

Bepalen benodigde beveiligingsniveau van forensisch psychiatrische patiënten: HoNOS-Secure en DUNDRUM-1

I. JEANDARME, P. HABETS

ACHTERGROND Forensisch psychiatrische patiënten worden behandeld binnen verschillende beveiligingsniveaus. Duidelijke criteria om het vereiste beveiligingsniveau of transfer van een meer naar een minder beveiligde setting in te schatten zijn voornamelijk niet voorhanden. Uit een literatuuroverzicht blijkt dat van de weinige instrumenten die internationaal beschikbaar zijn de DUNDRUM en de HoNOS-Secure veelbelovend zijn.

DOEL Nagaan of deze instrumenten ook bruikbaar zijn in Vlaamse forensisch psychiatrische settings.

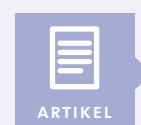
METHODE DUNDRUM-1-scores werden verzameld voor 150 geïnterneerden. De psychometrische kwaliteiten van de schaal werden onderzocht. Voor een deelpopulatie werd de DUNDRUM-1 vergeleken met de HoNOS-Secure.

RESULTATEN De psychometrische eigenschappen van de DUNDRUM-1 waren goed en overtroffen die van de HoNOS-Secure.

CONCLUSIE De DUNDRUM-1 is een instrument dat klinici en rechters kan helpen om hun besluitvorming tot beveiligde zorg beter en transparanter te onderbouwen. Verder onderzoek naar de praktische toepasbaarheid is evenwel nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 455-463

TREFWOORDEN beveiligingsniveau, DUNDRUM-1, forensische psychiatrie, HoNOS-Secure



455

De interneringsmaatregel vormt in België het kader waarbinnen behandeling van ontoerekeningsvatbare daders mogelijk wordt. Volgens de huidige wet betreffende de internering van personen (wet van 5 mei 2014, gewijzigd door de Potpourri III-wet van 4 mei 2016) beslissen de Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM) op advies van gedragsdeskundigen over de tenuitvoerlegging van de internering.

Categorale forensische zorg wordt in Vlaanderen geboden in drie *medium security units* (MSU Bierbeek, Rekem en Zelzate), twee *high security* forensisch psychiatrische centra (FPC Gent en Antwerpen) of de high-securityafdeling voor vrouwen in Zelzate. Andere categorale projecten omvatten bijvoorbeeld de forensische tehuizen voor delinquenten

met een verstandelijke beperking, de longstay-afdeling in Bierbeek, de afdelingen voor seksueel delinquenten en de ambulante CGG-daderteams.

Niet elke geïnterneerde heeft evenwel beveiligde categorale zorg nodig. Naast de oprichting van FPC's zet Vlaanderen daarom ook in op *upgraden* van bestaande reguliere bedden. De vraag blijft wie de zorgvraag en -behoefte bepaalt en hoe dat gebeurt (Seynnaeve e.a. 2018). Objectieve criteria zijn immers noch wat betreft indicatiestelling voor (beveiligde) opname, noch wat betreft de infrastructuur van de afdelingen zelf voorhanden. Dit is zorgelijk omdat er een hoge prijs verbonden is aan incorrecte plaatsingen, zowel voor patiënten (te lange behandeluur), maatschappij (recidive) als instellingen (incidenten).

Hoewel het logisch kan lijken vanuit behandelperspectief dat klinici beslissen of beveiligde zorg geïndiceerd is, is er veel discussie mogelijk en kunnen zelfs ervaren klinici tot verschillende conclusies komen. Daarenboven is een belangrijke doelstelling van het huidige interneringsbeleid een zorgtraject te creëren met voldoende doorstroming (bijv. van hoge naar matige beveiliging) en uitstroom (bijv. van categorale naar reguliere zorg), hetgeen in de praktijk op de nodige problemen stuit.

Drie aspecten zijn van belang bij het bepalen van de juiste behandelcontext: behandelbaarheid, psychische aandoeningen en beveiligingsniveau. Geïnterneerden zijn doorgaans weinig gemotiveerd en minder geneigd een samenwerkingsrelatie aan te gaan met hulpverleners. De psychische aandoening is vaak therapieresistent of vereist gespecialiseerde behandelprogramma's (bijv. voor parafiele stoornis), die enkel in bepaalde centra voorhanden zijn. Afhankelijk van de behandelbaarheid worden ondersteuning en begeleiding of op herstel gerichte behandeling of therapie aangeboden. Het krijgen van zorg is volledig onafhankelijk van het beveiligingsniveau en wordt aangeboden op elk niveau; herstel daarentegen kan belemmerd worden door een verhoogd beveiligingsniveau.

Beveiliging of *security* verwijst naar een essentieel aspect in de forensische zorg en bestaat uit materiële (bijv. een ontsnapbestendig gebouw), procedurele (bijv. screening van bezoek) en relationele beveiliging (bijv. hogere patiënt-stafratio) (Kennedy 2002). Relationele beveiliging sluit nauw aan bij het individuele risicoprofiel van de patiënt, maar valt er niet geheel mee samen.

Risico wordt gedefinieerd als de mate van gewelddadige neigingen en het recidiverisico (laag, matig of hoog). Het is een dynamisch concept, dat fluctueert over tijd, situatie en context. Het beveiligingsniveau daarentegen heeft in de eerste plaats betrekking op de infrastructuur van een instelling of afdeling (laag, matig of hoog) en is dus statisch. Bij een patiënt is een lage, matige of hoge *beveiliging* nodig, terwijl de afdeling het *beveiligingsniveau* voorziet.

Onderzoek beveiligingsniveau

De populatie geïnterneerden is zeer heterogeen en omvat zowel *first offenders* als gewoontemisdadigers en indexdelicten van vandalisme tot moord. Wat betreft psychiatrische diagnostiek vindt men enkelvoudige problematiek terug (bijv. postnatale depressie of schizofrenie), maar ook veel comorbiditeit, vooral met cluster B-persoonlijkheidsproblematiek en/of verslaving (Jeandarme 2016b).

Toch is Vlaams onderzoek naar hierop afgestemde beveiligingsniveaus miniem. Jeandarme (2016b) onderzocht het profiel van MSU-patiënten en vond dat de demografische en diagnostische profielen grotendeels vergelijkbaar waren met die van MSU-populaties in het buitenland. Verrassend

AUTEURS

INGE JEANDARME, coördinator Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), OPZC Rekem.

PETRA HABETS, psychologe en onderzoekster KeFor, OPZC Rekem.

CORRESPONDENTIEADRES

Inge Jeandarme, Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Daalbroekstraat 106, 3621 Rekem, België.

E-mail: Inge.jeandarme@opzcrekem.be

Geen strijdige belangen meegedeeld

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-2-2019.

was dat de justitiële antecedenten en de risicotaxatiescores eerder concordant waren met scores van patiënten bij wie een hoge beveiliging nodig was. Deze bevindingen werden bevestigd in een andere studie, waar de risicoprofielen bij Vlaamse MSU-patiënten hoger lagen in vergelijking met Waalse hoog beveiligde patiënten (Jeandarme e.a. 2018b). De Smet en De Page (2018) vonden dan weer geen verschil tussen gedwongen opgenomen patiënten in reguliere zorg en forensische MSU-patiënten in het gemiddeld aantal (forensische) zorgbehoeften.

Er is evenwel een inherent probleem van circulariteit met het bepalen van patiëntkarakteristieken voor een specifiek type van behandelunit of door het bepalen van het niveau van beveiliging door juist die mensen te onderzoeken die op dat moment op betreffende afdelingen verblijven. In dit opzicht blijft er behoefte aan duidelijke definities en onderzoeken naar de verschillende aspecten van beveiligingsniveaus binnen de forensische psychiatrie in Vlaanderen.

Buitenlandse studies tonen aan dat de situatie elders niet veel beter is. In Canadees onderzoek vond men dat empirisch onderbouwde risicofactoren nauwelijks een rol spelen bij bepalingen omtrent beveiligingsniveaus of transitie doorheen de verschillende forensische voorzieningen (McKee e.a. 2007; Cote e.a. 2012). Adamse e.a. (2018) kwamen in Australië tot de conclusie dat een substantieel deel van de patiënten op een te hoog beveiligingsniveau verbleef. In Engeland en Schotland waren er verhitte debatten over de noodzakelijke criteria verbonden aan diverse beveiligingsniveaus (Exworthy & Gunn 2003; Crighton 2009). Uit een literatuuroverzicht blijkt dat er weinig instrumenten voorhanden zijn die aanvullend aan risicotaxatie gebruikt kunnen worden om het beveiligingsniveau en de transfer tussen verschillende niveaus te bepalen. Drie empirisch gevalideerde instrumenten lijken veelbelovend:

de *Security Needs Assessment Profile* (Collins & Davies 2005), de *Health of the Nations Outcome Scale-Secure* (HONOS-Secure; Royal College of Psychiatrists) en de *Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual V1.0.30* (DUNDRUM; Jeandarme e.a. 2018a; Kennedy e.a. 2016).

Volgens de review van Shinkfield en Ogloff (2015) voldoen van de genoemde instrumenten de DUNDRUM en de HONOS-Secure grotendeels aan de gewenste criteria voor routine outcome measurement omdat ze het functioneringsniveau meten aan de hand van verschillende domeinen, gebruiksvriendelijk zijn, kwantitatieve data genereren, in peer-reviewde studies onderzocht zijn, over goede psychometrische kwaliteiten beschikken en internationaal bruikbaar zijn.

Keulen-de Vos en Schepers (2016) concludeerden in hun review dat van de vier instrumenten die zij geschikt bevonden om behoeften bij forensische patiënten in kaart te brengen (CANFOR, DUNDRUM, HONOS-Secure en *International Resident Assessment Instrument - Correctional Facilities*) enkel de DUNDRUM specifiek gericht is op de toewijzing van een beveiligingsniveau aan patiënten (bijv. laag, matig of hoog), terwijl de andere primair gericht zijn op het meten van gezondheidsbehoeften.

De DUNDRUM (Kennedy e.a. 2016) is een instrument dat gebruikt wordt ter ondersteuning voor het gestructureerd klinisch oordeel bij het bepalen van beveiligingsniveau (DUNDRUM-1), opnameprioriteit (DUNDRUM-2), behandelvoortgang (DUNDRUM-3) en mate van herstel (DUNDRUM-4). Het is echter een Iers instrument waarvan de makers weliswaar pretenderen dat het universeel bruikbaar is, maar dat tot nog toe niet gevalideerd werd in Vlaanderen. Wij onderzochten in de huidige studie de psychometrische eigenschappen van DUNDRUM-1 en het eerste deel van de HONOS-Secure.

METHODE

Studieopzet en selectie dossiers

In deze retrospectieve studie ($n = 150$) gebruikten wij de gegevens van 1. een at-randomselectie van 50 patiënten verwezen naar MSU Rekem en 2. een at-randomselectie van 100 patiënten verwezen naar diverse niveaus van beveiliging door de KBM. Bij alle dossiers werd de DUNDRUM-1 en bij een gedeelte van de dossiers tevens de HONOS-Secure gescoord op basis van psychosociale (PSD) verslagen tijdens detentie, psychiatrische expertises en in sommige gevallen ook behandelrapportages. Een deel van de dossiers werd door twee onderzoekers gescoord. Alle onderzoekers hadden ruime ervaring met de afname van gestructureerde klinische taxatie-instrumenten. Drie onderzoekers volgden een DUNDRUM-training en alle onderzoekers volgden een HONOS-Secure-training.

Onderzoekspopulatie

De onderzochte deelnemers waren allen man, gemiddeld 41,5 jaar oud ($SD\ 11,26$; uitersten 21-71 jaar). De meerderheid had de Belgische nationaliteit (86,6%) en was alleenstaand of gescheiden (87,8%). Patiënten kregen een interneringsmaatregel opgelegd wegens fysiek geweld (65,4%), of overige delicten zoals diefstal of stalking (34,7%). De primaire diagnose betrof in 56,7% een ernstige psychiatrische as I-stoornis (waarvan 90,6% van de gevallen een psychotische stoornis), in 29,3% een persoonlijkheidsstoornis en in 14% een andere diagnose (bijv. verstandelijke beperking). Verslavingsproblematiek was als comorbide stoornis aanwezig bij meer dan de helft van de populatie (51,7%).

Instrumenten

DUNDRUM-1

De DUNDRUM-1 bestaat uit 11 triagebeveiligings(TB)-items die voorafgaand aan opname gescoord worden met een 5-puntsschaal (0-4). Het instrument volgt de methode van het gestructureerd klinisch oordeel (GKO). Het werd ontwikkeld door psychiaters, en wordt bij voorkeur multidisciplinair gebruikt. Er wordt aangeraden een aantal vignetten te scoren voor klinisch gebruik. Voor individuele gevallen wordt bij het eindoordeel gekeken naar 'patroonherkenning' en individuele items.

Bij in hoofdzaak score 0 is er geen extra beveiliging nodig; deelnemers met score 1 kunnen behandeld worden binnen een open setting; deelnemers met score 2 hebben een lage, die met score 3 een matige en degenen met score 4 een hoge mate van beveiliging nodig. Voor onderzoekdoeleinden worden de scores opgeteld en gedeeld door het aantal items. De items over risico voor suïcide (TB2 en TB4) worden voor onderzoekdoeleinden niet meegenomen, wel voor het GKO. Het eindoordeel (totaalscore DUNDRUM-1/9) levert een getal op tussen 0 en 4, dat gerelateerd is aan oplopende beveiligingsniveaus.

Internationale studies vonden een zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) voor de DUNDRUM-1 met kappa's groter dan 0,85 (Flynn e.a. 2011b). De interne consistentie van de DUNDRUM-1 ging van 0,72 tot 0,95 (Flynn e.a. 2011b; Freestone e.a. 2015; Adams e.a. 2018). Wisselende correlaties (zwak tot zeer sterk) werden teruggevonden met risicotaxatie-instrumenten (Abidin e.a. 2013; Adams e.a. 2018; Flynn e.a. 2011b). De DUNDRUM-1 was een goede voorspeller voor de beslissingen rondom forensische opname (*area under the curve*, AUC 0,79) en differentieerde ook tussen beveiligingsniveaus (Freestone e.a. 2015). DUNDRUM-1 was voorspellend voor schade aan anderen (AUC 0,74) en de meeste DUNDRUM-1-items voorspelden langere opnameduur in een forensische setting (Davoren e.a. 2015).

HONOS-SECURE

HONOS-Secure meet de klinische vooruitgang ten opzichte van de behoefte aan beveiliging (schade aan anderen, schade aan zichzelf, kwetsbaarheid, behoefte aan materiële en relationele beveiliging) en bestaat uit 2 delen. Het eerste deel is een evaluatieschaal van behoeften in termen van beveiligde zorg. Het tweede deel bestaat uit 12 items en inventariseert de ernst van psychische symptomen en het sociaal functioneren. Afname gebeurt door clinici die gespecialiseerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Een online training is vereist.

Omdat onze studie zich specifiek richt op beveiligingsniveau maakten wij enkel gebruik van het eerste deel bestaande uit zeven items (A-G), elk gequoteerd op een schaal van 0 (niet aanwezig) tot en met 4 (grote behoefte aan beveiliging). Zodra een item de waarde 1 krijgt, is er sprake van een zekere behoefte aan beveiliging. Er zijn geen richtlijnen beschikbaar over het gewenste niveau van beveiliging. Scores zijn gebaseerd op de uitkomst van recente klinische beoordeling waaronder ook risicotaxatie en worden ingevuld bij opname, bij (drie)maandelijke follow-up en bij ontslag. De schalen zijn gebaseerd op huidige behoeften aan beveiligde zorg en nemen zo ook gedrag uit het verleden mee, incidenten, attitudes, huidige voortgang en mogelijke problemen in de nabije toekomst. De IBB voor de HONOS-Secure varieert in internationale studies van slecht tot uitstekend. De interne consistentie bedraagt 0,73-0,79 (Dickens e.a. 2007). Zwakke tot erg sterke correlaties zijn gevonden met de CANFOR (Dickens e.a. 2007; Segal e.a. 2010) en sterke tot zeer sterke correlaties met de START (Quinn e.a. 2013). De HONOS-Secure was gerelateerd aan verschillende uitkomstmaten (plaatsing afdeling, bewegingsvrijheid en risico op incidenten) (Shinkfield & Ogloff 2016), maar men kon er geen klinisch relevante wijzigingen mee detecteren (Dickens e.a. 2007).

Statistische analyses

We gebruikten SPSS versie 22 voor de statistische analyses. De gegevens werden anoniem verwerkt. Interne consistentie werd gemeten aan de hand van Cronbachs alfa. De IBB werd gemeten door middel van *two-way random intraclass*-correlatiecoëfficiënten ($ICC_{A,1}$ *absolute agreement, single measurement*). De criteria van Fleiss gebruikten we om de mate van betrouwbaarheid te kwantificeren: $ICC < 0,40$ = slecht; $ICC \geq 0,40$ = matig; $ICC \geq 0,60$ = goed; en $ICC \geq 0,75$ = uitstekend. De non-parametrische toets van Kruskal-Wallis werd gebruikt om de gemiddeldes te vergelijken. Post-hocvergelijkingen met de toets van Mann-Whitney werden uitgevoerd met bonferroni-correctie. De non-parametrische Spearmans rho werd gebruikt om correlaties tussen instrumenten te berekenen en de indeling van Cohen om

de grootte van de correlatie te kwantificeren: $< 0,30$ = zwak; $0,30-0,50$ = gemiddeld; $0,50-0,70$ = sterk en $> 0,70$ = zeer sterk.

RESULTATEN

Descriptieve analyse

DUNDRUM-1

Van de geselecteerde dossiers konden drie dossiers niet gescoord worden omdat er in twee dossiers niet genoeg informatie werd teruggevonden en omdat één patiënt geen psychiatrische diagnose had. De meeste ontbrekende waarden waren er voor het item TB4 ($n = 10$), gevolgd door item TB11 ($n = 9$), en item TB8 ($n = 7$). In **TABEL 1** staat de verdeling van de scores vermeld. De gemiddelde score op de DUNDRUM-1-schaal was 21,7 (SD 6,09) en voor de 9-items-schaal (exclusief de suicide-items) was dat 20,6 (SD 5,44). De gemiddelde score van het eindoordeel was 2,3 (SD 0,60).

HONOS-SECURE

De gemiddelde score op de HONOS-secure was 10,49 (SD 3,06). Item- en totaalscores staan in **TABEL 2**. De meeste ontbrekende items waren er voor item E (Behoeftte aan begeleiding bij uitgangen/uitgangsverloven) ($n = 12$), item C (Behoeftte aan infrastructurele beveiliging om ontvluchting te voorkomen) ($n = 8$) en item G (Behoeftte aan risicomanagementprocedures) ($n = 7$). De meeste items duiden in hoge mate (79,5% tot 100%) op de behoefte aan risicomanagement (score ≥ 1) of met andere woorden behoefte aan beveiligde zorg. Enkel item B (Risico op zelfbeschadiging) en item F (Risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd) scoorden in dit opzicht lager, met een score ≥ 1 van respectievelijk 44,2% en 7,6%.

Psychometrische kenmerken DUNDRUM-1 en HoNOS-Secure

INTERNE CONSISTENTIE

Cronbachs alfa was 0,69 voor de 11-itemsschaal van de DUNDRUM-1. In **TABEL 1** staat de Cronbachs alfa indien item verwijderd werd en de gecorrigeerde item-totaalcorrelatie. Hieruit blijkt dat enkel bij het verwijderen van item TB 7 (Toegang vermijden) de interne consistentie iets zou stijgen (van 0,69 naar 0,71). Zoals afgeleid kan worden uit **TABEL 1**, toonden de item-totaalcorrelaties aan dat vijf items niet goed correleerden ($< 0,3$) met de totale score van de DUNDRUM-1. Cronbachs alfa was 0,67 voor de DUNDRUM-1-9-itemsschaal en 0,56 voor de HONOS-Secure-schaal (zie **TABEL 2**).

TABEL 1 Item-, totaalscores en eindoordeel DUNDRUM-1

	n	M	SD	Min	Max	Gecorrigeerde item-totaalcorrelatie	Cronbachs alfa bij verwijderen item
TB1. Ernst geweld	147	2,73	1,15	0	4	0,55	0,63
TB2. Ernst zelfbeschadiging	145	0,62	1,13	0	4	0,33	0,67
TB3. Acute dreiging geweld als gevolg van een psychische stoornis	147	2,90	1,17	0	4	0,57	0,62
TB4. Acute dreiging suïcide	140	0,52	1,08	0	4	0,32	0,67
TB5. Gespecialiseerde forensische zorg	146	2,23	1,06	0	4	0,62	0,62
TB6. Ontvluchting	147	2,19	1,08	0	4	0,17	0,69
TB7. Toegang vermijden	146	2,34	1,05	0	4	0,07	0,71
TB8. Slachtofferkwetsies	143	1,37	1,28	0	4	0,27	0,68
TB9. Complexe noden risico op geweld	147	2,39	0,78	0	4	0,44	0,66
TB10. Institutioneel gedrag	145	1,59	1,12	0	4	0,15	0,70
TB11. Wettelijke procedure	141	3,06	1,10	0	4	0,28	0,68
Totaalscore 11 items	147	21,7	6,09	6	37		0,69
Totaalscore 9 items	147	20,6	5,44	6	31		0,67
Eindoordeel 9 items	147	2,78	0,64	1	4		

n = aantal; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; Min = minimum; Max = maximum.

TABEL 2 Item- en totaalscore HoNOS-Secure

	n	M	SD	Min	Max	Gecorrigeerde item-totaalcorrelatie	Cronbachs alfa indien item verwijderd
A. Risico schade aan volwassenen en kinderen	94	2,27	1,05	0	4	-0,06	0,69
B. Risico zelfbeschadiging	95	0,65	0,86	0	4	0,06	0,60
C. Behoeftte infrastructuurele beveiliging om ontvluchting te voorkomen	87	2,66	1,15	0	4	0,54	0,38
D. Behoeftte relationeel toezicht in de leefomgeving	95	1,94	0,76	0	4	0,58	0,41
E. Behoeftte begeleiding bij uitgangen/uitgangsverloven	83	0,94	0,59	0	2	0,65	0,42
F. Risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd	92	0,13	0,50	0	3	0,20	0,55
G. Behoeftte risicomanagementprocedures	88	2,47	0,55	1	3	0,34	0,52
Totaalscore	95	10,50	3,06	3	18		0,56

n = aantal; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; Min = minimum; Max = maximum.

IBB

Vier onderzoekers scoorden voor DUNDRUM-1 en Honos-Secure respectievelijk 71 en 33 dossiers onafhankelijk van elkaar.

De IBB per DUNDRUM-1-item staat in **TABEL 3**. De DUNDRUM-1-totaalscore (zowel voor de 9 als voor de 11 items) had een uitstekende IBB. Op itemniveau was de IBB uitstekend voor

6 items, goed voor items 4, 5, 7 en 10 en matig voor item 11 (Wettelijk proces). Gestratificeerd naar beoordelaars die een DUNDRUM-training volgden en degenen die dit niet deden, bleek de IBB hoger te liggen voor degenen die een training volgden (ICC 0,90 versus ICC 0,53).

Het eindoordeel van de Honos-Secure had een matige IBB en haalde het criterium van Heilbrun (1992) voor psychologi-

TABEL 3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid DUNDRUM-1 en HoNOS-Secure

	n	ICC	CI
DUNDRUM-1			
TB1. Ernst geweld	69	0,87	0,80-0,92
TB2. Ernst zelfbeschadiging	69	0,91	0,86-0,95
TB3. Acute dreiging geweld als gevolg van een psychische stoornis	68	0,78	0,67-0,86
TB4. Acute dreiging suïcide	66	0,66	0,50-0,81
TB5. Gespecialiseerde forensische zorg	68	0,68	0,48-0,88
TB6. Ontvluchting	69	0,81	0,71-0,83
TB7. Toegang vermijden	68	0,74	0,61-0,85
TB8. Slachtofferkwetsies	66	0,77	0,64-0,86
TB9. Complexe noden risico op geweld	71	0,78	0,67-0,83
TB10. Institutioneel gedrag	66	0,73	0,60-
TB11. Wettelijke procedure	66	0,59	0,41-0,73
Totaalscore 9 items	71	0,86	0,78-0,91
Totaalscore 11 items	71	0,86	0,78-0,91
HoNOS-Secure			
A. Risico schade aan volwassenen en kinderen	30	0,90	0,79-0,95
B. Risico zelf beschadiging	33	0,92	0,84-0,96
C. Behoeft infrastructurale beveiliging om ontvluchting te voorkomen	24	0,57	0,23-0,78
D. Behoeft relationeel toezicht in de leefomgeving	32	0,33	-0,01-0,60
E. Behoeft begeleiding bij uitgangen/uitgangsverloven	21	0,47	0,02-0,75
F. Risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd	25	0,60	0,29-0,80
G. Behoeft risicomangementprocedures	26	0,42	0,04-0,69
Totaalscore	33	0,58	0,12-0,81

ICC = Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: two way random absolute agreement single measures; CI = betrouwbaarheidsinterval

sche testen niet. Op itemniveau waren er twee items met een uitstekende betrouwbaarheid, één item scoorde goed, drie items scoorden matig en één item (Relationeel toezicht) scoorde slecht (zie **TABEL 3**).

CONSTRUCTVALIDITEIT

De DUNDRUM-1-totaalscore correleerde positief met de HoNOS-Secure ($r = 0,46$; $p < 0,00$). HoNOS-Secure-scores verschilden gestratificeerd op DUNDRUM-1-beveiligingsniveaus (toets van Kruskal-Wallis: $p < 0,01$). De HoNOS-Secure-scores liepen op naarmate de DUNDRUM-1-beveiligingsniveaus hoger waren (respectievelijk 6,00, 8,75, 10,89 en 12,27 voor open, laag, matig en hoog). Post-hoc-testen lieten alleen een verschil zien in HoNOS-Secure-scores tussen hoog en laag DUNDRUM-1-beveiligingsniveau ($p \leq 0,01$).

DISCUSSIE

Categorale forensisch psychiatrische zorg – gericht op risicomangement en delictpreventie – onderscheidt zich op een aantal aspecten van reguliere zorg met focus op psychische aandoeningen (Jeandarme 2016a). Bij de bepa-

ling van de behandelcontext is het dan ook belangrijk beide zorgvormen goed te onderscheiden en het gewenste beveiligingsniveau (enkel laag beveiligingsniveau mogelijk in geval van reguliere zorg) te matchen aan het risico- en veiligheidsprofiel van de patiënt. Met deze studie wilden we nagaan of de DUNDRUM-1 en/of de HoNOS-Secure als hulpmiddel gebruikt kunnen worden in het Vlaamse forensische werkveld.

Het aantal ontbrekende items was miniem ($< 7\%$), waaruit kan geconcludeerd worden dat de dossiers voldoende informatie bevatten om de DUNDRUM-1 te scoren. De interne consistentie van de DUNDRUM-1 ($\alpha = 0,67-0,69$) was hoger in vergelijking met de HoNOS-Secure ($\alpha = 0,56$), maar haalde net de grenswaarde van 0,70 niet die algemeen genomen als acceptabel wordt beschouwd. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat DUNDRUM-1 beschouwd kan worden als een breed en meer heterogeen construct. Internationale studies met grotere steekproeven ($n = 195-327$) haalden in dit opzicht betere resultaten (Adams e.a. 2018: $\alpha = 0,84$; Flynn e.a. 2011b: $\alpha = 0,95$; Freestone e.a. 2015: $\alpha = 0,77$). Het DUNDRUM-1-eindoordeel had een uitstekende IBB. Tien

items hadden een uitstekende tot goede betrouwbaarheid. Enkel het item Wettelijk proces had een matige IBB. De resultaten van onze studie komen overeen met de enige andere (Ierse) studie waarin men bij een kleinere steekproef de IBB onderzocht ($n = 18$) en een bijna perfecte waarde vond (Flynn e.a. 2011b). Doordat wij twee studies combineerden, bereikten we een grotere en representatievere onderzoekspopulatie ($n = 71$).

Onze studie toonde verder aan dat de IBB aanzienlijk beter was bij beoordelaars die een training volgden. Hoewel dit niet als formele vereiste wordt gesteld door de oorspronkelijke auteurs, valt het aan te bevelen minimaal een aantal vignetcasussen te scoren.

De DUNDRUM-1 werd in eerdere studies niet vergeleken met de HONOS-Secure. In vergelijking met de DUNDRUM-1 ligt de IBB in onze studie bij de HONOS-Secure een stuk lager (0,86 versus 0,58) en onder de grens voor psychologische testen (Heilbrun 1992).

Beide instrumenten zouden het vereiste beveiligingsniveau meten, maar in hoeverre ze hetzelfde construct meten, is nooit eerder onderzocht. In onze studie correleerde de DUNDRUM-1 gemiddeld met de HONOS-Secure en was er eveneens een stijgende HONOS-Secure-score met stijgend beveiligingsniveau zoals ingeschat door de DUNDRUM-1. HONOS-Secure-scores indiceren behoefte aan beveiligde zorg, maar differentiëren niet verder naar beveiligingsniveaus. We betwijfelen dan ook het klinisch nut van dit instrument, althans voor gebruik in forensische settings. Daarenboven is het beslissingsproces van de DUNDRUM transparanter en meer ondersteund met duidelijke richtlijnen. De HONOS-Secure daarentegen peilt vooral het ongestructureerd klinisch oordeel.

Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat DUNDRUM-1 differentieerde tussen verschillende veiligheidsniveaus in Engeland (Freestone e.a. 2015) en Ierland (Flynn e.a. 2011a). Het forensisch landschap daar is natuurlijk verschillend en alhoewel de huidige resultaten veelbelovend zijn, kunnen we nog niet concluderen dat de DUNDRUM-1-beveiligingsniveaus ook van toepassing zijn in België. Vervolgonderzoek zal zich dan ook op deze onderzoeksvraag toespitsen.

Beperkingen onderzoek

Door het retrospectief karakter van het onderzoek kon enkel een beroep gedaan worden op reeds verzamelde informatie. De HONOS-Secure werd door de onderzoekers aansluitend aan de DUNDRUM-1 gescoord. Het is daarom niet uit te sluiten dat deze scores onbewust beïnvloed werden door de DUNDRUM-criteria.

BESLUIT

Het onderbouwd toekennen van het juiste beveiligingsniveau bij forensisch psychiatrische patiënten blijft een precaire aangelegenheid. Omwille van een aantal redenen – zoals de psychometrische kwaliteiten en duidelijke scoringsinstructies – concluderen wij dat de DUNDRUM-1 meer dan de HONOS-Secure nuttig kan zijn in de klinische forensisch psychiatrische praktijk. Om verdere conclusies te trekken rondom de relatie tussen beveiligingsniveau en DUNDRUM-1 moet er eerst een duidelijke definitie zijn van de verschillende forensische instellingen en hun corresponderende beveiligingsniveaus.

LITERATUUR

- Abidin Z, Davoren M, Naughton L, Gibbons O, Nulty A, Kennedy HG. 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* 2013; 13: 197.
- Adams J, Thomas SDM, Mackinnon T, Eggleton D. The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 35.
- Collins M, Davies S. The security needs assessment profile: A multidimensional approach to measuring security needs. *Int J Forensic Ment Health* 2005; 4: 39-52.
- Cote G, Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC. Risk assessment instruments in clinical practice. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 238-44.
- Crighton J. Defining high, medium, and low security in forensic mental healthcare: The development of the matrix of security in Scotland. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009; 20: 333-53.
- Davoren M, Byrne O, O'Connell P, O'Neill H, O'Reilly K, Kennedy HG. Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: Need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 301.
- De Smet L, De Page L. Gedwongen opname of internering: Wie? Waarom? Waarvoor? *Panopticon* 2018; 39: 251-3.
- Dickens G, Sugarman P, Walker L. HoNOS-Secure: A reliable outcome measure for users of secure and forensic mental health services. *J Forens Psychiatry Psychol* 2007; 18: 507-14.
- Exworthy T, Gunn J. Taking another tilt at high secure hospitals. The tilt report and its consequences for secure psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 469-71.
- Flynn G, O'Neill C, Kennedy HG. DUNDRUM-2: Prospective validation of a structured professional judgment instrument assessing priority for admission from the waiting list for a forensic mental health hospital. *BMC Research Notes* 2011a; 4: 230.

- Flynn G, O'Neill C, McInerney C, Kennedy HG. The DUNDRUM-1 structured professional judgment for triage to appropriate levels of therapeutic security: Retrospective-cohort validation study. *BMC Psychiatry* 2011b; 11: 43.
- Freestone M, Bull D, Brown R, Boast N, Blazey F, Gilluley P. Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a uk forensic service: Validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 239.
- Heilbrun K. The role of psychological testing in forensic assessment. *Law Hum Behav* 1992; 16: 257-72.
- Jeandarme I. Forensische psychiatrie à la flamande. *Orde van de Dag* 2016a; 74: 32-40.
- Jeandarme I. Medium security units: Recidivism & risk assesment. Tilburg: Tilburg University; 2016b.
- Jeandarme I, Habets P, Pouls C. Dangerousness understanding recovery urgency manual: The DUNDRUM quartet (Nederlandse vertaling) 2018a.
- Jeandarme I, Saloppé X, Habets P, Pham TH. Not guilty by reason of insanity: Clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2018b; 29: 286-300.
- Kennedy HG. Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Adv Psychiatr Treat* 2002; 8: 433-43.
- Kennedy HG, O'Neill C, Flynn G, Gill P, Davoren M. The DUNDRUM toolkit draft v1.0.30. Dublin: Trinity College; 2016.
- Keulen-de Vos M, Schepers K. Needs assessment in forensic patients: A review of instrument suites. *Int J Forensic Ment Health* 2016; 15: 283-300.
- McKee SA, Harris GT, Rice ME. Improving forensic tribunal decisions: The role of the clinician. *Behav Sci Law* 2007; 25: 485-506.
- Quinn R, Miles H, Kinane C. The validity of the Short-term Assessment of Risk and Treatability (START) in a UK medium secure forensic mental health service. *Int J Forensic Ment Health* 2013; 12: 215-24.
- Royal College of Psychiatrists. What is HoNOS? <http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/healthofthenation/whatishonos.aspx>; 2013.
- Segal A, Daffern M, Thomas S, Ferguson M. Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *Int J Ment Health Nurs* 2010; 19: 223-30.
- Seynnaeve K, Goyens M, Dheedene J. Internering in een veranderend zorglandschap: Wat zijn de vaststellingen na één jaar nieuwe wet op de internering? *Panopticon* 2018; 39: 214-50.
- Shinkfield G, Ogloff J. Use and interpretation of routine outcome measures in forensic mental health. *Int J Ment Health Nurs* 2015; 24: 11-8.
- Shinkfield G, Ogloff J. Comparison of HoNOS and HoNOS-Secure in a forensic mental health hospital. *J Forens Psychiatry Psychol* 2016; 27: 867-85.

SUMMARY

Determining security need in forensic psychiatric patients: HoNOS-Secure and DUNDRUM-1

I. JEANDARME, P. HABETS

BACKGROUND Forensic psychiatric patients can be treated in different security levels. Clear criteria to estimate the required security level or transfer to a less secure setting are not yet available. A literature review shows that, of the few instruments that are used internationally, the DUNDRUM and the HoNOS-Secure are the most promising.

AIM To investigate whether these instruments can be used in Flemish forensic psychiatric settings.

METHOD DUNDRUM-1 scores were collected for 150 internees. The psychometric qualities of the scale were examined. In a subpopulation, the DUNDRUM-1 was compared with the HoNOS-Secure.

RESULTS The psychometric properties of the DUNDRUM-1 were good and exceeded those of the HoNOS-Secure.

CONCLUSION The DUNDRUM-1 is an instrument that can help clinicians and judges to better - and in a more transparent way - substantiate their decision-making to secure care. However, further research regarding the practical applicability is needed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 455-463

KEY WORDS DUNDRUM-1, forensic psychiatry, HoNOS-Secure security level