

SCREENING OP RISICOGEDRAG BIJ VERSTANDELIJK BEPERKTEN

Onderzoek naar de gebruiksmogelijkheden, validiteit en implementatiemogelijkheden voor de gebieden; agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag van de risicoscan van Aveleijn.

UNIVERSITEIT TWENTE.



Masterthese door Gaby de Haan (s0211060)

Opleiding Psychologie (veiligheid en gezondheid)

Onder begeleiding van:

Dr. C.H.C. Drossaert (Universiteit Twente)

Dr. M.E. Pieterse (Universiteit Twente)

Z.M.C.P. Holtkamp, Msc. (Aveleijn)

M. Vaags, MA. (Aveleijn)

14 juli 2010

Samenvatting

Agressie vertoond door mensen met een verstandelijke beperking kan een belangrijke barrière zijn voor plaatsing in een gemeenschappelijke omgeving. Er zijn al vele methodieken verschenen die ernstig probleemgedrag zouden moeten reduceren bij mensen met een verstandelijke beperking, maar deze worden ingezet als het probleemgedrag zich al heeft voorgedaan. Screening voor plaatsing van de cliënt kan dit probleemgedrag mogelijk tegengaan. Zorgaanbieder Aveleijn is hiervoor bezig met een screeningsinstrument ‘de risicoscan’. De risicoscan is een vragenlijst met items over risicogedragingen en heeft als doel het risico op probleemgedrag bij de aanmelding van een cliënt in te schatten, zodat direct extra zorg geboden kan worden voor de cliënt en diens mogelijke probleemgedrag. Voor de implementatie van deze vragenlijst zijn drie deelonderzoeken verricht.

Ten eerste is onderzocht op welke manier de risicoscan het beste ingevuld kan worden; op basis van dossier of via een interview met de contactpersoon van de cliënt. Om een keuze te maken tussen deze twee opties is voor zes cliënten de risicoscan één keer via dossieranalyse en één keer via een interview ingevuld. Uit de resultaten blijkt dat voor het invullen van de risicoscan geen van beide intakeprocedures optimaal is. Het aantal vragen van de risicoscan wat ingevuld kon worden via een interview is beduidend hoger dan via dossieranalyse, maar de opzet van het interview is minder gewenst. De contactpersonen willen dat er ook naar andere gedragingen van de cliënt gevraagd wordt en willen een toelichting kunnen geven op de vragen. Een alternatief is de scan laten invullen op basis van dossier en deze nabespreken met de contactpersoon en diens cliënt.

Ten tweede is onderzocht in hoeverre de risicoscan risicovol gedrag kan voorspellen. Hiervoor is het agressie meldingssysteem ‘SOAS-R’ van Aveleijn gebruikt. De scores op de risicoscan zijn voor een aselechte groep van 223 cliënten vergeleken met de incidenten uit de SOAS-R door middel van een correlatieanalyse. Uit het onderzoek blijkt dat de predictieve validiteit laag is, wat aangeeft dat de risicoscan de toekomstige gedragingen van de cliënt niet lijkt te voorspellen. Doordat de items niet geheel hetzelfde meten en de onderzoeksperiode mogelijk te kort is dient hier verder onderzoek naar verricht te worden om valide uitkomsten te krijgen.

Ten derde is aan de hand van een model onderzocht wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn voor de implementatie van de risicoscan. Hiervoor zijn interviews gehouden met belangrijke stakeholders. Aveleijn heeft al aan veel factoren gedacht voor de implementatie, maar moet nog afwegen of zij de cliënten met de risicoscan willen belasten. Zij moeten ook de gehele procedure in kaart hebben om deze over te kunnen brengen aan de gehele organisatie.

Summary

Aggression displayed by people with intellectual disabilities can form an important barrier for placement in a group environment. Several methods have already been developed to reduce serious problem behavior among people with intellectual disabilities, but these measures are only taken after the onset of aggressive behavior. However, it is maybe possible to reduce the problem behavior beforehand if the person were subjected to a screening process. For this purpose healthcare provider Aveleijn is working on a screening instrument called 'the risk scan'. The risk scan is a questionnaire with items on risk behavior and it aims to be used during the intake of the client to estimate the risk of problem behavior occurring in the future. This way, extra care can be provided for the client and their possible problem behavior. For the implementation of this questionnaire three sub studies have been conducted.

Firstly, the best manner to complete the risk scan was scrutinized; based on the clients dossier or via an interview with the client's contact. To determine which option best suited the outcome of the test, six versions were completed, through both the interview and the dossiers. It seemed that the interview method was more useful in answering the questions proposed by the researchers, but the design of the interview with the client's contact is less favorable. The contacts will more questions about other behavior of the client and also want the opportunity to give an explanation to the questions. An alternative is to fill in the scan based on the dossier and afterwards discuss de results with the contact and his client.

Secondly, it was examined how well the risk scan can predict risky behavior (predicative validity). For this the 'SOAS-R' developed by Aveleijn, a system to report aggression, was used. The scores on the risk scan of a random group of 223 clients was compared with incidents from the SOAS-R by means of correlation analysis. This research shows that the predicative validity is low, which means that the risk scan cannot predict the behavior of the client in advance. Because the items presented do not comply with the demands of the 'risk scan' and the research period may be too short, there is need for further research in order to attain reliable results.

Thirdly, a model was used to examine what the obstructing and promoting factors are concerning the implementation of the risk scan. In order to do this, interviews where held with important stakeholders. Aveleijn has considered many factors concerning the implementation but will need to evaluate whether or not they want to trouble the clients with the risk scan. They must also analyze the whole procedure in order to implement it in the entire organization.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
1.1 Risicogedrag bij verstandelijk beperkten	6
1.2 Ondersteuning van verstandelijk beperkten	7
1.3 Screenen op risicogedrag bij de intake.....	8
1.4 De risicoscan van Aveleijn.....	9
1.5 Implementatie van een screeningsinstrument.....	10
1.6 Onderzoeksvragen	10
2. Methoden van onderzoek.....	12
2.1 Case studies	12
2.1.1 Respondenten	12
2.1.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten	13
2.1.3 Data-analyse	14
2.2 Predictieve validiteit	14
2.2.1 Respondenten	14
2.2.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten	15
2.2.3 Data-analyse	16
2.3 Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan	16
2.3.1 Respondenten	16
2.3.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten	17
2.3.3 Data-analyse	17
3. Resultaten.....	18
3.1 Case studies	18
3.1.1 Beschrijvingen casussen.....	18
3.1.2 De bestede tijd en invulbaarheid	19
3.1.3 Problemen per vraag.....	20
3.1.4 Ervaringen	22
3.2 Predictieve validiteit.....	25
3.2.1 De gemiddelde scores van de risicoscan in vergelijking met de SOAS-R.....	25
3.2.2 De correlaties.....	26
3.3 Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan	27
3.3.1 De sociaal-politieke context	27
3.3.2 De organisatie.....	28
3.3.3 De gebruiker	29
3.3.4 De vernieuwing	29
3.3.5 Faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie	30

4. Conclusies en discussie.....	31
4.1 Onderzoeksvraag 1	31
4.1.1 Belangrijke uitkomsten.....	31
4.1.2 Kanttekeningen van het onderzoek	32
4.1.3 Algemene conclusie	32
4.1.4 Aanbevelingen.....	33
4.2 Onderzoeksvraag 2	34
4.2.1 Belangrijke uitkomsten.....	35
4.2.2 Kanttekeningen van het onderzoek	35
4.2.3 Algemene conclusie	36
4.2.4 Aanbevelingen.....	36
4.3 Onderzoeksvraag 3	38
4.3.1 Belangrijke uitkomsten.....	38
4.3.2 Kanttekeningen van het onderzoek	38
4.3.3 Algemene conclusie	38
4.3.4 Aanbevelingen.....	39
Referenties.....	40
Bijlagen:	43
Bijlage 1: Het oplossingsgericht werken	
Bijlage 2: De digitale risicoscan	
Bijlage 3: De oude papieren risicoscan	
Bijlage 4: De determinanten van het implementatiemodel	
Bijlage 5: Het interview protocol	
Bijlage 6: De citaten van de stakeholders	
Bijlage 7: De taksatieschaal en het B-formulier	

1. Inleiding

1.1 Risicogedrag bij verstandelijk beperkten

In de afgelopen 30 jaar is er een grote hoeveelheid literatuur verschenen over de aard, de omvang en de impact van risicogedrag, vertoond door mensen met een verstandelijke beperking (Borthwick-Duffy, 1994; Emerson, 2000). Het blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van gedragsproblemen. Het risico op gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen is drie tot vijf keer zo hoog als bij de normale populatie (Dôsen, 2005). De oorzaken van dit verhoogde risico zijn biologisch en psychosociaal van aard; een genetische afwijking, hersenbeschadiging, onvoldoende beheersing of toepassing van sociaalcommunicatieve en probleemoplossende vaardigheden, verwaarlozing door de opvoeders en mishandeling (Didden, 2004). Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat ongeveer 10-20% van mensen met een verstandelijke beperking risicogedrag vertoont zoals zelfverwonding en agressie, dit met toenemende prevalentie in de tienerjaren (Jacobson, 1982; Kiernan & Kiernan, 1994; Oliver et al., 1987). Volgens Emerson et al. (2001) komt dit risicogedrag in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking bij ongeveer 10-15% voor. Agressie, vertoond door mensen met een verstandelijke beperking, wordt beschouwd als één van de meest verbijsterende en stressvolle vormen van risicovol gedrag (Burke, Burke & Forehand, 1987; Dura, Mulick & Myers, 1988; Tutton, Wynne-Willson & Piachaud, 1990). Agressie kan dan ook een belangrijke barrière zijn voor plaatsing in een gemeenschappelijke omgeving. Niet verrassend is dan ook dat agressie de meest voorkomende vorm van risicogedrag is die wordt doorverwezen naar in gedragsondersteuning gespecialiseerde teams en behandelingseenheden (Maguire & Piersel, 1992). Risicogedrag heeft, wanneer ernstig, een negatieve invloed op de cliënt en diens omgeving (Emerson, 2000). Uit onderzoek van Emerson et al. (2001) kwam naar voren dat 4-5% van de mensen met een verstandelijke beperking in een instelling vernielend gedrag vertoont. Mensen met een verstandelijke beperking vormen ook een risicogroep voor zelfverwondend gedrag (Meelen, 2004). De schatting van de prevalentie van een of andere vorm van zelfverwondend gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking ligt tussen de 8 en 14% (Griffin, Williams, Altmeyer & Mason, 1986). Hierbij speelt de woonvorm en de mate van de verstandelijke beperking een belangrijke rol (Meelen, 2004). Opvallend is dat in de meerderheid van de gevallen er naast autoagressie tevens agressief gedrag naar anderen en de buitenwereld bestaat. Ook allerlei andere vormen van risicogedrag, zoals met name compulsief gedrag, driftbuien, smeren met poep, vloeken, afwijkend seksueel gedrag en zelf opgewekt braken, komen bij verstandelijk beperkten die automutilleren vaker voor dan bij verstandelijk

beperken die geen zelfverwondend gedrag vertonen (Meelen, 2004). Daarnaast blijkt dat seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking geen incidenteel verschijnsel meer is. Zij verkeren maatschappelijk gezien in een afhankelijke positie (Sevenhuijsen, Dekker en Scheers, 1996). Uit verschillende buitenlandse studies blijkt dat jongeren met een lichamelijke, geestelijke of emotionele beperking, vaker slachtoffer worden van seksueel geweld (Cheng & Uldry, 2002; Foshee et al., 2004; Raghavan et al., 2004). Beperkte cognitieve vaardigheden maakt het voor mensen met een verstandelijke beperking lastiger kennis op te doen over het eigen lichaam en seksualiteit (Kersten, 2003). Er zijn bovendien minder toegankelijke informatiebronnen voor mensen met een verstandelijke beperking (Kersten, 2003; Siebelink, De Jong, Taal & Roelvink, 2006). De voorlichting aan mensen met een verstandelijke beperking bestaat voornamelijk uit formele seksuele educatie, er is nauwelijks sprake van voorlichting tijdens informele gesprekken met vrienden en familie (McCabe, 1999). Mensen met een beperking blijken hierdoor minder geïnformeerd te zijn dan mensen zonder beperking (McCabe & Cummins, 1996). Het blijkt bovendien dat verstandelijk beperkten die geïnstitutionaliseerd zijn een groter risico lopen om misbruikt te worden. Zij zijn afhankelijk van anderen voor hun zorg en hebben vaker problemen met de communicatie, waardoor dit probleem ontstaat (Goldman, 1994). Verstandelijk beperkten kunnen als gevolg van deze ervaringen te maken krijgen met onder andere agressiviteit, gedragsproblemen, zelfdestructief gedrag, seksueel afwijkend gedrag en kunnen hierdoor neigen om opnieuw slachtoffer van misbruik te worden (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Ook kunnen verstandelijk beperkten hierdoor, en het feit dat zij vaak in de nabijheid van andere kwetsbare, zwakke mensen zijn, dader worden van seksueel misbruik. Hierdoor kunnen verstandelijk beperkten een risico voor de samenleving vormen (Schilling & Schinke, 1989). Verstandelijk beperkte ouders zijn naïef en sociaal geïsoleerd en zijn bovendien minder goed in het voorkomen dat anderen ontdekken wat zij gedaan hebben, waardoor zij vaker betrap worden en hierdoor vaker in aanraking komen met politie en justitie (Schilling & Schinke, 1989).

1.2 Ondersteuning van verstandelijk beperkten

De afgelopen jaren is het aantal mensen met een verstandelijke beperking gestegen als gevolg van een betere verzorging en de resulterende hogere levensverwachting. Naar verwachting stijgt dit aantal de komende jaren nog verder (Klerk, 2000). Dit vraagt om een goede aanpak van risicogedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Om ervoor te zorgen dat mensen met een verstandelijke beperking zo actief mogelijk functioneren in de maatschappij is ondersteuning belangrijk (Thompson et al., 2002). De ondersteuning dient gericht te zijn op de speciale

behoefte van de cliënt. Dit zal leiden tot meer zelfstandigheid, meer persoonlijke productiviteit, een grotere maatschappelijke participatie, meer integratie in de samenleving en een verbeterde kwaliteit van bestaan (Thompson et al., 2002). Wanneer begeleiders weten wat de sterke en zwakke punten van een cliënt zijn, wordt het makkelijker om de juiste ondersteuning te bieden (Su, Lin et al., 2008). Behandelmethoden die de cliënt centraal hebben zijn bijvoorbeeld de ‘Triple-C support piramide’ (ASVZ Groep, 2004) en de ‘Personal Centered Planning’ (Brian & Mount, 1997; Pearpoint, Forest & Snow, 1992). Deze methoden dienen ter ondersteuning van de medewerkers en zijn bedoelt om risicogedrag te reduceren. Ter ondersteuning gebruiken organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking, naast deze behandelmethoden, vaak verschillende hulpverleningsplannen.

1.3 Screenen op risicogedrag bij de intake

Zoals genoemd zijn er al vele methodieken verschenen die ernstig risicogedrag zouden moeten reduceren bij mensen met een verstandelijke beperking (Feldman, Atkinson, Foti-Gervais & Condillac, 2004). Er blijkt echter nog geen methodiek te bestaan die vooraf inziet wat de nodige hulp is bij de cliënt en vaak dient er gegrepen te worden naar de bestaande reducerende behandelmethodieken. Dit is waar Aveleijn, een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking, verandering in wil brengen. De cliënten van Aveleijn verschillen niet alleen in leeftijd en geslacht maar ook in mate van verstandelijke en lichamelijke ontwikkeling en beperking. Zij hebben dan ook een gevarieerde zorgvraag. Wanneer het thuis, binnen de werksetting of op school niet gaat, komen mensen met een verstandelijke beperking bij een zorginstelling terecht, dit zijn dan ook vaak mensen met risicogedrag. Om hier goed mee om te kunnen gaan worden bij Aveleijn agressieve gedragingen genoteerd aan de hand van de Staff Observation Scale/ Revised (SOAS-R) en is het oplossingsgericht werken ingevoerd. Bij het oplossingsgericht werken (In SOLT.E.A.M. & Saxion, 2009) wordt er gefocust op het doel en op de toekomst waarin het tot stand gekomen doel bereikt is. Het is daarbij niet de vraag of dit doel bereikt zal worden, maar wanneer. Zie hiervoor ook bijlage 1. Aveleijn wil echter meer dan een behandelmethode. Zij wilde een instrument waarmee vooraf een indicatie kan worden gekregen van de zorgbehoefte van de cliënt, iets waarvoor het risicovolle gedrag al bij de intake zichtbaar moet worden zodat direct de juiste locatie met de juiste begeleidingsstijl kan worden ingezet. Een belangrijk criterium was tevens dat dit snel gebeurt, zodat met twee minuten inzichtelijk is wat de mogelijke risico's zijn die een cliënt met zich mee brengt. Aveleijn heeft dit criterium opgesteld om de belasting voor de contactpersoon en de medewerkers van Aveleijn zo laag mogelijk te houden. De hypothese van de risicoscan is dat door gedrag van cliënten vóór plaatsing te screenen, de kans op

risicovol gedrag gereduceerd kan worden. Het uiteindelijke doel is de veiligheid van cliënten en medewerkers te vergroten en de kwaliteit van zorg te verbeteren, waarbij het wel noodzaak is om na het screenen passende maatregelen te nemen. Om het mogelijke probleemgedrag in kaart te brengen heeft Aveleijn een “Scan Risicovol Gedrag” ontwikkeld. De Scan Risicovol Gedrag, ook wel risicoscan genoemd, zal gebruikt worden bij de intake.

1.4 De risicoscan van Aveleijn

De risicoscan is een vragenlijst die is onderverdeeld in vijf categorieën, namelijk; agressie gericht op anderen, agressie gericht op objecten, autoagressie, verslavend gedrag en grensoverschrijdend seksueel gedrag (Holtkamp & Vaags, 2009). Voorheen was de risicoscan een papieren vragenlijst, maar deze vragenlijst is digitaal gemaakt. De gehele digitale risicoscan en de oude papieren versie van de scan zijn te vinden in respectievelijk bijlage 2 en 3.

De digitale vragenlijst bestaat uit items met handelingen die een cliënt kan vertonen, waarbij de vragen zijn te beantwoorden met ja, nee, vermoedelijk of onbekend. Hierbij is gebruik gemaakt van een systeem waarbij er hoofdvragen zijn om te achterhalen of de cliënt het probleemgedrag wel eens heeft getoond. Indien dit het geval is volgen er vragen die specifiek ingaan op dit gedrag en wordt bijvoorbeeld gevraagd naar de frequentie van dit risicovolle probleemgedrag. Als de cliënt bepaald risicogedrag niet vertoont, worden vervolgvragen overgeslagen. Zie voor een voorbeeld hiervan Figuur 1.

Figuur 1: Een voorbeeld van de mogelijke antwoorden bij de vragen 1.3 en 1.4 van de digitale risicoscan

The screenshot displays a digital risk scan interface with a light gray background. It shows two main sections, 1.3 and 1.4, each with a title and a list of questions. Each question has a radio button for a response and a 'Verander' button. Section 1.3 is titled 'Agressie gericht op objecten' and includes questions 1.3.1 and 1.3.2. Section 1.4 is titled 'Agressie gericht op zichzelf of neiging hiertoe' and includes questions 1.4.1, 1.4.2, and 1.4.3. The interface uses a hierarchical structure with expandable/collapsible icons (L and •) for questions. The bottom of the screenshot shows a yellow bar with radio buttons for 'Ja (Clustermanager inschakelen)' and 'Nee'.

1.3 Agressie gericht op objecten

- **Ja**
- L 1.3.1 Gooit de cliënt met voorwerpen niet gericht op anderen? (?)
 - **Nee**
 - L 1.3.1.1 Hoe vaak gooit de cliënt met voorwerpen niet gericht op anderen? (?)
- 1.3.2 Vernielt de cliënt eigendommen van zichzelf of anderen? (?)
 - **Ja**
 - L 1.3.2.1 Hoe vaak vernielt de cliënt eigendommen van zichzelf of anderen? (?)
 - **1 tot 3 keer per maand**

1.4 Agressie gericht op zichzelf of neiging hiertoe

- **Ja**
- L 1.4.1 Heeft de cliënt in de afgelopen 5 jaar zichzelf opzettelijk verwond? (?)
 - **Vermoedelijk**
- 1.4.2 Heeft de cliënt in de afgelopen 2 jaar bedreigd met zelfdoding? (?)
 - **Nee**
- 1.4.3 Heeft de cliënt een poging tot suïcide gedaan of zijn hier aanwijzingen voor? (?)
 - ☐ **Ja (Clustermanager inschakelen)**
 - ☐ **Nee**

Uiteindelijk volgt er een samenvatting uit de digitale risicoscan waarbij risicogedragingen getoond worden en vermeld staat of een clustermanagers ingeschakeld dient te worden of dat de

begeleiders hier extra aandacht aan moeten besteden. De clustermanager wordt ingeschakeld bij ernstige risicogedragingen en dient (veiligheids) maatregelen te nemen. Een gedragskundige kan hierbij worden betrokken. De begeleider(s) van de cliënt wordt ingeschakeld bij de overige risicogedragingen en zij dienen een signaleringsplan betreffende de gescoorde gedragingen te schrijven.

1.5 Implementatie van een screeningsinstrument

Aveleijn wil het screeningsinstrument ‘de risicoscan’ gaan implementeren. Het invoeren van dergelijke zorgvernieuwingen is een veeleisend proces. Het is dan ook zinvol dat organisaties een overzicht maken van de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren alvorens over te gaan tot implementatie (Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2004). Hoewel er enig onderzoek is verricht, is nog onduidelijk hoe de risicoscan het beste kan worden toegepast. Hierbij speelt de manier van invullen ook een rol. Het invullen van de risicoscan kan op basis van dossier en op basis van interview en het is onduidelijk op welke manier dit het beste kan. Er is door Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) onderzoek verricht naar belemmerende en bevorderende factoren bij implementaties. Zij hebben een review gedaan met 57 studies en daarnaast een delphi-studie gedaan met 44 implementatie-experts. Hier zijn in totaal vijftig determinanten uit naar voren gekomen die zowel belemmerende als bevorderende factoren kunnen zijn als het gaat om implementaties (zie bijlage 4). Deze determinanten zullen gebruikt worden voor de implementatie van de risicoscan bij Aveleijn. De determinanten zijn voorgelegd aan een aantal personen die met de risicoscan te maken krijgen, de zogenaamde stakeholders. De belemmerende en bevorderende factoren zijn ondergebracht in een vijftal categorieën. Dit zijn determinanten van de sociaal-politieke omgeving, de organisatie zelf, de individuele gebruiker, de vernieuwing en determinanten die gerelateerd zijn aan de faciliteiten die nodig zijn voor de implementatie. Onder de determinanten van de sociaal-politieke omgeving wordt verstaan in hoeverre de innovatie past binnen de politieke en binnen de sociale omgeving. Onder de determinanten van de organisatie wordt verstaan in hoeverre de innovatie past binnen de organisatie waarbij de grootte van de organisatie en de doorstroom van personeel bijvoorbeeld een rol kunnen spelen. De determinanten van de individuele gebruiker hebben betrekking op de medewerkers die met de innovatie gaan werken, waarbij de vaardigheden en de ervaren steun van de betrokkene(n) een rol kunnen spelen. Determinanten van de (zorg)vernieuwing hebben betrekking op de praktische bruikbaarheid en het voordeel voor de gebruiker van de innovatie. De determinanten van faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie van innovatie kunnen helpen om inzichtelijk te maken of Aveleijn aan alle faciliteiten denkt voor de implementatie van de risicoscan.

1.6 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft zich gericht op ‘de risicoscan’ van Aveleijn, waarbij voornamelijk gefocust is op de domeinen; agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag. De andere twee domeinen, agressie gericht op anderen en verslavend gedrag, zijn onderzocht door collega-onderzoeker Waninge-Bulder (2010).

De hypothese is dat door de risicoscan de kans op risicovol gedrag gereduceerd kan worden met het uiteindelijke doel dat de veiligheid van cliënten en medewerkers wordt vergroot en de kwaliteit van zorg verbeterd. Hiervoor is het noodzakelijk voor Aveleijn, en uiteindelijk ook voor andere zorginstellingen, om de bruikbaarheid van de risicoscan voor mensen met een verstandelijke beperking te laten zien. De uitkomsten dienen als advies voor de implementatie van de risicoscan en verder ontwikkeling hiervan. Voor de implementatie van de risicoscan zijn drie deelonderzoeken verricht. Ten eerste is onderzocht op welke manier de risicoscan het beste ingevuld kan worden. De mogelijke invulopties van de risicoscan zijn; aan de hand van een interview met een contactpersoon van de cliënt of via dossieranalyse door een Psychodiagnostisch Intaker (PDI-er). Ten tweede is onderzocht in hoeverre de risicoscan risicovol gedrag kan voorspellen (predictieve validiteit). Voor de validiteit zijn een aantal reeds ingevulde scans van de huidige cliënten vergeleken met het agressie meldingssysteem SOAS-R van Aveleijn. De SOAS-R is ontwikkeld om het aantal, de aanleiding en de ernst van agressie incidenten te registreren (SOAS-R; Nijman e.a. 1999). Ten derde is er aan de hand van het bovengenoemde implementatiemodel gekeken naar de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de risicoscan. Hieronder volgen de onderzoeksvragen:

1. Op welke manier is de bruikbaarheid van de risicoscan van Aveleijn het grootst, door een interview met de contactpersoon van de cliënt of door een dossieranalyse met de PDI-er? Wat zijn de ervaringen en welke problemen doen zich hierbij voor?
2. In hoeverre is met de risicoscan het daadwerkelijke risicogedrag, gemeten met het agressie meldingssysteem ‘SOAS-R’, te voorspellen (predictieve validiteit)?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren, determinanten van de sociaal-politieke omgeving, de organisatie zelf, de individuele gebruiker, de vernieuwing en determinanten die gerelateerd zijn aan faciliteiten die nodig zijn voor de implementatie, zijn van belang bij de implementatie van de risicoscan?

2. Methoden van onderzoek

Het eerste deelonderzoek is gedaan aan de hand van zogenaamde ‘case studies’ en zal onder deze naam genoemd worden. Het tweede deelonderzoek zal genoemd worden onder de naam ‘predictieve validiteit’ en het derde deelonderzoek zal genoemd worden onder de naam ‘belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie’. Voor deze onderzoeksvragen zijn per onderzoeksvraag de respondenten, de onderzoeksprocedure en meetinstrumenten en de data-analyse besproken.

2.1 Case studies

De risicoscan is voor zes cliënten één keer ingevuld door middel van dossieranalyse door de PDI-er en één keer ingevuld door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt. De uitkomsten hiervan zijn met elkaar vergeleken.

2.1.1 Respondenten

Voor de case studies heeft het zorgloket een lijst van 34 cliënten en contactpersonen opgesteld die de onderzoekers hebben gebruikt om aan respondenten te komen. Deze lijst bestond uit cliënten die bij Aveleijn op de wachtlijst staan voor wonen en waarvan zeker was dat de betreffende cliënten bij Aveleijn in zorg komen. De onderzoekers hebben telefonisch contact opgenomen met de contactpersonen van de cliënten. Een contactpersoon kan iedereen zijn waarvan de cliënt vindt dat hij of zij de belangen goed behartigd. Dit kan iemand van een professionele instantie zijn, maar ook een familielid kan deze rol vervullen. Voor de benadering van de contactpersonen hebben de onderzoekers een protocol opgesteld, dat te vinden is in bijlage 5. Nadat een afspraak gemaakt was, werd de PDI-er ingelicht over de cliënt, zodat deze zich kon inlezen in het dossier. Na het interview met de contactpersoon is een afspraak gemaakt met de PDI-er voor het invullen van de risicoscan aan de hand van het dossier.

Aanvankelijk was het doel om 15 respondenten te hebben voor dit onderzoek, zodat er een goede vergelijking gemaakt kon worden tussen de twee verschillende mogelijkheden voor het invullen van de risicoscan. Bij het zorgloket bestonden echter een aantal weerstanden. Ze gaven aan dat zij de cliënten en contactpersonen niet onnodig wilden belasten en dat de risicoscan niet gelijk in het eerste gesprek moest worden afgenomen. Hierdoor is besloten dat de onderzoekers zelf contact opnamen met de contactpersonen van de cliënten. Ook hier kwamen wat problemen bij kijken. Het bleek lastig te zijn om afspraken te maken met de contactpersonen van de cliënten. Voorbeelden van problemen die zich hebben voorgedaan zijn: de contactpersoon van de cliënten was telefonisch niet bereikbaar, het telefoonnummer klopte niet, de contactpersoon had de cliënt

al een half jaar niet gezien en de contactpersoon moest eerst overleggen of ze mee kon werken vanwege privacygevoeligheid van informatie. Ook is het voorgekomen dat de cliënt al niet meer bij Aveleijn in zorg ging en elders ging wonen of dat de genoemde contactpersoon in de ziektewet zat.

2.1.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten

Bij het vergelijken van de twee opties voor het invullen van de risicoscan is gekeken naar het aantal vragen dat kon worden ingevuld, de bestede tijd, de ervaringen van de betrokkenen en zijn observaties gedaan om problemen met de risicoscan te achterhalen.

Via observaties werd gekeken naar het aantal vragen wat kon worden ingevuld. Deze invulbaarheid zijn voor de twee mogelijke procedures met elkaar vergeleken. Het aantal vragen wat kon worden ingevuld is omgezet in een percentage. Ook is er gekeken naar de problemen per vraag en per categorie. Bij de vergelijking van de tijdsduur ging het alleen om het daadwerkelijke interview en niet om de evaluatie na afloop, dit omdat de evaluatie na de eventuele implementatie niet meer tot de standaard procedure zal behoren. De onderzoekers hebben de tijd bijgehouden. De PDI-er maakt voor alle nieuwe cliënten een Psychodiagnostische Intake (PDI) door middel van het dossier. Voor de case studies is de tijd die de PDI-er nodig had om zich in te lezen dan ook niet meegenomen in het onderzoek.

Voor de case studies zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt. Er is gebruikt gemaakt van een semigestructureerd interview met de contactpersonen van de cliënten zodat de ervaringen van de contactpersonen duidelijk werden. Ook is er een semigestructureerd interview gehouden met de PDI-er. Gekozen is voor een semigestructureerd interview omdat dit meer mogelijkheden biedt om dieper op bepaalde dingen in te gaan. Daarnaast was een gestructureerd interview minder gepast, omdat vooraf nog geen duidelijk beeld bestond van de verwachte reacties op de risicoscan. Bij de PDI-er is bovendien gebruik gemaakt van de hardop-denkmethode, waarbij de PDI-er gestimuleerd wordt om hardop te blijven denken. Op deze manier zijn de gedachten van de PDI-er inzichtelijk gemaakt. De PDI-er heeft ook een eindgesprek gehad, zodat zijn algemene ervaring met de digitale risicoscan duidelijk werd.

De categorieën waar de ervaringen van de contactpersonen en de PDI-er in zijn onderverdeeld zijn; algemeen oordeel over de risicoscan, oordeel over de vragen (inhoudelijk), de procedure en mogelijke verbeterpunten. Tevens hebben de onderzoekers bij beide procedures geobserveerd. Zo konden onduidelijkheden in vragen en technische problemen opgespoord worden en is ook de tijd genoteerd. De interviewvragen en de observatieformulieren zijn te vinden in het interview protocol dat te vinden is in bijlage 5.

2.1.3 Data-analyse

Voor de data-analyse van de case studies zijn als eerst de interviews en observaties uitgetypt. De problemen die werden geconstateerd tijdens het invullen van de risicoscans via een interview met de contactpersoon zijn gerubriceerd in thema's. Ditzelfde is gebeurd voor de PDI-er. Vervolgens zijn de antwoorden van de contactpersonen en de PDI-er vergeleken en uitgewerkt voor de invulbaarheid en tijdsduur, problemen met de vragen en de ervaringen. Hier zijn per aspect conclusies over getrokken.

2.2 Predictieve validiteit

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van eerder ingevulde risicoscans van de huidige cliënten. De risicoscan is in 2009 ingevuld voor alle cliënten van Aveleijn. Deze cliënten waren al woonachtig en/ of werkzaam bij Aveleijn. Deze risicoscans zijn ingevuld door de (persoonlijk)begeleider(s) van de cliënten. De ingevulde risicoscans zijn voor dit onderzoek vergeleken met de SOAS-R meldingen van Aveleijn.

2.2.1 Respondenten

Voor de validiteit is een aselechte steekproef getrokken van 223 cliënten uit het databestand van 2393 cliënten. Hiervoor is eerst een selectie gemaakt op basis van de volgende inclusiecriteria; de risicoscan moest volledig zijn ingevuld, de achtergrondgegevens – geslacht, leeftijd, datum van invulling risicoscan en cliëntnummer – moesten ingevuld zijn en de risicoscan moest ten minste tien maanden geleden zijn ingevuld, zodat er de mogelijkheid was voor een incident. Na deze inclusiecriteria bleven er slechts 1117 cliënten over. De enorme afname had voornamelijk te maken met het feit dat de scan minimaal tien maanden geleden ingevuld moest zijn. Van deze overgebleven 1117 cliënten is at random elke 5^{de} cliënt uitgekozen. Voor hen is de risicoscan vergeleken met de SOAS-R registratie.

Voor de cliënten uit de steekproef zijn de meldingen in het SOAS-R systeem nagekeken over de periode van ongeveer tien maanden, namelijk van 01-07-2009 tot en met 17-05-2010. In Tabel 1 is een vergelijking gemaakt van de steekproef en de totale populatie. De tabel laat onder andere zien hoeveel van de cliënten minimaal één keer gescoord hebben op de risicoscan. Dit is een percentage weergegeven en toont aan hoeveel mensen risicogedrag vertonen.

Voor de vergelijking is gebruik gemaakt van het programma 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS), versie 16.0. Via de 'descriptives statistics' zijn de kengetallen berekend. De tabel laat zien dat de steekproef niet significant afwijkt van de totale populatie en lijkt een representatieve steekproef te zijn.

Tabel 1: Vergelijking van de steekproef met de totale populatie

	Steekproef	Totale populatie
Aantal mannen (in procenten)	55%	54%
Aantal vrouwen (in procenten)	45%	46%
Gemiddelde leeftijd	38 jaar	37 jaar
Ten minste één score op de risicoscan (in procenten)	64%	69%
Gemiddelde score op de risicoscan	3	3

2.2.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten

Om de validiteit van de risicoscan te onderzoeken is de uitkomst op de risicoscan vergeleken met meldingen van incidenten in de SOAS-R. De incidenten worden door de begeleiders via de computer ingevoerd in het SOAS-R systeem. Als er een incident heeft plaatsgevonden dient deze na het werk direct ingevuld te worden.

Met de SOAS-R wordt agressief gedrag in vijf kolommen geregistreerd, te weten; de aanleiding tot het agressieve gedrag, de tijdens de agressie gebruikte middelen, het doelwit van de agressie, de consequenties van de agressie en de maatregelen die genomen moesten worden om de agressie te stoppen (zie figuur 2). In het tweede tabblad kan vervolgens onder andere beschreven worden wat er gebeurde, waar het plaats vond en hoe ernstig het incident was.

Figuur 2: Het SOAS-R systeem

SOAS-R Registratie agressie incidenten

Incident nr: 192 Patient: Medewerker: Datum:

Afdeling: Tijd(uur:min):

Blad 1 Blad 2

1. Provocatie	2. Door de patient gebruikte middelen	3. Doelwit van de agressie	4. Consequenties voor slachtoffers	5. Maatregelen om agressie te stoppen
Geen aanwijsbare provocatie ☐	Verbale agressie ☐	Niets/niemand ☐	Geen ☐	Geen ☐
Provocatie door	Gebruiksvoorwerpen	Objecten ☐	Objecten	Patient toegesproken/ gesprek met patient ☐
Andere patienten ☐	Stoelen ☐	Andere patienten ☐	Beschadigd, vervanging niet noodzakelijk ☐	Kalm weggebracht ☐
Patient wordt iets niet toegestaan ☐	Glazen/servies ☐	Patient zelf ☐	Beschadigd, vervanging noodzakelijk ☐	Orale medicatie ☐
Hulp bij ADL ☐	Andere objecten, nl.:	Medewerkers ☐	Personen	Parenterale medicatie ☐
Verzoek van medewerker aan patient om medicatie te nemen ☐	Lichaamsdelen	Andere personen, nl.:	Voelden zich bedreigd ☐	Met kracht tegengehouden ☐
Andere provocaties, nl.:	Handen (bv. slaan, stompen) ☐		Pijn < 10 minuten ☐	Separatie (deur op slot) ☐
	Voeten (bv. trappen) ☐		Pijn > 10 minuten ☐	Fixatie met gebruik van hulpmiddelen ☐
	Tanden (bijten) ☐		Zichtbare verwondingen ☐	Andere maatregelen, nl.:
	Andere lichaamsdelen, nl.:		Behandeling noodzakelijk ☐	
	Gevaarlijke objecten of methoden		Behandeling door arts noodzakelijk ☐	
	Mes ☐			
	Wurgpogingen ☐			
	Andere gevaarlijke obj. of meth., nl.:			

Copyright © 1999 Nijman en Palmstierna. SOAS 1987 Palmstierna en Wistedt. ?

2.2.3 Data-analyse

Om de validiteit te berekenen zijn de weergegeven incidenten in SOAS-R omgezet naar scores op de items van de risicoscan, zodat een vergelijking kon worden gemaakt. In SOAS-R kan bijvoorbeeld gescoord worden op gebruiksvoorwerpen en op het doelwit van de agressie. Als bijvoorbeeld gescoord is op stoelen en op objecten (zie figuur 2) dan valt dit onder het item ‘gooien met voorwerpen niet gericht op anderen’. Deze omzetting hebben de onderzoekers in eerste instantie onafhankelijk van elkaar gedaan, waarna ze het met elkaar vergeleken hebben. Wanneer ze het niet eens waren over de scoring of er onduidelijkheid was is er overlegd en is een definitieve score tot stand gekomen. Dit is in totaal vier keer voorgekomen. Een voorbeeld hiervan is dat er bij een incident vermeld stond dat de cliënt acht liter bier op had en 20 tabletten. De vraag is dan of de cliënt pathologisch alcohol gebruikt, de cliënt meer dan twee glazen alcoholhoudende dranken per week drinkt en of dit beschouwd kan worden als zelfverwaarlozing of zichzelf verwondingen toebrengen. Voor dit incident is besloten om dit als zelfverwaarlozing te zien. Voor de andere items was er onvoldoende bewijs. Voor de vergelijking van de twee instrumenten is een correlatieanalyse uitgevoerd. Dit is gebeurd met behulp van het programma SPSS, versie 16.0.

2.3 Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan

De belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van de risicoscan bij Aveleijn zijn geïnventariseerd aan de hand van de determinanten van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) die te vinden zijn in bijlage 4.

2.3.1 Respondenten

De belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan zijn besproken met de vier verschillende stakeholders. Dit zijn de twee ontwikkelaars, een PDI-er (die ook de dossieranalyse heeft gedaan) en iemand van het zorgloket. Aanvankelijk was het de bedoeling om zes stakeholders te interviewen. Ook een contactpersoon van een cliënt en een clustermanager. Vanwege weerstanden in delen van de organisatie was dit echter niet mogelijk.

De makers van de risicoscan weten veel van de risicoscan af wat voor belangrijke informatie kan zorgen, maar dit kan ook zorgen voor een bias. Ook het zorgloket speelt een belangrijke rol. Zij voert in principe het eerste gesprek met de cliënt wanneer deze zich aanmeldt bij Aveleijn en zijn dus nauw betrokken bij de intakeprocedure. De PDI-er kan ook een belangrijke rol spelen in de nieuwe intakeprocedure van AvelijnSDT. Zijn mening speelt hierbij dan ook een belangrijke rol. Alle stakeholders zijn via een e-mail uitgenodigd voor een interview. De interviews hebben individueel plaatsgevonden.

2.3.2 Onderzoeksprocedure en meetinstrumenten

Voorgenoemde stakeholders werden aan de hand van het model van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) gevraagd om aan te geven welke factoren volgens hen een rol speelden en in hoeverre dit belemmerend of bevorderend zou zijn voor de implementatie van de risicoscan. De stakeholders kregen steeds een categorie met de bijbehorende determinanten voorgelegd met de vraag aan te geven welke determinanten volgens hen van belang waren bij de implementatie van de risicoscan binnen Aveleijn. Vervolgens werd gevraagd hier wat meer over te vertellen en aan te geven of dit positief of negatief zou zijn voor de implementatie van de risicoscan. De verschillende intakeprocedures, dossieranalyse of interview, zijn meegenomen tijdens de interviews.

2.3.3 Data-analyse

De data-analyse is gedaan door middel van inhoudsanalyse. Alle interviews zijn uitgetypt en de belangrijke informatie is geselecteerd. Hierbij is deze informatie voor elke categorie onder elkaar gezet en vervolgens gecodeerd aan de 50 determinanten. Vervolgens is per categorie een samenvatting gemaakt van de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de risicoscan.

3. Resultaten

3.1 Case studies

Als eerst volgt een beschrijving van de case studies. Vervolgens zijn de resultaten betreffende invulbaarheid en tijdsduur weergegeven. Hierna volgen de resultaten van de problemen met de vragen en als laatst zijn de ervaringen van de gebruikers getoond.

3.1.1 Beschrijving casussen

Van de zes cliënten waarvoor de risicoscan is ingevuld waren er twee man en vier vrouw. Alle contactpersonen van deze cliënten waren van het vrouwelijk geslacht. De PDI-er is van het mannelijke geslacht. De leeftijd van de cliënten lag tussen de 17 en 65 jaar. In Tabel 2 zijn de case studies beschreven. De cliëntgegevens zijn verworven via de dossiers, maar ook door middel van de contactpersonen van de cliënten.

De tabel laat zien dat voor de drie domeinen - agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel - de dossieranalyse hogere scores geeft dan aan de hand van een interview. Als gekeken wordt naar de score op alle domeinen blijkt juist dat er meer gescoord wordt aan de hand van een interview dan aan de hand van een dossieranalyse. Het percentage overeenkomstige antwoorden van de contactpersonen en de PDI-er zijn ook weergegeven in Tabel 2. Deze uitkomsten laten zien dat er een hoge overeenkomst is tussen de scores die de PDI-er en de contactpersoon gaven aan de cliënt.

Tabel 2: Beschrijving case studies (N=6)

Cliëntgegevens	Domein	Score	
		Interview	Dossier
1. Vrouw, 63 jaar, niet aangeboren hersenletsel, vergeetachtig	Agressie gericht op objecten	0	0
	Autoagressie	0	0
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	0	0
2. Vrouw, 65 jaar, psychotische stoornis niet anders omschreven, stemmingsstoornis, gedragsstoornis	Agressie gericht op objecten	0	0
	Autoagressie	0	0
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	0	0
3. Man, 42 jaar, obsessief-compulsieve stoornis, epilepsie, spastisch, overwaardige denkbeelden	Agressie gericht op objecten	0	0
	Autoagressie	0	0
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	0	1
4. Man, 18 jaar, epilepsie, als kind ernstig verwaarloosd door ouders	Agressie gericht op objecten	0	2
	Autoagressie	3	0
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	0	1
5. Vrouw, 19 jaar, reactieve hechtingsstoornis, minderwaardigheidscomplex, als kind ernstig verwaarloosd door ouders	Agressie gericht op objecten	0	1
	Autoagressie	0	2
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	1	0

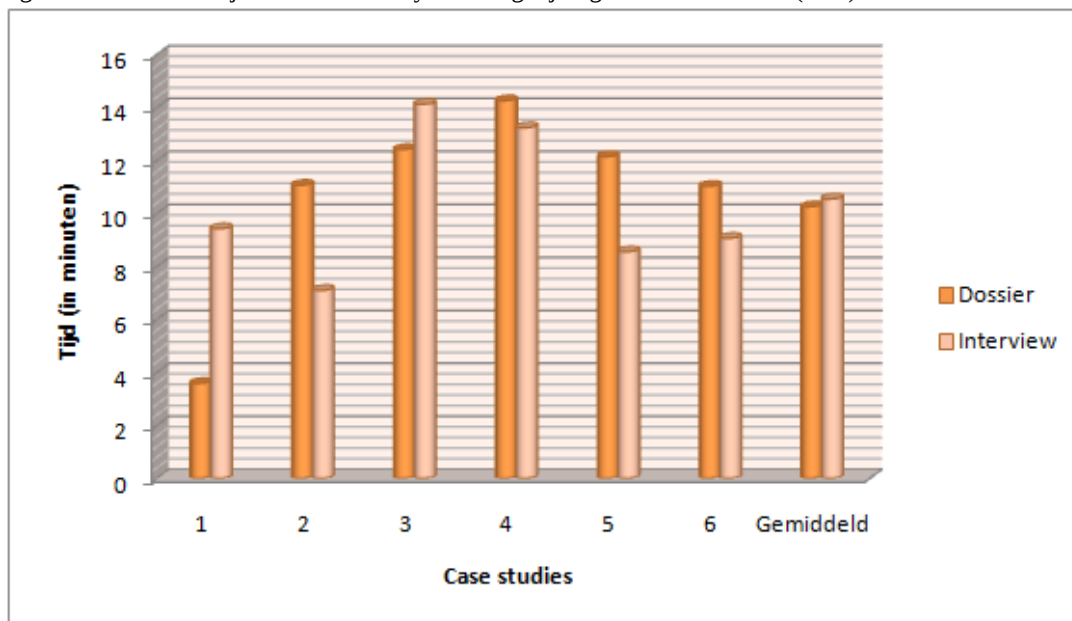
Tabel 2: Beschrijving case studies (vervolg)

Cliëntgegevens	Domein	Score	
		Interview	Dossier
6. Vrouw, 17 jaar, hechtingsproblematiek, verlatingsangst, heeft een traumatische jeugd gehad, weinig zelfvertrouwen	Agressie gericht op objecten	1	0
	Autoagressie	0	0
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	1	2
Totaal gescoord op deze drie domeinen		6	9
Totaal gescoord op alle domeinen		33	22
Percentage overeenkomstige antwoorden	Agressie gericht op objecten	87%	
	Autoagressie	79%	
	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	94%	

3.1.2 De bestede tijd en invulbaarheid

In Figuur 3 is een overzicht weergegeven van de bestede tijd. De figuur laat zien dat het voor de tijdsbesteding weinig uitmaakt op welke manier de risicoscan wordt ingevuld. De totale tijd voor het invullen van de risicoscan via dossieranalyse bedroeg 1 uur, 5 minuten en 32 seconden. De totale tijd voor de interviews bedroeg 1 uur, 2 minuten en 33 seconden. Een verklaring voor het verschil bij case studie 1 is dat het dossier verre van volledig was en de PDI-er hierdoor genoodzaakt was om bij bijna alle vragen ‘onbekend’ te noteren.

Figuur 3: De bestede tijd van dossieranalyse in vergelijking met de interviews (N=6)



In Tabel 3 wordt weergegeven in hoeverre de risicoscan kon worden ingevuld op basis van interviews en op basis van dossieranalyse. De vragen zijn hiervoor opgedeeld in de drie bestudeerde domeinen.

De tabel laten zien dat met de interviews de scan nagenoeg volledig kon worden ingevuld. De vragen over autoagressie waren geheel in te vullen door de contactpersonen, terwijl dit via dossieranalyse lastiger bleek te zijn. Ook voor de andere domeinen was het op basis van dossier

aanzienlijk lastiger om vragen in te vullen. De items; vernielen van eigendommen van zichzelf of anderen, gooien met voorwerpen niet gericht op anderen, niet overzien dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachting en/ of interesse opwekt en geen uiting kunnen geven aan seksuele behoeften, waren niet in te vullen op basis van het dossier. Het verschil in percentage in te vullen vragen tussen een interview met een contactpersoon en een dossieranalyse bedroeg 54% als alle drie de domeinen meeberekend werden.

Tabel 3: Invulbaarheid in procenten van de vragen over agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag (N=6)

Risicogedrag	Interview	Dossier
<i>Agressie gericht op objecten</i>		
Brandstichting, gefixeerd zijn op vuur	100%	67%
Ontvreemding van goederen	83%	50%
Vernielen van eigendommen van zichzelf of anderen	83%	0%
Urineren op de vloer of uitwerpselen op muren of vloer plaatsen	100%	50%
Gooien met voorwerpen niet gericht op anderen	83%	0%
Totaal percentage in te vullen per item (10 vragen)	80%	28%
Totaal percentage in te vullen per vraag (5 vragen)	90%	33%
<i>Autoagressie</i>		
Suïcidepoging, zelfdoding, verwondingen	100%	50%
Rondzwerven waarmee eigen gezondheid in gevaar wordt gebracht	100%	83%
Wegloop / verstoptgedrag	100%	83%
Zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/ of sociaal isolement	100%	50%
Totaal percentage in te vullen per item (6 vragen)	100%	61%
Totaal percentage in te vullen per vraag (4 vragen)	100%	67%
<i>Grensoverschrijdend seksueel gedrag</i>		
Dader van seksueel misbruik of poging hiertoe	100%	33%
Vermoedelijk dader van seksueel misbruik of poging hiertoe	100%	33%
Dader van seksuele handelingen of poging daartoe met (vermoedelijk) kinderen onder de 12 jaar of (vermoedelijk) tussen 12-18 jaar	100%	33%
Seksuele voorkeur, waarin een ander ongewenst betrokken wordt en zich niet aan de situatie kan onttrekken	100%	33%
Slachtoffer van seksueel misbruik	83%	33%
Vermoedelijk slachtoffer van seksueel misbruik	100%	33%
Laat zichzelf (vermoedelijk) voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie	100%	33%
Niet overzien dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachting en/ of interesse opwekt	100%	0%
Maakt seksueel getinte opmerkingen	100%	17%
Ontremd lichamelijk gedrag naar anderen	100%	33%
Geen uiting kunnen geven aan seksuele behoeften	83%	0%
Totaal percentage in te vullen per item (15 vragen)	98%	28%
Totaal percentage in te vullen per vraag (11 vragen)	97%	26%
<i>Alle drie de domeinen</i>		
Totaal percentage in te vullen per item (31 vragen)	93%	39%
Totaal percentage in te vullen per vraag (20 vragen)	96%	42%

3.1.3 Problemen per vraag

Uit de observaties van het onderzoek met de PDI-er en de contactpersonen bleek dat er nog wat problemen zijn met de vragen van de risicoscan. Sommige vragen bleken onduidelijk of wilde men een kanttekening bij plaatsen. De PDI-er kon sommige vragen niet invullen omdat

informatie ontbrak in het dossier, terwijl de contactpersonen juist problemen hadden met het beoordelen of het vertoonde gedrag aanwezig was bij de cliënt. Ook waren er problemen met het invullen van de risicoscan omdat sommige vragen onduidelijk waren en omdat sommige antwoorden niet ingevuld konden worden. De contactpersonen hadden bij dit laatste meer problemen. De problemen met de vragen zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4: Type problemen bij de vragen aan de hand van dossieranalyse en aan de hand van interviews

Invulprocedure	Probleem met vraag en toelichting
<i>De informatie ontbreekt</i>	
Dossier	- Op basis van het dossier kunnen geen frequenties, geen cliëntnummers en geen ZZP-scores ingevuld worden. - Vaak zitten er in dossiers oude verslagen, dan is het onmogelijk om aan te geven of dit gedrag zich ook in de afgelopen twee jaar heeft voorgedaan. - Of het ontvreemden van goederen het gevolg is van zijn of haar ziektebeeld is niet in te vullen op basis van dossier. - Niet overzien dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachting en/ of interesse opwekt is over het algemeen niet uit het dossier te halen.
<i>Problemen met invullen</i>	
Dossier	- In het dossier zit een verslag van een aantal jaar geleden waar er wel iets over genoemd wordt, maar ik weet niet zeker of dat nu ook nog zo is.
Interview	- Als het gedrag zich drie jaar geleden wel eens heeft voorgedaan, dit voordat de cliënt bij de zorginstelling in zorg kwam, is dit dan ja? - Als het niet bewust vals beschuldigen is, is het dan ja?
<i>De vraag is onduidelijk</i>	
Dossier	- Onduidelijkheid over de vraag wat nu precies een woede-uitbarsting is, wanneer het grensoverschrijdend seksueel gedrag is en wanneer iemand geen uiting kan geven aan seksuele behoeften.
Interview	- Onduidelijkheid over de vraag wanneer iets aandachtvragend gedrag is. - Ik hoef niet aan te geven hoe hoog de ZZP-score is, omdat de cliënt in de C-reeks zit. Klopt dat?
<i>Het antwoord kan niet worden aangegeven</i>	
Dossier	- Het is vreemd dat niet aangegeven kan worden dat de cliënt helemaal niet gokt - Voor de meeste cliënten kan de voorkeur naar welk cluster de cliënt gaat niet worden ingevuld.
Interview	- Ja, in het weekend 2-3 drankjes. Waar valt dit onder? (0-2 of 3 of meer). - Ja, maar niet voor een tegenprestatie. De cliënt denkt dan dat hij een relatie heeft en laat zich gebruiken. Dit laat hij vrijwillig toe. - Ze gaat niet elke week uit, maar als ze uit gaan dan drinkt ze een stuk of 4 glazen, zegt ze zelf. - Niet letterlijk verstopgedrag, wel voor problemen. - Hij zou grensoverschrijdend gedrag kunnen vertonen.

Ook waren er technische problemen met de risicoscan. Tijdens het invullen van de risicoscan kwam naar voren dat de digitale risicoscan nog niet optimaal werkt. Deze technische problemen zijn gecategoriseerd in de volgende problemen; problemen met de werking, fouten in de scan en onjuist antwoorden, en zijn weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5: Technische problemen met de risicoscan

Type probleem	Toelichting
Problemen met de werking	De risicoscan werkt niet altijd goed wanneer deze op een andere locatie gebruikt wordt. Het merendeel van de vragen over grensoverschrijdend seksueel gedrag verschijnen niet automatisch in beeld. Bij de vraag of de cliënt (vermoedelijk) slachtoffer is van grensoverschrijdend seksueel gedrag gaat het doorlinken fout.
Fouten in de scan	Bij licht verstandelijk en matig verstandelijk gehandicapt staan dezelfde IQ-scores.
Onjuiste antwoorden	Bij veel vragen is er geen optie 'onbekend'. Er zijn beperkte antwoordkeuzes bij de frequentievragen doordat er geen andere aantallen ingevuld kan worden.

3.1.4 Ervaringen

Om een keuze te kunnen maken tussen een interview met een contactpersoon en een dossieranalyse is het ook belangrijk om te kijken naar de ervaringen van de contactpersonen van de cliënten en de PDI-er.

Algemeen oordeel over de risicoscan

Het merendeel van de contactpersonen is positief over de risicoscan van Aveleijn en gaf aan dat de risicoscan een goede methode kan zijn. Het was volgens hen goed dat Aveleijn aandachtig en zorgvuldig naar risicogedragingen van cliënten kijkt. Wel gaf het merendeel aan dat er nog veel verbeterd kan worden aan de risicoscan.

De PDI-er was ook positief over de risicoscan maar gaf aan dat het via dossieranalyse niet altijd effectief is om in te vullen. Het kon volgens hem wel van toegevoegde waarde zijn, dit vooral als er gekeken wordt naar de plaatsing van de cliënt. Te denken valt aan een rustige groep of juist niet en bijvoorbeeld niet dicht bij een basisschool. De PDI-er gaf hier ook over aan dat het belangrijk is dat de begeleiders weten wat voor risicogedragingen de cliënt kan vertonen, zodat zij er voor kunnen zorgen dat er nieuwe gevallen voorkomen kunnen worden.

Oordeel over de vragen (inhoudelijk)

De contactpersonen vonden over het algemeen dat de vragen nog niet volledig zijn. Sommige contactpersonen gaven aan dat de gedragingen wat extreem zijn en dat er ook naar andere type gedragingen gevraagd moeten worden. Voorbeelden hiervan zijn hoe de cliënt in de groep functioneert, hoe de cliënt met bepaalde dingen omgaat en welke interesses de cliënt heeft. Deze gedragingen zijn volgens hen ook nodig om te bepalen waar een cliënt past. Ook gaven de contactpersonen aan dat een mogelijke toelichting op elke vraag gewenst is en dat er bij sommige vragen meerdere antwoordcategorieën nodig zijn. Een contactpersoon gaf aan dat dit bij het CIZ-formulier¹ wel zo is: "In het CIZ-formulier kan aangegeven worden of iemand iets vaak, af en toe of continue doet." Daarnaast gaf een contactpersoon aan dat de gemiddelde cliënt geen baat heeft

¹ Het Centrum Indicatiestelling Zorg-formulier is een vragenlijst om de zorgwaarde van de cliënt te berekenen.

bij de risicoscan en dat zij op deze manier onnodig belast wordt. Volgens deze contactpersoon zou de risicoscan niet standaard ingevuld moeten worden, maar alleen als er een ‘tekort aan informatie’ is over die cliënt.

De PDI-er gaf aan dat hij zeer tevreden is met de drie onderdelen van de risicoscan. Hiermee bedoelt hij agressiviteit, verslaving en seksualiteit. Volgens hem zijn dit de hoofd- bestanddelen als gekeken wordt naar risico’s die een cliënt met zich mee kan dragen. De vragen zijn volgens hem wel te specifiek om via het dossier in te vullen. Ook de tijdsperiode was lastig aan te geven volgens hem. De PDI-er gaf aan dat het dossier is opgebouwd met wat voor risicogedrag de cliënt wel vertoond en niet met wat er niet is vertoond. Er kan niet met zekerheid worden uitgesloten of de cliënt bepaald risicogedrag wel eens vertoond heeft, ook omdat de dossiers volgens hem nooit volledig zijn. Bovendien wordt de risicoscan volgens hem ingevuld op basis van geschreven woorden en niet op wat iemand zelf heeft gezegd of wat de omgeving heeft gezegd. Dit alles maakt het volgens de PDI-er lastig om de risicoscan in te vullen op basis van dossier.

In Tabel 6 zijn de cijfers weergegeven van het algemene oordeel van de risicoscan en het oordeel over de vragen inhoudelijk. Te zien is dat de contactpersonen over het algemeen een hoger oordeel geven over de risicoscan, maar de vragen inhoudelijk minder goed vinden dan de PDI-er. De risicoscan krijgt van beide gemiddeld een ruime voldoende.

Tabel 6: De gemiddelde cijfers van de contactpersonen en de PDI-er over de risicoscan

	Het gemiddelde cijfer	
	Contactpersonen	PDI-er
Algemeen oordeel over de risicoscan	7,33	5,50
Oordeel over de vragen (inhoudelijk)	6,42	8,00

De procedure

Het merendeel van de contactpersonen gaf aan dat een interview een goede manier is om meer over de gedragingen van de cliënt te weten te komen. Een interview is een vraaggesprek en volgens hen zijn er altijd wel dingen die niet op papier staan waarnaar dan gevraagd kan worden. Alle contactpersonen gaven aan dat de cliënt hierbij aanwezig moet zijn in verband met de privacy van de cliënt omdat de cliënt wettelijk gezien zelfstandig is. Het uitgangspunt moet volgens een contactpersoon dan ook zijn dat de cliënt erbij is, tenzij dit zo onrustig is voor de cliënt dat het niet gaat. Een andere contactpersoon gaf aan dat de cliënt recht heeft op dit gesprek, omdat de cliënt ook een indruk wil krijgen van Aveleijn. Het is volgens haar een wisselwerking tussen de cliënt en Aveleijn, voor beide is het nodig om informatie uit te wisselen. De contactpersonen gaven aan dat als de cliënt aanwezig is bij het gesprek, dat de vragen dan wel goed ingeleid moeten worden. Een voorbeeld hiervan: ‘ik ken jou niet en misschien vindt je deze

vragen gek, maar ik moet ze toch stellen'. Een goede inleiding is volgens een contactpersoon noodzakelijk om het gevoel van veiligheid te vergroten.

De contactpersonen gaven aan dat als de risicoscan aan de hand van het dossier ingevuld gaat worden, dat dit de cliënt kan schaden omdat er geen mogelijkheid is tot uitleg. Een contactpersoon gaf hier het volgende over aan: "Je ziet alleen woorden, deze kunnen een andere betekenis hebben. Het is heel zwart-wit." Een andere contactpersoon gaf aan dat ook als de risicoscan via dossieranalyse ingevuld gaat worden, dat dit besproken moet worden met de cliënt.

De PDI-er gaf het volgende aan over dossieranalyse: 'Ik denk dat het wel van meerwaarde kan zijn en op deze manier kost het in ieder geval wat minder tijd dan als je in gesprek moet gaan met mensen. Misschien dat je het kan gebruiken om met iemand in gesprek te gaan. Dan zou het een goed hulpmiddel kunnen zijn.' Als de vragen enkel op basis van dossieranalyse ingevuld gaan worden, dan wil de PDI-er een bewijs zoals een handtekening van de cliënt of diens contactpersoon ter bevestiging dat de vragen correct zijn ingevuld. Verder gaf hij aan dat de vragen erg zwaar zijn om aan de cliënt te stellen en dat deze het beste aan een persoonlijk begeleider gesteld kunnen worden.

Mogelijke verbeterpunten

De contactpersonen gaven aan dat er een mogelijkheid moet zijn om een toelichting te geven op de vragen en dat de cliënt aanwezig moet zijn. Als het te veel vergt van de cliënt qua belasting, kunnen er ook twee afspraken gemaakt worden. Het is volgens hen niet de bedoeling dat de cliënt overvraagd wordt. Ook dienen de vragen anders geformuleerd te worden. De begeleider kan eventueel de vragen beantwoorden als de cliënt hiertoe niet in staat is. Een contactpersoon gaf aan dat de risicoscan opgestuurd kan worden en dat deze dan nabesproken kan worden met de cliënt. Op deze manier is er wel de mogelijkheid voor een toelichting. Een andere contactpersoon gaf aan dat de risicoscan lijkt op de taksatieschaal². Als deze schaal bij hen in de organisatie wordt afgenomen is er verder geen intake meer nodig. Hier zou Aveleijn naar kunnen kijken. Tevens dient er volgens meerdere contactpersonen gevraagd te worden naar andere gedragingen. Voorbeelden hiervan is of de cliënt geluidsoverlast veroorzaakt en of de cliënt zelfstandig kan koken. Ook moeten er meer vragen over dagbesteding gevraagd worden, zoals wat doet de cliënt overdag, wat voor interesses heeft de cliënt, hoeveel contact heeft de cliënt met zijn of haar begeleider en wat voor voorkeur heeft de cliënt voor begeleiding.

De PDI-er gaf aan dat de risicoscan ingevuld moet worden op basis van dossier en niet op wat men verwacht dat de cliënt gedaan heeft: 'Dit zou bijvoorbeeld een hele mooie basis zijn om op

² De taksatieschaal is een gestructureerde vragenlijst voor verstandelijk beperkten om de huidige situatie en de behoeften op gebied van wonen en arbeid in kaart te brengen (Reintjes, 2001).

grond daarvan met iemand in gesprek te gaan'. Ook gaf hij aan dat moet worden vermeld dat het profiel wat uit de risicoscan komt, enkel op basis van dossier is, en dat het niet op basis van eventuele werkelijkheid hoeft te zijn. Ook gaf hij het volgende aan: 'Een vragenlijst is sowieso een moeilijk iets, omdat je altijd te maken hebt met het beeld dat iemand anders heeft over de cliënt, er is altijd een bias, dit moet wel meegenomen worden met de scan. Er staat al een paar keer vermoedelijk, omdat het is namelijk niet zwart of wit is.'

Terugkijkend op de resultaten van de case studies kan gezegd worden dat de invulbaarheid via een interview hoger is dan via dossieranalyse, terwijl de bestede tijd vrijwel gelijk is. Voor beide procedures waren er technische problemen, gecategoriseerd in; problemen met de werking, fouten in de scan en onjuiste antwoorden. Voor de PDI-er waren er voornamelijk problemen met het invullen van de risicoscan omdat informatie ontbrak, terwijl er voor de contactpersonen juist problemen waren met het invullen van de risicoscan omdat onduidelijk was of het vertoonde gedrag als aanwezig kon worden gezien. Over de ervaringen met de risicoscan kan gesteld worden dat de contactpersonen het invullen van de risicoscan over het algemeen positiever ervaren hebben dan de PDI-er en dat over de inhoud juist de PDI-er positiever was dan de contactpersonen. Beide gaven aan dat de risicoscan nuttig is, maar dat er voor het instrument nog verbeterpunten zijn. Een voorbeeld is de mogelijkheid tot toelichting op de vragen.

3.2 Predictieve validiteit

Als eerste zijn de gemiddelde scores van de risicoscan en de SOAS-R met de bijbehorende correlaties weergegeven en vervolgens de correlaties van de drie domeinen per item.

3.2.1 De gemiddelde scores van de risicoscan in vergelijking met de SOAS-R

In Tabel 7 is te zien dat er op de risicoscan vaker gescoord is dan op de SOAS-R. Op de risicoscan scoorde 64% van de cliënten ten minste één keer, op de SOAS-R slechts 10%. De tabel laat verder zien dat er op sommige domeinen weinig tot niet gescoord is en dat er zwakke correlaties lijken te zijn.

Tabel 7: De gemiddelde scores van de risicoscan in vergelijking met de SOAS-R met bijbehorend de correlaties (N=223)

Domein	Risicoscan	SOAS-R	Pearson's r	p
Agressie gericht op anderen	1,51	0,23	0,00	0,96
Agressie gericht op objecten	0,35	0,05	0,10	0,18
Autoagressie	0,50	0,01	-0,06	0,45
Verslavend gedrag	0,51	0,01	0,25	0,00
Grensoverschrijdend seksueel gedrag	0,49	0,00	-. ^a	-. ^a
Totaal	3,36	0,30	0,03	0,74

^a Voor deze items kon geen correlatie worden berekend, omdat er geen variantie was in SOAS-R.

3.2.2 De correlaties

Om meer duidelijkheid te krijgen in de correlaties zijn de scores en correlaties per item berekend voor de domeinen; agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag (zie Tabel 8). De correlaties van de andere twee domeinen zijn door collega-onderzoeker Waninge-Bulder (2010) onderzocht.

De tabel laat zien dat er op de risicoscan het meest gescoord is op het item ‘zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/ of sociaal isolement (afgelopen 2 jaar)’. De aantal scores hiervan bedroeg 42, terwijl er op SOAS-R slecht één keer was gescoord. Op SOAS-R was er het meest gescoord op het item ‘vernielen van eigendommen; 1-3 x per maand’. De score bedroeg 8, terwijl op de risicoscan 13 keer gescoord was op dit item.

Bij 60% van de items van het domein ‘agressie gericht op objecten’ kon geen correlatie worden berekend, omdat er scores ontbraken. Dit was voor het domein ‘autoagressie’ 50%. De correlaties van deze twee domeinen die wel berekend zijn, correleren nauwelijks en zijn niet significant. Voor het domein ‘grensoverschrijdend seksueel gedrag’ kon geen enkele correlatie berekend worden, omdat er geen variantie was in SOAS-R. Het percentage voor het aantal items waarvoor de correlatie kon worden berekend is dan ook 0%.

Opvallend is dat er op veel items van de domeinen geen correlatie is. Dit had te maken met het feit dat er op het SOAS-R instrument nooit was gescoord voor bepaalde items in deze steekproef.

Tabel 8: Correlaties op de domeinen agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag (N=223)

Itembeschrijving	Scan	SOAS-R	Pearson's r	p
<i>Aggressie gericht op objecten</i>				
Brandstichting	2	0	-. ^a	-. ^a
Gefixeerd zijn op vuur en zaken die daarmee te maken hebben	1	1	-0,01	0,95
Ontvreemding van goederen (afgelopen 5 jaar)	17	1	-0,02	0,78
Ontvreemding van goederen als gevolg van ziektebeeld (afgelopen 2 jaar)	6	0	-. ^a	-. ^a
Vernielen van eigendommen; 4 x per maand of vaker	2	0	-. ^a	-. ^a
Vernielen van eigendommen; 1-3 x per maand	7	0	-. ^a	-. ^a
Vernielen van eigendommen; minder dan 1 x per maand	13	8	0,06	0,41
Urineren op de vloer of uitwerpselen op muren of vloer plaatsen	4	0	-. ^a	-. ^a
Gooien met voorwerpen niet gericht op anderen; 1x per maand of vaker	6	0	-. ^a	-. ^a
Gooien met voorwerpen niet gericht op anderen; minder dan 1 x per maand	18	6	0,05	0,44
<i>Autoagressie</i>				
Suïcidepoging of aanwijzingen hiertoe	4	0	-. ^a	-. ^a
Dreigen met zelfdoding (afgelopen 2 jaar)	14	0	-. ^a	-. ^a
Zichzelf verwondingen toebrengen (afgelopen 5 jaar)	16	2	-0,03	0,69
Rond zwerven waarmee eigen gezondheid in gevaar wordt gebracht (afgelopen 2 jaar)	7	0	-. ^a	-. ^a
Wegloop / verstopgedrag	29	1	-0,03	0,70
Zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/ of sociaal isolement (afgelopen 2 jaar)	42	1	0,08	0,26

Tabel 8: Correlaties op de domeinen agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag (vervolg)

Itembeschrijving	Scan	SOAS-R	Pearson's r	p
<i>Grensoverschrijdend seksueel gedrag</i>				
Dader van seksueel misbruik of poging hiertoe	1	0	-. ^a	-. ^a
Vermoedelijk dader van seksueel misbruik of poging hiertoe	1	0	-. ^a	-. ^a
Dader van seksuele handelingen of poging daartoe met kinderen onder de 12 jaar	0	0	-. ^a	-. ^a
Vermoedelijk dader van seksuele handelingen of poging daartoe met kinderen onder de 12 jaar	2	0	-. ^a	-. ^a
Dader van seksuele handelingen of poging daartoe met een kind tussen de 12-18 jaar	0	0	-. ^a	-. ^a
Vermoedelijk dader van seksuele handelingen of poging daartoe met een kind tussen de 12-18 jaar	0	0	-. ^a	-. ^a
Seksuele voorkeur, waarin een ander ongewenst betrokken wordt en zich niet aan de situatie kan onttrekken	3	0	-. ^a	-. ^a
Slachtoffer van seksueel misbruik	11	0	-. ^a	-. ^a
Vermoedelijk slachtoffer van seksueel misbruik	19	0	-. ^a	-. ^a
Laat zich vermoedelijk voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie (afgelopen 5 jaar)	4	0	-. ^a	-. ^a
Laat zich vermoedelijk voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie (afgelopen 5 jaar)	7	0	-. ^a	-. ^a
Niet overzien dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachting en/of in interesse opwekt (afgelopen 5 jaar)	10	0	-. ^a	-. ^a
Maakt seksueel getinte opmerkingen (afgelopen 2 jaar)	22	0	-. ^a	-. ^a
Ontremd lichamelijk seksueel gedrag naar anderen (afgelopen 2 jaar)	12			
Geen uiting kunnen geven aan seksuele behoeften (afgelopen 2 jaar)	24	0	-. ^a	-. ^a

^a Voor deze items kon geen correlatie worden berekend, omdat er geen variantie was in SOAS-R.

Terugkijkend op de resultaten van de predictieve validiteit kan geconcludeerd worden dat er veel verschil is tussen de scores op de risicoscan en de scores op de SOAS-R. Door deze gegevens lijkt de risicoscan geen goede voorspeller te zijn voor daadwerkelijk vertoonde risicogedragingen.

3.3 Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan

De belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij de implementatie van de risicoscan zijn besproken met de stakeholders. Hierbij is gebruik gemaakt van het model van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004). De uitkomsten zijn per categorie besproken. Dit zijn determinanten van de sociaal-politieke omgeving, de organisatie zelf, de individuele gebruiker, de vernieuwing en determinanten die gerelateerd zijn aan faciliteiten die nodig zijn voor de implementatie. Zie bijlage 6 voor een overzicht van de citaten van de stakeholders.

3.3.1 De sociaal-politieke context

De belemmerende factoren voor de sociaal-politieke context zijn de bereidheid van de cliënt mee te werken met de innovatie, de financiële lasten van de cliënt door de innovatie en de fysieke en emotionele belasting van de cliënt door de innovatie. Deze zijn voornamelijk belastend als de

risicoscan ingevuld gaat worden via een interview met de cliënt en een contactpersoon hiervan. Als de cliënt voor meerdere gesprekken naar de organisatie moet komen is dit financieel en fysiek een belasting voor de cliënt en de contactpersoon. Als er geen extra gesprek hoeft plaats te vinden is dit financieel geen belasting, maar kan het emotioneel nog wel een belasting zijn voor de cliënt. De cliënt moet namelijk gedurende het interview antwoord geven op persoonlijke vragen over zichzelf.

De bevorderende factor voor de sociaal-politieke context is in hoeverre de innovatie past binnen de bestaande wetten en regels die er gelden. Voor een goede begeleiding van een cliënt is het noodzakelijk de cliënt te kennen. De vragen van de risicoscan kunnen hierbij helpen. De dossieranalyse is bevorderend voor de fysieke en emotionele belasting van de cliënt en voor de financiële lasten voor de cliënt. Via dossieranalyse is dit geen belasting en dat werkt bevorderend ten opzichte van een interview met de cliënt en een contactpersoon van de cliënt.

3.3.2 De organisatie

De belemmerende factoren voor de organisatie zijn het besluitvormingsproces, de aard van de samenwerking tussen afdelingen die met de innovatie gaan werken en de hoeveelheid medewerkers die met de implementatie van de innovatie te maken krijgen. Door de grootte van de organisatie kan de risicoscan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden en is de uitvoering hiervan lastig. Voor de risicoscan is het noodzakelijk dat de samenwerking tussen de afdelingen goed verloopt zodat de cliënt de begeleiding en ondersteuning krijgt die de cliënt verdient. Volgens een stakeholder is deze samenwerking nu belemmerend voor de organisatie.

De doorstroming van personeel wordt als belemmerend en bevorderend gesignaleerd. De doorstroming van personeel kan belemmerend werken als de (persoonlijk) begeleider van de cliënt nieuw is. Op deze manier kan de begeleider de vragen niet betrouwbaar invullen. Als de risicoscan ingevuld gaat worden via dossieranalyse is de doorstroming van het personeel niet belemmerend en in vergelijking met een interview bevorderend. De organisatie zorgt voor een vervangend persoon voordat een medewerker weggaat die met de risicoscan werkt.

De andere bevorderende factor voor de organisatie is de hiërarchische structuur van de organisatie. De organisatie bestaat uit drie lagen, waardoor de medewerkers snel op de hoogte zijn van veranderingen in de organisatie.

3.3.3 De gebruiker

De belemmerende factoren voor de gebruiker zijn de mate van werkgerelateerde stress die medewerkers ervaren en de mate waarin er tegenstellingen bestaan in de doelen van medewerkers rondom de innovatie. De mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen kan

belemmerend en bevorderend werken voor de implementatie van de innovatie. De medewerkers hebben het volgens de stakeholders vaak al druk, en met een extra taak zal extra energie geleverd moeten worden. Of dit ook werkgerelateerde stress oplevert is nog niet duidelijk. Over de mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen kan gezegd worden dat dit verschilt per medewerker. De ene medewerker zal zich hier meer voor gaan inzetten dan een andere medewerker. Het zorgloket heeft aangegeven dat er tegenstellingen bestaan in doelen van medewerkers rondom de innovatie. Zij gaf aan dat als er een cliënt zich aanmeldt, de cliënt zich welkom moet voelen en niet gelijk ondervraagd moet worden met persoonlijke vragen. Deze vragen zijn volgens haar wel belangrijk en dienen voor de plaatsing, bijvoorbeeld tijdens de intake, gesteld te worden.

Bevorderende factoren voor de gebruiker zijn de steun van het hoger management bij de implementatie van de innovatie, de mate waarin de medewerkers de benodigde vaardigheden bezitten voor implementatie van de innovatie en de mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen. De steun van het hoger management is aanwezig, dit kwam duidelijk naar voren bij de interviews met de stakeholders. Volgens hen hebben de medewerkers de benodigde kennis om met de risicoscan te gaan werken, zien zij hier het nut van in en zijn ze bereid om met de implementatie van de risicoscan mee te werken.

3.3.4 De vernieuwing

De belemmerende factoren voor de vernieuwing zijn de duidelijkheid van procedures en richtlijnen van de innovatie en de mate waarin de innovatie risico's met zich mee brengt voor de cliënt in vergelijking met de huidige procedure. De procedure en richtlijnen zijn volgens de stakeholders wel duidelijk, maar ze denken dat niet alle medewerkers deze gaan lezen. De risico's voor de cliënt in vergelijking met de huidige procedure is dat een cliënt een herbeleving kan krijgen. Er kunnen heftige vragen gesteld worden als een cliënt veel heeft meegemaakt.

De bevorderende factoren voor de vernieuwing zijn de mate waarin de innovatie bij de huidige manier van werken past, de mate waarin de innovatie toegevoegde waarde heeft voor de cliënt en de mate waarin de innovatie uit te testen is. Bij Aveleijn staat de cliënt centraal en de risicoscan past hier bij. Het kan dan ook toegevoegde waarde hebben voor de cliënt, ondanks dat de cliënt dit niet hoeft te zien. De risicoscan wordt momenteel uitgetest en kan in de toekomst nog verder getest worden door navraag te doen bij de begeleiders.

3.3.5 Faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie

De belemmerende factor voor de faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie is de vergoeding voor medewerkers voor de extra moeite die het implementeren van de innovatie kost.

Hierbij gaat het vooral om de beschikbare tijd voor de implementatie. Deze moet aanwezig zijn om de implementatie te kunnen realiseren. De meeste medewerkers krijgen een vast bedrag per maand waardoor de beschikbare tijd hierbij een rol speelt.

De bevorderende factor voor de faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie is dat de financiële middelen beschikbaar zijn. Het wordt breed gedragen door het managementteam waardoor de fondsen die nodig zijn om het goed te implementeren beschikbaar zullen zijn. De overige middelen die voor de implementatie van de risicoscan nodig zijn zullen dan ook, indien niet aanwezig, aangeschaft worden.

Geconcludeerd kan worden dat Aveleijn al met veel factoren rekening heeft gehouden voor de implementatie van de risicoscan, maar dat er ook nog factoren zijn waar zij nog naar moet kijken. Aveleijn dient zich voornamelijk af te vragen of zij de cliënten met de risicoscan willen belasten. De risicoscan invullen middels een interview met de cliënt kan een fysieke en emotioneel belasting zijn voor de cliënt. Ook financieel kan dit een belasting voor de cliënt en de contactpersoon van de cliënt zijn. Bovendien kwam duidelijk naar voren dat Aveleijn de gehele procedure in kaart dient te krijgen om deze procedure over te kunnen brengen aan de gehele organisatie, wat nodig is om de implementatie beter te laten verlopen.

4. Conclusies en discussie

Per onderzoeksvraag zijn de belangrijke uitkomsten, de kanttekeningen van het onderzoek, de algemene conclusie en de aanbevelingen genoteerd.

4.1 Op welke manier is de bruikbaarheid van de risicoscan van Aveleijn het grootst, door een interview met de contactpersoon van de cliënt of door een dossieranalyse met de PDI-er? Wat zijn de ervaringen en welke problemen doen zich hierbij voor?

Als eerst is wat op te merken over de onderzoeksopzet, wat mee dient te worden genomen in de conclusies die getrokken worden. Het aantal respondenten van dit onderzoek is namelijk gering, waardoor de uitkomsten als minder betrouwbaar worden gezien. De meningen van de contactpersonen kwamen echter vrijwel overeen, wat aanduidt dat er geldige gegevens uit zijn gekomen. Bovendien kwamen de contactpersonen en de bijbehorende cliënten allen uit verschillende organisaties, waardoor de gegevens een algemener beeld van zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking oplevert.

4.1.1 Belangrijke uitkomsten

Terugkijkend op de case studies kan geconcludeerd worden dat het percentage in te vullen vragen aan de hand van een contactpersoon van de cliënt in vergelijking met dossieranalyse beduidend hoger ligt op de drie onderzochte domeinen; agressie gericht op objecten, autoagressie en grensoverschrijdend seksueel gedrag. Dit verschil bedroeg een percentage van 54%.

Als gekeken wordt naar de bestede tijd van het invullen van de risicoscan, blijkt dat deze vrijwel gelijk is voor beide procedures. De gemiddelde tijd lag voor beide procedures tussen de 10-11 minuten. Voor Aveleijn was het echter van belang om binnen twee minuten een overzicht te hebben van het mogelijke risicogedrag van de cliënt, waar door zowel met dossieranalyse als met een interview met de contactpersoon van de cliënt niet aan kan worden voldaan.

Over de problemen met de risicoscan kan gesteld worden dat de PDI-er vragen niet kon invullen omdat sommige informatie ontbrak, terwijl de contactpersonen juist problemen hadden met het invullen van de vragen, omdat voor hen soms niet duidelijk was wanneer bepaald gedrag als aanwezig kon worden gezien.

Over de ervaringen met de risicoscan kan gesteld worden dat de contactpersonen het invullen van de risicoscan over het algemeen positiever ervaren hebben dan de PDI-er en dat over de inhoud juist de PDI-er positiever was dan de contactpersonen. De contactpersonen willen echter dat er ook gevraagd wordt naar andere gedragingen van de cliënt en willen een toelichting kunnen geven op de vragen. Als dit wordt toegepast zou echter de snelle screening verloren gaan.

4.1.2 Kanttekeningen van het onderzoek

Ten eerste is op te merken dat er van de benaderde contactpersonen een aantal zijn geweest die niet hebben ingestemd met het onderzoek, wat voornamelijk te maken had met de privacy van de cliënt. Veel contactpersonen dienen toestemming te krijgen van de cliënt om gegevens over hem of haar te verstrekken. Als de cliënt geen toestemming geeft dan dient de cliënt aanwezig te zijn bij het gesprek. Indien dit het geval is, dienen de vragen in eerste instantie aan de cliënt gesteld te worden en dienen de vragen anders te worden geformuleerd. Een goede inleiding van de vragen is dan volgende de contactpersonen van belang, om het gevoel van veiligheid te vergroten.

Ten tweede dient er bij de hogere invulbaarheid van de risicoscan via een interview gekeken te worden of een contactpersoon een meer betrouwbaar en valide beeld oplevert. Waarschijnlijk is dit wel het geval, want een dossier is volgens de PDI-er nooit volledig. Het is echter ook moeilijk in te schatten hoe objectief een contactpersoon is, wat de uitkomsten van dit onderzoek een vertekend beeld kunnen geven.

Ten derde is bij de bestede tijd de tijd die de PDI-er nodig heeft om het dossier te lezen niet meegenomen. Ook de tijd van het reizen naar of van de contactpersoon is niet meegenomen. Het zou een ander beeld kunnen geven als deze tijd wel zou worden meegenomen. Bovendien is met de tijd alleen rekening gehouden met de medewerkers van Aveleijn. Als er breder gekeken wordt naar het gezondheidszorgperspectief, waarbij alle kosten worden meegenomen, dan is dossieranalyse het voordeligst. Op deze manier wordt er zo min mogelijk gebruik gemaakt van hulpbronnen zoals contactpersonen van andere organisaties en zijn de kosten per in te vullen risicoscan het laagst (Drummond et al, 2005).

Ten slotte is over de problemen met de vragen van de risicoscan op te merken dat de medewerkers die de interviews afnemen bij de contactpersonen de vragen wel juist moeten interpreteren, zodat de vragen door de contactpersonen ook op dezelfde manier kunnen worden geïnterpreteerd. Bij de stakeholders is opgevallen dat er wat onduidelijkheid is over enkele vragen. De medewerkers dienen de vragen op een goede manier te kunnen overbrengen op de betrokken, zodat de juiste gegevens ingevuld worden. Bij dossieranalyse dient slechts één persoon de vragen helder te hebben en deze volledig te begrijpen, wat voor een kleinere bias zorgt. Anderzijds is er bij het interview wel de mogelijkheid voor verificatie, omdat interactie mogelijk is.

4.1.3 Algemene conclusie

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat beide intakeprocedures nog niet optimaal zijn. Dossieranalyse lijkt beter te passen in de organisatiestructuur dan een interview met een

contactpersoon, omdat er voor dossieranalyse weinig hoeft te veranderen. De PDI-er maakt al een PDI en kan dan ook de risicoscan invullen. Bij de interviews is er een hoger percentage vragen dat beantwoord kan worden, maar er is, net zoals bij dossieranalyse, niet bekend of deze uitkomsten een valide beeld opleveren. Het managementteam dient duidelijk te krijgen wat voor hen de belangrijkste punten zijn om op deze manier een keuze te kunnen maken.

Uit de case studies kwam naar voren dat de overeenkomst van de scores op de risicoscan van het invullen door de PDI-er en de contactpersonen voor de drie domeinen erg hoog was. Dit had voornamelijk te maken met het feit dat er op de vragen van deze drie domeinen weinig gescoord was. Deze lage scores zijn naar voren gekomen in het tweede deelonderzoek. Over het derde deelonderzoek kan vermeld worden dat de uitkomsten van het eerste deelonderzoek, wetenschappelijk gezien, laat zien hoe belangrijk het is voor implementatie van een instrument om te inventariseren wat de mogelijkheden zijn en welke bezwaren deze kunnen hebben. Op deze manier kunnen implementatieproblemen voorkomen worden.

4.1.4 Aanbevelingen

Hoewel het nut van de risicoscan wordt ingezien door zowel de PDI-er als de contactpersonen van de cliënten, kan er nog veel verbeterd worden aan het huidige instrument.

Aanbevelingen voor de werkwijze van de risicoscan

De vragen uit de risicoscan zou mogelijk in een vraaggesprek besproken kunnen worden. De contactpersonen gaven namelijk aan dat een vragenlijst met beperkte antwoordmogelijkheden niet prettig wordt ervaren en zij graag een toelichting willen geven op de vragen.

Ook kan er voor gekozen worden om de risicoscan op te sturen naar de contactpersoon en dat de contactpersoon er vrij in wordt gelaten om de cliënt er wel of niet bij te betrekken. De risicoscan dient dan wel nabesproken te worden tijdens het intakegesprek.

Een alternatief voor de werkwijze van de scan, is de scan invullen op basis van dossier en deze nabespreken met de contactpersoon en diens cliënt. Er kan dan nog een keuze gemaakt worden om de gehele risicoscan te bespreken of alleen de gegevens die niet verkregen kon worden uit de dossieranalyse. Wanneer voor dossieranalyse gekozen wordt, kan er ook voor worden gekozen om de vragen minder specifiek te stellen, zodat er meer vragen ingevuld kunnen worden.

Aanbevelingen voor de risicoscan binnen de organisatie

Tijdens het onderzoek kwam bij de stakeholders naar voren dat er een groot verschil is tussen de uitwerkingen van de intakes van de clustermanagers. De één is veel uitgebreider en nauwkeuriger over de gedragingen van de cliënt dan de ander. Het is handig om dit in kaart te krijgen en om

wellicht een meer gestructureerde intake in de organisatie te voegen waardoor de risicoscan samengevoegd kan worden met deze gestructureerde intake. Als dit ook op een digitale manier gebeurt, zorgt dit ervoor dat altijd alle gegevens over de cliënt bekend zijn, omdat de scan pas kan worden afgerond als alles is ingevuld. Tijdens het onderzoek kwam bovendien naar voren dat de contactpersonen graag willen dat er ook naar andere gedragingen van de cliënt gevraagd wordt, zoals de interesses van de cliënt of wat de cliënt wel goed kan en wat minder. Om aan die vraag van de contactpersonen te voldoen en om wellicht een meer gestructureerde intake samen te stellen, kan er gekeken worden naar andere meetinstrumenten die de gedragingen van de cliënt in kaart brengen. Hiervoor kan de taksatieschaal van Reijntjes (2001) een mogelijke optie zijn, maar ook het B-formulier van het CIZ. Zie bijlage 7 voor de overeenkomst in items van deze twee meetinstrumenten met de risicoscan.

Opgemerkt moet worden dat de makers van de risicoscan hebben aangegeven dat er een mogelijkheid is dat de risicoscan een product gaat worden. In dit geval dient Aveleijn ook rekening te houden met de belangen van andere zorginstellingen zoals MEE Twente en Mediant. Hierbij kunnen uiteindelijk ook de resultaten van andere zorginstelling vergeleken worden met die van Aveleijn.

Aanbevelingen voor de betrouwbaarheid van de risicoscan

Het is een mogelijkheid om de cliënt of contactpersoon te laten tekenen voor de ingevulde risicoscan die op basis van dossier is opgesteld, zodat de betrouwbaarheid van de gegevens omhoog gaat. Op deze manier is de risicoscan vaker bekeken, door de PDI-er, de contactpersoon en/ of de cliënt zelf. De contactpersoon kan dan aangeven of de cliënt zelf de ingevulde risicoscan zou kunnen controleren.

Wanneer verder onderzocht verricht zal worden naar de risicoscan, dient voor de betrouwbaarheid en de validiteit gestreefd te worden naar meer respondenten.

2. In hoeverre is met de risicoscan het daadwerkelijke risicogedrag, gemeten met het agressie meldingssysteem 'SOAS-R', te voorspellen (predictieve validiteit)?

Om de validiteit van de risicoscan te onderzoeken is de uitkomst op de al eerder ingevulde risicoscans vergeleken met meldingen van incidenten in SOAS-R.

4.2.1 Belangrijke uitkomsten

De scores op de risicoscan en de SOAS-R verschillen sterk van elkaar. Uit de resultaten blijkt dat er op de gehele risicoscan door 64% van de cliënten ten minste één keer werd gescoord, dit was op de SOAS-R slecht 10%. Op de risicoscan is er het meest gescoord op het item

‘zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/ of sociaal isolement (afgelopen 2 jaar)’. Hier was 42 keer op gescoord, terwijl dit op de SOAS-R slechts één keer bedroeg. Op de SOAS-R was er het meest gescoord op het item ‘vernielen van eigendommen; 1-3 x per maand’. Bovendien is uit het onderzoek naar voren gekomen dat er voor veel items geen correlaties berekend konden worden, omdat er scores ontbraken. Een voorbeeld hiervan is dat de resultaten laten zien dat er op het domein ‘grensoverschrijdend seksueel gedrag’ helemaal niet gescoord was op de SOAS-R.

4.2.2 Kanttekeningen van het onderzoek

Ten eerst dient opgemerkt te worden dat de SOAS-R metingen voor een periode van tien maanden zijn bijgehouden. Als een cliënt bepaald gedrag kan vertonen, hoeft dit niet per se in de afgelopen tien maanden te zijn voorgekomen. Op deze manier zou de predictieve validiteit slecht gemeten kunnen zijn. Dit lijkt niet het geval te zijn, omdat uit de literatuur vergelijkbare percentages gevonden zijn voor risicogedrag als gekeken wordt naar de SOAS-R. Emerson et al. (2001) geeft aan dat ongeveer 10-15% van de cliënten in een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking, risicovol gedrag vertoont. Er moet worden afgewogen of voor dit geringe percentage van risicogedrag, alle cliënten belast moeten worden met een screening. Op de risicoscan vertoont 64% risicovol gedrag. Als er gekeken wordt naar de meldingen op de SOAS-R lijkt de scores op de risicoscan zelden tot een incident te leiden. Het kan dan ook mogelijk zo zijn dat de risicoscan de kans op een incident overschat. De risicoscan lijkt hierdoor een hoge sensitiviteit te hebben, maar een lage specificiteit, wat tot vals positieve uitkomsten leidt. Hier dient rekening mee gehouden te worden als er maatregelen genomen worden.

Ten tweede dient er afgevraagd te worden of de SOAS-R voor dit doel wel goed ‘gescoord’ is. Agressie kan wel aangegeven worden in de SOAS-R en er kan een toelichting gegeven worden, maar als een cliënt bijvoorbeeld agressief gedrag heeft vertoond door met objecten te gooien, dan is niet duidelijk of dit gericht was op een persoon of juist niet, of de cliënt hiermee spullen wilde vernielen en of het object scherp was. Soms kan dit achterhaald worden uit de toelichting, maar in sommige gevallen kunnen meldingen niet gekoppeld worden aan de risicoscan. De SOAS-R lijkt hierdoor op een minder specifiek niveau bruikbaar dan de risicoscan.

Ten derde speelt het mee dat het SOAS-R instrument gericht is op agressie-incidenten en zich niet specifiek richt op verslavend en grensoverschrijdend seksueel gedrag. Hoogstwaarschijnlijk zal alleen als er agressie ontstaat als gevolg van verslavende gedragingen of grensoverschrijdend seksuele gedragingen, dit in de SOAS-R vermeld worden. Bovendien moeten de begeleiders de incidenten invoeren, wat er wellicht ook voor heeft gezorgd dat de scores en hiermee ook de correlaties lager uitvallen. De lage validiteit kan verklaard worden doordat de erkenning van de

agressie moeilijk is en begeleiders agressie dan ook vaak niet zien als een ernstig incident (Singh et al., 2007). Dit kan een reden zijn voor het niet melden van het agressie-incident. Almvik en collega's (2006) tonen aan dat incidenten vaak niet gemeld worden. Dit, terwijl het voorkomen van de agressie-incidenten een hoge prioriteit zou moeten hebben vanwege de risico's die hieraan verbonden zijn (Nijman et al., 2002).

Ten slotte kan de lage predictieve validiteit mogelijk verklaard worden doordat begeleiders na het invullen van de risicoscan (onbewust) maatregelen hebben genomen tegen het vermelde risicogedrag van de cliënt op de scan. Waarschijnlijk is dit niet het geval, omdat Aveleijn haar medewerkers heeft gevraagd niets met de uitkomsten van de risicoscan te doen.

4.2.3 Algemene conclusie

De uitkomsten geven een indruk dat de predictieve validiteit bij dit onderzoek laag is, maar dit lijkt eerder te liggen aan de SOAS-R. Op het agressie meldingssysteem is namelijk weinig tot niet gescord. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat veel items weinig overeen komen en sommige items slecht geregistreerd kunnen worden via de SOAS-R. Sommige domeinen lijken bovendien minder zichtbaar, zoals grensoverschrijdend seksueel gedrag. Het kan echter ook zo zijn dat de risicoscan de kans op een incident overschat.

4.2.4 Aanbevelingen

Het onderzoek naar de predictieve validiteit van de risicoscan laat veel kanttekeningen zien, waardoor aanbevelingen belangrijk zijn voor mogelijk vervolgonderzoek van de risicoscan.

De items

De items van SOAS-R komen weinig overeen met de items van de risicoscan. Voor de validiteit is het wellicht interessant om alleen de items die wel overeenkomen te vergelijken met elkaar. Op deze manier komen er meer betrouwbare uitkomsten over de predictieve validiteit van de risicoscan. Om de items meer overeen te laten komen zou het ook mogelijk zijn om de vragen van de risicoscan, zoals eerder genoemd, minder specifiek te maken. Op deze manier zou bovendien de mogelijke overschatting van de risicoscan tegengegaan kunnen worden.

De tijdsduur

Bij de SOAS-R is er nu gekeken naar de afgelopen tien maanden, terwijl de risicogedragingen in de risicoscan over de afgelopen twee tot vijf jaar gaan. Een mogelijke optie is om de SOAS-R meldingen voor een langere periode naast de risicoscan te leggen. Dit houdt in dat de risicoscan nogmaals met SOAS-R kan worden vergeleken, maar dan pas over bijvoorbeeld vijf jaar, zodat

dezelfde uitkomsten verwacht zouden worden. De huidige cliënten zijn vaak al lang in zorg bij Aveleijn, waardoor verwacht kan worden dat het gedrag van de cliënt stabiel is als gekeken wordt naar een periode van vijf jaar.

Het melden van agressie-incidenten

Als de SOAS-R gebruikt blijft worden voor de vergelijking met de risicoscan, is er misschien ook de mogelijkheid om de begeleiders meer bewust te maken van het feit dat het nodig is om de incidenten te registreren. Voor registratie van het agressieve gedrag is het belangrijk dat de begeleiders het gedrag erkennen, want deze agressieve gedragingen worden vaak gezien als ‘gewoontegedrag’. Gewoontegedrag wordt niet na elke dienst geregistreerd. Belangrijk is om te kijken in hoeverre de begeleiders zelf wat kunnen doen aan het terugdringen van agressie-incidenten, door bijvoorbeeld meer melding te maken van de incidenten en meer aandacht te hebben voor de agressie die plaats vindt op de groep (Venter et al., 2006). Hier speelt ook het managementteam een belangrijke rol in. Bij het invullen van de risicoscan levert dit geen probleem, omdat men over risicogedrag wel kan aangeven of het voorgekomen is.

Het vergelijkingsinstrument

Een andere mogelijke optie is de risicoscan naast een ander instrument te leggen, omdat de meetinstrumenten niet dezelfde items meten. Een mogelijk geschikt instrument wat uit de literatuur naar voren is gekomen is bijvoorbeeld de Dynamic Risk Assessment and Management System (DRAMS), waar een Nederlandse versie van bestaat genaamd DRAMS-NL. Dit instrument is ook een vragenlijst voor mensen met een verstandelijke beperking (Lindsay, Murphy, Smith, Murphy, Edwards, Chittock, Grieve, Young, 2004). Hierin wordt ingegaan op stemming en gevoelens, antisociaal gedrag, overdraagzaam / prettig in de omgang, omgang met seks, geweld gebruiken, dagelijkse routine, middelen misbruik, kans om een slachtoffer te ontmoeten, gevoel eigenwaarde / weinig contacten en de gezondheid. De vijf domeinen van de risicoscan lijken hierdoor meer tot hun recht te komen. Bovendien zijn er meerder gradaties in de antwoorden. Zo zijn er vragen waarbij er geantwoord kan worden met; geen kans, beetje kans, goede kans, kan altijd of met nee nooit, beetje, soms, vaak, veel en altijd/ steeds. Dit is een voordeel als de risicoscan via dossieranalyse ingevuld gaat worden, omdat dan de frequenties gemakkelijker zijn in te vullen. Een nadeel van dit instrument is dat het in vergelijking met de SOAS-R alleen gebruikt wordt voor onderzoek naar de risicoscan en dit als een onnodige belasting kan worden gezien door de gebruikers.

4.3 Welke belemmerende en bevorderende factoren, determinanten van de sociaal-politieke omgeving, de organisatie zelf, de individuele gebruiker, de vernieuwing en determinanten die gerelateerd zijn aan faciliteiten die nodig zijn voor de implementatie, zijn van belang bij de implementatie van de risicoscan?

De belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de risicoscan bij Aveleijn zijn geïnterviewd aan de hand van de determinanten van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) die te vinden zijn in bijlage 4. Deze determinanten zijn voorgelegd aan belangrijke stakeholders van Aveleijn.

4.3.1 Belangrijke uitkomsten

Uit de resultaten komt naar voren dat alle stakeholders het belang van de risicoscan in zien. De organisatie lijkt bovendien te beschikken over voldoende kennis en vaardigheden. Steun van het management is duidelijk aanwezig, waardoor fondsen beschikbaar zijn voor de middelen om de risicoscan te implementeren. Middelen waar aan gedacht kan worden zijn de procedures en richtlijnen verwerkt in een handleiding voor de medewerkers. Aveleijn moet ook nog met factoren rekening houden voor de implementatie. Zij dient zich voornamelijk af te vragen of zij de cliënten met de risicoscan wil belasten en dient de gehele procedure in kaart te hebben om deze procedure over te kunnen brengen aan de gehele organisatie.

4.3.2 Kanttekeningen van het onderzoek

Een belangrijk discussiepunt is dat de resultaten van dit onderzoek bestaan uit de bevindingen van vier respondenten. Het was niet mogelijk om een clustermanager en een contactpersoon van een cliënt te interviewen over de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie door weerstanden in delen van de organisatie. De informatie van deze twee personen zou wellicht nog wat kunnen toevoegen aan de resultaten. Bovendien zijn er twee ontwikkelaars van de risicoscan geïnterviewd, wat de helft is van het aantal respondenten. Dit zou de resultaten wellicht een vertekend beeld kunnen geven, doordat de uitkomsten van dit onderzoek mogelijk positiever lijken.

4.3.3 Algemene conclusie

Aan de hand van de interviews met de stakeholders via het implementatiemodel kan geconcludeerd worden dat Aveleijn al met veel determinanten rekening heeft gehouden. Echter zijn er ook een paar belemmerende factoren waar Aveleijn nog rekening mee dient te houden. De belasting van de cliënten en diens contactpersonen speelt hierbij een grote rol. AveleijnSDT dient hierbij uit te zoeken of ze de cliënt er zelf mee willen belasten en wat wel en niet mogelijk is

hierbij. Als de cliënt bij het gesprek aanwezig is, is dat een belasting voor de cliënt. Via dossieranalyse krijgt de cliënt waarschijnlijk geen emotionele of fysieke belasting, dit alleen als de risicoscan nabesproken zou worden. Ook de gehele procedure is nog onduidelijk voor alle medewerkers. Hoe de risicoscan ingevuld gaat worden, door middel van dossieranalyse of door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt, speelt een belangrijke rol hierin. Als hier een keuze in gemaakt is dient Aveleijn uit te zoeken hoe zij iedereen op de hoogte willen stellen van de risicoscan.

4.3.4 Aanbevelingen

Voor het geringe aantal respondenten is een aanbeveling weergegeven, net zoals voor de factoren waar Aveleijn nog rekening mee dient te houden.

De stakeholders

Om een meer betrouwbaar beeld te krijgen van de belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij de implementatie van de risicoscan kan Aveleijn zelf in gesprek gaan met enkele clustermanagers. Ook kunnen ze overwegen om voor extra informatie contactpersonen van cliënten van verschillende locaties te interviewen.

Implementatie binnen de organisatie

Er dient te worden nagedacht hoe de gebruikers van de risicoscan gemotiveerd zullen worden, zodat zij de risicoscan bij hun taak vinden passen en deze goed zullen implementeren. Hiervoor dienen de medewerkers op de hoogte gebracht te worden hoe de risicoscan gebruikt dient te worden. Een mogelijkheid hiervoor is gebruik te maken van een cursus, dit zorgt onder andere voor een juiste interpretatie van de vragen van de risicoscan. Ook dienen de ontwikkelaars van de risicoscan ten alle tijden bereikbaar te zijn tijdens de implementatie voor mogelijke vragen over en problemen met de risicoscan. Een stimulans die niet noodzakelijk is, maar die de gebruikers wel extra zal motiveren, is de resultaten regelmatig laten zien aan de gebruikers.

Kort samengevat kan worden geconcludeerd dat men de risicoscan ziet als een waardevol instrument, maar dat de risicoscan nog wel wat aanpassingen moet ondergaan. Voor de bruikbaarheid zijn er in dit onderzoek meerdere voor- en nadelen weergegeven waar Aveleijn van gebruik kan maken om een implementatieplan te schrijven. Zij dient er rekening mee te houden dat de (predictieve) validiteit nog verder onderzocht dient te worden, omdat een instrument valide moet zijn om van meerwaarde te kunnen zijn. De gebruikers dienen goed geïnformeerd te worden, omdat zij nodig zullen zijn om de risicoscan verder te optimaliseren.

Referenties

- Almvik, R., Rasmussen, K., & Woods, P. (2006). Challenging behaviour in the elderly – monitoring violent incidents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 368-374.
- ASVZ Groep (2004). *The strength of simplicity*. Leerdam: ASVZ Groep.
- Borthwick-Duffy S. A. (1994) Prevalence of destructive behaviors. In: *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment* (eds T. Thompson & D. B. Gray), pp. 3- 23. Sage publications, Thousand Oaks.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Burke, D., Burke, M., & Forehand, R. (1987). Characteristics of residential retarded clients as predictors of staff expectations and frustrations. *Behavioural Residential Treatment*, 2, 55-62.
- Cheng, M.M., & Udry, J.R. (2002). Sexual behaviors of psychically disabled adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 31 (1), 48-58
- Didden, R. (2004) Psychiatrische- en gedragsproblemen bij mensen met verstandelijke beperkingen: thematisch overzicht en ontwikkelingen. In M. Kersten & D. Flikweert (red.). *Onderzoek over grenzen. Thematische rapportages en beschouwingen naar aanleiding van het 12de IASSID congres, Montpellier 2004*. Utrecht: NGBZ en LKNG/NIZW.
- Dôsen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Verkregen op 14 juli 2010 via:
<http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=xyPLJiEn7cC&oi=fnd&pg=PA1&DQ=D>
- Dura, J.R., Mulick, J.A., & Myers, E.G. (1988) Prevalence of multiple problems in institutionalized nonambulatory profoundly mentally retarded children. *Behavioural Residential Treatment*, 3, 239-246.
- Emerson E. (2000) *Challenging Behavior. Analysis and Intervention in People with Intellectual Disabilities*, 2nd edn. Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson E., Kiernan C., Alborz A., Reeves D., Mason H., Swarbrick R., Mason L. & Matton C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 73–99.
- Emerson, E., et al. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in developmental disabilities*, 22, 77-93.
- Feldman, M.A., Atkinson, L., Foti-Gervais, L., & Condillac, R. (2004). Formal versus informal interventions for challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 60-68.
- Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study *International Journal for Quality in Health Care*; 16 (2), 107–123.

- Foshee, V.A., Benefield, M.S., Ennet, S.T., Bauman, K.E., & Suchindran, C. (2004). Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive Medicine*, 39 (5), 1007-1016
- Goldman, R.L. (1994). Children and youth with intellectual disabilities: Targets for sexual abuse. *International Journal of Disability, Development and Education*, 41, 89-102.
- Griffin, J.C., Williams, D.E., Altmeyer, B.K., & Mason, M. (1986). Self-injurious behavior: A state- wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 105-116.
- Holtkamp, Z.M.C.P., & Vaags, M. (2009). *Risicoscan Risicovol Gedrag bij Verstandelijk Gehandicapten*. Borne: Aveleijn
- Jacobson J. W. (1982) Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population. I: Behavior frequency. *Applied Research in Mental Retardation* 3, 121-39.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kersten, M. (2003). *Seksualiteit van mensen met een handicap: Een analyse van bestaande kennis en aanwijzingen voor de praktijk en verdere kennisverwerking*. Utrecht: LKNG.
- Klerk, M. M. Y. de (2000). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kiernan, C. & Kiernan, D. (1994) Challenging behavior in schools for pupils with severe learning difficulties. *Mental Handicap Research* 7, 177–201.
- Lindsay, W.R., Murphy, L., Smith, G., Murphy, D., Edwards, Z., Chittock, C., Grieve, A., Young, S.J. (2004). The Dynamic Risk Assessment and Management System: An Assessment of Immediate Risk of Violence for Individuals with Offending and Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17, 267–274.
- McCabe, M.P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*, 17 (2), 157-170.
- McCabe, M.P., & Cummins, R.A. (1996). The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 13–22.
- Maguire, K.B. & Piersel, W.C. (1992). Specialized treatment for behaviour problems of institutionalised persons with intellectual disability. *Mental Retardation*, 30, 227-232.
- Meelen, B. (2004). AVGIO. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, 22 (2).
- Nijman, H., Evers, C.M., Merckelbach & H., Palmstierna, T. (2002). Assessing Aggression Severity with the Revised Staff Observation Aggression Scale, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 25, (3), 198-200.
- Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., e.a. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
- O'Brien, L., O'Brien, C. J., Mount, B. (1997). Person Centered Planning Has Arrived...Or Has It? *Mental Retardation* 35, 5, 480-483.

- Oliver C., Murphy G. H. & Corbett J. A. (1987) Selfinjurious behaviour in people with mental handicap: a total population study. *Journal of Mental Deficiency Research* 31, 147–62.
- Pearpoint, J., Forest, M., Snow, J. (1992). *The inclusion papers. Strategies to make inclusion work*. Toronto: Centre for Integrated Education and Community.
- Schilling, R.F. & Schinke, S.P. (1989). Mentally retarded sex offenders: Fact, fiction and treatment. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 7, 33-48.
- Raghavan, R., Bogart, L.M., Elliot, M.N., Vestal, K.D., & Schuster, M.A. (2004). Sexual victimization among a national probability sample of adolescent women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36 (6), 225-232
- Reintjes, G.J.M. (2001) Taksatieschaal Wonen. Culemborg: Taksatie Project Buro BV.
- Sevenhuijsen, E., Dekker, M.J. & Scheers, T.F.H. (1996). *Seksueel misbruik en mensen met een verstandelijke beperking. Inventarisatie naar knelpunten in de hulpverlening in Groningen*. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid Rijksuniversiteit Groningen.
- Siebelink, E. M., Jong, M. D. T. de, Taal, E., & Roelvink, L., (2006). Sexuality and People With Intellectual Disabilities: Assessment of Knowledge, Attitudes, Experiences, and Needs. *Mental Retardation*, 22 (4), 283-294.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Adkins, A.D., Wahler, R.G., Sabaawi, M. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behaviour through mindfulness training. *Behavior Modification*, 31, 313-328.
- SOLT.E.A.M., Saxion (2009). Mastercourse: Oplossingsgerichte Denken en Werken in Zorg Welzijn. Verkregen op 1 oktober 2009, via [http://www.louiscauffman.com/downloads/InformatiepakketODWZ&W\(L\)2009-2010.pdf](http://www.louiscauffman.com/downloads/InformatiepakketODWZ&W(L)2009-2010.pdf)
- Su, C.Y., Lin, Y.H., Wu, Y.Y., & Chen, C.C. (2008). The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation. *Research in developmental disabilities*, 29 (1), 83-95.
- Su, C.Y., Chen, C.C., Wuang, Y.P., Lin, Y.H., Wu, Y.Y. (2008). Neuropsychological predictors of everyday functioning in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (1), 18-28.
- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tassé, M. J., Bryant, B., Craig, E. M., & Campbell, E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40 (5), 390-404.
- Tutton, C., Wynne-Willson, S., & Piachaud, J. (1990). Rating management difficulty: a study into the prevalence and severity of difficult behaviour displayed by residents in a large residential hospital for the mentally handicapped. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 325-329.
- Venter, M., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2006). The phenomenon of aggressive behavior of learners in the school situation. *Education*, 126, 312-315.
- Waninge-Bulder, J. (2010). *Screening op risicogedrag bij verstandelijk beperkten. Onderzoek naar de gebruiksmogelijkheden, validiteit en implementiemogelijkheden voor de gebieden 'agressie gericht op anderen' en 'verslavend gedrag' van de risicoscan van Aveleijn*. Ongepubliceerde masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

Bijlagen

Bijlage 1: Het oplossingsgericht werken

Bijlage 2: De digitale risicoscan

Bijlage 3: De oude papieren risicoscan

Bijlage 4: De determinanten van het implementatiemodel

Bijlage 5: Het interview protocol

Bijlage 6: De citaten van de stakeholders

Bijlage 7: De taksatieschaal en het B-formulier

Bijlage 1 Het oplossingsgericht werken

Het oplossingsgericht werken is sinds kort ingevoerd bij Aveleijn. De begeleiders en tevens de cliënten moeten nog wennen aan deze aanpak. Toch blijkt nu al dat zij tevreden zijn met deze nieuwe behandelwijze en zij zien het nut van deze behandelwijze ook zeker in (persoonlijke communicatie met cursusleiders van Aveleijn bij ‘oplossingsgericht werken’). De begeleiders hebben een cursus gekregen over deze behandelwijze en steunen elkaar om via deze behandelwijze te werken. De uitgangspunten van het oplossingsgericht werken komen uit de systeempsychotherapie en zijn gebaseerd op een achterliggende systeemtheoretische epistemologie. Hierbij vormt het werk van Shazer, Berg, Bateson en Erickson (In SOLT.E.A.M. & Saxion, 2009) de wetenschappelijke basis. Een kubus is ontwikkeld om de theorie te visualiseren. De zijden van deze kubus betreffen de zes hoofdpunten van het model: basis axioma’s, basisregels, non-specifieke factoren, mandaat, de 7 stappendans en een stroomdiagram.

Voorbeelden van basis axioma’s zijn ‘cliënt georiënteerd’ en ‘resource georiënteerd’. Met cliënt georiënteerd bedoeld Cauffman (In SOLT.E.A.M. & Saxion, 2009) dat de behandeling gebeurd in de taal en in de belevingswereld van de cliënt. Bij resource georiënteerd moet er gekeken worden naar wat de sterke punten zijn van de cliënt en zijn context die, ondanks de problemen, toch nog aan te wenden zijn. Een voorbeeld van een basisregel is ‘Als het niet kapot is, repareer het dan niet’. Hiermee bedoelt Cauffman (In SOLT.E.A.M. & Saxion, 2009) dat er niet onnodig op aspecten moet worden gelet die niet aan de orde zijn. De overige basisregels zijn ‘als iets (beter) werkt, doe er dan meer van’ en ‘als iets (beter) werkt, leer het aan een ander of leer het van een ander’. Een non-specifieke variabele is ‘respect’ net zoals ‘authentieke aandacht’. Het is belangrijk dat de cliënt met respect behandeld wordt en ook de specifieke aandacht krijgt die hij of zij nodig heeft. Met authenticiteit doelt men hier op betrouwbaarheid, uniek zijn, geloofwaardigheid en echtheid. Iedere medewerker heeft op zijn of haar niveau in de organisatie drie verschillende mandaten. Een mandaat als ‘coachend’ waar de opdracht is een context te creëren waarin de cliënt/medewerker geholpen wordt om zichzelf opnieuw te leren helpen. Ook heeft iedere medewerker een mandaat als ‘leider’ en als ‘management’/ ‘structurerend’. De 7-stappendans bestaat uit de volgende stappen; contact leggen, context verhelderen, doelen stellen resources detecteren en uitzonderingen zoeken, complimenten geven en differentiatie aanbrengen. Een belangrijk stap in de 7-stappendans is het complimenteren. Begeleiders van Aveleijn gaven aan dat dit in het begin erg lastig was en ze hier erg aan moesten wennen. De cliënten hadden wel door dat de begeleiders anders te werk gingen, maar ervoeren dit positief (persoonlijke communicatie met cursusleiders van Aveleijn bij ‘oplossingsgericht

werken'). Het stroomdiagram, ook wel 'oplossingsgerichte flowchart' genoemd, bestaat uit een beperkte vragenset die gebruikt kan worden als richtlijn, in het zoeken naar oplossingen. Twee voorbeelden uit de vragenset zijn 'is hetgeen zich aandient, een probleem of beperking?' en 'stelt de cliënt een hulpvraag?'. Met deze flowchart kan er bepaalt worden welke interventie gebruikt kunnen worden.

Bij het oplossingsgericht werken maakt het niet uit welke functie de medewerker heeft, welke visie of met welk model er in de organisatie of instelling gewerkt wordt. De regels van dit model zijn altijd toepasbaar. Het is hierbij belangrijk om verandering op gang te brengen. Om problemen op te lossen is het van belang hoe er met elkaar wordt omgegaan; een goede samenwerkingsrelatie is essentieel voor verandering (Cauffman, 2009).

Kort samengevat zorgt het oplossingsgericht werken voor hoop bij de cliënten. Er wordt gefocust op het doel en op de toekomst waarin het tot stand gekomen doel bereikt is. Het is daarbij niet de vraag óf dit doel bereikt zal worden, maar wanneer. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruikt worden gemaakt van de 'wondervraag' (Westa & Bannik, 2006). De cliënt dient bij deze 'wondervraag' in detail te beschrijven hoe zijn of haar situatie zou zijn als er een wonder zou hebben plaats gevonden. Hierdoor verschuift het probleem naar de gewenste toekomst.

Referenties:

- Cauffman, L. (2009). *Oplossingsgerichte therapie*. Verkregen op 1 oktober 2009, via <http://www.louiscauffman.com/site/index.php>
- SOLT.E.A.M., Saxion (2009). Mastercourse: Oplossingsgerichte Denken en Werken in Zorg en Welzijn. Verkregen op 1 oktober 2009, via [http://www.louiscauffman.com/downloads/InformatiepakketODWZ&W\(L\)2009-2010.pdf](http://www.louiscauffman.com/downloads/InformatiepakketODWZ&W(L)2009-2010.pdf)
- Westra, E.J. & Bannink, F.P. (2006). 'Simpele' oplossingen! Oplossingsgericht werken bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (1). *PsychoPraxis* 8, 4, 158-162.
- Westra, E.J. & Bannink, F.P. (2006). 'Simpele' oplossingen! Oplossingsgericht werken bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (2). *PsychoPraxis* 8, 5, 213-218.

Bijlage 2 De digitale risicoscan

- De gegevens die voor het begin van de risicoscan gevraagd worden zijn:

Nr.	Vraag
	Wat is het cliëntnummer van de cliënt? Vul in: U moet een cliëntnummer invullen!
0.1	Naar welk cluster gaat de voorkeur van de cliënt? Achtspan Is dit een fictieve scan? ☐ Ja ☐ Nee
Start digitalerisicoscan	

- Nu kan er begonnen worden met de vragen:

0	Algemene informatie over de cliënt
L	0.2 Wat is het geslacht van de cliënt? ☐ Man ☐ Vrouw
	0.3 In welke leeftijdscategorie valt de cliënt? ☐ 0-11 jaar ☐ 12-21 jaar ☐ 22-35 jaar ☐ 36-50 jaar ☐ 51-64 jaar ☐ 65 jaar of ouder
	0.4 Wat is de verstandelijke handicap (IQ) van de cliënt? ☐ Zwakbegaafd IQ 70/75-85/90 ☐ Lichte verstandelijke handicap IQ 35/40-50/55 ☐ Matige verstandelijke handicap IQ 35/40-50/55 ☐ Ernstige verstandelijke handicap IQ 20/25-35/40 ☐ Diepe verstandelijke handicap IQ lager dan 20/25

0.5 Wat is de ZZP-score van de cliënt?

- ☐ ZZP1
- ☐ ZZP2
- ☐ ZZP3
- ☐ ZZP4
- ☐ ZZP5
- ☐ ZZP6
- ☐ ZZP7
- ☐ SGLVG
- ☐ GGZ (B-groep)
- ☐ GGZ (C-groep)
- ☐ EMB
- ☐ EMB zwaar

Anders, namelijk Verder

0.6 Welke stoornissen en/of syndromen heeft de cliënt? Vul in:

Verder **Elk stoornis/syndroom volgen met een komma!**

1 Heeft de cliënt zich wel eens agressief gedragen waarbij de cliënt zich richtte op een ander, op objecten of zichzelf?

1.1 Agressie gericht op een persoon

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.1.1 Heeft de cliënt de afgelopen twee jaar iemand bedreigd? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee

1.1.1.1 Gebruikte de cliënt daarbij een gevaarlijk voorwerp, zoals een vuurwapen en/of steekwapen of ander gevaarlijk voorwerp? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee

1.1.2 Gooit de cliënt met voorwerpen naar anderen? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

- ☐ **1.1.2.1** Hoe vaak gooit de cliënt met voorwerpen naar anderen? (?)
- ☐ Minder dan 1 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 1 keer per maand of vaker (**Clustermanager inschakelen**)

1.1.3 Valt de cliënt anderen aan? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

- ☐ **1.1.3.1** Heeft de cliënt hierbij anderen verwondingen aangebracht?
- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee (**Begeleider inschakelen**)

1.1.4 Heeft de cliënt iemand vermoord of een poging daartoe gedaan? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee

1.2 Agressie gericht op een dier

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

☐ **1.2.1** Heeft de cliënt de afgelopen 2 jaar dieren gepest? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee

1.2.2 Heeft de cliënt een dier verwaarloosd? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee

1.2.3 Heeft de cliënt een dier mishandeld of gedood? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee

1.3 Agressie gericht op objecten

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

☐ **1.3.1** Gooit de cliënt met voorwerpen niet gericht op anderen? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

☐ **1.3.1.1** Hoe vaak gooit de cliënt met voorwerpen niet gericht op anderen? (?)

☐

Minder dan 1 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)

☐

1 keer per maand of vaker (**Clustermanager inschakelen**)

1.3.2 Vernielt de cliënt eigendommen van zichzelf of anderen? (?)

☐

Ja

☐

Nee

☐ **1.3.2.1** Hoe vaak vernielt de cliënt eigendommen van zichzelf of anderen? (?)

☐

Minder dan 1 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)

☐

1 tot 3 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)

☐

4 keer per maand of vaker (**Clustermanager inschakelen**)

1.4 Agressie gericht op zichzelf of neiging hiertoe

☐

Ja

☐

Nee

☐

Niet bekend

☐ **1.4.1** Heeft de cliënt in de afgelopen 5 jaar zichzelf opzettelijk verwond? (?)

☐

Ja (**Clustermanager inschakelen**)

☐

Vermoedelijk (**Begeleider inschakelen**)

☐

Nee

1.4.2 Heeft de cliënt in de afgelopen 2 jaar gedreigd met zelfdoding? (?)

☐

Ja (**Begeleider inschakelen**)

☐

Nee

1.4.3 Heeft de cliënt een poging tot suïcide gedaan of zijn hier aanwijzingen voor? (?)

☐

Ja (**Clustermanager inschakelen**)

☐

Nee

1.5 Vertoont de cliënt aandachtvregend gedrag? (?)

☐

Ja (**Begeleider inschakelen**)

☐

Nee

☐

Niet bekend

☐ **1.5.1** Heeft dit in de afgelopen 5 jaar geleid tot stalken? (?)

☐

Ja (**Clustermanager inschakelen**)

☐

Nee

1.6 Heeft de cliënt woede-uitbarstingen? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L 1.6.1 Hoe vaak vertoont de cliënt een woede-uitbarsting? (?)

- ☐ Minder dan 1 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 1 tot 3 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 4 keer per maand of vaker (**Clustermanager inschakelen**)

1.7 Heeft de cliënt andere personen gepest? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.8 Is de cliënt door anderen gepest? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.9 Is de cliënt slachtoffer geweest van lichamelijke of psychische mishandeling? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Vermoedelijk (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.10 Heeft de cliënt de afgelopen 2 jaar verbale agressie vertoond? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.11 Heeft de cliënt de afgelopen 2 jaar iemand vals beschuldigd? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.12 Is er binnen het systeem sprake van agressie? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.13 Is de cliënt gefixeerd op vuur en zaken die daarmee te maken hebben? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L 1.13.1 Heeft de cliënt brand gesticht? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee

1.14 Heeft de cliënt goederen onttreft? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Vermoedelijk (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L 1.14.1 Is dit een gevolg van zijn/haar ziektebeeld? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee (**Clustermanager inschakelen**)

1.15 Urineert de cliënt op de vloer, of zorgt de cliënt dat uitwerpselen en/of sperma op muren of vloer worden geplaatst? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.16 Heeft de cliënt in de afgelopen 2 jaar rond gezworven met als gevolg dat de eigen gezondheid in gevaar werd gebracht? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.17 Heeft de cliënt in de afgelopen 2 jaar zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/of sociaal isolement vertoond? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.18 Vertoont de cliënt wegliep of verstopgedrag? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

1.19 Weigert de cliënt zorg? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

2 Gebruikt de cliënt middelen die verslavend kunnen zijn (met uitzondering van roken)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L 2.1 Gebruikt de cliënt (vermoedelijk) harddrugs? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

L 2.1.1 Hoe vaak gebruikt de cliënt harddrugs? (?)

- ☐ Vermoedelijk gebruik van harddrugs (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 1 of 2 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Meer dan 2 keer per maand (**Clustermanager inschakelen**)

2.2 Gebruikt de cliënt (vermoedelijk) softdrugs? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee

L 2.2.1 Hoe vaak gebruikt de cliënt softdrugs? (?)

- ☐ 1 keer per maand of minder
- ☐ 2 tot 8 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 8 keer per maand of vaker (**Clustermanager inschakelen**)

2.3 Gebruikt de cliënt (vermoedelijk) alcohol? (?)

- ☐ Ja
☐ Nee

L 2.3.1 Hoeveel alcoholhoudende drankjes drinkt de cliënt per week? (?)

- ☐ 0-2 glazen per week
☐ 3 of meer glazen per week (**Begeleider inschakelen**)

L 2.3.1.1 Is dit alcoholgebruik pathologisch? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
☐ Nee (**Begeleider inschakelen**)

2.4 Gebruikt de cliënt (vermoedelijk) andere middelen? (?)

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Niet bekend

L 2.4.1 Welke andere middelen gebruikt de cliënt? (?)

Verder

2.4.2 Hoe vaak gebruikt de cliënt deze middelen? (?)

- ☐ 1 of 2 keer peer maand
☐ Meer dan 2 keer per maand (**Clustermanager inschakelen**)

2.4.3 Heeft het middelengebruik een signaalfunctie bij de cliënt? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
☐ Nee

2.5 Maakt de cliënt schulden als gevolg van zijn verstandelijke handicap? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
☐ Nee
☐ Niet bekend

2.6 Maakt de cliënt schulden als gevolg van verslaving? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
☐ Nee
☐ Niet bekend

2.7 Handelt de cliënt in drugs? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Vermoedelijk (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L 2.7.1 Laat de cliënt zich hier voor gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee

2.8 Hoe vaak gokt de cliënt per maand? (?)

- ☐ 0-8 keer per maand
- ☐ 8-10 keer per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ 11 keer of vaker per maand (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Niet bekend

L 2.8.1 Is dit pathologisch gokken? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee

2.9 Heeft de cliënt andere verslavingen dan de al genoemde? (?)

Ja, vul in Verder ☐ Nee

2.10 Is er binnen het systeem sprake van verslavend gedrag? (?)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

3 Is de cliënt dader of slachtoffer geweest bij grensoverschrijdend seksueel gedrag?

L 3.1 Dader? (?)

- ☐ Ja (**Clustermanager inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

3.2 Vermoedelijk dader? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

L	U heeft aangegeven dat de cliënt (vermoedelijk) dader is van seksuele 3.2.1 handelingen of een poging daartoe. In welke leeftijdscategorie viel het slachtoffer? (?)	
	☐ Kinderen tot 12 jaar (Clustermanager inschakelen) ☐ Kinderen tussen de 12 en 18 jaar (Clustermanager inschakelen) ☐ Volwassenen (vanaf 18 jaar) (Clustermanager inschakelen) Verder	
3.3 Slachtoffer? (?)		
	☐ Ja (Clustermanager inschakelen) ☐ Nee ☐ Niet bekend	
3.4 Vermoedelijk slachtoffer? (?)		
	☐ Ja (Begeleider inschakelen) ☐ Nee ☐ Niet bekend	
L	3.4.1 Heeft de cliënt een seksuele voorkeur waarin een ander ongewenst betrokken wordt en zich niet aan de situatie kan onttrekken? (?)	
	☐ Vermoedelijk kinderen tot 12 jaar (Begeleider inschakelen) ☐ Vermoedelijk kinderen tussen de 12 en 18 jaar (Begeleider inschakelen) ☐ Vermoedelijk volwassenen (vanaf 18 jaar) (Begeleider inschakelen) Verder	
3.5 Laat de cliënt zich voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie? (?)		
	☐ Ja (Clustermanager inschakelen) ☐ Vermoedelijk (Begeleider inschakelen) ☐ Nee ☐ Niet bekend	
3.6 Ziet de cliënt dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachtingen en/of interesse opwekt? (?)		
	☐ Ja ☐ Nee (Begeleider inschakelen) ☐ Niet bekend	

3.7 Heeft de cliënt in de afgelopen twee jaar seksueel getinte opmerkingen gemaakt? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

3.8 Heeft de cliënt in de afgelopen twee jaar ontremd lichamelijk seksueel gedrag naar anderen vertoond? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

3.9 Heeft de cliënt in de afgelopen twee jaar geen uiting kunnen geven aan seksuele behoeften? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

3.10 Is er binnen het systeem sprake van grensoverschrijdend seksueel gedrag? (?)

- ☐ Ja (**Begeleider inschakelen**)
- ☐ Nee
- ☐ Niet bekend

Bijlage 3 De oude papieren risicoscan

Aveleijn, Z.M.C.P Holtkamp MSc & M.J. Vaags MA



Naam cliënt: _____

Geboortedatum: _____

LET OP: DEZE QUICKSCAN BESTAAT UIT EEN VOOR- EN ACHTERKANT

1. AGRESSIE EN IMPULSEN GERICHT OP ANDEREN											TOTAAL
1.1 Moord, doodslag of poging daartoe.	1.2 Stalken. Termijn: afgelopen vijf jaar.	1.3 Bedreiging met vuur- en/of steekwapen of ander gevaarlijk voorwerp.	1.4 Anderen aanvallen resultierend in verwon- dingen.	1.5 Woede- uitbarsting. Frequentie: 4 x per maand of vaker	1.6 Gooien met voorwerpen gericht op anderen. Frequentie: 1 x per maand of vaker ZIE OOK: 2.5.1	1.7 Dierenmis- handeling en/of - doding.	1.8 Slachtoffer van licha- melijke of psychische mishandeling.				
	1.2.1 Aandacht -vragend gedrag.	1.3.1 Bedreiging zonder gevaarlijke voorwerpen. Termijn: afgelopen 2 jaar.	1.4.1 Anderen aanvallen niet resultierend in verwon- dingen. Termijn: afgelopen 2 jaar.	1.5.1 Woede- uitbarsting. Frequentie: 1-3 x per maand. 1.5.2 Woede- uitbarsting. Frequentie: minder dan 1 x per maand.	1.6.1 Gooien met voorwerpen gericht op anderen. Frequentie: minder dan 1 x per maand. ZIE OOK: 2.5.1	1.7.1 Verwaarlo- zing van dieren.	1.8.1 Vermoedelijk slachtoffer van lichamelijke of psychische mishandeling.	1.9.1 Verbale agressie. Termijn: afgelopen 2 jaar.	1.10.1 Derden vals beschul- digen. Termijn: afgelopen 2 jaar.	1.11.1 Andere personen of dieren pesten. Termijn: afgelopen 2 jaar	

2. AGRESSIE EN IMPULSEN GERICHT OP OBJECTEN					TOTAAL
2.1 Brandstichting.	2.2 Ontvreemding van goederen. Termijn: afgelopen 5 jaar.	2.3 Vernielen van eigendommen van zichzelf of anderen. Frequentie: 4 x per maand of vaker.		2.5 Gooien met voorwerpen niet gericht op anderen. Frequentie: 1 x per maand of vaker ZIE OOK: 1.7	
2.1.1 Gefixeerd zijn op vuur en zaken die daarmee te maken hebben.	2.2.2 Ontvreemden van goederen als gevolg van ziektebeeld. Termijn: afgelopen 2 jaar.	2.3.1 Vernielen van eigendommen van zichzelf of anderen. Frequentie: 1 tot 3 x per maand.	2.4.1 Urineren op de vloer of uitwerpselen op muren of vloer plaatsen.	2.5.1 Gooien met voorwerpen niet gericht op anderen. Frequentie: minder dan 1x per maand. ZIE OOK: 17.1	
		2.3.2 Vernielen eigendommen van zichzelf of anderen. Frequentie: minder dan 1x per maand.			

3. AUTO-AGRESSIE					TOTAAL
3.1 Suïcide-poging of aanwijzingen daartoe.	3.2 Zichzelf verwondingen toebrengen. Termijn: afgelopen 5 jaar.				
3.1.1 Dreigen met zelfdoding. Termijn: afgelopen 2 jaar		3.3.1 Rond zwerven waarmee eigen gezondheid in gevaar wordt gebracht. Termijn: afgelopen 2 jaar.	3.4.1 Wegloop / verstoptgedrag	3.5.1 Zelfverwaarlozing, woningvervuiling en/of sociaal isolement. Termijn: afgelopen 2 jaar.	

4. VERSLAVEND GEDRAG									TOTAAL
4.1 Harddrugs-gebruik. Frequentie: meer dan 2 x per maand. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.2 Softdrugs-gebruik. Frequentie: meer dan 8 x per maand. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.3 Pathologisch alcohol-gebruik. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.4 Overig middelen-gebruik. Frequentie: meer dan 2x per maand. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.5 Handelen in drugs.	4.6 Pathologisch gokken. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.7 Schulden maken als gevolg van verslaving. Termijn: afgelopen 5 jaar.			
4.1.1 Harddrugs gebruik 1 of 2 x per maand. Termijn: afgelopen 2 jaar.	4.2.1 Softdrugs gebruik. Frequentie: 2-8 x per maand. Termijn: afgelopen 2 jaar.	4.3.1 Drinkt meer dan 2 glazen alcoholhoudende drankjes per week. Geen pathologie. Termijn: afgelopen 2 jaar.		4.5.1 Laat zichzelf voor het handelen in drugs gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie. Termijn: afgelopen 5 jaar.	4.6.1 Gokken, geen pathologie. Frequentie: 8-10 x per maand. Termijn: afgelopen 2 jaar.	4.7.1 Schulden maken als gevolg van de verstandelijke handicap. Bij aankoop niet overzien wat de financiële gevolgen zijn. Termijn: afgelopen 2 jaar.	4.8.1 Middelen-gebruik heeft signaalfunctie.	4.9 Overige verslavingen	

5. GRENSOVERSCHRIJDEND SEKSUEEL GEDRAG										TOTAAL
5.1 Dader van seksueel misbruik of poging hiertoe.	5.2 Dader van seksuele handelingen of poging daartoe met kinderen onder de 12 jaar.	5.3 Dader van seksuele handelingen of poging daartoe met een kind tussen 12 – 18 jaar.	5.4 Seksuele voorkeur, waarin een ander ongewenst betrokken wordt en zich niet aan de situatie kan onttrekken.	5.5 Slachtoffer van seksueel misbruik.	5.6 Laat zichzelf voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie.					
5.1.1 Vermoedelijk dader van seksueel misbruik of poging hiertoe	5.2.1 Vermoedelijk dader van seksuele handelingen of poging daartoe met kinderen onder de 12 jaar.	5.3.1 Vermoedelijk dader van seksuele handelingen of poging daartoe met een kind tussen 12 – 18 jaar.		5.5.1 Vermoedelijk slachtoffer van seksueel misbruik.	5.6 Laat zichzelf vermoedelijk voor seks gebruiken, al dan niet voor een tegenprestatie. Termijn: afgelopen 5 jaar.	5.7.1 Niet over-zien dat bepaald gedrag bij de ander seksuele verwachting en/of interesse opwekt. Termijn: afgelopen 2 jaar.	5.8.1 Maakt seksueel getinte opmerkingen. Termijn: afgelopen 2 jaar.	5.9.1 Ontremd lichamelijk seksueel gedrag naar anderen. Termijn: afgelopen 2 jaar.	5.10.1 Geen uiting kunnen geven aan seksuele behoeften. Termijn: afgelopen 2 jaar.	

Bijlage 4: De determinanten van het implementatiemodel

Het model van Fleur, Wiefferink en Paulussen (2004) met de belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij implementatie. Hier een overzicht van de determinanten per categorie.

Tabel 1: Determinanten van de sociaal-politieke context

Determinant:

1. Bereidheid van de patiënt mee te werken met de innovatie
 2. De mate waarin de patiënt zich bewust is van de voordelen van de innovatie
 3. Twijfels die de patiënt heeft over de professionele expertise van de persoon die met de innovatie werkt
 4. Financiële lasten van de patiënt door de innovatie
 5. Fysieke en emotionele belasting van de patiënt door de innovatie
 6. In hoeverre past de innovatie binnen de bestaande wetten en regels die er gelden
-

Tabel 2: Determinanten van de organisatie

Determinant:

7. Besluitvormingproces binnen de organisatie: top-down of bottom-up
 8. Hiërarchische structuur van de organisatie
 9. Versterking van de innovatie door het management door middel van beleid
 10. Grootte van de organisatie
 11. Taak georiënteerde of product georiënteerde structuur
 12. Relaties met andere organisaties: naar binnen gericht of naar buiten tredend
 13. Aard van de samenwerking tussen afdelingen die met innovatie gaan werken
 14. Doorstroming van personeel
 15. Hoeveelheid medewerkers die met de implementatie van de innovatie te maken krijgen
 16. De hoeveelheid expertise binnen organisatie met betrekking tot de innovatie
 17. Logistieke procedure binnen de organisatie die gerelateerd zijn aan de innovatie
 18. Aantal gebruikers dat met de innovatie moet gaan werken
-

Tabel 3: Determinanten van de gebruiker

Determinant:

19. Steun van collega's bij de implementatie van de innovatie
 20. Steun van andere professionals bij de implementatie van de innovatie
 21. Steun van de leidinggevende bij de implementatie van de innovatie
 22. Steun van het hoger management bij de implementatie van de innovatie
 23. Mate waarin collega's de interventie implementeren (modelling)
 24. Mate waarin de medewerkers de benodigde vaardigheden bezitten voor implementatie van de innovatie
 25. Mate waarin medewerkers kennis hebben die nodig is voor implementatie van de innovatie
 26. Self-efficacy: zelfvertrouwen van medewerkers bij het implementeren van de interventie
 27. De mate waarin medewerkers zich eigenaar voelen van de innovatie
 28. De mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen
 29. De mate waarin medewerkers verwachtten dat patiënten zullen meewerken met de innovatie
 30. De verwachting van medewerkers met de betrekking tot tevredenheid van patiënten over de innovatie
 31. De mate van werkgerelateerde stress die medewerkers ervaren
 32. De mate waarin er tegenstellingen bestaan in doelen van medewerkers rondom de innovatie
 33. De mate waarin medewerkers ethische problemen hebben met de innovatie
-

Tabel 4: Determinanten van de vernieuwing

Determinant:

- 34. De duidelijkheid van procedures en richtlijnen van de innovatie
 - 35. De mate waarin de innovatie bij de huidige manier van werken past
 - 36. De mate waarin de innovatie uit te testen is
 - 37. De mate waarin de innovatie als verbetering wordt gezien
 - 38. Mate waarin resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor medewerkers
 - 39. De mate waarin de innovatie aantrekkelijk lijkt om te gebruiken
 - 40. Mate waarin de innovatie toegevoegde waarde heeft voor de patiënt
 - 41. Mate waarin de innovatie risico's met zich mee brengt voor de patiënt in vergelijking met de huidige procedure
 - 42. De frequentie van het gebruik van de innovatie
-

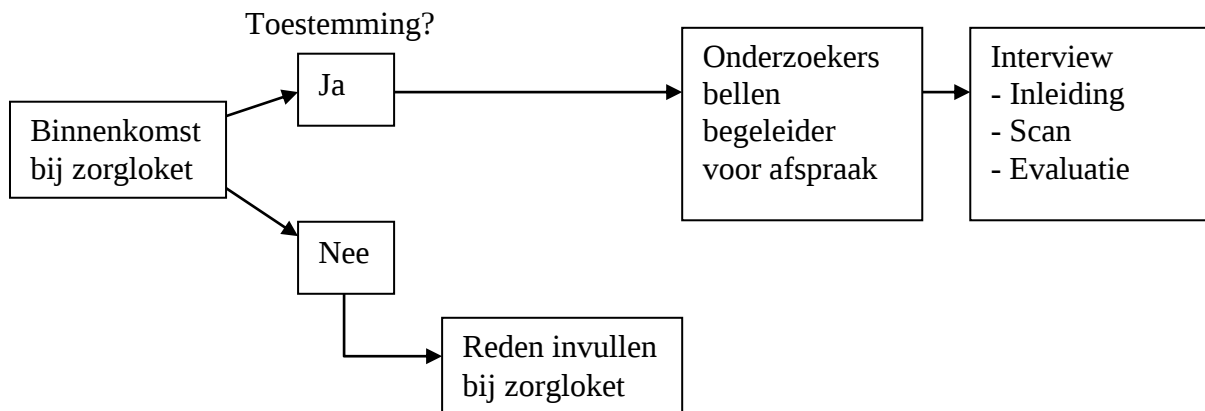
Tabel 5: Determinanten van faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie

Determinant:

- 43. Financiële middelen beschikbaar
 - 44. Vergoeding voor medewerkers voor de extra moeite van implementatie van de innovatie
 - 45. Andere materialen die ter beschikking komen voor de implementatie (bijv. handleidingen)
 - 46. Administratieve steun aan de gebruikers bij implementatie
 - 47. De beschikbare tijd voor implementatie
 - 48. Beschikbaarheid van personeel om de implementatie te coördineren
 - 49. Betrokkenheid van medewerkers bij de ontwikkeling van de innovatie
 - 50. Een opinie leider die meningen beïnvloedt van anderen binnen de organisatie
-

Bijlage 5: Het interview protocol

▪ Invulling (digitale) risicoscan doormiddel van een interview:



Binnenkomst bij zorgloket

Zorgloket geeft informatie over Aveleijn. Wanneer de cliënt besluit zich aan te melden, wordt na de gebruikelijke informatie over de aanmelding, verteld over het onderzoek. Dit richt zich op de begeleider, ouder of verwijzer van de cliënt. Dit is afhankelijk van wie de cliënt begeleidt. Voor het gemak wordt hier verder gesproken van begeleider.

Het volgende zal het zorgloket vertellen:

“Aveleijn is een organisatie die continu bezig is om de kwaliteit van zorg verder te verhogen. De cliënten staan daarbij centraal. Momenteel loopt er een onderzoek om te kijken wat het beste is voor de cliënten bij de intakeprocedure. We willen daarom vragen of u mee wilt werken aan dit onderzoek. Als dit zo is, dan wordt u gebeld om een afspraak te maken. In het telefoongesprek zal het onderzoek verder toegelicht worden.”

Reden invullen bij zorgloket

Wanneer een begeleider niet mee wil werken aan het onderzoek, zal door het zorgloket gevraagd worden om de reden hiervan te noteren. Dit is voor het onderzoek van belang. Wanneer veel begeleiders niet mee willen werken om een bepaalde reden, geeft dit ook informatie die van belang kan zijn voor het onderzoek. Het zorgloket geeft dit door aan de onderzoekers. Het volgende zal het zorgloket hierbij tegen de begeleider zeggen: *“Als u niet mee wilt werken, dan mag dat uiteraard. Zou u mij willen vertellen wat de reden is dat u niet mee wilt werken?”*

Onderzoekers bellen begeleider voor afspraak

Wanneer een begeleider toestemming heeft gegeven om mee te werken aan het onderzoek, zal hij/zij hiervoor gebeld worden door de onderzoekers. Het volgende zal hierbij gezegd worden:

“Hallo, met Gaby/Janneke. Ik bel namens Aveleijn voor het onderzoek naar de nieuwe intakeprocedure. Van het zorgloket heb ik begrepen dat u wel mee wil werken aan het onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om een goede manier te vinden om de veiligheid voor cliënten en medewerkers te verhogen. Door in de intakeprocedure hier al aandacht aan te besteden, hopen we direct de goede zorg aan een cliënt te kunnen bieden. Deze zorg begint al bij de plaatsing van een cliënt. Aveleijn heeft hiervoor een vragenlijst ontwikkeld met een aantal vragen over de cliënt en diens (zijn/haar) gedrag. Om het moment zijn we bezig met het onderzoeken op welke manier deze vragenlijst het beste ingevuld kan worden. We willen hiervoor twee onderdelen van het onderzoek met u bespreken.

Een onderdeel is een dossieranalyse. Hierbij zal de vragenlijst ingevuld worden aan de hand van het dossier. Dit dossier wordt al gebruikt om een PDI (psychodiagnostische intake) te maken. De persoon die nu de PDI maakt, zal dan ook de vragenlijst invullen aan de hand van het dossier. Hiervoor hebben we echter toestemming nodig, gaat u hiermee akkoord?

Indien ja, dan laten tekenen bij het interview. Zo nee, dan niet betrekken bij het onderzoek.

Een ander onderdeel is de vragenlijst invullen aan de hand van een interview. Hiervoor zouden we u graag een aantal vragen willen stellen over (naam cliënt). We willen hier graag een afspraak voor maken. Dit kan zowel bij u op locatie als bij Aveleijn en dit gesprek zal maximaal een half uur duren. Zou u daar deze week tijd voor hebben?

Als de begeleider de voorkeur heeft om het op zijn/haar eigen locatie plaats te laten vinden dient er gevraagd te worden of er een computer met internet aanwezig is die hiervoor gebruikt kan worden.

Voor de verwerking van de gegevens zouden we graag geluidsopnamen maken. Deze zullen alleen gebruikt worden voor dit onderzoek en dit zal vertrouwelijk behandeld worden. Na afronding van dit onderzoek zal het vernietigd worden. We hopen dat u hier geen problemen mee heeft. Mocht u dit wel vervelend vinden dan gaan we alles wat er gezegd wordt ter plekke opschrijven.”

Als de geïnterviewde niet wil dat het opgenomen wordt, gaan we ter plekke opschrijven wat er gezegd wordt. De geïnterviewde werkte dan dus nog steeds mee aan het onderzoek.

Interview

Aan het begin zal een korte uitleg gegeven worden over wie wij (de onderzoekers) zijn en waar het onderzoek voor dient. Vervolgens zullen de vragen van de scan gesteld worden, zoals in de scan geformuleerd. Dit zal hier verder niet toegelicht worden. Daarna zal de evaluatie plaats vinden.

Inleiding

“Fijn dat u mee wilt werken aan dit onderzoek. Ik ben (naam) en dit is (naam). Wij doen onderzoek voor Aveleijn naar een mogelijke nieuwe intakeprocedure. Aveleijn heeft hier een vragenlijst voor ontwikkeld, met vragen over mogelijke gedragingen van nieuwe cliënten. Met deze informatie hoopt Aveleijn een beter beeld te krijgen van de nieuwe cliënten, zodat zij direct de goede zorg aan de cliënten kan bieden. Het is alleen nog niet duidelijk hoe deze vragenlijst het beste ingevuld kan worden en daarom onderzoeken we nu verschillende methoden. We willen de vragenlijst met u invullen door middel van een interview. Dit is één van de manieren die we nu uitproberen. Heeft u hier nog vragen over?”

Zoals al telefonisch is genoemd is dit een test van een mogelijke nieuwe intakeprocedure en zullen de gegevens verder niet gebruikt worden. Wat u verteld gaat dus niet verder de organisatie in.

Dan willen we graag beginnen met de vragen.”

Evaluatie

“Dit waren de vragen. We zijn heel benieuwd naar hoe u dit ervaren heeft en of u nog opmerkingen of verbeteringen hebt voor ons. Daarom willen we u daar nu nog een aantal vragen over stellen.”

1. Hoe vond u het om op deze manier vragen te beantwoorden over de cliënt? (Waarom vond u dit en wat voor cijfer zou u hier aan willen geven → schaal: 1-10)
2. Wat voor indruk geeft dit u van Aveleijn? (Schrikt dit af of is dit juist positief? Waarom en wat voor cijfer zou u hier aan willen geven → schaal: 1-10)
3. Wat vindt u van de vragen inhoudelijk? (Waarom vindt u dit en wat voor cijfer zou u hier aan willen geven → schaal: 1-10)
4. Zouden er nog dingen verbeterd kunnen worden aan de vragen?
5. Vindt u een interview een goede manier om meer over de gedragingen van een cliënt te weten te komen? (Wat voor cijfer zou u dit dan geven → schaal: 1-10)
6. Heeft u ook ideeën hoe dit anders zou kunnen? (Misschien telefonisch?)

7. Heeft u het idee dat dit toegevoegde waarde heeft ten opzichte van een gewone intake en een dossieranalyse?
8. Hoe zou u het vinden als dit voortaan voor alle cliënten gedaan wordt? Wat zijn volgens u belangrijke voor-of nadelen van het interview? (Denk aan tijd die het kost, belangrijke informatie die je inwint enz.)
9. Heeft u nog opmerkingen of dingen die u kwijt wilt?

▪ ***Invulling (digitale) risicoscan door middel van dossieranalyse:***

Wanneer een begeleider mee wil werken aan het onderzoek, zal dit aan de PDI-er doorgegeven worden door de onderzoekers. De PDI-er kan dan het dossier van de cliënt doorlezen, wat op een centrale schijf bewaard wordt. Van deze cliënten zal hij dan ook een PDI schrijven. De onderzoekers zullen vervolgens met de PDI-er contact opnemen om een afspraak te maken voor het invullen van de scan door middel van dossieranalyse. De PDI-er is inmiddels al op de hoogte van het doel en de methode van onderzoek.

Bij aanvang van het onderzoek zal nog enige uitleg gegeven worden. Dit is vooral van belang bij de eerste keer dat de PDI-er de scan zal invullen door middel van dossieranalyse, om nog even duidelijk te maken wat de bedoeling is. Het volgende zal gezegd worden:

“We vinden het heel fijn dat je mee wilt werken aan dit onderzoek. We willen je vragen straks voor (naam cliënt) de scan in te vullen en daarbij je gedachten hardop uit te spreken. Ook dingen die misschien niet zinnig lijken om hardop uit te spreken, zouden we toch graag van je horen. De volgende dingen zou je bijvoorbeeld kunnen denken “Wat is de volgende vraag?” of “Dit weet ik niet”. We nemen alles op, zodat we het makkelijk terug kunnen zoeken en uitwerken later (hier heeft de PDI-er al toestemming voor gegeven). Achteraf willen we je dan nog een paar vragen stellen over het invullen van de scan. Dus zullen we maar beginnen?”

Wanneer de PDI-er stil valt, zullen algemene vragen gesteld worden, zoals “Waar ben je nu mee bezig?”, “Wat denk je nu?” en “Wat heb je nu ingevuld?”. Dit is om te zorgen dat de PDI-er hardop blijft denken en op deze manier de risicoscan hardop invult.

De volgende vragen zullen achteraf gesteld worden:

1. Wat vond je ervan om op deze manier vragen te beantwoorden over de cliënt? (Waarom vond je dit en wat voor cijfer zou je hier aan willen geven → schaal: 1-10)
2. Kun je een cijfer geven van 1 tot 10 voor de mate waarin je denkt dat je de vragen in kon vullen voor deze cliënt? (Waarom dit cijfer?)
3. Net zei je ...(iets wat in observatie gezegd werd), kun je dat nog toelichten?
4. Heb je nog opmerkingen of dingen die je kwijt wilt?

In een laatste interview zullen nog een aantal vragen gesteld worden. Deze vragen staan nog niet vast, maar zullen tijdens het onderzoek opgesteld worden. De volgende vragen geven een indicatie van wat zoal gevraagd kan worden:

1. Zijn de vragen inhoudelijk goed te begrijpen? (Waarom vindt je dit en wat voor cijfer zou je hier aan willen geven → schaal: 1-10)
2. Zouden er nog dingen verbeterd kunnen worden aan de vragen?
3. Hoe vindt je het digitaal in elkaar zitten? (Wat voor cijfer zou je dit geven → schaal: 1-10, wat zou beter kunnen?)
4. Wat zijn volgens jou belangrijke voor-of nadelen van het invullen van de scan door middel van dossieranalyse? (Denk aan tijd die het kost, belangrijke informatie die je inwint enz.)

Observatieformulier hardop-denkmethode

Onderdeel	Vragen en opmerkingen PDI-er	Frequentie	Bestede tijd aan onderdeel
Algemene vragen over de cliënt			
Vragen over agressie gericht op anderen			
Vragen over agressie gericht op objecten			
Vragen over autoagressie			
Vragen over verslavend gedrag			
Vragen over grensoverschrijdend seksueel gedrag			
Vragen over overige gedragingen			

Technische fouten tabel

Onderdeel	Vraagnummer	Soort fout	Precieze foutomschrijving
Algemeen			
Agressie op personen			
Agressie op dieren			
Agressie op objecten			
Autoagressie			
Overige agressie			
Verslavend gedrag			

Bijlage 6 De citaten van de stakeholders

In onderstaande tabellen is een overzicht gegeven van de citaten per categorie, verworven via de interviews met de vier stakeholders.

Tabel 1: Belemmerende en bevorderende factoren van de sociaal-politieke context

Belemmerende factoren:	Citaten van de stakeholders
<i>De bereidheid van de patiënt mee te werken met de innovatie</i>	- Als het gewoon de procedure is dan zouden ze wel moeten, maar als ze het vanuit henzelf doen omdat het nieuw is, dan vraag ik het me af of ze het dan wel doen. - Ik denk dat het een grote belasting is voor de cliënt en voor de begeleider en daarom denk ik dat de bereidheid niet zo groot is.
<i>Financiële lasten van de patiënt door de innovatie</i>	Ik vind sowieso dat je niet een oriëntatie en nog een intake en nog een scan er achter aan kan doen met een begeleider. Want dat is belasting, ook voor die organisatie en begeleider.
<i>Fysieke en emotionele belasting van de patiënt door de innovatie</i>	- Als de cliënt aan vragen wordt bloot gesteld waar hij niet aan gedacht heeft, dan zou dit kunnen. - Niet iedereen wil alles meer meesturen in het dossier. Sommigen hebben wel een keertje zoiets van “ik ben 18 en dat ik op mijn vijfde, zesde, zevende misbruikt ben... ik vind het op een gegeven moment een keertje goed. Het mag wel ergens staan, maar ik wil niet meer dat dat pakket mee gaat.” Ja, en als je het dan hebt over risico's, dan ga je dat soms missen daardoor.”
Bevorderende factoren:	
<i>Financiële lasten van de patiënt door de innovatie</i>	Via dossieranalyse heeft het geen financiële gevolgen voor de cliënt.
<i>Fysieke en emotionele belasting van de patiënt door de innovatie</i>	Ik denk niet dat er fysieke en emotionele belasting is voor de cliënt op deze manier. Ik zou dergelijke vragen niet bij de cliënt neerleggen. Ik zou de cliënt niet willen belasten met zulke zware vragen.
<i>In hoeverre past de innovatie binnen de bestaande wetten en regels die er gelden</i>	We hebben het recht om de cliënt goed in kaart te brengen en dat zijn we ook aan hen verplicht, om ook een juiste plek te zoeken... en hoe beter je dat doet, hoe beter je denk ik ook bent aan de voordeur.

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren van de organisatie

Belemmerende factoren:	Citaten van de stakeholders
<i>Besluitvormingsproces: top-down of bottom-up</i>	Top-down is nooit goed, over het algemeen creëer je daar geen draagvlak mee, dus in die zin is het niet altijd goed nee. In dit geval denk ik ook niet.
<i>Doorstroming van personeel</i>	Als je de scan in wilt laten vullen door een persoonlijk begeleider of door een begeleider, en een cliënt heeft heel veel verschillende begeleiders gehad, omdat de doorstroom van persoon heel snel is, dan is de vraag van kan iemand die bijvoorbeeld net een maand werkt, kan die dan al een goed beeld geven van de cliënt.
<i>Aard van de samenwerking tussen afdelingen die met innovatie gaan werken</i>	De samenwerking tussen afdelingen is nu ook al een probleem. Ik denk niet dat dat zal veranderen. Adviezen van gedragskundige worden ook in de wind geslagen door clustermanagers. Dat gebeurt niet altijd, maar het gebeurt wel eens. De uitkomsten uit de risicoscan kunnen dus ook genegeerd worden als de clustermanager denkt dat het niet klopt.

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren van de organisatie (vervolg)

Belemmerende factoren:	
<i>Hoeveelheid medewerkers die met de implementatie van de innovatie te maken krijgen</i>	Volgens mij krijgen alle medewerkers met de risicoscan te maken, dus dat zijn er 1700 zo'n beetje. Het aantal clusters kan de implementatie dan wel lastig maken, het aantal clustermanagers. Als iets op 35 verschillende manieren wordt geïnterpreteerd dan wordt de uitvoering daarvan ook lastig. Dat is wel iets waar we in ons implementatieplan echt rekening mee moeten houden. Dat beleid niet op verschillende manieren uitgelegd kan worden, anders ga je echt de boot in
Bevorderende factoren:	
<i>Hiërarchische structuur van de organisatie</i>	We zijn een hele platte organisatie. Je hebt eigenlijk maar drie lagen. Dat zijn de begeleiders, de clustermanagers en dan heb je het managementteam. Omdat het heel plat wordt georganiseerd, kun je dingen sneller doen en volgens mij weten mensen dan ook meer van de herkomst, dan als het door zes lagen moet.
<i>Doorstroming van personeel</i>	Voor de functies waar mensen met de risicoscan werken, wordt voordat iemand weg gaat, altijd een vervangend iemand gezocht, want dat zijn geen functies die onbemand kunnen blijven. Dus in die zin verwacht ik geen problemen, behalve dat je moet zorgen dat iemand op dat moment de kennis in huis heeft.

Tabel 3: Belemmerende en bevorderende factoren van de gebruiker

Belemmerende factoren:	Citaten van de stakeholders
<i>De mate van werkgerelateerde stress die medewerkers ervaren</i>	Dat ze vaak al heel veel moeite doen en dat er al heel veel dingen zich voor doen en worden opgelegd (...) als dit dan ook weer iets extra's is wat dan ook weer extra werk kost, en extra energie, dus misschien wel meer werkstress oplevert.
<i>De mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen</i>	De clustermanagers vinden het wel allemaal heel belangrijk om een goede intake te doen, maar de één neemt het heel serieus en de ander niet. Als je naar een intakeverslag kijkt, en ik heb daar wel aardig wat voorbeelden van, dan is eigenlijk de helft van de vragen niet ingevuld, door de clustermanager. En dat zie ik wel als een gebrek aan motivatie om een goede intake te doen.
<i>De mate waarin er tegenstellingen bestaan in doelen van medewerkers rondom de innovatie</i>	Bij mij is het in strijd met mijn werk, want ik vind dat als je je aanmeldt bij ons dan moet je je welkom voelen. Dan moet je niet meteen het hemd van het lijf gevraagd worden, tenzij je dat wilt. Ik zou er moeite mee hebben om de risicoscan daarom aan het loket te gaan doen.
Bevorderende factoren:	
<i>Steun van het hoger management bij de implementatie van de innovatie</i>	Het managementteam staat vierkant achter de scan, die vinden het echt heel belangrijk en willen hem graag goed geïmplementeerd hebben. Dus daarmee creëer je al dat leidinggevenden, dus de clustermanagers, er ook gewoon mee moeten gaan werken en dus ook de begeleiders de opdracht geven dat uit te voeren.
<i>Mate waarin de medewerkers de benodigde vaardigheden bezitten voor implementatie van de innovatie</i>	De medewerkers die er mee moeten werken die hebben niets te maken met de implementatie, maar die hebben wel de benodigde vaardigheden voor het uitvoeren van de innovatie, want het zijn gewoon allemaal capabele begeleiders en clustermanagers.
<i>De mate waarin medewerkers de innovatie bij hun taak vinden passen</i>	Dit is wel echt iets, waar mensen het nut van inzien en daardoor ook echt bereid zijn om daaraan mee te werken. We hebben tot nu toe nog geen weerstand ervaren, meer dat ze het wel een goed instrument vonden.

Tabel 4: Belemmerende en bevorderende factoren van de vernieuwing

Belemmerende factoren:	Citaten van de stakeholders
<i>De duidelijkheid van procedures en richtlijnen van de innovatie</i>	Ik denk dat de procedure en richtlijnen op zich duidelijk zijn, maar ik denk niet dat iedereen ze leest.
<i>Mate waarin de innovatie risico's met zich mee brengt voor de patiënt in vergelijking met de huidige procedure</i>	Dat je te veel aan hem gaat vragen. Het risico dat iemand een herbeleving krijgt. Ja, ik denk dat het heel erg heftige vragen kunnen zijn voor een cliënt die dingen meegemaakt heeft of gedaan heeft.
Bevorderende factoren:	
<i>De mate waarin de innovatie bij de huidige manier van werken past</i>	- Ja, past zeker bij de manier van werken, de cliënt centraal, zeker weten. - Een risicoscan afnemen vind ik wel iets wat bij Aveleijn past. In ieder geval om te onderbouwen waarom je iets vindt. En de cliënt centraal.
<i>Mate waarin de innovatie toegevoegde waarde heeft voor de patiënt</i>	De toegevoegde waarde voor de cliënt is, denk ik, heel groot. Niet dat de cliënt dat in hoeft te zien hoor, waarom je hem doet. Ik denk dat de cliënt er meteen bij gebaat is om direct op de goede plek te zitten en dan maar een jaar langer wachten, dan dat ze eerst op een plek komen te zitten waar ze weer een nare ervaring opdoen, omdat het niet lukt. Dan ben jij degene bij wie het dus niet gelukt is. Jij kon niet met de medecliënten of jij kon niet tegen herrie of de begeleiders wisten niet hoe ze met jou om moesten gaan. Nou daar kan iemand een heel nare klap van krijgen.
<i>De mate waarin de innovatie uit te testen is</i>	- Ja te testen is die zeker. Als je wil kan je er een pilot op zetten. - Als je echt gedragsverandering verwacht, kan je dat nog niet meten met een half jaar. Maar je kan wel begeleiders vragen van 'hoe voelt dat nou als een cliënt binnen komt, terwijl het hele begeleidingsplan al klaar is en je dus vanaf dag één weet wat wel goeie punten zijn en punten van aandacht?' Daar hoeft geen jaar overheen te gaan.

Tabel 5: Belemmerende en bevorderende factoren van faciliteiten die noodzakelijk zijn voor implementatie

Belemmerende factoren:	Citaten van de stakeholders
<i>Vergoeding voor medewerkers voor de extra moeite van implementatie van de innovatie</i>	De beschikbare tijd voor implementatie is wel belangrijk. Je moet wel voldoende tijd hebben om het te realiseren natuurlijk. Ik weet niet hoe dat straks is.
Bevorderende factoren:	
<i>Financiële middelen beschikbaar</i>	De financiële middelen die zijn er. Het wordt breed gedragen door het managementteam, dus de fondsen die nodig zijn om het goed te implementeren die zullen zeker beschikbaar zijn.

Bijlage 7 De taksatieschaal en het B-formulier

▪ De taksatieschaal van Reijntjes (2001)

De taksatieschaal is een gestructureerde vragenlijst voor verstandelijk beperkten om de huidige situatie en de behoeften op gebied van wonen en arbeid in kaart te brengen. Het gaat ook in op wat de persoon wel en wat de persoon niet kan, dus waar de cliënt bij geholpen moet worden. Deze schaal gaat in op interesses, maar ook in op probleemgedrag. Probleemgedrag dat overeenkomt met de risicoscan zijn de vragen die bij afwijkend gedrag vermeld staan: “Zeer veel tijd vraagt mijn gedrag”: omdat ik méér alcohol gebruik dan goed voor mij is (vaak dronken, agressief, e.d.), omdat ik problemen heb met het gebruik van drugs (soft- en harddrugs, spuiten, e.d.), omdat ik veel geld besteed aan mijn verslavende activiteiten (gokken, loterij, internet, computer, 06-nummers, e.d.), omdat ik zó actief ben bij mijn activiteiten dat ik en/ of anderen er last van hebben en/ of anderen het als storend ervaren, omdat ik denk dat ik alles aankan en anderen vinden dat ik daarin doorschiet (erg vrolijk, optimistisch, veel lachen, gemakkelijk praten, e.d.), omdat ik mijn lichaam verwond (bijten in armen, mijzelf slaan, hoofd-bonken, e.d.), omdat ik zeer veel aandacht vraag van anderen (gillen, schreeuwen, het laten lopen van mijn urine en/ of ontlasting, e.d.), omdat ik seksuele problemen vertoon (onaangepaste seksuele toenadering, masturberen in het openbaar, e.d.), omdat ik eigendommen van anderen steel (vrienden, huisgenoten, winkels, e.d.), omdat ik niet meer wil leven (pillen slikken, pols doorsnijden, voor de auto/ trein gooien, e.d.). Voor een andere zorginstelling bevat deze schaal de gehele intake, waarin alles aan bod komt en ook gescoord wordt.

▪ Het B-formulier van het CIZ

Dit formulier is eveneens een gestructureerde vragenlijst voor verstandelijk beperkten. De vragen die overeenkomen met de risicoscan zijn de volgende: “Is er sprake van probleemgedrag c.q. bijzonderheden op het terrein van veiligheid of de veiligheid van anderen?” Zo ja, dan kan er gescoord worden op: zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag, verbaal agressief gedrag, lichamelijk agressief gedrag, destructief gedrag (vernielen, brandstichten, stelen), manipulatief gedrag (dwarsliggen, negeren, weglopen), dwangmatig gedrag (niet willen spreken, eten, bewegen), grensoverschrijdend seksueel gedrag. Ook wordt er gevraagd of er sprake is van verslavingsproblemen. Hierbij kan gescoord worden op het gebruik van softdrugs, harddrugs, alcohol en is de mogelijkheid om wat anders in te vullen.