

Screening op risicogedrag bij verstandelijk beperkten

Onderzoek naar de gebruiksmogelijkheden, validiteit en implementatiemogelijkheden voor de gebieden ‘agressie gericht op anderen’ en ‘verslavend gedrag’ van de risicoscan van Aveleijn.



Masterthese door Janneke Waninge-Bulder

Screening op risicogedrag bij verstandelijk beperkten

Onderzoek naar de gebruiksmogelijkheden, validiteit en implementatiemogelijkheden voor de gebieden 'agressie gericht op anderen' en 'verslavend gedrag' van de risicoscan van Aveleijn.

14 juli 2010

Masterthese door Janneke Waninge-Bulder

Universiteit Twente
Master 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, MSc. (Aveleijn)

Voorwoord

Toen ik vorig jaar een afstudeeropdracht moest kiezen, viel de opdracht van Aveleijn mij meteen op. Het leek een groot onderzoeksproject, naar een heel nieuw instrument. Daarnaast was het extern, zodat ik eens in het werkveld kon gaan kijken. Ik ging dus enthousiast aan de slag met dit project, samen met mijn medeafstudeerder Gaby. Gaandeweg veranderde de opdracht een aantal keer, omdat sommige dingen (nog) niet mogelijk bleken binnen de organisatie. Dit vroeg veel doorzettingsvermogen om steeds weer met een nieuwe onderzoeksvraag aan de slag te gaan. Hoewel dit soms lastig was, heb ik wel een leuke tijd gehad bij Aveleijn en heb ik dit toch tot een goed einde kunnen brengen. Zonder de hulp van een aantal mensen zou dit echter niet mogelijk zijn geweest.

Ten eerste wil ik graag mijn afstudeerbegeleiders Stans Drossaert en Marcel Pieterse bedanken. Zij hielpen mij steeds weer op weg met het onderzoek. Met hun hulp is dit onderzoek voorzien van een goede theoretische onderbouwing en uitvoering. Ten tweede wil ik Aveleijn bedanken, en dan in het bijzonder mijn begeleiders Zillah Holtkamp en Marjolein Vaags. Zij bleven ondanks alles steeds enthousiast over het project en waren altijd bereid hulp te bieden indien nodig. Ten derde wil ik graag Gaby bedanken voor de fijne samenwerking. Toen ik begon aan dit onderzoek kende ik Gaby nog niet, inmiddels kan ik haar mijn vriendin noemen. Ten slotte wil ik graag alle stakeholders, contactpersonen van cliënten en andere betrokkenen bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Een speciale plaats wil ik geven aan de mensen in mijn directe omgeving. Ik zal niet iedereen bij name noemen, maar in het bijzonder wil ik hier toch mijn man Albert bedanken voor zijn luisterend oor, goede adviezen en feedback. Daarnaast wil ik mijn vader bedanken voor zijn kritische blik en taalkundig inzicht. Ik heb mij dit jaar altijd gesteund gevoeld door mijn familie en vrienden. Het is geweldig om zoveel mensen te hebben die geïnteresseerd in je zijn en om je geven. Daar ben ik erg dankbaar voor.

Janneke Wanninge-Bulder

Samenvatting

Risicogedrag is gedrag van een persoon waarbij de kans bestaat dat er schade optreedt aan objecten, anderen of zichzelf. Dit gedrag komt bij verstandelijk beperkten steeds meer voor en het is daarom belangrijk hier iets aan te doen. De huidige behandelmethoden zijn niet toereikend om cliënten direct zorg op maat te kunnen bieden. Screening voor plaatsing van een cliënt is een mogelijke oplossing. Zorgaanbieder Aveleijn is daarom bezig met een screeninginstrument voor risicogedrag bij verstandelijk beperkten. Deze ‘risicoscan’ staat in dit onderzoek centraal. Er zijn drie deelonderzoeken gedaan.

Als eerste is onderzocht hoe de risicoscan het beste in gebruik genomen kan worden. Hiertoe is voor zes cliënten de risicoscan op twee verschillende manieren ingevuld: door middel van een analyse van het dossier van de cliënt en door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt. Dit is geëvalueerd en vergeleken. Hoewel zowel de contactpersonen van cliënten als de gedragswetenschapper het nut inzagen van de risicoscan, bleken beide methoden van invullen niet optimaal. Met dossieranalyse kan geen compleet beeld van het risicogedrag van een cliënt verkregen worden. Een interview met de contactpersoon laat echter te weinig nuancering toe en heeft een te negatieve opzet. Combinaties van deze twee methoden zouden een goed alternatief kunnen zijn.

Ten tweede is met behulp van correlatieanalyse gekeken of de scores op de risicoscan voorspellend zijn voor daadwerkelijk risicogedrag in de daaropvolgende tien maanden. Hiervoor is het registratiesysteem SOAS-R gebruikt, dat Aveleijn gebruikt om incidenten te registreren. De scores op de risicoscan en SOAS-R zijn voor een aselechte groep van 223 cliënten vergeleken. Dit liet echter zien dat de predictieve validiteit van de risicoscan voor de incidenten op SOAS-R in de tien maanden daarna laag is. Meer onderzoek hiernaar is nodig.

Ten derde is onderzocht hoe de risicoscan het beste geïmplementeerd kan worden. Interviews met vier stakeholders lieten zien dat bij de implementatie vooral aandacht nodig is voor de communicatie binnen de organisatie. Alle medewerkers zullen op dezelfde manier met de risicoscan moeten gaan werken. Daarnaast zal het managementteam zijn enthousiasme voor de risicoscan over moeten brengen naar de organisatie door middel van goede promotie. Ook zal Aveleijn nog na moeten denken over de belasting van de cliënt en contactpersoon. Deze belasting dient zo laag mogelijk te zijn. Positief is dat het belang van de risicoscan door alle stakeholders wordt gezien. Daarnaast lijken er voldoende kennis en vaardigheden binnen de organisatie te zijn en zijn er voldoende middelen beschikbaar voor implementatie.

Abstract

Risk behavior is behavior of a person by which the risk exists of doing damage to objects, others or oneself. Intellectually disabled people are increasingly displaying this behavior and it is, therefore, important to do something about it. The current treatments are not sufficient for directly offering clients tailored care. Screening before the allocation of a client is a possible solution. Care provider Aveleijn is, therefore, working on a screening instrument for risk behavior in intellectually disabled. This 'risk scan' is the central topic in this research. The research consists of three parts.

First, it has been inquired how the risk scan can be used. For six clients the risk scan has been filled out in two different ways. By analyzing the clients dossier and by interviewing the clients contact person. These two methods have been evaluated and compared between them. Both dossier analysis and the interview with the contact person do not appear to be optimal. With the dossier analysis one cannot construct a complete picture of the risk behavior of the client. An interview with the contact person, however, does not allow for sufficient nuance and its set-up is too negative. Combinations of these two could be a proper alternative.

Second, with aid of correlationanalysis it has been inquired whether the scores of the riskscan are predictive for actual risk behavior in the following ten months. For this, the registration system SOAS-R has been used, which is used by Aveleijn for registering incidents. The scores from the risk scan and from SOAS-R have been compared for an aselect group of 223 clients. This, however, showed that the predictive validity of the risk for incidents at SOAS-R in the following ten months is low. More research into this is needed.

Third, it has been inquired how the risk scan can best be implemented. Interviews with four stakeholders showed that for the implementation special attention is needed for the communication within the organization. All members will have to work with the risk scan in the same way. Next to that, the management team will have to pass on its enthusiasm for the risk scan to the organization with good promotion. Aveleijn will also have to consider the load of the client and contact person. This needs to be as low as possible. It is positive that the importance of the riskscan is recognized by all stakeholders. Next to that, within the organization there seem to be sufficient knowledge and skills and sufficient resources available for implementation.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Risicogedrag bij verstandelijk beperkten	8
1.2 De risicoscan van Aveleijn	10
1.3 Factoren die van invloed zijn op de implementatie van innovaties in de zorg	13
2. Methode	17
2.1 Casusonderzoek	17
2.1.1 Selectie van casus	17
2.1.2 Procedures en instrumenten	18
2.1.3 Analyses	19
2.2 Predictieve validiteit van de risicoscan	19
2.2.1 Selectie van cliënten	20
2.2.2 Procedures en instrumenten	20
2.2.3 Analyses	21
2.3 Interviews met stakeholders	21
2.3.1 Selectie van stakeholders	21
2.3.2 Procedures en instrumenten	21
2.3.3 Analyses	22
3. Resultaten	23
3.1 Casusonderzoek	23
3.1.1 Tijdsduur en percentage vragen dat beantwoord kon worden	23
3.1.2 Problemen bij het invullen van de risicoscan op basis van het dossier	25
3.1.3 Problemen bij het invullen van de risicoscan op basis van een interview met de contactpersoon van een cliënt	26
3.1.4 Algemeen oordeel over de risicoscan	27
3.1.5 Conclusie casusonderzoek	30
3.2 Predictieve validiteit	30
3.3 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie	32
3.3.1 De sociaal-politieke context	33
3.3.2 De organisatie	34
3.3.3 De gebruiker	35
3.3.4 De vernieuwing	37

3.3.5 Randvoorwaarden	37
3.3.6 Conclusie.....	38
4. Conclusie en discussie	39
4.1 Hoe kan de risicoscan het beste gebruikt worden?	39
4.2 Is de risicoscan voorspellend voor daadwerkelijk voorkomend probleemgedrag?	43
4.3 Welke factoren spelen een rol bij de implementatie?	44
4.4 Algehele conclusie.....	47
Referenties.....	48
Bijlage 1: Het interview protocol	52
Bijlage 2: Observatieformulier hardop-denkmethode.....	57
Bijlage 3: Technische fouten tabel	58

1. Inleiding

1.1 Risicogedrag bij verstandelijk beperkten

Veiligheid voor patiënten en medewerkers speelt een steeds grotere rol in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2008). Zo ook in de zorg voor verstandelijk beperkten. Eén van de factoren die de veiligheid in de zorg voor verstandelijk beperkten beïnvloedt, is risicogedrag van cliënten. Hieronder wordt verstaan gedrag van de persoon waarbij de kans bestaat dat er schade optreedt aan objecten, anderen of zichzelf (Aveleijn, 2009).

Volgens Emerson, et al. (2001) vertoont ongeveer 10-15% van de verstandelijk beperkten in instellingen risicovol gedrag. De belangrijkste risicogedragingen die mensen met een verstandelijke beperking vertonen zijn agressief gedrag tegen anderen (7% van de verstandelijk beperkten vertoont dit), vernielend gedrag (4-5%), zelf-verwonding (4%) en ander uitdagend gedrag (9-12%) (Emerson et al., 2001). Onder ‘ander uitdagend gedrag’ wordt hier verstaan: niet luisteren, stemmingswisselingen, pesten, schreeuwen, weglopen, hyperactiviteit, stelen, ongepast seksueel gedrag, strippen, en smeren met uitwerpselen. Sommige verstandelijk beperkten vertonen meerdere vormen van risicogedrag, waardoor het totaal aantal verstandelijk beperkten wat risicogedrag vertoont lager ligt dan het cumulatieve percentage van de afzonderlijke gedragingen.

De laatste jaren lijkt het aantal incidenten met verstandelijk beperkten te zijn toegenomen. Zo zijn er steeds meer verstandelijk beperkten die te maken krijgen met verslavingzorg (Neggers, 2009). Verder zijn er aanwijzingen dat steeds meer verstandelijk beperkten het criminele pad op gaan (Visser, 2009) en lijken verstandelijk beperkten veel vaker dan gedacht seksueel misbruikt te worden (Cheng & Uldry, 2002; Foshee, Benefield, Ennet, Bauman, & Suchindran, 2004; Raghavan, Bogart, Elliot, Vestal, & Schuster, 2004).

De oorzaak van de toename in het aantal incidenten met verstandelijk beperkten heeft ten eerste te maken met de stijging van het aantal mensen met een verstandelijke beperking. Deze stijging is het gevolg van een betere verzorging en daardoor een hogere levensverwachting. Naar verwachting stijgt het aantal verstandelijk beperkten de komende jaren nog verder (Klerk, 2000). Mensen met een verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van gedragsproblemen. Volgens Dôsen (2005) is het risico op gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen zelfs drie tot vijf keer zo hoog als bij de normale populatie. Redenen hiervoor zijn onder andere een genetische afwijking, hersenbeschadiging, verwaarlozing door de opvoeders, mishandeling en onvoldoende

beheersing of toepassing van sociaal-communicatieve en probleemoplossende vaardigheden (Didden, 2004). Ten tweede wordt het risicogedrag van verstandelijk beperkten versterkt doordat het totale leven van deze cliënten zich steeds meer afspeelt in de maatschappelijke context (Thompson et al., 2002). Dit heeft veel positieve effecten, maar zorgt er ook voor dat verstandelijk beperkten meer in contact kunnen komen met alcohol, drugs en seksuele activiteit.

Het risicogedrag van verstandelijk beperkten vormt dus een steeds belangrijker probleem in de zorg voor verstandelijk beperkten en moet daarom aangepakt worden. Dit wordt vaak gedaan door langdurig psychofarmaca in te zetten (Dôsen, 2005). Een review van Matson, et al. (2000) naar psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking, laat echter zien dat er weinig goed onderzoek is gedaan naar effecten van psychofarmaca. Matson, et al. (2000) vinden geen duidelijke effecten van psychofarmaca op agressief gedrag van verstandelijk beperkten. Allen (2000) laat in zijn review zien dat er wel positieve effecten gevonden zijn voor psychofarmaca, maar dat deze kleiner zijn dan de effecten van andere behandelingen, zoals gedragstherapie. Waarschijnlijk wordt toch vaak voor psychofarmaca gekozen omdat dit de eenvoudigste manier van behandelen is. De psychofarmaca die het meest voorgeschreven worden, zijn neuroleptics en beta-blokkers (Aman & Singh, 1991; Fraser, Ruedrich, Kerr & Levitas, 1998). Deze medicijnen zorgen voor meer controle over het gedrag, vooral bij impulsieve gedragingen lijken ze effectief.

Een andere mogelijkheid om risicogedrag aan te pakken is een gedragsgerichte behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie. Er zijn verschillende gedragsgerichte behandelingen mogelijk. Geen enkele behandelmethode is algemeen aanvaard als de beste, en alle behandelmethodes lijken even effectief. Toch schrijft Taylor (2002) in zijn review, dat behandelingen waarbij constructief gewerkt wordt effectiever zijn dan behandelingen waarbij cliënten restricties krijgen opgelegd. Bij constructief werken kan gedacht worden aan een aanpassing in de omgeving, zodat de cliënt beter in staat is zichzelf onder controle te houden. Ook Lindsay, et al. (2004) vinden positieve resultaten bij een behandeling waarbij de omgeving van de cliënt rustig wordt gehouden. Vrijheidrestricties lijken vaak te leiden tot meer agressie vanwege frustraties (Foxx, 2003).

In opkomst zijn behandelmethoden met een focus op individuele coaching. Hierbij wordt gestreefd naar een zo normaal mogelijk leven. In samenwerking met de cliënten worden er doelen opgesteld en een dagprogramma. Waar nodig krijgt de cliënt hulp. Twee van deze behandelmethoden zijn de 'Triple-c support piramide' en 'person centered planning'

(ASVZ Groep, 2004; Forest, Snow & Pearpoint, 1993)'. Deze voornamelijk positief ingestelde behandelingen lijken succes te hebben (Duvdevany, 2002; Gencoz, 1997).

Ondanks dat de genoemde behandelingen allemaal effect hebben, is kritiek mogelijk op een aantal punten. Ten eerste is nog weinig onderzocht waarom de verschillende behandelingen werken en welke onderdelen van de behandeling effect hebben op bepaalde gedragingen. Ten tweede kan er pas behandeld worden als een cliënt probleemgedrag vertoont. Hierdoor is er altijd eerst een incident, pas daarna wordt nagedacht over psychofarmaca of gedragsgerichte behandeling. Vanuit het oogpunt van preventieve gezondheidszorg zou het beter zijn het probleemgedrag te voorkomen, zodat er niet eerst een incident plaats vindt. Ten derde blijkt regelmatig na plaatsing van een cliënt op een zorglocatie, dat deze locatie toch niet geschikt is. Een cliënt wordt bijvoorbeeld op een woongroep geplaatst in een drukke stad. Na verloop van tijd blijkt de cliënt niet goed tegen drukte te kunnen en alle prikkels uit de stad niet goed te kunnen verwerken. De cliënt raakt hierdoor snel geïrriteerd en agressief. De beste interventie zou nu zijn, verhuizen naar een rustigere omgeving. Dat is echter praktisch niet wenselijk, omdat de cliënt net verhuisd is en een verhuizing veel spanning met zich mee brengt.

De preventie van risicogedrag bij verstandelijk beperkten zou een oplossing voor deze problemen zijn. Een mogelijke vorm van preventie is: screening op risicogedrag voor plaatsing van een cliënt. Op deze manier kan vooraf een inschatting worden gemaakt van het gedrag van de cliënt, kan zorg op maat geboden worden en kunnen incidenten voorkomen worden. Dit is niet alleen voor de cliënt zelf voordelig, maar verhoogt ook de veiligheid voor medewerkers en andere cliënten in de directe omgeving. Screening vooraf wordt echter nog weinig toegepast in de zorg voor verstandelijk beperkten. Dit zal daarom nader onderzocht moeten worden. Toepassing van screening op risicogedrag voor plaatsing is wel gebruikelijk in de forensische psychiatrie (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008; Kröner, Stadtland, Eidt & Nedopil, 2007). Deze doelgroep is echter niet te vergelijken met verstandelijk beperkten.

1.2 De risicoscan van Aveleijn

Vanwege gebrek aan screeninginstrumenten in de zorg voor verstandelijk beperkten, heeft Aveleijn een screeninginstrument ontwikkeld. Dit instrument wordt binnen Aveleijn de 'risicoscan' genoemd. Aveleijn is een zorgaanbieder voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking. Zij heeft ongeveer 2300 cliënten verspreid over verschillende

vestigingen in de regio Twente. Aveleijn biedt verschillende diensten aan ter bevordering van vaardigheden voor de dagelijkse handelingen. Daarnaast biedt Aveleijn ondersteuning waar nodig (Aveleijn, 2009). Aveleijn wil de risicoscan bij de intakeprocedure gaan gebruiken.

De risicoscan is een gedigitaliseerde vragenlijst die bestaat uit vijf categorieën gedragingen. De eerste drie categorieën komen overeen met de risicogedragingen die volgens Emerson, et al. (2001) veel voorkomen. Deze categorieën zijn: agressie gericht op anderen, agressie gericht op objecten (vernieling) en agressie gericht op zichzelf. Daarnaast heeft Aveleijn nog toegevoegd: verslavend gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zoals al eerder genoemd, staan verstandelijk beperkten steeds meer in de maatschappij. Problemen met verslavend gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag komen dan ook steeds meer voor. Daarnaast vergroten deze gedragingen de kans op ander risicovol gedrag.

Per categorie gedragingen zijn items geformuleerd, waarop 'ja', 'nee' en 'niet bekend' geantwoord kan worden. Wanneer er 'ja' geantwoord wordt, volgen vragen die specifieker ingaan op bepaalde gedragingen. Als er bijvoorbeeld op het item: 'Is er bij de cliënt sprake van agressie gericht op personen?' geantwoord wordt met 'ja', is één van de vervolgvragen: 'Heeft de cliënt de afgelopen twee jaar iemand bedreigd?'. Wanneer ook hier 'ja' geantwoord wordt, wordt nog verder gevraagd naar gevaarlijke voorwerpen bij de bedreiging. Wanneer echter 'nee' geantwoord wordt, worden vervolgvragen overgeslagen. In afbeelding 1 is te zien hoe dit er uit ziet op het computerscherm.

Afbeelding 1

Weergave van de vragen over agressie gericht op anderen in de digitale risicoscan.

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

L 1.1 Agressie gericht op een persoon

• Ja Verander

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

• Ja Verander

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

• Ja Verander

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

• Nee Verander

L 1.1.2.1 Hoe vaak gooit de cliënt met voorwerpen naar anderen? (?)

1.1.3 Valt de cliënt anderen aan? (?)

☒ Ja

☐ Nee

L 1.1.3.1 Heeft de cliënt hierbij anderen verwondingen aangebracht?

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

Wanneer alle vragen ingevuld zijn, volgt een samenvatting van alle antwoorden en daarnaast wordt weergegeven voor welke risicogedragingen actie moet worden ondernomen. Twee acties zijn mogelijk, namelijk de clustermanager op de hoogte stellen en de begeleider op de

hoogte stellen. De clustermanager moet op de hoogte gebracht worden bij ernstige risicogedragingen, de begeleider van de cliënt bij de overige risicogedragingen. Zij maken vervolgens een plan om het risicogedrag van een cliënt te verminderen en in te grijpen wanneer dit nodig blijkt te zijn.

De ontwikkelaars van de risicoscan (Holtkamp & Vaags, 2009) hebben de werkbaarheid en de volledigheid van de risicoscan al onderzocht door deze aan experts voor te leggen en door hen gesignaleerde gebreken te verhelpen. Fouten en onduidelijkheden in de risicoscan en de handleiding zijn aangepast. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid van dit instrument laat veelbelovende resultaten zien (Timmerman, 2009). Timmerman heeft echter onderzoek gedaan naar cliënten die al zorg afnamen bij Aveleijn. De risicoscan is nog niet getest bij nieuwe cliënten, waar de risicoscan voor bedoeld is. Voordat dit onderzocht kan worden, is meer onderzoek noodzakelijk op drie punten.

Ten eerste dient onderzocht te worden hoe de risicoscan het beste in gebruik genomen kan worden. De risicoscan was in eerste instantie bedoeld om binnen twee minuten een beeld te kunnen geven van mogelijk risicogedrag van een cliënt. Tijdens een intakegesprek zou de risicoscan ingevuld kunnen worden door middel van een interview met de contactpersoon van een cliënt. Deze contactpersoon is over het algemeen iemand die dicht bij de cliënt staat, zoals een dagelijks begeleider of ouder. Deze manier van invullen belast echter de medewerkers bij Aveleijn die de intake doen met een extra taak, daarnaast zouden de vragen cliënten en hun contactpersonen af kunnen schrikken. Een andere optie wordt daarom overwogen, namelijk het invullen van de risicoscan door middel van dossieranalyse. Hierbij zal een gedragswetenschapper aan de hand van het dossier van de cliënt de risicoscan invullen. Het is echter onduidelijk of door middel van dossieranalyse voldoende informatie boven water komt. Om een goede afweging te maken tussen de twee opties, zullen voor en nadelen van beide opties onderzocht worden.

Ten tweede dient de validiteit onderzocht te worden. Een hoge validiteit is noodzakelijk voor een goed instrument. Bij validiteit is het van belang in hoeverre de uitkomsten op de risicoscan voorspellend zijn voor daadwerkelijke risicogedragingen bij cliënten. Wanneer de risicoscan niet voorspellend is voor daadwerkelijk risicogedrag, meet de risicoscan wellicht iets anders dan risicogedrag bij cliënten.

Ten derde is het van belang te onderzoeken hoe de risicoscan op een goede manier geïmplementeerd kan worden. In paragraaf 3 zal hier nader op ingegaan worden.

1.3 Factoren die van invloed zijn op de implementatie van innovaties in de zorg.

In de literatuur zijn factoren bekend die belangrijk zijn voor een goede implementatie. Er is gebruik gemaakt van onderzoek van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) naar belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Zij hebben een review gedaan met 57 studies en daarnaast een delphi-studie gedaan met 44 implementatie-experts. Uit hun onderzoek volgden 50 determinanten die de implementatie beïnvloeden. Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in vijf gebieden, namelijk determinanten van de sociaal-politieke context, determinanten van de organisatie, determinanten van de gebruiker, determinanten van de vernieuwing en determinanten die gerelateerd zijn aan randvoorwaarden voor de implementatie. Deze vijf gebieden zullen kort besproken worden.

Determinanten van de sociaal-politieke context

Onder determinanten van de sociaal-politieke context wordt verstaan de mate waarin de innovatie past binnen de politieke en sociale omgeving. Hierbij wordt gedacht aan wat de innovatie voor de patiënt betekent. Tot deze groep behoren zes determinanten (zie Tabel 1).

Tabel 1

Determinanten van de sociaal-politieke context die een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen

Determinanten
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

Determinanten van de organisatie

Met determinanten van de organisatie wordt bijvoorbeeld bedoeld: de grootte van de organisatie, de manier van besluitvorming, de mate van samenwerking binnen de organisatie en de doorstroom van medewerkers elk jaar. Er zijn twaalf determinanten (zie tabel 2).

Tabel 2

*Determinanten van de organisatie die een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen**Determinanten*

-
7. Besluitvormingsproces binnen de organisatie: top-down of bottom-up
 8. Hierarchische 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 krijgt
 16. De hoeveelheid expertise binnen organisatie met betrekking tot de innovatie
 17. Logistieke procedure binnen de organisatie die gerelateerd is aan de innovatie
 18. Aantal gebruikers dat met de innovatie moet gaan werken
-

Determinanten van de gebruiker

Determinanten van de gebruiker hebben betrekking op de expert die met de interventie gaat werken. Voor Aveleijn is het nog niet duidelijk wie dit zal zijn, omdat nog niet duidelijk is hoe het meetinstrument gebruikt zal gaan worden. In totaal zijn er 15 determinanten van de gebruiker (zie tabel 3).

Tabel 3

*Determinanten van de gebruiker die een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen**Determinanten*

-
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 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 werk-gerelateerde 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
-

Determinanten van de vernieuwing

Determinanten van de vernieuwing hebben betrekking op de interventie. Deze determinanten zijn van belang voor Aveleijn. De vernieuwing is in dit geval de risicoscan, die door Aveleijn is ontwikkeld. Er zijn negen determinanten van de vernieuwing (zie tabel 4).

Tabel 4

Determinanten van de vernieuwing die een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen

Determinanten
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 medewerkers de innovatie aantrekkelijk vinden 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 waarmee de innovatie gebruikt zal worden

Randvoorwaarden voor implementatie

Als laatste zijn er randvoorwaarden voor implementatie van innovatie. Dit zijn acht determinanten (zie tabel 5). Zonder deze determinanten is invoeren van de risicoscan niet mogelijk.

Tabel 5

Randvoorwaarden voor implementatie, die een rol spelen bij de implementatie van zorgvernieuwingen

Determinanten
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 opinieleider die meningen beïnvloedt van anderen binnen de organisatie

Van de alle bovenstaande determinanten is onderzocht in hoeverre deze ook voor Aveleijn van belang zijn bij de implementatie van de risicoscan.

Samenvattend, het is belangrijk om te screenen op risicogedrag voor een cliënt geplaatst wordt op een locatie, om zorg op maat te kunnen bieden. De huidige behandelingen kunnen pas na een incident worden ingezet en dit zorgt er voor dat niet direct de juiste hulp geboden wordt aan cliënten. Aveleijn heeft hiertoe de risicoscan ontwikkeld. Deze risicoscan staat in dit onderzoek centraal. Het onderzoek richt zich op drie vragen. De eerste onderzoeksvraag is hoe de risicoscan het beste in gebruik genomen kan worden. De tweede onderzoeksvraag betreft de validiteit en de derde onderzoeksvraag is hoe de risicoscan succesvol in de organisatie geïmplementeerd kan worden.

Dit onderzoek richt zich op de categorieën ‘agressief gedrag gericht op anderen’ en ‘verslavend gedrag’ van de risicoscan. De andere categorieën zijn onderzocht door collega-onderzoeker De Haan (2010). De onderzoeksvragen zijn:

1. Op welke manier kan de risicoscan van Aveleijn het beste gebruikt worden, door een interview met de contactpersoon van de cliënt, of door dossieranalyse van de gedragswetenschapper? Op welke ervaringen en problemen stuit men bij het gebruik van de risicoscan op bovenstaande twee manieren?
2. In hoeverre is de score op de risicoscan voorspellend voor daadwerkelijk voorkomend probleemgedrag (predictieve validiteit)?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er met betrekking tot de implementatie van de risicoscan wanneer gekeken wordt naar de sociaal-politieke context, de organisatie, de gebruiker, de vernieuwing en de randvoorwaarden?

2. Methode

Het onderzoek bestaat uit drie deelonderzoeken: casusonderzoek, validering van de risicoscan en implementatieonderzoek. Per deelonderzoek is steeds beschreven hoe dit onderzocht is.

2.1 Casusonderzoek

Om na te gaan of Aveleijn de risicoscan beter in kan vullen door middel van dossieranalyse of door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt, is casusonderzoek gedaan. Hierbij is voor een aantal cliënten van de wachtlijst de risicoscan ingevuld. Dit gebeurde zowel door middel van dossieranalyse als door middel van een interview met de contactpersoon.

2.1.1 Selectie van casus

Voor het casusonderzoek zijn 33 contactpersonen van cliënten die op de wachtlijst stonden telefonisch benaderd met de vraag mee te werken aan het onderzoek. Deze 33 contactpersonen zijn door een medewerker van het zorgloket bij Aveleijn geselecteerd. Hierbij is gelet op beschikbaarheid van gegevens van de contactpersoon. Contactpersonen werden alleen benaderd indien een cliënt bij Aveleijn op de wachtlijst stond voor wonen en het zeker was dat de cliënt bij Aveleijn in zorg zou komen. Op deze manier werden contactpersonen niet onnodig belast.

Voor het bellen is een protocol opgesteld, dat te vinden is in bijlage 1. Van de 33 contactpersonen konden er 13 niet bereikt worden, ondanks herhaaldelijk bellen. Bij twee contactpersonen klopte het telefoonnummer niet en dit kon niet achterhaald worden. Van de overige 18 contactpersonen waren er 12 niet bereid mee te werken vanwege uiteenlopende redenen. Genoemde redenen waren dat: meewerken aan het onderzoek de privacy van de cliënt aantast, de contactpersoon te weinig kennis van de cliënt had, de betreffende persoon inmiddels geen contactpersoon meer was van de cliënt, dat de cliënt ergens anders wilde gaan wonen, en dat een apart gesprek de contactpersoon te veel tijd zou kosten. In totaal is casusonderzoek gedaan voor zes cliënten. Van deze cliënten waren er vier vrouw en twee man. De contactpersonen waren allen van het vrouwelijk geslacht. De leeftijd van de cliënten lag tussen de 17 en 65 jaar. Voor deze cliënten is de risicoscan ook ingevuld door middel van dossieranalyse. Hiervoor is toestemming gevraagd aan de contactpersonen van de cliënten. De dossieranalyse is gedaan door een gedragswetenschapper. Deze gedragswetenschapper schrijft

voor alle nieuwe cliënten ook een Psycho-Diagnostische Intake (PDI). Hij wordt daarom ook wel PDI'er genoemd. Hier zal echter de term gedragswetenschapper aangehouden worden.

2.1.2 Procedures en instrumenten

Bij het casusonderzoek is gebruik gemaakt van verschillende instrumenten. Bij het invullen van de risicoscan door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt is gebruik gemaakt *observatie* en *interview*. Door middel van *observatie* tijdens het afnemen van de risicoscan bij de contactpersoon konden onduidelijkheden in vragen en technische problemen opgespoord worden. Bij de observatie is het observatieschema gebruikt dat te vinden is in bijlage 2. Daarnaast is een technische fouten tabel gebruikt, die te vinden is in bijlage 3. Verder is gebruik gemaakt van een *interview* achteraf om de ervaringen van de contactpersoon van de cliënt met de risicoscan in kaart te brengen. Hierbij werd gevraagd naar algemene ervaring, maar ook naar specifiekere dingen. Zo werd contactpersonen gevraagd wat voor beeld de risicoscan hen geeft van Avelijn. Verder werd gevraagd naar de toegevoegde waarde van de risicoscan, de mening over de manier van vragen en de onderwerpen die in de vragen aan bod komen. Ook werd gevraagd naar meer ideeën voor de risicoscan en belangrijke voor- of nadelen van het invullen van de risicoscan door middel van een interview. Het complete interviewschema is te vinden in bijlage 1.

Bij de dossieranalyse is gebruik gemaakt van *observatie*, de *hard-op-denkmethode*, en *interviews*. Bij de *hard-op-denkmethode* sprak de gedragswetenschapper al zijn gedachten tijdens het invullen van de risicoscan uit. Dit werd opgenomen op een recorder. Daarnaast werd er *geobserveerd* om nog meer informatie over technische problemen en onduidelijkheden in de vragen te krijgen. Het observatieschema en de technische foutentabel uit bijlage 2 en 3 zijn hierbij weer gebruikt. Na elke dossieranalyse vond een *interview* plaats met de gedragswetenschapper. Hierin werd naar zijn ervaring gevraagd en naar de mate waarin hij de vragen in kon vullen voor de betreffende cliënt. Daarnaast werd toelichting gevraagd van de gedragswetenschapper bij onduidelijkheden uit de observaties en hardop-denk-methode. Dit interview duurde gemiddeld 10 minuten. Na het invullen van alle riscoscans door middel van dossieranalyse is nog een *eindinterview* met de gedragswetenschapper gehouden. In dit interview werd gevraagd naar de mening van de gedragswetenschapper over de procedure en de inhoud van de vragen. Daarnaast werd hem gevraagd in hoeverre hij dacht dat de risicoscan toegevoegde waarde had wanneer deze werd

ingevuld door middel van dossieranalyse. Zie voor het complete interviewschema het protocol in bijlage 1.

Zowel bij het invullen van de risicoscan door middel van een interview als bij invullen door middel van dossieranalyse is de tijd opgenomen die het afnemen van de risicoscan in beslag nam. Dit is gedaan om vast te stellen in hoeverre beide procedures afwijken van de oorspronkelijke eis dat de risicoscan binnen twee minuten in te vullen moet zijn. Daarnaast is bijgehouden welk percentage van de vragen kon worden ingevuld met ‘ja’ of ‘nee’. Zo kon worden vergeleken in hoeverre de vragen te beantwoorden waren met beide methoden.

2.1.3 Analyses

Voor het casusonderzoek zijn de interviews en observaties uitgetypt. Vervolgens zijn de interviews en observaties geordend, waarvoor vier gebieden belangrijk zijn geweest. Dit waren het percentage vragen dat beantwoord kon worden, de tijd die het beantwoorden van de vragen in beslag nam, problemen bij het invullen van de risicoscan, en het algemeen oordeel over de risicoscan. Zo zijn bijvoorbeeld opmerkingen van de gedragswetenschapper en de contactpersonen over het niet kunnen beantwoorden van de vragen onder elkaar gezet. Op deze manier zijn de gemeten determinanten overzichtelijk weergegeven. Bij het algemene oordeel is nog een opsplitsing gemaakt tussen de toegevoegde waarde van de risicoscan, de vragen inhoudelijk en de procedure. Door vergelijking van de citaten van de gedragswetenschapper en de contactpersonen konden vervolgens per onderdeel conclusies getrokken worden.

2.2 Predictieve validiteit van de risicoscan

Om te onderzoeken in hoeverre de score op de risicoscan voorspellend is voor daadwerkelijk risicogedrag, is de uitkomst op de risicoscan vergeleken met meldingen van incidenten in SOAS-R. SOAS-R is een registratiesysteem dat door Avelijn gebruikt wordt om incidenten te vermelden. Hiervoor is gebruik gemaakt van al eerder ingevulde risicoscans bij huidige cliënten. Avelijn had deze tien maanden eerder laten invullen, toen Timmerman (2009) de betrouwbaarheid van de risicoscan onderzocht.

2.2.1 Selectie van cliënten

Uit de 2393 cliënten waarvoor de risicoscan in 2009 was ingevuld, is een aselechte steekproef getrokken. Hierbij is echter eerst een selectie gemaakt op basis van de onderstaande inclusiecriteria:

- De risicoscan moest volledig zijn ingevuld
- De achtergrondgegevens ‘geslacht van de cliënt’, ‘datum van invullen’, ‘leeftijd van de cliënt’ en ‘cliëntnummer’ moesten zijn ingevuld.
- De risicoscan moest ten minste tien maanden geleden zijn ingevuld, om zo een voldoende lange periode te bieden om incidenten waar te nemen.

Uit de overgebleven 1117 cliënten is vervolgens elke vijfde cliënt meegenomen in het onderzoek. In totaal waren dit 223 cliënten. Hiervan was 55% man en 45% vrouw. De gemiddelde leeftijd was 38. Dit is vergelijkbaar met de totale populatie van 2393 cliënten. Er is ook gecontroleerd of de steekproef overeen kwam met de totale populatie wat betreft score op de risicoscan. In de totale populatie had 69% ten minste één positieve score op de risicoscan, in de steekproef was dit 64%. Voor beide populaties werd er gemiddeld drie keer gescoord op de risicoscan. De steekproef lijkt dus weinig af te wijken van de gehele populatie.

2.2.2 Procedures en instrumenten

In SOAS-R staan incidenten kwalitatief beschreven. Om een vergelijking te kunnen maken tussen de incidenten in SOAS-R en de score op de risicoscan, was het nodig om de incidenten om te zetten naar scores op de risicoscan. Dit is gedaan door de beschrijving van elk incident te analyseren en aan de hand hiervan te beoordelen of er bij het incident sprake was van verschillende risicogedragingen die door de risicoscan worden gemeten. Zo kon er bij een incident bijvoorbeeld sprake zijn van verbale agressie, bedreiging van anderen zonder gevaarlijk voorwerp en gooien met voorwerpen. Deze drie vormen van agressie kunnen op de risicoscan gescoord worden. Alle geregistreerde incidenten in SOAS-R zijn op deze manier omgezet naar scores die overeenkomen met de items van de risicoscan. Dit is door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gedaan. Wanneer niet duidelijk was hoe een incident gescoord moest worden, is de definitieve score voor dat incident na overleg tussen de onderzoekers tot stand gekomen. In totaal was het vier maal nodig te overleggen.

2.2.3 Analyses

De validiteit is onderzocht door de scores op de risicoscan te vergelijken met de scores voor incidenten uit SOAS-R. Dit is gedaan door de scores in te voeren in SPSS. Vervolgens zijn de scores vergeleken door middel van correlatieanalyse. Hierbij is voor ieder item van de risicoscan de correlatie tussen de score op SOAS-R en de score op de risicoscan berekend. Dit is gedaan voor de afzonderlijke items, maar ook voor de categorieën ‘agressie gericht op anderen’ en ‘verslavend gedrag’, en de risicoscan als geheel.

2.3 Interviews met stakeholders

De derde onderzoeksvraag richt zich op belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van de risicoscan. Om deze belemmerende en bevorderende factoren te identificeren zijn interviews gehouden met belangrijke stakeholders.

2.3.1 Selectie van stakeholders

Om na te gaan wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn, zijn de volgende stakeholders benaderd: de ontwikkelaars van de risicoscan, de PDI'er, een medewerker van het zorgloket, een clustermanager, en een contactpersoon van een cliënt. Het was echter niet mogelijk een clustermanager en een contactpersoon van een cliënt op te nemen in het onderzoek, vanwege weerstanden in delen van de organisatie. Wel geïnterviewd zijn de beide ontwikkelaars, de gedragswetenschapper die ook de dossieranalyse heeft gedaan bij het casusonderzoek, en een medewerker van het zorgloket. Voor de ontwikkelaars van de risicoscan is gekozen, omdat zij veel weten van de risicoscan en al nagedacht hebben over mogelijkheden met betrekking tot de implementatie van de risicoscan. De gedragswetenschapper is een mogelijke gebruiker van de risicoscan. Zijn mening is daarom belangrijk. Het zorgloket voert in principe het eerste gesprek met de cliënt wanneer deze zich aanmeldt bij Aveleijn. Zij zijn dus nauw betrokken bij de intakeprocedure. De stakeholders zijn via een e-mail uitgenodigd voor een interview. De interviews vonden individueel plaats.

2.3.2 Procedures en instrumenten

Bij de interviews met de stakeholders is het model van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) gebruikt. De stakeholders kregen steeds één tabel met determinanten voorgelegd met de vraag aan te geven welke determinanten volgens hen van belang waren bij de

implementatie. Vervolgens werd hen gevraagd hier wat meer over te vertellen en aan te geven of dit positief of negatief zou zijn voor de implementatie van de risicoscan.

2.3.3 Analyses

Voor de analyse van de interviews met de stakeholders is een vergelijkbare procedure gevolgd als bij het casusonderzoek. Ook deze zijn letterlijk getranscribeerd en vervolgens zijn de gegevens geordend en geanalyseerd. Hierbij is de informatie voor elke tabel onder elkaar gezet per determinant uit het model van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004). Alle gegevens zijn vervolgens met elkaar vergeleken, zodat conclusies getrokken konden worden met betrekking tot de implementatie van de risicoscan.

3. Resultaten

3.1 Casusonderzoek

De cassussen waarvoor dossieranalyse is gedaan, waren divers qua leeftijd en type problematiek. Tabel 6 geeft een overzicht van de zes casus uit dit onderzoek. Uit de tabel wordt duidelijk dat verschillende cliënten risicogedrag vertoonden volgens de risicoscan. Met dossieranalyse scoorden cliënten lager op de risicoscan dan door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt.

Tabel 6

Overzicht van de cliëntgegevens en scores op de risicoscan van de zes casus

Casus	Cliëntgegevens	Domein	Score	
			Interview	Dossier
1	Vrouw, 63 jaar, niet aangeboren hersenletsel, vergeetachtig	Agressie op anderen	0	0
		Verslavend gedrag	0	0
2	Vrouw, 65 jaar, psychotische stoornis niet anders omschreven, stemmingsstoornis, gedragsstoornis	Agressie op anderen	3	1
		Verslavend gedrag	0	0
3	Man, 18 jaar, als kind ernstig verwaarloosd, epilepsie	Agressie op anderen	7	4
		Verslavend gedrag	0	0
4	Man, 42 jaar, spastisch, obsessief-compulsieve stoornis	Agressie op anderen	3	1
		Verslavend gedrag	0	0
5	Vrouw, 19 jaar, als kind ernstig verwaarloosd, kwetsbaar, hechtingsproblematiek	Agressie op anderen	3	3
		Verslavend gedrag	4	1
6	Vrouw, 17 jaar, traumatische jeugd gehad, hechtingsproblematiek, weinig zelfvertrouwen, verlatingsangst	Agressie op anderen	5	2
		Verslavend gedrag	2	1

3.1.1 Tijdsduur en percentage vragen dat beantwoord kon worden

In tabel 7 is de gemiddelde tijd die het invullen van de risicoscan in beslag nam weergegeven. Opvallend zijn de verschillen tussen de kortste en de langste tijd bij beide manieren van invullen. Bij de dossieranalyse zou de dikte van het dossier een verklaring kunnen zijn voor de grote verschillen in bestede tijd. Naarmate een dossier dikker was, moest de gedragswetenschapper meer zoeken en konden meestal meer vragen positief beantwoord worden. Bij het interview met de contactpersonen van cliënten kon de spreiding in tijd ook

verklaard worden door het aantal positief beantwoorde vragen. Bij alle items van de risicoscan waren drie antwoorden mogelijk: ‘ja’, ‘nee’ en ‘niet bekend’. Wanneer ‘ja’ geantwoord werd, verschenen vervolgvragen. Bij veel positief beantwoorde vragen was de risicoscan dus langer dan bij veel negatief beantwoorde vragen.

Tabel 7

Bestede tijd aan het invullen van de risicoscan bij dossieranalyse en bij een interview met de contactpersoon van de cliënt.

	Gemiddelde tijd	Kortste tijd	Langste tijd
Dossieranalyse	10:55 minuten	3:59 minuten	14:26 minuten
Interview met contactpersoon van de cliënt	10:25 minuten	7:10 minuten	14:13 minuten

Zoals al duidelijk werd uit tabel 6, verschilde het aantal vragen dat positief beantwoord werd bij dossieranalyse en interview. Verschillen bij het invullen kwamen ook terug in het aantal vragen wat met ‘niet bekend’ beantwoord werd, door een gebrek aan kennis over de cliënt. Bij ‘niet bekend’ geval kon de vraag dus eigenlijk niet beantwoord worden. Het percentage vragen dat wel met ‘ja’ of ‘nee’ ingevuld kon worden, is in tabel 8 weergegeven per gebied van de risicoscan. Hier wordt duidelijk dat bij dossieranalyse slechts de helft van de vragen beantwoord kon worden. De dossiers van cliënten lijken niet voldoende informatie te bevatten om de risicogedragingen die in de risicoscan naar voren komen, te bevestigen dan wel uit te sluiten. Door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt kon hier meer zekerheid over verkregen worden.

Tabel 8

Percentage vragen per gebied van de risicoscan dat beantwoord kon worden bij dossieranalyse en bij een interview met de contactpersoon van de cliënt.

	Gemiddeld percentage	Laagste percentage	Hoogste percentage
Dossieranalyse			
- Agressie gericht op anderen	43%	0%	63 %
- Verslavend gedrag	47%	11%	89%
Interview met contactpersoon van de cliënt			
- Agressie gericht op anderen	97%	89%	100%
- Verslavend gedrag	100%	100%	100%

3.1.2 Problemen bij het invullen van de risicoscan op basis van het dossier

Uit de hard-op-denkmethode en observaties bij de dossieranalyse kwamen een aantal problemen naar voren bij het invullen van de risicoscan. Deze problemen zijn meegenomen in het onderzoek om een goed oordeel te kunnen geven over het gebruik van de risicoscan door middel van dossieranalyse. De gevonden problemen zijn onderverdeeld in zes verschillende categorieën. Deze categorieën zijn: precisie van formuleringen, actualiteit van gegevens, onduidelijke definities, onduidelijke antwoordcategorieën, antwoordopties ontbreken en links naar vervolgvragen ontbreken. Voor elk van deze problemen zijn citaten van de gedragswetenschapper weergegeven in tabel 9.

Tabel 9

Citaten van de gedragswetenschapper per type probleem bij het invullen van de risicoscan

Type probleem	Citaten
Precisie van formuleringen	“De frequentie van bepaald gedrag wordt eigenlijk nooit in het dossier genoemd. Er staat bijvoorbeeld: de cliënt is af en toe... Maar, ja, hoe vaak is dat dan. Al die vragen van frequentie kan ik dus niet goed invullen.”
Actualiteit van gegevens	“Ik weet eigenlijk niet zo goed of de cliënt het gedrag de afgelopen twee jaar ook heeft vertoond. In het dossier zit een verslag van een aantal jaar geleden waar er wel iets over genoemd wordt, maar ik weet dus niet zeker of dat nu ook nog zo is. Dat geldt eigenlijk voor al deze vragen.”
Onduidelijke definities	“Wanneer is iets precies een woede-uitbarsting? In het dossier van deze cliënt staat bijvoorbeeld dat hij regelmatig stemmingswisselingen heeft en chaotisch en druk gedrag kan vertonen.”
Onduidelijke antwoordcategorieën	“Bij de opties lichte verstandelijke handicap en matige verstandelijke handicap worden dezelfde IQ-scores genoemd. Bij licht verstandelijke handicap moeten de IQ-scores 50/55 -70/75 zijn.” “Dit klopt niet. Ik moet invullen dat een cliënt 0-8 keer gokt per maand, terwijl de cliënt helemaal niet gokt!”
Antwoordopties ontbreken	“Bij de vragen 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 2.3 ontbreekt de optie ‘niet bekend’.” “Wanneer een cliënt een ZZP-score in de B- of C-groep heeft is niet aan te vinken hoe hoog deze is.”
Links naar vervolgvragen ontbreken	“Deze vragen (3.5 t/m 3.10 over seksueel grensoverschrijdend gedrag) worden onterecht overgeslagen in de risicoscan. Ik denk dat de doorlink naar deze vragen ontbreekt.”

3.1.3 Problemen bij het invullen van de risicoscan op basis van een interview met de contactpersoon van een cliënt

Ook bij het invullen van de risicoscan op basis van een interview met de contactpersonen werden problemen gevonden, die meegenomen zullen worden in het oordeel over het gebruik van de risicoscan. De gevonden problemen zijn onderverdeeld in zes verschillende categorieën. Deze categorieën zijn: twijfels over antwoordopties, onduidelijke definities, onduidelijke vervolgvraag, functioneren risicoscan op andere computers, antwoordopties ontbreken en links naar vervolgvragen ontbreken. In tabel 10 staan citaten van contactpersonen over problemen bij het beantwoorden van de vragen.

Tabel 10

Citaten van contactpersonen van cliënten per type probleem bij het invullen van de risicoscan

Type probleem	Citaten
Twijfel over antwoordopties	“Het gedrag is wel eens voorgekomen toen de cliënt net bij ons kwam wonen, daarna niet meer. Is het dan ja?” “Als het wel eens voorgekomen is, is het dan ja? Want hij is geen pestkop hoor.” “Ja, ze heeft wel eens iemand vals beschuldigd, maar niet bewust. Vanuit haar perspectief is het niet vals. Is het dan toch ja?” “Ze heeft altijd ondersteuning gehad bij het geldbeheer en ik denk dat dat ook wel nodig is. Maar ze heeft dus geen schulden. Dan is het dus nee?” “Ik weet eigenlijk niet hoeveel zij precies drinkt. Ze gaat één keer in de week uit en zelf zegt ze dat ze niet zo veel drinkt. Ik gok dus 2-3 glazen. Maar dat zou je haar zelf moeten vragen.”
Onduidelijke definities	“Wat wordt er precies bedoeld met aandachtgevend gedrag?” “Bedoelen jullie overdreven aandachtvragend gedrag of gewoon normaal? Want het hangt ook een beetje van de bui van de cliënt af.” “Tja, wanneer is iets pesten? Ze is wel erg star en dat leidt wel eens tot onbegrip bij medebewoners. Maar is dat pesten?” “Lastig. Ik denk niet dat hij gepest wordt, maar de cliënt zou zelf zeggen van wel. Zijn waarneming is een beetje gestoord op dat gebied. Het hangt er dus van af wie je deze vraag zou stellen.”
Onduidelijke vervolgvraag	“Wat een rare vervolgvraag. Dat heeft toch helemaal niets met stalken te maken!” (vraag 1.5 gaat over aandachtvragend gedrag, vervolgvraag 1.5.1 over stalken).
Functioneren risicoscan op andere computers	(Observatie) De risicoscan werkt niet altijd wanneer deze op een andere locatie wordt geopend. Na de eerste vraag verschijnen dan geen volgende vragen meer.
Antwoordopties ontbreken	“Ik hoef niet aan te geven hoe hoog de ZZP-score is, omdat de cliënt in de C-reeks zit. Klopt dat?”
Links naar vervolgvragen ontbreken	(Observatie) De laatste vragen (3.5 t/m 3.10) worden overgeslagen. De doorlink naar deze vragen ontbreekt.

3.1.4 Algemeen oordeel over de risicoscan

Wanneer het oordeel over de risicoscan gevraagd werd aan zowel de gedragswetenschapper als aan de zes contactpersonen van cliënten, kwamen veel verschillende ervaringen naar voren. De contactpersonen van cliënten gaven gemiddeld een 7,3 aan de gehele risicoscan. Als motivatie hiervoor werd gegeven dat het idee goed is, maar dat er nog wel wat te

verbeteren is aan de risicoscan. De meeste van de contactpersonen vonden het positief dat Aveleijn hiermee bezig is. Een enkele contactpersoon vond het echter helemaal niets. Zij verwoordde dit als volgt “Ik vind het veel te extreem. Dit is meer geschikt voor gedetineerden. Ik vind niet dat je deze vragen kan stellen aan iemand die net binnen komt. Dit valt me tegen. Ik had beter van Aveleijn verwacht.”

De gedragswetenschapper gaf een 5,5. Zijn motivatie hiervoor is dat het idee goed is, maar dat je op deze manier erg afhankelijk bent van wat in het dossier van een cliënt wordt genoemd. Daardoor is soms meer dan de helft van de vragen niet in te vullen met het dossier. Wel vindt hij het goed dat Aveleijn dit uitprobeert. Hij verwoordde dit als volgt: “Ik vind het goed dat Aveleijn hier mee bezig is. Het is altijd goed om te kijken of dingen nog beter kunnen.”

Over een aantal onderwerpen werd veel gesproken in de interviews. Die onderwerpen waren: de toegevoegde waarde van de risicoscan, de vragen inhoudelijk en de procedure van het afnemen van de risicoscan. Deze onderwerpen zijn daarom hieronder nader toegelicht.

Toegevoegde waarde

De contactpersonen vonden het allen goed dat er aandacht wordt besteed aan risicogedragingen bij de intake en gaven aan dat cliënten ook wel gewend zijn dergelijke vragen te beantwoorden. Contactpersonen hadden echter verschillende ervaringen met de intake van cliënten bij Aveleijn. Sommige contactpersonen gaven aan dat de onderwerpen uit de risicoscan ook al aan de orde waren geweest in de intake. Anderen gaven aan dat er in de intake te weinig naar risicogedragingen werd gevraagd. Dit verschil zou verklaard kunnen worden doordat cliënten op verschillende clusters geplaatst worden waarbij verschillende clustermanagers intakegesprekken voeren. Niet elke clustermanager doet dit op dezelfde manier.

De gedragswetenschapper vond ook dat de risicoscan toegevoegde waarde heeft, vooral voor de plaatsing van de cliënt en hoe de begeleiding dan met de cliënt aan de slag gaat. Wel vraagt hij zich af of alleen een dossieranalyse uitvoeren toegevoegde waarde heeft. “Ik denk dat het in gespreksvorm beter gaat, omdat je dan meteen de bevestiging krijgt. Met het dossier kan ook wel hoor. Ik denk wel dat er een bepaalde check in moet zitten. Een combinatie zou dus beter zijn.”

De vragen inhoudelijk

Alle contactpersonen gaven aan dat zij de vragen te eenzijdig vonden en onvolledig. Zij deden verschillende suggesties voor aanvullingen, zoals “heeft de cliënt seksuele voorlichting gehad” en “welke hobbies en interesses heeft de cliënt”. Alle contactpersonen gaven aan dat er ook positieve vragen gesteld moeten worden, omdat er anders een te eenzijdig beeld zou ontstaan van de cliënt. Belangrijk vonden contactpersonen ook een mogelijkheid voor toelichting bij een antwoord. Vaak was ‘ja’ of ‘nee’ te eenzijdig naar hun gevoel. Eén contactpersoon gaf verder aan dat bij ‘ja’ er nog dieper ingegaan kan worden op het gedrag met open vragen. Wanneer contactpersonen een cijfer moesten geven voor de vragen, gaven zij gemiddeld een 6,4.

De gedragswetenschapper gaf een 8 voor de vragen. Hij gaf aan dat voor zijn gevoel de verschillende gebieden van de vragen de mogelijke risico's dekten. Voor dossieranalyse zijn de vragen echter wat te gedetailleerd, waardoor sommige vragen niet ingevuld kunnen worden. Er wordt heel gedetailleerd gevraagd naar frequentie van gedrag en specifieke gedragingen. De gedragswetenschapper gaf aan dat in dossiers gedragingen minder gedetailleerd beschreven zijn.

De procedure

De contactpersonen vonden het belangrijk dat open gesproken kon worden over risicogedragingen van de cliënt. Zij gaven aan dat zij dit het liefst in een persoonlijk gesprek deden, omdat de informatie toch privacygevoelig kan zijn. Alle contactpersonen gaven aan dat bij een normale intakeprocedure de cliënt er bij zou moeten zitten. Dit heeft wel gevolgen voor de manier waarop de vragen gesteld zouden moeten worden. Eén contactpersoon legde dit duidelijk uit: “In een normale intake zal de cliënt er ook bij zijn, wettelijk gezien is de cliënt zelfstandig en moet dat dus. De vragen zouden dan eenvoudiger geformuleerd moeten worden. Het is prettiger als dan niet steeds ‘ja’ of ‘nee’ geantwoord zou moeten worden, maar dat het een normaal gesprek is.” Verschillende contactpersonen gaven ook aan dat bij een erg laag niveau de cliënt er misschien niet bij zou zijn. Deze beslissing zou dan bij de contactpersoon van de cliënt moeten liggen.

De gedragswetenschapper gaf aan dat hij het invullen van de risicoscan door middel dossieranalyse niet zo effectief vond. Veel gegevens ontbraken in de dossiers. Alleen bij een hele zware cliënt, zou hij alles in kunnen vullen, want in het dossier worden geen dingen genoemd die de cliënt niet doet. Het is daarom altijd onzeker of het ‘nee’ of ‘niet bekend’ is.

Dingen kunnen ook gewoon niet genoemd zijn in het dossier, maar wel aanwezig. Hij stelt daarom het volgende voor: “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.” Wel denkt hij dat de vragen erg zwaar zijn om aan een cliënt te stellen. Een persoonlijk begeleider zou dan het beste gevraagd kunnen worden.

3.1.5 Conclusie casusonderzoek

Samengevat kan gesteld worden dat de gedragswetenschapper en de contactpersonen van cliënten positief tegenover de risicoscan staan. Echter zijn zowel bij dossieranalyse als bij een interview met de gedragswetenschapper nog een aantal aanpassingen aan de risicoscan noodzakelijk. Door middel van dossieranalyse kan geen goed beeld worden verkregen van alle risicogedragingen, omdat dossiers onvolledig zijn en geen gedetailleerde gegevens bevatten over de cliënt. Wanneer voor een interview met de contactpersonen wordt gekozen, zal meer nuancering in de antwoorden nodig zijn en zal de cliënt wellicht bij het gesprek betrokken moeten worden. Dit vraagt een andere opzet, waar eenvoudigere en ook positievere vragen gesteld worden.

3.2 Predictieve validiteit

Met SPSS is uitgerekend hoeveel cliënten ten minste één risicogedraging vertoonden volgens de risicoscan. Hiervoor is het percentage cliënten dat geen enkele keer scoorde afgetrokken van het totale percentage (100%). Voor SOAS-R is dit ook berekend. In totaal scoorde 64% van de cliënten ten minste één keer op de risicoscan, op SOAS-R was dit 10%. Dit is een groot verschil. Voor de gehele risicoscan is dan ook slechts een correlatie van 0,026 gevonden. Uit tabel 12 kan worden afgelezen dat risicogedrag eigenlijk maar heel weinig voorkwam. Voornamelijk op vragen naar extreme gedragingen werd zowel bij de risicoscan als bij SOAS-R geen enkele keer is gescoord. Verslavend gedrag kwam uit SOAS-R nauwelijks naar voren (zie tabel 13). Het is lastig te zeggen of de risicoscan deze gedragingen voldoende meet, wanneer dit gedrag niet voorkomt. De items waarvoor wel correlatie kon worden berekend, correleren nauwelijks. Slecht één item correleerde significant. Dit was het item dat meet of cliënten minder dan 1 keer per maand een woedeuitbarsting hebben. Deze correlatie is echter erg laag.

Tabel 12

Aantal keer “ja” op vragen naar agressief gedrag richting anderen bij de risicoscan en bij SOAS-R, correlaties hiertussen en significantie.

Item	Scan	SOAS-R	Pearson's r	p
1.1 Moord	0	0	-.1	-.1
1.2 Stalken	7	0	-.1	-.1
1.2.1 Aandachtvragend gedrag	70	1	0,099	0,140
1.3 Bedreiging met een gevaarlijk voorwerp	4	0	-.1	-.1
1.3.1 Bedreiging zonder gevaarlijk voorwerp	28	10	-0,17	0,804
1.4 Aanvallen met verwonding	11	4	-0,031	0,647
1.4.1 Aanvallen zonder verwonding	17	11	0,013	0,852
1.5 Woedeuitbarsting, meer dan 4 x per maand	13	0	-.1	-.1
1.5.1 Woedeuitbarsting, 1-3 x per maand	25	0	-.1	-.1
1.5.2 Woedeuitbarsting, minder dan 1 x per maand	40	1	0,144*	0,032
1.6 Gooien met voorwerpen, meer dan 1 x per maand	1	0	-.1	-.1
1.6.1 Gooien met voorwerpen, minder dan 1 x per maand	5	2	-0,014	0,831
1.7 Dierenmishandeling of doding	0	0	-.1	-.1
1.7.1 Dierenverwaarlozing	7	0	-.1	-.1
1.8 Slachtoffer van fysieke of psychische mishandeling	13	0	-.1	-.1
1.8.1 Vermoedelijk slachtoffer van fysieke of psychische mishandeling	16	0	-.1	-.1
1.9.1 Verbale agressie	55	19	0,049	0,467
1.10.1 Vals beschuldigen	32	0	-.1	-.1
1.11.1 Pesten van personen of dieren	12	0	-.1	-.1

¹ Voor de betreffende items kon geen correlatie worden berekend, omdat er scores ontbraken.

* Significante verschillen bij een alpha van 0,05.

Tabel 13

Aantal keer “ja” op vragen naar verslavend gedrag bij de risicoscan en bij SOAS-R, correlaties hiertussen en significantie.

Item	Scan	SOAS	Pearson r	p
4.1 Hard drugs, meer dan 2 x per maand	3	0	-.1	-.1
4.1.1 Hard drugs, 1 of 2 x per maand	1	0	-.1	-.1
4.2 Soft drugs, maar dan 8 x per maand	11	0	-.1	-.1
4.2.1 Soft drugs, minder dan 8 x per maand	1	0	-.1	-.1
4.3 Pathologisch alcoholgebruik	10	0	-.1	-.1
4.3.1 Meer dan 2 glazen alcohol per week, niet pathologisch	20	0	-.1	-.1
4.4 Middelengebruik	1	0	-.1	-.1
4.5 Handelen in drugs	1	0	-.1	-.1
4.5.1 Laat zich gebruiken voor drugshandel	5	0	-.1	-.1
4.6 Pathologisch gokken	1	0	-.1	-.1
4.6.1 Gokken, niet pathologisch	0	1	-.1	-.1
4.7 Schulden als gevolg van verslaving	5	0	-.1	-.1
4.7.1 Schulden door verstandelijke beperking	22	0	-.1	-.1
4.8.1 Middelengebruik als signaalfunctie	8	0	-.1	-.1
4.9 Andere verslavingen	23	0	-.1	-.1

¹ Voor de betreffende items kon geen correlatie worden berekend, omdat er scores ontbraken.

Samengevat kan gesteld worden dat er veel verschil is tussen de scores op de risicoscan en de scores op SOAS-R. Op basis van de huidige gegevens lijkt de risicoscan geen goede voorspeller voor daadwerkelijk geregistreerd risicogedrag in SOAS-R de afgelopen tien maanden.

3.3 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie

In de interviews met verschillende stakeholders is gesproken over mogelijke belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van de risicoscan. De vijf verschillende gebieden uit het model van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004) zijn hierbij leidend geweest. De meningen van de stakeholders zijn per gebied weergegeven. Voor de stakeholders was het soms lastig aan te geven in hoeverre bepaalde factoren een rol speelden, omdat nog niet duidelijk is hoe de risicoscan geïmplementeerd zal worden en wie er mee zal gaan werken. Wanneer dit door middel van dossieranalyse is, zijn soms andere dingen van belang dan wanneer dit door middel van een interview is.

3.3.1 De sociaal-politieke context

Voor de sociaal-politieke context zijn twee tabellen opgesteld met factoren: één voor de dossieranalyse en één voor de interviews met contactpersonen en/of cliënten. Hiervoor is gekozen omdat de betrokkenheid van cliënten en contactpersonen in beide procedures erg verschilt. Dit zorgt dan ook voor verschillende belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie. Zoals uit de genoemde citaten in tabel 14 en 15 blijkt, speelt de sociaal-politieke context een veel belangrijkere rol wanneer gebruik gemaakt wordt van een interview met de contactpersoon. Dit vraagt veel meer van de cliënt en contactpersoon. Vooral over de bereidheid om mee te werken en de belasting van cliënten en contactpersonen zijn twijfels bij verschillende stakeholders. Daarnaast vragen stakeholders zich af of cliënten niet zullen liegen en of het niveau van de cliënt wel voldoende is om de vragen te kunnen beantwoorden. Hierdoor zouden risico's onderbelicht kunnen worden. Gezien deze belemmerende factoren is het de vraag of een interview wel de beste manier is om de risicoscan in te vullen. Daar staat echter tegenover dat men wel vindt dat het in het belang van de cliënt is en dat men wel mee zal werken als dat moet.

Tabel 14

Belemmerende en bevorderende factoren van de sociaal-politieke context wanneer de risicoscan geïmplementeerd wordt met een interview met de contactpersoon van de cliënt (en de cliënt).

Belemmerende factoren	
Bereidheid van de patiënt om mee te werken	“Ik denk dat het merendeel van de cliënten het gewoon weg niet kan, en dat cliënten die het wel zouden kunnen, cliënten zijn die dan wellicht in zorg komen juist vanwege risicogedrag. En het is dan de vraag of ze dan wel of niet mee willen werken aan zoiets.” “Ik vraag me af of zo’n scan al het risicogedrag er uit gaat halen, of er dan nog steeds gelogen gaat worden.”
Financiële lasten, fysieke en emotionele belasting	“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. Niet alleen financieel natuurlijk.”
Bevorderende factoren	
Passend binnen wetten en regels	“We hebben gewoon het recht om de cliënt goed in kaart te brengen en dat zijn we ook aan hem verplicht vind ik, om ook een juiste plek te zoeken. En hoe beter je dat doet, hoe beter je denk ik ook bent aan de voordeur.”
Bereidheid van de patiënt om mee te werken	“Ik denk dat als het gaat om verwijzers, dat het gewoon een procedure is en dat ze wel mee moeten werken.”

Wanneer gekozen wordt voor dossieranalyse worden cliënt en contactpersoon nauwelijks extra belast en zal de bereidheid om mee te werken minder van belang zijn. Dit is dan ook een voordeel ten opzichte van een interview. Een mogelijk probleem is echter dat cliënten niet alles mee willen sturen in het dossier. Hierdoor blijven risico's misschien onderbelicht.

Tabel 15

Belemmerende en bevorderende factoren van de sociaal-politieke context wanneer de risicoscan geïmplementeerd wordt met dossieranalyse

Belemmerende factoren	
Bereidheid van de patiënt om mee te werken	“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	
Bereidheid van de patiënt om mee te werken	“Als je kijkt naar de bereidheid van de patiënt om mee te werken, speelt dat een rol, maar ook niet de belangrijkste rol. Uiteraard moet de cliënt akkoord gaan, maar verder gaat het buiten de cliënt om.”
Passend binnen wetten en regels	“Volgens mij past het binnen de wetten en regels die er gelden.”
Fysieke en emotionele belasting	“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.”
Financiële lasten	“Het heeft geen financiële gevolgen voor de cliënt”

3.3.2 De organisatie

Er is voor de organisatie slechts één overzicht gegeven van de genoemde punten in de interviews. Hiervoor kenmerkende citaten zijn genoemd in tabel 16. Zoals blijkt uit de tabel zijn punten van zorg bij de stakeholders vooral de samenwerking en overeenstemming tussen verschillende afdelingen en clusters binnen de organisatie. Resultaten uit de risicoscan kunnen genegeerd worden of op een eigen wijze geïnterpreteerd worden. Dit wordt versterkt door het feit dat erg veel mensen met de risicoscan te maken zullen krijgen. Een ander probleem is dat er mogelijk niet overal binnen de organisatie evenveel draagvlak is voor de risicoscan. Het idee van een risicoscan komt van de werkvloer, maar niet alle clusters hebben hierom gevraagd. Voor die clusters zal de risicoscan dus vooral iets zijn wat van bovenaf wordt opgelegd.

Positief is echter dat de nodige kennis wel aanwezig is of anders snel kan worden bijgebracht, omdat de organisatie erg plat is. Wanneer er dus voldoende geïnvesteerd wordt in promotie van de risicoscan en vaardigheden om hier mee te werken, zou dit geen probleem moeten zijn. Ook de doorstroming van personeel zal niet voor problemen zorgen.

Tabel 16

Belemmerende en bevorderende factoren van de organisatie voor de implementatie van de risicoscan

Belemmerende factoren	
Samenwerking tussen afdelingen	“De samenwerking tussen afdelingen is nu ook al een probleem. Ik denk niet dat dat zal veranderen. Adviezen van gedragskundigen 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.”
Hoeveelheid medewerkers die met de innovatie te maken hebben	“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.”
Besluitvormingsproces	“De aanleiding hiervan kwam uit de werkvloer, maar het verdere proces is top-down. Over het algemeen creëer je daar geen draagvlak mee.”
Bevorderende factoren	
Hierarchische structuur van de organisatie	“We zijn een hele platte organisatie. Je hebt eigenlijk maar drie lagen. Dat is de begeleiders, de clustermanagers en dan heb je het MT. 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”
Doorstroming personeel	“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.”

3.3.3 De gebruiker

Hoewel nog niet bekend is wie met de risicoscan zal gaan werken, zijn er toch een aantal algemene punten die de stakeholders naar voren brachten (zie ook tabel 17). Zij vonden steun en communicatie vanuit het management erg belangrijk, maar gaven tegelijkertijd aan dat het managementteam (MT) helemaal achter de risicoscan staat. Kennis en vaardigheden zijn ook aanwezig bij de medewerkers. Alleen aan motivatie zou nog gebrek kunnen zijn,

voornamelijk bij sommige clustermanagers. Ook vonden de stakeholders het belangrijk dat de persoon die met de risicoscan zal gaan werken, het zelf bij zijn taak vindt passen. In hoeverre dit het geval is, weten zij niet, omdat nog niet duidelijk is wie met de risicoscan zal gaan werken. Hier moet echter wel rekening mee worden gehouden. De stakeholders gaven aan dat er wel promotie gemaakt zal moeten worden voor de risicoscan.

Tabel 17

Belemmerende en bevorderende factoren van de gebruiker voor de implementatie van de risicoscan

Belemmerende factoren	
Steun van het hoger management en steun van collega's	"Ik weet nog van toen met de invoering van die PDI, dat bestaat ook nog niet zo heel lang. Toen was er best wel weinig steun van collega's. En degene die begon met de PDI's, had bijvoorbeeld geen werkplek, die had geen blackberry, die werd daarin duidelijk niet gesteund door leidinggevend. Collega's begrepen ook niet goed waarom die PDI er nou was. En daar is niet voldoende over gecommuniceerd, terwijl het volgens mij wel een vraag was vanuit het management. Ik hoop dat ze daar van geleerd hebben als dit geïmplementeerd wordt."
Past het bij opvattingen van eigen taken	"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."
Bevorderende factoren	
Steun van het hoger management	"Het MT staat vierkant achter de scan. Die vinden het echt heel belangrijk en willen hem graag goed geïmplementeerd hebben. Dus daarmee creëer je al dat leidinggevend, dus de clustermanagers, er ook gewoon mee moeten gaan werken en dus ook begeleiders de opdracht geven dat uit te voeren."
Kennis en vaardigheden van medewerkers	"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. De implementatie zal vooral hier gebeuren, op het bestuurscentrum. Daar wordt het beleid gemaakt."
Past het bij opvattingen van eigen taken	"Dit is wel echt iets, waar mensen het nut van inzien. En daardoor ook echt bereid zijn om daaraan mee te werken en we hebben tot nu toe nog geen weerstand ervaren. Meer dat ze het wel een goed instrument vonden."

3.3.4 De vernieuwing

Over de risicoscan zelf waren de stakeholders behoorlijk positief (zie tabel 18). Het instrument past bij de organisatie, heeft toegevoegde waarde en kan goed uitgetest worden. Het enige punt van zorg was of iedereen de procedures en richtlijnen zal lezen. Wanneer dit niet het geval is, zal de risicoscan mogelijk niet optimaal gebruikt worden. Daarnaast was er nog onzekerheid over hoe de risicoscan gebruikt zal gaan worden, maar de stakeholders dachten dat het principe van de risicoscan in ieder geval goed is.

Tabel 18

Belemmerende en bevorderende factoren van de vernieuwing voor de implementatie van de risicoscan

Belemmerende factoren	
Duidelijkheid procedures en richtlijnen	“Ik denk dat de procedures en richtlijnen op zich duidelijk zijn, maar ik denk niet dat iedereen ze leest.”
Bevordende factoren	
Past het bij huidige manier van werken	“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.”
Toegevoegde waarde voor de cliënt	“De toegevoegde waarde voor de cliënt is, denk ik, heel groot. Niet dat de cliënt dat in hoeft te zien hoor, waarom je het doet. Maar 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.”
Mate waarin innovatie uit te testen is	“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.”

3.3.5 Randvoorwaarden

Verschillende stakeholders hebben aangegeven dat alles wat noodzakelijk is voor de implementatie wel aanwezig is of zal worden aangeschaft, omdat het managementteam het heel belangrijk vindt. Zij verwachtten dan ook weinig problemen op dit gebied (zie tabel 19). De ervaring zal echter moeten uitwijzen of er voldoende tijd beschikbaar is, want daar is nog

geen besluit over genomen. Ook zal er iemand moeten komen die erg enthousiast is over de risicoscan en ook anderen kan overtuigen van het nut hiervan. Er zijn verschillende mensen aangedragen die dit zouden kunnen doen. Echter zal wel iemand deze taak op zich moeten nemen.

Tabel 19

Belemmerende en bevorderende factoren bij de randvoorwaarden voor de implementatie van de risicoscan

Belemmerende factoren	
Beschikbare tijd voor implementatie	“De beschikbare tijd voor implementatie is wel belangrijk. Je moet wel voldoende tijd hebben natuurlijk om het te realiseren natuurlijk. Ik weet niet hoe dat straks is.”
Bevordende factoren	
Vergoeding voor extra moeite	“Als het onderdeel is van je werk is het onderdeel van je werk. En dan doe je dat gewoon en dan krijg je daar niet extra voor betaald, vind ik. Het is wel weer iets extra's wat je er bij moet doen, maar als dat niet lukt, moet iets anders maar wijken.”
Financiële middelen en andere noodzakelijke materialen	“De financiële middelen die zijn er. Het wordt breed gedragen door het MT, dus de kosten die nodig zijn om het goed te implementeren die zullen zeker beschikbaar zijn.”

3.3.6 Conclusie

Er zijn veel belemmerende en bevorderende factoren door de stakeholders genoemd. Samengevat zijn er een aantal punten die nog aandacht nodig hebben. Als eerste het draagvlak binnen de organisatie. Op het moment is nog niet voldoende gecommuniceerd over het belang van de risicoscan. Het managementteam zal zijn enthousiasme dan ook over moeten brengen naar de rest van de organisatie en dit moeten ondersteunen met beleid. Daarnaast moet goed gecommuniceerd worden over de implementatie, zodat iedereen dit op dezelfde manier zal invoeren en de samenwerking tussen verschillende afdeling soepel zal gaan. Ook zal er nagedacht moeten worden hoe de bereidheid van cliënten om mee te werken vergroot kan worden en de belasting voor de cliënt en/of contactpersoon zo laag mogelijk kan zijn. Positief is dat het belang van de risicoscan door alle stakeholders wordt gezien. Daarnaast lijken er voldoende kennis en vaardigheden binnen de organisatie te zijn. Het managementteam is erg enthousiast over de risicoscan en wil dan ook voldoende middelen ter beschikking stellen voor een succesvolle implementatie.

4. Conclusie en discussie

In dit onderzoek zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd. De eerste onderzoeksvraag betreft het gebruik van de risicoscan, de tweede onderzoeksvraag de predictieve validiteit en de derde onderzoeksvraag de implementatie van de risicoscan. Voorwaarde voor het in gebruiknemen en implementeren van de risicoscan is dat deze valide is. Voordat echter over implementatie beslist kan worden, is het van belang te besluiten over de manier van gebruik. De manier van gebruik kan ook invloed hebben op de validiteit. Deze samenhang tussen de onderzoeksvragen kan ook gevonden worden in de resultaten uit de verschillende onderzoeksmethoden en moet ook in het achterhoofd gehouden worden bij het lezen van deze conclusie en discussie.

4.1 Hoe kan de risicoscan het beste gebruikt worden?

Er zijn een aantal belangrijke resultaten uit dit onderzoek gekomen, op basis waarvan Aveleijn een advies krijgt voor het toekomstige gebruik van de risicoscan.

Ten eerste bleek uit de interviews met de gedragswetenschapper dat deze het nut van de risicoscan inziet en dat hij de risicoscan inhoudelijk goed vindt. Uit het casusonderzoek bleek echter dat door middel van dossieranalyse minder dan de helft van de vragen ingevuld kon worden, terwijl door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt wel alle vragen beantwoord konden worden. Beide procedures namen echter ongeveer evenveel tijd in beslag. Voor Aveleijn was het van belang dat het invullen van de risicoscan weinig tijd in beslag nam, in verband met belasting voor de contactpersoon (en cliënt) en de medewerkers van Aveleijn. Echter, zowel met dossieranalyse als met een interview met de contactpersoon van de cliënt kon het eerder door Aveleijn gestelde criterium van twee minuten niet gehaald worden. Het invullen door middel van een interview lijkt daarom meer informatie op te leveren in dezelfde tijd. Met dossieranalyse alleen, kunnen risico's niet voldoende in kaart gebracht worden, omdat dossiers niet de nodige informatie lijken te bevatten. Wanneer het niet mogelijk blijkt meer informatie te verkrijgen van de cliënt, zullen gedetailleerde vragen, zoals naar frequentie van gedrag, moeilijk te beantwoorden blijven met het dossier. Wanneer voor dossieranalyse wordt gekozen, zal daarom minder gedetailleerd naar gedrag gevraagd moeten worden. Een mogelijkheid is wat algemenere open vragen te stellen. Zo'n vraag zou bijvoorbeeld kunnen zijn: Wat is er bekend over agressieve gedragingen die de cliënt vertoont richting anderen? Dit geeft de gedragswetenschapper de mogelijkheid om zo veel mogelijk

informatie over risicogedragingen uit het dossier bekend te maken aan clustermanagers en begeleiders van cliënten, zodat deze de nodige maatregelen kunnen nemen. De risicoscan krijgt dan echter meer de functie van communicatiemiddel tussen verschillende personen, dan van risicobepaling.

Ten tweede bleek uit de gesprekken met contactpersonen van cliënten dat zij wel de risico's in kaart gebracht willen hebben, maar de risicoscan daarvoor niet optimaal vinden. Alle contactpersonen zagen wel het nut in van de risicoscan en zij vinden het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan risicogedragingen van cliënten. De contactpersonen van cliënten willen echter een normaal intakegesprek met (indien mogelijk) de cliënt er bij, waarin ook gevraagd wordt naar risicogedragingen. 'Ja' of 'nee' antwoorden vinden de meeste contactpersonen lastig. Zij willen hun antwoorden kunnen nuanceren. Wanneer hier echter gehoor aan wordt gegeven, is het idee van een screeninginstrument weg. In plaats daarvan zal een uitgebreid intakegesprek plaatsvinden. Hier kan voor gekozen worden, maar dan is het van belang rekening te houden met de cliënt die mogelijk bij het gesprek aanwezig is. Dit stelt eisen aan de formulering van de vragen.

Met de conclusies uit dit onderzoek moet echter enigszins voorzichtig worden omgegaan. Slecht zes contactpersonen van cliënten waren bereid mee te werken aan dit onderzoek. Hoewel zij het in grote lijnen met elkaar eens waren, zou dit kleine aantal een vertekend beeld kunnen geven. Uit het grote aantal contactpersonen dat weigerde mee te werken, kan geconcludeerd worden dat niet alle contactpersonen even positief tegen de risicoscan aankijken. Mogelijk zijn de resultaten uit dit onderzoek daarom nog te positief over de risicoscan. Een groot deel van de contactpersonen die niet wilden mee werken, gaf aan dat zij niet over de cliënt wilden praten, zonder dat de cliënt er bij is. Het is dan ook belangrijk dat Aveleijn hier rekening mee houdt. Veel contactpersonen hebben toestemming van de cliënt nodig om gegevens over de cliënt te verstrekken. Indien de cliënt niet wil dat er over hem gepraat wordt, zal de cliënt aanwezig moeten zijn bij de gesprekken. De aanwezigheid van de cliënt, stelt eisen aan het niveau waarop vragen gesteld kunnen worden. Aveleijn zal hier dus rekening mee moeten houden bij het verder in gebruik nemen van de risicoscan.

Achteraf gezien zou het misschien goed geweest zijn als cliënten wel bij het casusonderzoek aanwezig waren geweest. Nu is alleen met contactpersonen van cliënten gesproken. Hoewel een aantal contactpersonen aangaf dat zij het fijn vonden dat de cliënt niet meteen met het onderzoek belast werd, zou het wellicht een meer realistisch beeld hebben gegeven van de praktijk.

Het is echter de vraag of contactpersonen van cliënten wel begrijpen wat het idee van een risicoscan is. Zij willen werkelijk voorkomende problemen benoemen. Dit blijkt uit hun wens om te willen nuanceren en de vraag of één incident voldoende is om ‘ja’ te antwoorden. Contactpersonen zal duidelijk gemaakt moeten worden dat het niet gaat om wat werkelijk is gebeurd, maar om de kans op bepaalde incidenten. Wellicht zou door voorlichting aan de contactpersonen de acceptatie van de risicoscan ook kunnen verbeteren.

Wanneer Aveleijn geen contactpersonen en cliënten met de risicoscan wil belasten, zou zij toch voor een dossieranalyse kunnen kiezen. Mogelijk zou meer informatie voor het dossier geëist kunnen worden van cliënten, maar dit belast cliënten extra. Uit de interviews met stakeholders kwam naar voren dat cliënten sommige dingen niet mee willen sturen met de dossiers. Wanneer dossiers incompleet zijn, wordt er op het moment al nagebeld met de vraag om meer informatie. Echter, bij het casusonderzoek waren sommige dossiers nog steeds niet volledig. Het is de vraag of meer informatie eisen voor het dossier dus een reële optie is. Er zijn daarom nog een aantal andere mogelijkheden die overwogen moeten worden.

Als eerste kan gedacht worden aan het meer standaardiseren van het reguliere intakegesprek wat de clustermanager houdt. Uit ervaringen van de contactpersonen bleek dat sommige clustermanagers alle risicogedragingen navroegen, terwijl anderen hier nauwelijks aandacht aan besteedden. Ook in interviews met stakeholders kwam naar voren dat niet alle clustermanagers even nauwkeurig zijn met de intake. Door een duidelijke opzet te maken van wat er in ieder geval nagevraagd dient te worden, kunnen risico's wellicht beter in kaart gebracht worden. Echter zal dit dan in een breder gesprek plaats vinden met de cliënt erbij. Dit voldoet beter aan hoe de contactpersonen dit zouden willen. Nadeel hiervan is echter dat er geen sprake meer is van een snelle screening en dat de risicoscan aan de kant gezet wordt. De verwachting is dat een intakegesprek met vragen naar risicogedragingen ongeveer een half uur langer gaat duren. Dit is meer dan de in dit onderzoek gevonden 10:25 minuten, omdat het beantwoorden van open vragen meer tijd in beslag neemt. Het totale intakegesprek zal dan ongeveer anderhalf tot twee uur gaan duren. Dit is voor de cliënt erg lang.

Een tweede mogelijkheid is om cliënten eerst door middel van dossieranalyse te screenen en daarna bij het intakegesprek aandacht te besteden aan dingen die uit de dossieranalyse nog niet voldoende duidelijk zijn geworden. De clustermanager zal dan niet alles na hoeven te vragen bij een cliënt, maar kan gericht vragen naar gedragingen die niet in het dossier vermeld stonden of waar een toelichting nog gewenst is. Tijdens één van de interviews met stakeholders werd genoemd dat dit het vragen naar risicogedragingen wel

makkelijker zou maken. Het is dan mogelijk om een reden te geven naar de cliënt toe waarom je naar de risicogedragingen vraagt. Dit is echter arbeidsintensiever en complexer, omdat zowel de gedragswetenschapper als de clustermanager bezig zijn met het in kaart brengen van risicogedragingen bij de cliënt.

Een derde mogelijkheid is dat de risicoscan door middel van het dossier zal worden ingevuld, maar dat de contactpersoon gevraagd wordt het dossier mondeling toelichten. Dit kan door middel van een kort gesprek met de gedragswetenschapper. Hiervoor zal de contactpersoon wel vooraf toestemming aan de cliënt moeten vragen. Nadeel hiervan is dat de contactpersoon belast wordt met een extra gesprek en dat de cliënt toestemming moet geven. Wanneer deze toestemming niet verleend wordt, zal het risicogedrag onvoldoende gemeten worden met de risicoscan.

Aan de hand van deze resultaten kan geen eenduidig advies gegeven worden aan Aveleijn. Zowel het invullen van de risicoscan door middel van dossieranalyse, als het invullen door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt hebben de nodige bezwaren. Dit bevestigt dus de twijfel tussen beide methoden van invullen, die aanleiding was voor het doen van dit onderzoek. Aveleijn zal de verschillende opties moeten afwegen en verder moeten onderzoeken in hoeverre deze daadwerkelijk mogelijk zijn.

Het onderzoek laat veel verbeterpunten van de risicoscan zien. Deze resultaten kunnen ook interessant voor andere instellingen die overwegen een screeninginstrument te gaan ontwikkelen. De overwegingen die voor Aveleijn gelden, gelden wellicht ook elders en kunnen gebruikt worden bij de ontwikkeling van andere screeninginstrumenten. Wetenschappelijk gezien laat dit onderzoek zien, hoe belangrijk het is voor de implementatie van een instrument goed te inventariseren wat de mogelijkheden zijn, en welke bezwaren er zouden kunnen zijn. Dit kan veel implementatieproblemen voorkomen, zoals dit onderzoek illustreert. Daarnaast zal het wetenschappelijk gezien interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre de gevonden resultaten ook bij andere instellingen gelden. Wanneer dergelijk onderzoek opnieuw gedaan wordt, zal gestreefd moeten worden naar een groter aantal casus, zodat met meer zekerheid conclusies kunnen worden getrokken. Daarnaast zal onderzocht moeten worden welke invloed de aanwezigheid van cliënten heeft op de afname van het screeninginstrument.

4.2 Is de risicoscan voorspellend voor daadwerkelijk voorkomend probleemgedrag?

De scores op de risicoscan en SOAS-R verschillen sterk. Op de gehele risicoscan werd door 64% van de cliënten ten minste één keer gescoord, in SOAS-R werd slechts voor 10% van de cliënten ten minste één incident gevonden. Verslavend gedrag werd nauwelijks gevonden in SOAS-R. Mogelijk leidt verslavend gedrag slechts zelden direct tot incidenten, maar is dit een probleem wat meer indirect tot probleemgedrag leidt als agressie. De scores op de risicoscan lijken dus niet voorspellend voor de incidenten die in tien maanden in SOAS-R genoemd worden. Op basis van dit onderzoek is het echter niet mogelijk om te zeggen of de risicoscan voldoende valide is.

Andere mogelijke verklaringen zijn dat medewerkers van Aveleijn niet alle incidenten in SOAS-R hebben ingevoerd. Daarnaast zou het verschil in scores op de risicoscan en SOAS-R misschien te verklaren zijn uit de te korte periode van tien maanden om de incidenten te meten. De risicoscan meet gedragingen over een periode van twee tot vijf jaar geleden. Wellicht moet in SOAS-R ook na langere tijd gemeten worden wat de hoeveelheid incidenten is. De vraag is of het met de gevonden hoeveelheid incidenten wel noodzakelijk is om te screenen op risicovol gedrag. Uit de risicoscan komt een veel hogere score op risicogedrag, wanneer dit echter in ongeveer 54% van de gevallen niet tot een incident komt, lijkt de risicoscan cliënten onnodig te kwalificeren als mogelijk problematisch. De risicoscan lijkt een hoge sensitiviteit te hebben, maar een lage specificiteit. Dit leidt tot veel vals-positieve uitkomsten. Dit zou kunnen leiden tot maatregelen bij cliënten waarvoor dit niet noodzakelijk is. Dit probleem is niet geheel te voorkomen wanneer preventie wordt nagestreefd. Echter zou een betere verhouding tussen de score op de risicoscan en daadwerkelijke incidenten wenselijk zijn. Wanneer de risicoscan in gebruik genomen wordt, zal rekening gehouden moeten worden met een onzekerheidsfactor in de score. Een risico op bepaald gedrag, is niet gelijk aan het daadwerkelijk vertonen van dat gedrag.

Een laatste mogelijke verklaring is dat de begeleiders van Aveleijn al heel goed handelen om risicogedrag te voorkomen. Een risico op bepaald gedrag betekend niet dat dit daadwerkelijk voorkomt. Wanneer hier goed op ingespeeld wordt, kan dit gedrag wellicht voorkomen worden. Dit is immers ook het doel van de risicoscan: risicogedrag inzichtelijk maken, zodat hier tijdig op ingespeeld kan worden.

Gezien het geringe aantal incidenten dat gemeldt is in SOAS-R, had wellicht voor meer dan 223 cliënten alle incidenten in SOAS-R nagezocht moeten worden. Mogelijk zouden dan meer correlaties berekend kunnen worden. Het is echter waarschijnlijk dat de

resultaten niet erg afwijkend zullen zijn van wat nu gevonden is, omdat de steekproef redelijk representatief leek te zijn voor de gehele groep wat betreft de hoeveelheid incidenten

Aangezien de scores op SOAS-R en op de risicoscan weinig overeenkomen, zal gezocht moeten worden naar andere instrumenten die risicogedrag in kaart brengen. SOAS-R lijkt vooral wat betreft verslavend gedrag onder te rapporteren. SOAS-R is dan ook geen risicotaxatieinstrument, maar slechts een rapportagesysteem voor incidenten. Wanneer een ander risicotaxatieinstrument naast de risicoscan gelegd wordt, kan de validiteit wellicht beter bepaald worden. Gezien het geringe aantal risicotaxatieinstrumenten dat uitgetest is bij verstandelijk beperkten zal dit echter niet eenvoudig zijn.

Wel is het mogelijk om binnen enkele clusters bij te houden hoe vaak de gedragingen uit de risicoscan voorkomen. Op deze manier zal gekeken kunnen worden of scores op de risicoscan een goed beeld geven van de risicogedragingen van cliënten in de praktijk. Dit is vergelijkbaar met incidentenrapportage in SOAS-R, met het verschil dat clusters nu specifiek opdracht krijgen gedragingen van de risicoscan te rapporteren. Dit zou onderrapportage van bepaalde gedragingen (zoals verslavend gedrag) kunnen voorkomen.

Daarnaast zal AveleijnSDT opnieuw de betrouwbaarheid van de uitkomst op de risicoscan moeten onderzoeken, wanneer zij besloten heeft hoe zij de risicoscan gaat gebruiken. Deze betrouwbaarheid leek veelbelovend in eerste onderzoeksresultaten, echter kan de manier van afname de betrouwbaarheid beïnvloeden. Een hoge betrouwbaarheid van de risicoscan is een voorwaarde voor validiteit.

Wetenschappelijk gezien illustreert dit onderzoek het verschil tussen risicotaxatie instrumenten en incidentenrapportage systemen. Uit dit onderzoek blijkt dat deze niet goed te vergelijken zijn. Hier zou nader onderzoek naar gedaan moeten worden bij andere instellingen, om dit te bevestigen.

4.3 Welke factoren spelen een rol bij de implementatie?

In de interviews met stakeholders werden veel belemmerende en bevorderende factoren genoemd. Positief is dat het belang van de risicoscan door alle stakeholders wordt gezien. Daarnaast lijken er voldoende kennis en vaardigheden binnen de organisatie te zijn. Het managementteam is erg enthousiast over de risicoscan en wil dan ook voldoende middelen ter beschikking stellen voor een succesvolle implementatie. Op een aantal punten is extra aandacht nodig bij de implementatie. Als eerste het draagvlak binnen de organisatie. De

verschillende stakeholders verwachten dat er nog niet voldoende draagvlak is voor de risicoscan. Zij geven aan dat er nog weinig over het belang van de risicoscan gecommuniceerd is naar de hele organisatie. Het is dan ook belangrijk dat het managementteam zijn enthousiasme overbrengt naar de rest van de organisatie. Zij zou dit moeten ondersteunen met beleid. Ten tweede moet goed gecommuniceerd worden over de implementatie, zodat iedereen de risicoscan op dezelfde manier zal invoeren en de samenwerking tussen verschillende afdelingen soepel zal gaan. Ten derde zal er nagedacht moeten worden over de rol van cliënten bij het invullen van de risicoscan. Contactpersonen van cliënten hebben in het casusonderzoek aangegeven dat zij cliënten er graag bij willen hebben. Dit heeft echter een aantal belangrijke nadelen: de belasting voor de cliënt is hoog, de cliënt zal het belang wellicht niet goed begrijpen en de risicoscan zal aangepast moeten worden aan het niveau van de cliënt.

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat het niet mogelijk was om een clustermanager en een contactpersoon van een cliënt te interviewen over belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie. Dit betekent dus dat de helft van de geïnterviewden de ontwikkelaars van de risicoscan zijn. Mogelijk zijn de resultaten hierdoor te positief. Er kan niet met zekerheid gezegd worden hoe groot de belasting van de risicoscan is voor contactpersonen. Echter bleek uit het casusonderzoek dat veel contactpersonen niet mee wilden werken. Dit wijst mogelijk op een te hoge belasting voor contactpersonen. Daarnaast is onduidelijk in hoeverre clustermanagers bereid zijn met de risicoscan te werken en in hoeverre zij dit bij hun taak vinden passen. Bij de geïnterviewde stakeholders was twijfel over het enthousiasme van de clustermanagers. Doordat dit niet geverifieerd is, zouden meningen hierover slechts vooroordelen kunnen zijn. Het zou goed zijn wanneer navraag wordt gedaan bij zowel een aantal clustermanagers als een aantal contactpersonen van een cliënten alvorens een volledig vervolgtraject vast te stellen voor de risicoscan.

Voor de praktijk zijn een aantal aanbevelingen mogelijk aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek. Als eerste zal Aveleijn een overweging moeten maken over de mate waarin de cliënt betrokken kan worden bij de risicoscan. Het is een belasting voor de cliënt en het zal misschien geen prettige ervaring zijn voor de cliënt. Aan de andere kant willen contactpersonen cliënten erbij hebben en zullen door middel van dossieranalyse misschien bepaalde risicogedragingen niet aan het licht komen. Wanneer de cliënt wel betrokken wordt, zal geprobeerd moeten worden de belasting voor de cliënt zo veel mogelijk te beperken.

Ten tweede zal nagedacht moeten worden over hoe alle clustermanagers en medewerkers van de clusters gemotiveerd kunnen worden, zodat zij allemaal de noodzakelijke energie steken in de implementatie van de risicoscan en deze op een goede manier gebruikt zal worden. Op het moment lijkt niet iedereen binnen de organisatie achter de risicoscan te staan en het nut hiervan in te zien. Dit is wel van belang voor een goede implementatie. Daarvoor zullen er naast een duidelijke handleiding en uitleg over het nut van de risicoscan, ook enthousiaste mensen bereikbaar moeten zijn voor vragen. Uit een review van Grol en Grimshaw (2003) blijkt namelijk dat op korte termijn informatie en scholing effectieve maatregelen zijn. Op lange termijn is echter ook regelmatige feedback nodig, om mensen gemotiveerd te houden. Er zullen dus mensen beschikbaar moeten zijn die medewerkers kunnen helpen bij het gebruik van de risicoscan en zorgen dat er geen verwarring bestaat over het werken met de risicoscan. Daarnaast kunnen zij hun enthousiasme uitdragen naar de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan de ontwikkelaars van de risicoscan of andere mensen binnen de organisatie die goed weten hoe de risicoscan werkt. Wanneer medewerkers vragen hebben over de risicoscan zullen zij deze mensen kunnen bellen om hen te helpen. Daarnaast zouden deze mensen het gebruik van de risicoscan kunnen evalueren en feedback kunnen geven.

Ten derde zal vanuit het hoger management de hele organisatie goed geïnformeerd moeten worden over het nut van de risicoscan en zal het hoger management team zijn enthousiasme moeten overbrengen aan de organisatie. Beleid om de medewerkers te ondersteunen, die met de risicoscan werken, is hierbij belangrijk. Gedacht kan worden aan extra tijd beschikbaar maken om met de risicoscan te werken en noodzakelijke faciliteiten ter beschikking stellen. Een goed promotieplan om de kennis over de risicoscan te vergroten en het gebruik ervan te stimuleren is ook noodzakelijk. Medewerkers binnen Aveleijn zijn nu nog onvoldoende bekend met de risicoscan. Belangrijk is hierbij dat het nut van de risicoscan duidelijk wordt gemaakt. Voor sommige clusters binnen Aveleijn zal dit nut direct duidelijk zijn, omdat daar veel cliënten geplaatst worden met probleemgedrag. Het is echter belangrijk dat dit ook naar de rest van de organisatie gecommuniceerd wordt. Voor clusters waar minder cliënten binnenkomen met problemen zal de waarde van het instrument anders niet voldoende gezien worden. Dit zou het werken met de risicoscan kunnen ontmoedigen. Het is dus belangrijk organisatiebreed veel te communiceren over de risicoscan.

Wetenschappelijk gezien is met dit onderzoek het belang van een aantal implementatiefactoren opnieuw aangetoond. Echter werd duidelijk dat een aantal factoren sterk samenhangt met hoe een innovatie gebruikt wordt binnen de organisatie. In dit

onderzoek kwam dit voornamelijk terug voor de determinanten van de gebruiker. Het zou interessant zijn deze samenhang verder te onderzoeken en daarbij te kijken of het ook mogelijk is determinanten op te stellen die belangrijk zijn voor het maken van keuzes in het gebruik van een innovatie.

4.4 Algehele conclusie

Concluderend kan er gezegd worden dat stakeholders overwegend positief zijn over de risicoscan en ook contactpersonen van cliënten het nut in zien. Er zijn echter ook een aantal punten gevonden die extra aandacht behoeven. De belangrijkste aanbevelingen voor Aveleijn zullen nogmaals kort genoemd worden.

De risicoscan kan het beste in gebruik genomen kunnen worden door middel van een interview. Het dossier van de cliënt kan hierbij aanvullend gebruikt worden als dat mogelijk is wat betreft tijdsinvestering. Verschillende combinaties van interview en dossieranalyse zijn mogelijk. Aveleijn zal moeten investeren in voorlichting aan contactpersonen van cliënten. Zij zullen moeten meewerken aan de interviews. Het is belangrijk dat zij het doel en de meerwaarde gaan inzien van de risicoscan. Ook zal Aveleijn een besluit moeten maken over het betrekken van de cliënt bij het invullen van de risicoscan.

Om de validiteit te meten zal Aveleijn de incidentenregistratie moeten laten aansluiten op de risicoscan. Dit kan door een aantal clusters bij te laten houden welke gedragingen van de risicoscan plaatsvinden. Daarnaast zal zij wanneer besloten is over het gebruik van de risicoscan opnieuw de betrouwbaarheid moeten onderzoeken.

Voor de implementatie van de risicoscan is het van belang dat er veel gecommuniceerd wordt naar de hele organisatie over het in gebruik nemen van de risicoscan en het nut van de risicoscan. Hiervoor zijn een duidelijk handleiding en een ondersteunend beleid vanuit het management geschikte middelen. Een paar enthousiaste mensen binnen de organisatie zullen het werken met de risicoscan moeten promoten en kunnen ondersteuning bieden aan medewerkers indien nodig. Ook op lange termijn zal regelmatige feedback naar de organisatie gegeven moeten worden over de werking van de risicoscan. Nieuwe onderzoeksresultaten zullen dan ook bekend gemaakt moeten worden.

Referenties

- Allen, D. (2000). Recent research on physical aggression in persons with intellectual disability: An overview. *Journal of intellectual and developmental disability*, 25(1), 41-57.
- Aman, M.G., Singh, N.N. (1991). Pharmacological intervention. In J.L. Matson & J.A. Mulick (Red), *Handbook of mental retardation* (2nd ed.). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- ASVZ Groep (2004). *The strength of simplicity*. Leerdam: ASVZ Groep.
- Aveleijn (2009). [informatie over de organisatie]. <http://www.Aveleijn.nl/>
- 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
- De Haan, G.N. (2010). *Screening op risicogedrag bij verstandelijk beperkten..* Ongepubliceerde masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- 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: VanGorcum
- Duvdevany, I. (2002). Self-concept and adaptive behaviour of people with intellectual disability in integrated and segregated recreation activities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 419-429.

- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H. Swarbrick, R., et al. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in developmental disabilities*, 22, 77-93.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2008). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Bilthoven: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care*, 16(2), 107-123.
- Forest, M., Pearpoint, J., & Snow, J. (1993). Natural support systems: Families, friends, and circles. In J. Pearpoint, M. Forest, & J. Snow (Eds.), *The inclusion papers: Strategies to make inclusion work* (pp. 116-132). Toronto, CA: Inclusion Press.
- 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.
- Foxx, M. (2003). The treatment of dangerous behavior. *Behavioral interventions*, 18, 1-21.
- Fraser, W.I., Ruedrich, S., Kerr, M., & Levitas, A. (1998). Beta-adrenergic blockers. In S. Reiss & M.G. Aman (Eds.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook*. Columbus, Ohio: Ohio State University, Nisonger Centre.
- Gencoz, F. (1997). The effect of basketball training on the maladaptive behaviour of trainable, mentally retarded children. *Research in Developmental Disabilities*, 18(1), 1-10.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
- Holtkamp, Z.M.C.P., & Vaags, M. (2009). Risicoscan met internationale allure. *Spigul*, 4, 3.

- Klerk M.M.Y. de (red). Rapportage gehandicapten 2000. *Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kröner, C., Stadtland, C., Eidt, M., & Nedopil, N. (2007). The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Criminal behaviour and mental health*, 17(2), 89-100.
- Lindsay, W.R., Allan, R., Parry, C., Macleod, F., Cottrell, J., Overens, H., & Smith, A.H.W. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 255-264.
- Matson, J.L., Bamburg, J.W., Mayville, E.A., Pinkston, J., Bielecki, J., Kuhn, D., et al. (2000). Psychopharmacology and mental retardation: A 10-year review (1990–1999). *Research in Developmental Disabilities*, 21, 263–296.
- Neggers, H. (2009). Steeds meer verstandelijk gehandicapten krijgen verslavingszorg. Verkregen op 3 december 2009, via <http://www.zorgwelzijn.nl/web/Actueel/Nieuws/Steeds-meer-verstandelijk-gehandicapten-krijgen-verslavingszorg.htm>
- 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.
- Taylor, J.L. (2002). A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 46(1), 57-73.
- Thompson, J.R., Hughes, C., Schalock, R.L., Silverman, W., Tassé, M.J., Bryant, B., et al. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-404.

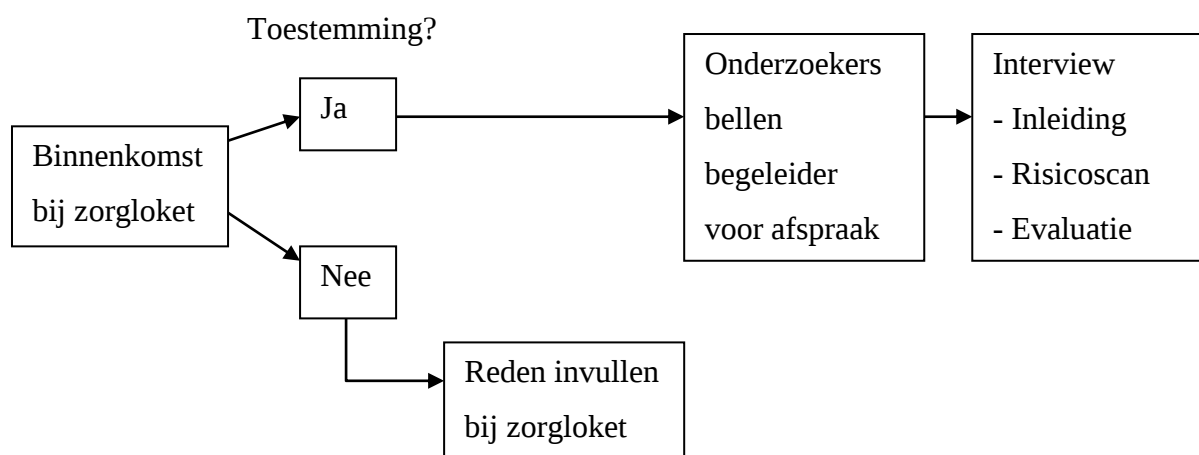
Timmerman, N. (2009). *Resultaten analyse SPSS QSVG*. Verslag in voorbereiding.

Visser, E. de, (2009, 26 november). Gehandicapte vaker door verkommering crimineel.
Volkskrant, p 5.

World Health Organization (2008). *Alliance for patient safety: forward programme*. Geneva:
World health organization.

Bijlage 1: Het interview protocol

Invulling (digitale) risicoscan door middel 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 risicoscan gesteld worden, zoals in de risicoscan 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 (tevens gedragswetenschapper) 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 risicoscan 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 risicoscan 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 risicoscan 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 risicoscan. 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 risicoscan door middel van dossieranalyse? (Denk aan tijd die het kost, belangrijke informatie die je inwint enz.)

Bijlage 2: Observatieformulier hardop-denkmethode

Onderdeel	Vragen en opmerkingen PDI-er	Frequentie	Bestede tijd aan onderdeel
Algemene vragen over de cliënt			
Vragen over agressie			
Vragen over verslavend gedrag			
Vragen over seksueel gedrag			
Vragen over overige gedragingen			

Bijlage 3: Technische fouten tabel

Onderdeel	Vraagnummer	Soort fout	Precieze foutomschrijving
Algemene vragen over de cliënt			
Vragen over agressie			
Vragen over verslavend gedrag			
Vragen over seksueel gedrag			
Vragen over overige gedragingen			