM binnen UPC DUFFEL* Inspiratiedag DUNDRUM, Brussel.

- Seynnaeve, K. (2023). *Zorgcircuits en zorgtrajecten internering*. Interuniversitaire postacademische vorming Forensische Psychiatrie en Psychologie, Antwerpen.
- Sher, M. A., & Gralton, E. (2014). Implementation of the START:AV in a secure adolescent service. *Journal of Forensic Practice*, 16, 184-193. <https://doi.org/10.1108/JFP-04-2013-0021>
- Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Pham, T. H., Rebocho, M. F., Reeves, K. A., Rettenberger, M., de Ruiter, C., Seewald, K., & Otto, R. K. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193-206. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922141>
- Spreen, M., Brand, E., ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding HKT-R. Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*. Ministerie van Veiligheid en Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Van Horebeek, H., Habets, P., de Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., Van Audenhove, C., & 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/9pysaif/files/2020_12%20Rapport_42_EF%2006.07_2_BelRAI-DUNDRUM%20for%20ggz_eindrapport.pdf?j3o9vcf
- Vanhoorebeeck, C., Jeandarme, I., De Laender, J., Verelst, R., & De Bie, J. (2025). Netwerktevredenheid als kwaliteitsindicator voor forensische zorg: De ontwikkeling van NeT-FOR (Netwerktevredenheid Forensische Zorg) als meetinstrument. *Panopticon, Advance online publication*.
- Vermeiren, K. (2025, 23 januari). *Aanmeldpunt HVB Brussel Nederlandstalig Inspiratiedag DUNDRUM*, Brussel.
- Viljoen, J. L., Nicholls, T. L., Cruise, K. R., Desmarais, S. L., & Webster, C. D. (2014). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version (START:AV) – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Vincent, G. M., Drawbridge, D. C., Lawson, S. G., Todorovic, K., & Perrault, R. T. (2024). Sustainability of evidence-based practices: Risk-need-responsivity in probation 7 years later. *Criminal Justice and Behavior*, 51(5), 643-666. <https://doi.org/10.1177/00938548241229193>
- Vincent, G. M., Guy, L. S., & Grisso, T. (2012). *Risk assessment in juvenile justice: A guidebook for implementation*. John D. & Catherine T. MacArthur Foundation. www.NYSAP.us
- Vincent, G. M., Guy, L. S., Perrault, R. T., & Gershenson, B. (2016). Risk assessment matters, but only when implemented well: A multisite study in juvenile probation. *Law and Human Behavior*, 40(6), 683-696. <https://doi.org/10.1037/lhb0000214>
- Vincent, G. M., Paiva-Salisbury, M. L., Cook, N. E., Guy, L. S., & Perrault, R. T. (2012). Impact of risk/needs assessment on juvenile probation officers' decision making: Importance of implementation. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(4), 549-576. <https://doi.org/10.1037/a0027186>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>
- Young, D., Moline, K., Farrell, J., & Bieri, D. (2006). Best implementation practices: Disseminating new assessment technologies in a juvenile justice agency. *Crime & Delinquency*, 52(1), 135-158. <https://doi.org/10.1177/0011128705281752>
- Youngson, N., Saxton, M., Jaffe, P. G., Kielt, L., Olszowy, L., Dawson, M., & Straatman, A. L. (2022). Domestic violence risk assessment research to real-world practice: The devil is in the implementation. *Violence and Victims*, 37(4), 425-440. <https://doi.org/10.1891/vv-2021-0129>

BIJLAGE 1: Deelnemende settings

	Directoraat-generaal Penitentiaire inrichtingen (DG EPI)
Hof van Beroep Antwerpen	FPC Antwerpen OPZC Rekem PZ Asster CGG VAGGA Integra CGG Kempen UPC Duffel + PVT Schorshaegen Zorggroep Multiversum PZ Bethanië Vzw Beschut Wonen Noolim Vzw Beschut Wonen Min Vzw Vistha Klavier (Amanis) Mobiele Equipe Internering
Hof van Beroep Gent	FPC Gent PC Sint-Jan-Baptist PC Sint-Amandus PZ Sint-Lucia PC Gent-Sleidinge PC Sint-Jan Eeklo PC Menen Zorggroep Guislain IBW De Vlier Beschut Wonen Brugge vzw (Covias) Beschut wonen 'Vlaamse Ardennen' vzw IBW IPSO IBW Reymeers IBW Waasland IBW Oostende-Westkust (Covias) IBW Eigen Woonst IBW De Wende Villa Voortman Vluit vzw Vzw Kompas Sint-Idesbald (Itinera)
Hof van Beroep Brussel Nederlandstalig	Zorggroep Sint-Kamillus Alexianen Zorggroep Tienen PZ Sint-Alexius Vzw Walden (Fenix + BW Walden) Beschut Wonen De Hulster Mobiel team Leuven Minderbroederstraat (UPC KU Leuven) Mobiel team Aarschot (UPC KU Leuven) Mobiel team Diest (UPC KU Leuven) Beschut Wonen Hestia Mobiel team Tienen (Alexianen Zorggroep Tienen) Mobiel team Leuven Oudebaan (Zorggroep Sint-Kamillus) FORMAT (Zorggroep Sint-Kamillus) Mobiel team SPPiT (PZ Sint-Alexius) Vzw De Raster – RHEA

BIJLAGE 2: Leidraad focusgroepen management

Introductie

Welkom

Heet iedereen welkom, bedank de deelnemers voor hun komst, stel jezelf en de assistent voor: functie, vertrouwdsheid met het onderwerp, rol als neutraal gespreksleider.

Doel

Het doel van de focusgroep vandaag is te polsen naar jullie ervaringen en meningen over het implementeren van nieuwe methodieken of instrumenten in de klinische praktijk. Vanuit de FOD Volksgezondheid wordt momenteel gevraagd aan alle partners in Vlaanderen die zorg aanbieden aan geïnterneerden om de DUNDRUM te gaan gebruiken. Dit instrument is een objectieve methode om de noodzakelijke mate van beveiliging te bepalen. Vermits mogelijk (nog) niet iedereen vertrouwd is met de DUNDRUM, heb ik een korte PowerPoint voorbereid, die ik zo dadelijk zal toelichten.

Meer concreet zijn we benieuwd naar jullie verwachtingen en bekommernissen, aanbevelingen en naar de factoren die volgens jullie een invloed kunnen hebben op een al dan niet succesvolle implementatie van de DUNDRUM. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat over jullie standpunten. Dit mag zowel positief als negatief zijn. Meningsverschillen zijn net interessant!

Praktische aspecten

Deze bijeenkomst zal zo'n 1,5 à 2 uur duren. Het gesprek zal nadien anoniem uitgetypt worden. Daarom is het noodzakelijk om dit videogesprek ook op te nemen. Als het goed is, heeft iedereen hiervoor reeds een informed consent ondertekend.

Ik stel voor dat iedereen om de beurt spreekt. We zullen ervoor proberen te zorgen dat iedereen aan het woord kan komen.

[Korte introductie DUNDRUM via PowerPoint-presentatie].

Voorstellingsrondje

Ik veronderstel dat een aantal mensen elkaar al kent, maar ik stel voor dat we toch beginnen met een kort voorstellingsrondje. Wie zijn jullie? Waar werken jullie en welke functie bekleden jullie?

Vragen

Inleidende vraag

In welke mate zijn jullie bekend met de DUNDRUM? Wat vinden jullie ervan dat de DUNDRUM wordt geïmplementeerd in Vlaanderen?

Sleutelvragen

Ik zou nu willen overgaan naar de discussie over mogelijke zaken die het implementeren van de DUNDRUM op de werkvloer kunnen faciliteren of bemoeilijken. Wat zijn jullie bedenkingen bij de implementatie van de DUNDRUM tot nog toe? Wat verliep er goed? Wat verliep er niet goed?

1. Werden er in het verleden reeds andere (evidence-based) programma's of instrumenten geïmplementeerd in jullie instelling/afdeling? Wat waren de uitdagingen bij de implementatie hiervan?
2. Indien dit programma succesvol werd geïmplementeerd, welke factoren hebben volgens jou dan bijgedragen tot dit succes? Welke factoren zouden een actieve participatie bij de implementatie en behoud van een nieuwe methodiek door het personeel op de werkvloer kunnen bewerkstelligen?
3. Wat zijn jullie grootste bekommernissen met betrekking tot het gebruik van de DUNDRUM? Wat zou tegemoet kunnen komen aan deze bekommernissen?
4. Welke factoren zouden kunnen bijdragen aan het succesvol gebruik van de DUNDRUM?

Afsluiting

Samenvatting

De moderator geeft een samenvatting van de antwoorden die tijdens de discussie gegeven zijn.

Afsluitende vraag

Zijn er nog opmerkingen of zaken die volgens jullie niet aan bod zijn gekomen met betrekking tot de DUNDRUM die jullie graag zouden willen delen?

Van al de zaken die vandaag gezegd zijn, welke zijn voor jullie het belangrijkste [rondje doen]?

Hoe hebben jullie deze focusgroep ervaren?

Bedanken en vervolg

Ik zou jullie graag allemaal willen bedanken voor jullie tijd! We gaan alvast aan de slag met jullie feedback en jullie zullen een verslag van deze focusgroep ontvangen op korte termijn. Bedoeling is dat jullie dit nalezen en eventuele correcties doorgeven.

BIJLAGE 3: Leidraad focusgroepen zorgverleners

Introductie

Welkom

Heet iedereen welkom, bedank de deelnemers voor hun komst, stel jezelf en de assistent voor: functie, vertrouwdsheid met het onderwerp, rol als neutraal gespreksleider.

Doel

Vanuit de FOD Volksgezondheid werd gevraagd om de DUNDRUM netwerkbreed te gaan gebruiken binnen Vlaanderen. Tijdens deze focusgroep is het de bedoeling om te polsen naar jullie ervaringen en meningen over deze implementatie. Meer concreet zijn we benieuwd wat jullie verwachtingen en bekommernissen zijn, en welke factoren volgens jullie een invloed kunnen hebben op een al dan niet succesvolle implementatie. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat over jullie standpunten. Meningsverschillen zijn net interessant!

Praktische aspecten

Deze bijeenkomst zal zo'n 1,5 à 2 uur duren. Het gesprek zal nadien anoniem uitgetypt worden. Daarom is het noodzakelijk om dit videogesprek ook op te nemen. Als het goed is, heeft iedereen hiervoor reeds een informed consent ondertekend.

Ik stel voor dat iedereen om de beurt spreekt. We zullen ervoor proberen te zorgen dat iedereen aan het woord kan komen.

Voorstellingsrondje

Ik veronderstel dat een aantal mensen elkaar al kent, maar ik stel voor dat we toch beginnen met een kort voorstellingsrondje. Wie zijn jullie? Waar werken jullie en welke functie bekleden jullie? En in welke mate zijn jullie bekend met de DUNDRUM?

Vragen

Inleidende vraag

Wat denken jullie over/hoe staan jullie tegenover het feit dat de DUNDRUM geïmplementeerd wordt in Vlaanderen? Wat vinden jullie ervan dat de DUNDRUM wordt geïmplementeerd in Vlaanderen?

Sleutelvragen

Ik zou nu willen overgaan naar de discussie over mogelijke zaken die het implementeren van de DUNDRUM op de werkvloer kunnen faciliteren of bemoeilijken. Sinds het najaar van 2023 werd gestart met de opleidingen en de implementatie van de DUNDRUM binnen het gehele netwerk van Vlaanderen. Dit zal jullie vermoedelijk niet zijn ontgaan.

1. Wat verliep er tijdens het implementatieproces goed volgens jullie (tot dusver)?
2. Wat verliep er niet goed?
3. Wat kan er verbeterd worden?
4. Indien jullie in een managementpositie zouden zitten en jullie zouden één ding kunnen veranderen aan de implementatie van de DUNDRUM, wat zou dat dan zijn?
5. Hoe kan een instrument dat het nodige beveiligingskader inschat, bijdragen aan het behandelproces?
6. Wat zijn jullie grootste bekommernissen met betrekking tot het gebruik van de DUNDRUM? Wat zou tegemoet kunnen komen aan deze bekommernissen?

Afsluiting

Samenvatting

De moderator geeft een samenvatting van de antwoorden die tijdens de discussie gegeven zijn.

Afsluitende vraag

Zijn er nog opmerkingen of zaken die volgens jullie niet aan bod zijn gekomen met betrekking tot de DUNDRUM die jullie graag zouden willen delen?

Van al de zaken die vandaag gezegd zijn, welke zijn voor jullie het belangrijkste [rondje doen]?

Hoe hebben jullie deze focusgroep ervaren?

Bedanken en vervolg

Ik zou jullie graag allemaal willen bedanken voor jullie tijd! We gaan alvast aan de slag met jullie feedback en jullie zullen een verslag van deze focusgroep ontvangen op korte termijn. Bedoeling is dat jullie dit nalezen en eventuele correcties doorgeven.

BIJLAGE 4: Survey evaluatie DUNDRUM-opleiding

Datum training	
Naam trainers	
Discipline cursist	☐ Criminoloog ☐ Psycholoog ☐ Maatschappelijk assistent ☐ Verpleegkundige ☐ Onderzoeker ☐ Ander
Voorafgaande kennis van de DUNDRUM	☐ Geen ☐ "Van horen zeggen" ☐ Ervaring in het scoren van het instrument

De training

	Geheel oneens			Geheel eens		
Het niveau van de training was goed.	1	2	3	4	5	
Ik heb de verwachte kennis en inzichten opgedaan.	1	2	3	4	5	
De handleiding is duidelijk.	1	2	3	4	5	
De PowerPoint was duidelijk.	1	2	3	4	5	
De duur van de training was goed.	1	2	3	4	5	
Het tempo van de training was goed.	1	2	3	4	5	
De praktijkvoorbeelden waren voldoende toegepast op de Belgische situatie.	1	2	3	4	5	

De trainer

	Geheel oneens			Geheel eens		
De trainers beschikten over voldoende kennis/expertise.	1	2	3	4	5	
Het is duidelijk dat de trainers veel praktijkervaring hebben.	1	2	3	4	5	
De trainers wisten de stof duidelijk en helder over te brengen.	1	2	3	4	5	
De trainers leverden toegevoegde waarde aan de theorie.	1	2	3	4	5	
De trainers waren gemotiveerd om deze training te geven.	1	2	3	4	5	

Na deze training lijkt het mij wenselijk om bijkomende training te krijgen in ...

	Ja	Nee
DUNDRUM-1 itemscore		
DUNDRUM-2 itemscore		
DUNDRUM-3 itemscore		
DUNDRUM-4 itemscore		
DUNDRUM zelfrapportagelijst		
Besluitvorming (GKO)		
Achtergrond van de DUNDRUM toolkit		
Verhouding tot risicotaxatie		

Reflectievragen

1. Aspect(en) binnen de training die mij het beste liggen:

.....

2. Aspect(en) binnen de training die voor mij het moeilijkst zijn:

.....

3. Wat ontbrak bij deze training?

.....

4. Zou een terugkomdag voor jou zinvol zin? Zo ja, wat zou je hier graag behandeld zien worden?

.....

5. Welke concrete stappen ga je zetten om de inhoud van de training toe te passen in de praktijk?

.....

6. Eventuele opmerkingen:

.....

Eindevaluatie

Totale waardering voor deze training	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totale waardering voor de trainer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BIJLAGE 5: Survey implementatie-uitkomstmaten

Inleidende vragen

Code gebruiker	
Functie/discipline	☐ Criminoloog ☐ Psycholoog ☐ Maatschappelijk assistent ☐ Verpleegkundige ☐ Onderzoeker ☐ Ander
Hoeveel jaren werkt u binnen de huidige organisatie?	
Hebt u reeds ervaring met risicotaxatie-instrumenten?	☐ Ja, frequent gebruik van risicotaxatie-instrumenten ☐ Ja, sporadisch gebruik van risicotaxatie-instrumenten ☐ Nee
Heeft u de DUNDRUM reeds gebruikt?	☐ Ja ☐ Nee
Welke schalen van de DUNDRUM heeft u reeds gebruikt?	☐ DUNDRUM-1 ☐ DUNDRUM-2 ☐ DUNDRUM-3/DUNDRUM-4
Hoeveel tijd heeft u gemiddeld nodig om de DUNDRUM te scoren?	☐ DUNDRUM-1: ... ☐ DUNDRUM-2: ... ☐ DUNDRUM-3/DUNDRUM-4: ...
Volgde u een DUNDRUM training?	☐ Ja Zo ja, welke? ☐ Train-the-trainer (door H. Kennedy) ☐ Gecertificeerde training ☐ Ander ☐ Nee
(T2) Wordt de DUNDRUM volgens u frequenter of minder frequent gescoord ten opzichte van een half jaar geleden <i>[opgesplitst per subschaal]</i>	☐ Frequenter ☐ Minder frequent

Stellingen

		Helemaal oneens			Helemaal eens	
		1	2	3	4	5
Aanvaardbaarheid	Hoe tevreden bent u over de DUNDRUM?					
	Aan de hand van de DUNDRUM kan ik gemakkelijk onderscheid maken tussen de verschillende beveiligingsniveaus: (4) hoog beveiligde afdeling, (3) matig beveiligde afdeling, (2) gesloten afdeling algemene psychiatrie, (1) open afdeling algemene psychiatrie en (0) ambulante.					
	Ik kan de DUNDRUM-1 items; DUNDRUM-2 items; DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items gemakkelijk toepassen op de specifieke situatie van de patiënt.					
	De DUNDRUM schetst een totaalbeeld van de beveiligingsniveaus van de patiënt.					
	DUNDRUM-1 kan bijdragen aan het toewijzen van het geschikte beveiligingsniveau bij aanvang van het traject.					
	DUNDRUM-2 kan beslissingen met betrekking tot wachtlijsten faciliteren.					
	DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 kunnen de doorstroom faciliteren.					
	Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn scoring van de DUNDRUM-1 items; DUNDRUM-2 items; DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 items.					
	Ik heb vertrouwen in de accuraatheid van mijn DUNDRUM-1 eindoordeel; DUNDRUM-2 eindoordeel; DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 eindoordeel.					
	Ik vind dat de DUNDRUM mijn klinische expertise ondermijnt.					
	De patiënten vinden de DUNDRUM zelfrapportage een nuttig instrument om een geschikte setting te selecteren (in functie van beveiligingsniveau).					

		Helemaal oneens Helemaal eens				
		1	2	3	4	5
Geschiktheid	Hoe geschikt is de DUNDRUM volgens u?					
	Ik vind DUNDRUM-1 een meerwaarde voor het opnamebeleid.					
	Ik vind DUNDRUM-2 een meerwaarde voor het wachtlijstbeheer.					
	Ik vind DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 een meerwaarde voor het behandeltraject.					
	Ik vind de DUNDRUM zelfrapportage een meerwaarde voor het behandeltraject.					
	De DUNDRUM levert nieuwe en relevante informatie op.					
	De DUNDRUM is een waardevolle toevoeging op risicotaxatie.					
	De DUNDRUM is toepasbaar voor de doelgroep binnen onze organisatie.					
	→ Bij score 1 of 2: waarom niet?					
	De DUNDRUM faciliteert de communicatie met andere zorginstellingen/partners.					
	De DUNDRUM faciliteert eensgezindheid binnen het team.					
	De DUNDRUM zelfrapportage faciliteert het (therapeutisch) gesprek met de patiënt/eensgezindheid tussen het team en de patiënt.					
Haalbaarheid	Hoe toepasbaar is de DUNDRUM volgens u?					
	De informatie die nodig is om DUNDRUM-1 DUNDRUM-2 DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren is voor mij vrij beschikbaar.					
	Ik ken de patiënt goed genoeg om DUNDRUM-3 en -4 vlot te scoren.					
	Ik beschik over de nodige kennis en kunde om DUNDRUM-1 te scoren; DUNDRUM-2 te scoren; DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 te scoren.					
	Ik krijg voldoende tijd en ruimte om de DUNDRUM te scoren.					
	Ik vind de DUNDRUM handleiding helder/duidelijk.					

		Helemaal oneens Helemaal eens				
		1	2	3	4	5
Haalbaarheid (vervolg)	Ik ervaar moeilijkheden bij het scoren van DUNDRUM-1 DUNDRUM-2 DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 → Bij score 4 of 5: open vraag “Welke moeilijkheden?”					
	De patiënten zijn bereid om de DUNDRUM zelfrapportage in te vullen.					
	De patiënten ervaren moeilijkheden bij het scoren van de DUNDRUM zelfrapportage. → Bij score 4 of 5: open vraag “Welke moeilijkheden?”					
Bereik	In welke mate is het gebruik van de DUNDRUM volgens u geïntegreerd in de setting?					
	DUNDRUM-1 DUNDRUM-2 DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 is geïntegreerd in het interne behandeltraject.					
	De teamleden hebben voldoende toegang tot kennis over de DUNDRUM.					
	De DUNDRUM is formeel geïntegreerd in de communicatie met andere zorginstellingen/partners.					
	Een bespreking van de DUNDRUM zelfrapportage met de patiënt is geïntegreerd in het behandeltraject.					
	De DUNDRUM resultaten worden gecommuniceerd naar de KBM.					

BIJLAGE 6: Checklist bepaling ‘methodetrouw’

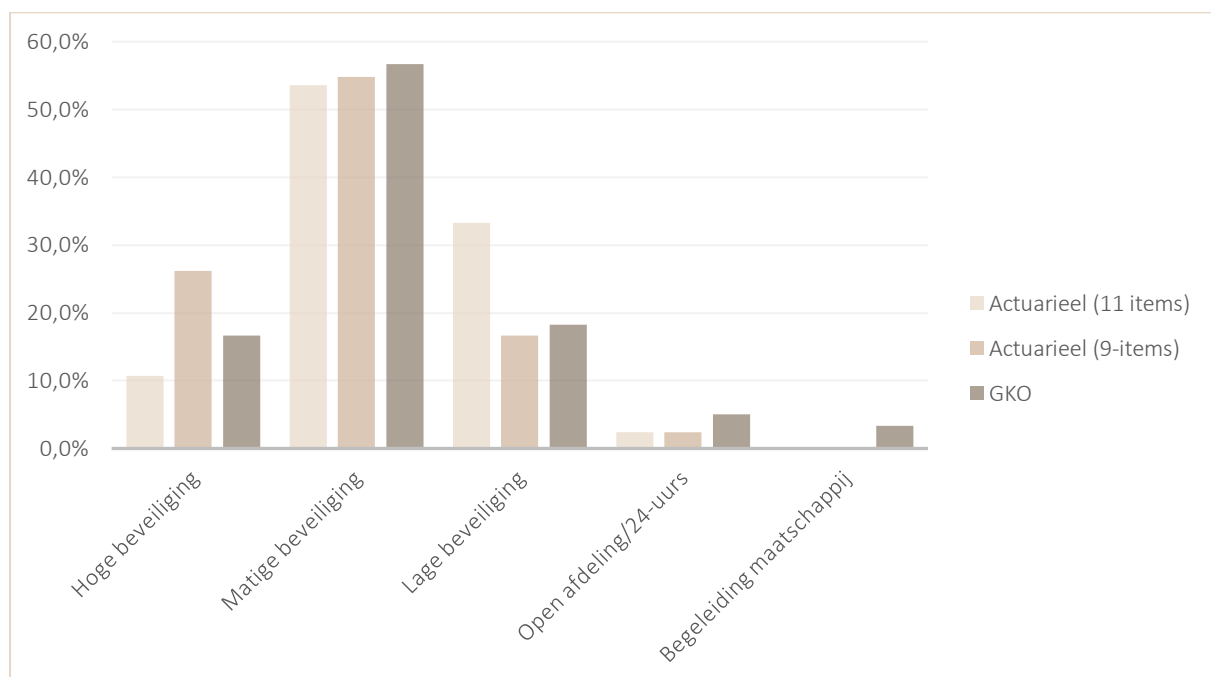
	Onvoldoende (0)	Voldoende (1)	Goed (2)	Uitzonderlijk goed (3)
Informatieverzameling				
Administratieve data: alle vereiste informatie is ingevuld: patiëntinformatie, beoordelaarsinformatie, afnamegegevens	Informatie uit 3 luiken ontbreekt	Informatie uit 2 luiken ontbreekt	Informatie uit 1 luik ontbreekt	Alle benodigde informatie is ingevuld
Meerdere bronnen: informatie werd verzameld op basis van meerdere bronnen	Gebruik van 1 type bron of gebruikte bronnen werden niet gerapporteerd	Gebruik van 2 types van bronnen	Gebruik van 3 types van bronnen	Gebruik van meer dan 4 types van bronnen
DUNDRUM items				
Item ratings: alle items werden beoordeeld	Aantal missing items D1 ≥ 4 D2 ≥ 3 D3,D4 ≥ 3	Aantal missing items D1 = 2-3 D2 = 2 D3,D4 = 2	Aantal missing items D1 = 1 D2 = 1 D3,D4 = 1	Alle items werden beoordeeld (geen missing items)
Item rationale: Alle items met een score > 0 werden van argumentatie voorzien (het van toepassing zijnde nummer werd hier meegerekend als argumentatie)	Aantal items met een score > 0 niet van argumentatie voorzien: D1 ≥ 4 D2 ≥ 3 D3,D4 ≥ 3	Aantal items met een score > 0 niet van argumentatie voorzien: D1 = 2-3 D2 = 2 D3,D4 = 2	Aantal items met een score > 0 niet van argumentatie voorzien: D1 = 1 D2 = 1 D3,D4 = 1	Alle items met een score > 0 werden van argumentatie voorzien
Eindbeoordeling				
GKO: eindoordeel werd ingevuld en van motivering voorzien	Geen GKO categorie of motivering voorzien	–	Enkel GKO categorie of motivering werd ingevuld	GKO categorie en motivering is aanwezig
Time frame				
DUNDRUM-1 werd afgenomen vóór opname/inclusie	Nee	–	–	Ja
DUNDRUM-2 werd afgenomen vóór opname/inclusie	Nee	–	–	Ja
- Ingeval geen uitstroom: DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 werden X maanden na opname of vorige afname gescoord - Ingeval uitstroom: DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 werden X maanden voor ontslag gescoord	Afname > 10 maanden - na opname/vorige afname - voor ontslag	Afname 8–10 maanden - na opname/vorige afname - voor ontslag	Afname 6–8 maanden - na opname/vorige afname - voor ontslag	Afname 6 maanden - na opname/vorige afname - voor ontslag

BIJLAGE 7: Additionele figuren en tabellen op basis van numerieke scores

In hoofdstuk 4 met betrekking tot de field validiteit werden enkel de resultaten bij gebruik van de DUNDRUM volgens de methode van het gestructureerd klinisch oordeel vermeld, vermits dit ook de methode is die in de praktijk moet worden toegepast. Voor onderzoeksdoeleinden en om vergelijking met andere studies mogelijk te maken is het echter ook interessant om de resultaten op basis van het numerieke eindoordeel – d.i. de totaalscore of gemiddelde score – te analyseren. Onderstaande figuren en tabellen hebben betrekking op het gebruik van de DUNDRUM op dergelijke actuariële manier.

DUNDRUM-1

Figuur B-1. DUNDRUM-1 eindoordeel op basis van de actuariële* en de gestructureerd klinische methode



* gebaseerd op de gemiddelde prorated score.

Tabel B-1. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-1

GKO \ Actuariel	Hoge beveiliging	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Begeleiding in de maatschappij	Totaal
Hoge beveiliging	6 (75,0%)	2 (25,0%)	0	0	0	8
Matige beveiliging	4 (12,5%)	25 (78,1%)	3 (9,4%)	0	0	32
Lage beveiliging	0	7 (36,8%)	8 (42,1%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	19
Open afdeling	0	0	0	1 (100%)	0	1
Begeleiding in de maatschappij	–	–	–	–	–	–
Totaal	10	34	11	3	2	60

Noot. GKO = gestructureerd klinisch oordeel.

* Gebaseerd op de gemiddelde 11-item prorate score.

Tabel B-2. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-1

GKO \ Actuariel	Hoge beveiliging	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Begeleiding in de maatschappij	Totaal
Hoge beveiliging	9 (90,0%)	1 (10%)	0	0	0	10
Matige beveiliging	6 (17,6%)	27 (79,4%)	1 (2,9%)	0	0	34
Lage beveiliging	0	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0	0	11
Open afdeling	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	3
Begeleiding in de maatschappij	0	0	2 (100%)	0	0	2
Totaal	15	36	8	1	0	60

Noot. GKO = gestructureerd klinisch oordeel.

* Gebaseerd op de gemiddelde 9-item prorate score.

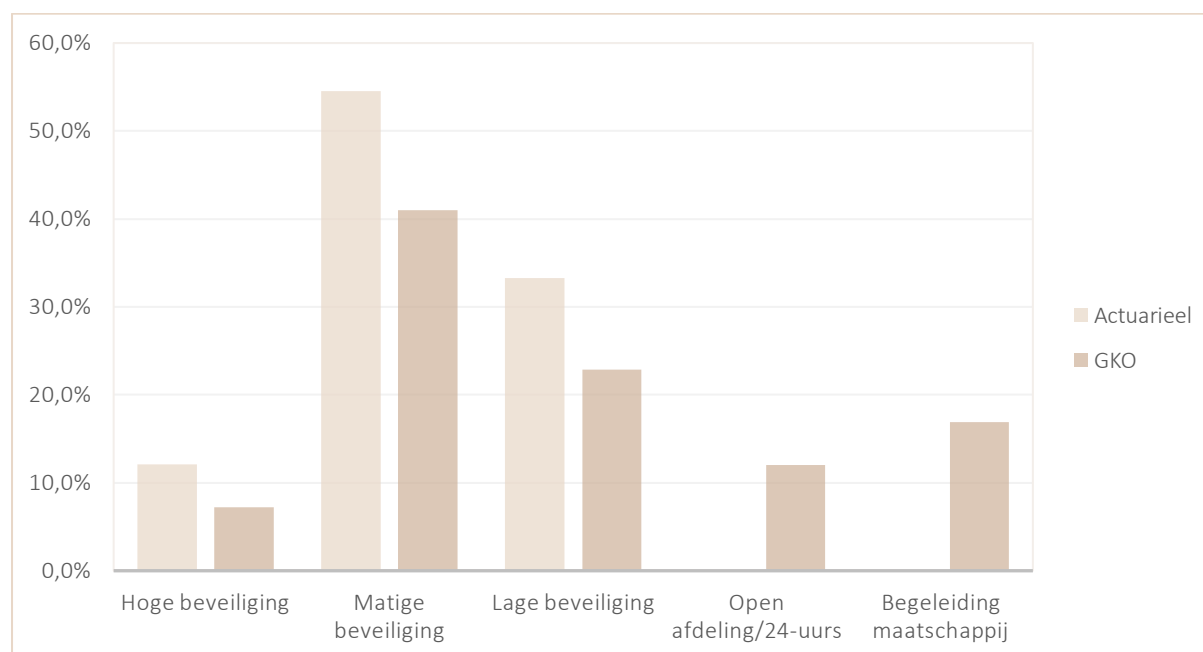
Tabel B-3. Area Under the Curve (AUC) waarden voor DUNDRUM-1 prorata totaalscore

	Base rate (%)	AUC	<i>p</i>	95% BI
D1 11-item totaalscore				
Gevangenis	3 (3,7%)	.58	.64	.37 – .80
Hoge beveiliging	24 (29,3%)	.75	.00	.63 – .86
Matige beveiliging	28 (34,1%)	.43	.27	.30 – .55
Lage beveiliging	23 (28,0%)	.34	.02	.20 – .48
Open afdeling/24-uurs zorg	1 (1,2%)	.13	.21	.06 – .20
Ambulant	3 (3,7%)	.52	.91	.25 – .79
D1 9-item totaalscore				
Gevangenis	3 (3,7%)	.61	.52	.42 – .80
Hoge beveiliging	24 (29,3%)	.78	.00	.66 – .89
Matige beveiliging	28 (34,1%)	.41	.19	.29 – .53
Lage beveiliging	23 (28,0%)	.33	.02	.19 – .47
Open afdeling/24-uurs zorg	1 (1,2%)	.13	.21	.06 – .20
Ambulant	3 (3,7%)	.45	.77	.20 – .69

Noot. AUC = area under the curve; BI = betrouwbaarheidsinterval; D1 = DUNDRUM-1.

DUNDRUM-3 & DUNDRUM-4

Figuur B-2. DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 eindoordeel op basis van de actuariële* en de gestructureerd klinische methode



* Gebaseerd op de gemiddelde prorata score.

Tabel B-4. De mate van overeenkomst tussen het actuariële oordeel* en het gestructureerd klinisch oordeel op DUNDRUM-3/DUNDRUM-4

GKO \ Actuariel	Hoge beveiliging	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Begeleiding in de maatschappij	Totaal
Hoge beveiliging	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0	0	0	6
Matige beveiliging	7 (20,6%)	27 (79,4%)	0	0	0	34
Lage beveiliging	1 (5,3%)	13 (68,4%)	5 (26,3%)	0	0	19
Open afdeling	0	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0	0	10
Begeleiding in de maatschappij	0	1 (7,1%)	13 (92,9%)	0	0	14
Totaal	12	47	24	0	0	83

Noot. GKO = gestructureerd klinisch oordeel.

* Gebaseerd op de gemiddelde prorate score.

Tabel B-5. Area Under the Curve (AUC) waarden voor DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 prorate totaalscore

	Base rate (%)	AUC	p	95% BI
Gevangenis	2 (7,7%)	.71	.34	.29 – 1.00
Hoge beveiliging*	0	–	–	–
Matige beveiliging	2 (7,7%)	.73	.29	.47 – .98
Lage beveiliging	12 (46,2%)	.76	.02	.57 – .95
Open afdeling/24-uurs zorg	1 (3,8%)	.46	.89	.26 – .66
Ambulant	9 (34,6%)	.08	.00	.00 – .20

Noot. AUC = area under the curve; BI = betrouwbaarheidsinterval; D3 = DUNDRUM-3; D4 = DUNDRUM-4.

* Geen enkele patiënt werd getransfereerd naar een high security setting (i.c. FPC), hetgeen in de praktijk ook niet mogelijk is. Enkel een opschaling naar de gevangenis is in de praktijk mogelijk.

Tabel B-6. Positieve voorspellende waarde (PVW) en negatieve voorspellende waarde (NVW) voor DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 gemiddelde prorate score

	Juist positief	Vals positief	Juist negatief	Vals negatief	PVW	NVW
Uitstroom naar vooropgestelde niveau						
Hoge beveiliging	1	2	22	1	33,3%	95,7%
Matige beveiliging	2	8	16	0	20,0%	100,0%
Lage beveiliging	3	10	4	9	23,1%	30,8%
Open afdeling/24-uurs zorg	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT
Ambulant	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT
Positieve transfer	9	1	2	14	90,0%	12,5%
Negatieve transfer	2	1	22	1	66,7%	95,6%

Noot. PVW = positieve voorspellende waarde = de kans dat een patiënt waarbij [bepaalde] beveiligingsnood werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3/DUNDRUM-4 ook werkelijk uitstroomt naar dit niveau van beveiliging; NVW = negatieve voorspellende waarde = de kans dat een patiënt waarbij geen [bepaalde] beveiligingsnood werd ingeschat op basis van DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 ook daadwerkelijk niet uitstromen naar dit niveau van beveiliging; NVT = niet van toepassing omdat het actuariële oordeel geen uitstroom naar een open afdeling of ambulante setting vooropstelde.

Tabel B-7. De mate van overeenkomst met betrekking tot het actuariële eindoordeel* op DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 tussen patiëntscores en scores van zorgverleners

<i>Patiënt</i> <i>Zorgverleners</i>	Matige beveiliging	Lage beveiliging	Open afdeling	Totaal
Matige beveiliging	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0	5
Lage beveiliging	0	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5
Totaal	2	6	2	10

* Gebaseerd op de gemiddelde prorate score.

Onderzoeksproject in opdracht van de Federale Overheidsdienst
Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu