

Masterthese door Daisy Weghorst (s1013068)

Opleiding Psychologie (Conflict, Risico en Veiligheid)

Onder begeleiding van:

Dr. J.M. Gutteling (Universiteit Twente)

MSc. A.M. Lohuis (Universiteit Twente)

MSc. M.R.M. Raanhuis (praktijkbegeleider Avelijn)

februari 2013

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Theoretische achtergrond over risicogedrag bij cliënten met een verstandelijke beperking	7
2.1. Ontwikkeling naar kwaliteit van bestaan	7
2.2. Risicotaxatie- instrumenten	8
2.4. De risicoscan van Avelijn	10
2.5. Probleemstelling onderzoek	13
3. Methode	14
3.1. Design en procedure	14
3.2. Participanten (cliënten en hun begeleiders)	16
3.2.1. Cliënten	16
3.2.2. Begeleiders	17
3.3. Meetinstrumenten	18
3.3.1. Vragenlijst 1: “kwaliteit van bestaan”	19
3.3.2. Vragenlijst 2: “start hulpverlening”	20
3.3.3. Vragenlijst 3: “eind onderzoek”	21
3.3.4. Vragenlijst 4: “cliënt over scan”	21
3.3.5. Vragenlijst 5: “begeleider over scan”	21
4. Resultaten	22
4.1. In hoeverre draagt het toepassen van de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt?	22
4.1.1. Analyses op groepsniveau	22
4.1.2. Analyses van de individuele cliënt.	24
4.1.3. Samenhang tussen de verschillende indicatoren.	33

4.2. In hoeverre levert de risicoscan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt?	35
4.3. In hoeverre draagt de risicoscan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden?	36
4.4. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben?	37
5. Conclusie en discussie	40
5.1. In hoeverre draagt het toepassen van de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt?	40
5.2. In hoeverre levert de risicoscan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt?	41
5.3. In hoeverre draagt de risicoscan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden?	42
5.4. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben?	43
5.5. Aanbevelingen voor de risicoscan, voor vervolgonderzoek en andere aanbevelingen	44
5.5.1. Aanbevelingen voor de risicoscan	44
5.5.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	45
5.5.3. Andere aanbevelingen	46
Bijlagen	50
Bijlage 1: Interne documenten Avelijn	50
Bijlage 2: De meetinstrumenten	51
Bijlage 3: Toepassing van de scan	61
Bijlage 4: Intakevragen ten behoeve van de scan	66

Voorwoord

Ik wil graag mijn begeleiders van de UT Jan Gutteling en Anne Marie Lohuis bedanken voor de prettige samenwerking. Dankzij de tips en adviezen van Jan en Anne Marie heb ik mijn onderzoek op deze manier kunnen beschrijven. Ook wil ik graag alle mensen van Aveleijn bedanken die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Zonder jullie hulp was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Leo Roelvink, Manon Raanhuis, Jantine Assink, Jolien Meester, Myrthe Smit, Michel Arfman, Chrissy Luyt, Anne Margreeth Zuidema, Mieke Cornelissen, Angelique Ijspeerd, Délaja Schuppers, Marieke Brouwer, Annemieke de Graaf, Laura Ordelmans, Kimberley Nijland, Monique Tuink, André Harbers, Nicole Klein Haarhuis, Maaïke Schulte, Theo Sleiderink en Marlous van Maaren bedankt voor jullie inzet en de fijne samenwerking!

Naast de onderzoeksvragen die onderzocht zijn, is er ook een pilot gedraaid met de risicoscan in de intakeprocedure. De bevindingen hiervan staan in bijlage 3 vermeld.

Daisy Weghorst

Enschede, februari 2013

Samenvatting

In dit onderzoek staat de risicoscan van zorgaanbieder Aveleijn centraal. De scan is ontwikkeld vanwege gebrek aan screeninginstrumenten in de zorg voor verstandelijk beperkte mensen. Screeningsinstrumenten hebben als doel om risicofactoren in beeld te krijgen. De literatuurstudie heeft uitgewezen dat mensen met een verstandelijke beperking ondersteuning nodig hebben om volwaardig deel te kunnen nemen in de samenleving. De kwaliteit van deze ondersteuning is een belangrijke factor die de kwaliteit van bestaan van de cliënt kan beïnvloeden. Het doel van dit onderzoek is daarom om te onderzoeken of de risicoscan van Aveleijn bijdraagt aan een betere kwaliteit van bestaan van de cliënt. Daarnaast is gekeken in hoeverre de scan extra informatie oplevert over risicogedrag, in hoeverre de scan bijdraagt aan de kwaliteit van begeleiding en is er gekeken of er factoren te identificeren zijn die een gunstige of ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben. Deze vier onderzoeksvragen zijn onderzocht aan de hand van een longitudinaal, kwantitatief onderzoek met twee groepen cliënten. Een groep met 10 cliënten die de risicoscan hebben ingevuld en 10 cliënten die geen risicoscan hebben ingevuld, maar wel in aanmerking zouden komen voor de scan. Alle deelnemende cliënten zijn een half jaar gevolgd en maandelijks is een vragenlijst over kwaliteit van bestaan ingevuld, aangevuld met vragenlijsten over de start van de hulpverlening, de ervaringen van de cliënten en de begeleiders met de risicoscan en een vragenlijst over wat de risicoscan heeft opgeleverd. De resultaten van het onderzoek laten zien dat kwaliteit van bestaan moeilijk te meten is, omdat verschillende factoren de kwaliteit van bestaan kunnen beïnvloeden. Naast de vergelijking van de groepen zijn de resultaten ook op individueel niveau bekeken. Hieruit kwam naar voren dat vooral Sociale Inclusie invloed heeft op de kwaliteit van bestaan van cliënten. Uitkomsten van de aanvullende vragenlijsten tonen aan dat, ondanks dat de cliënten al in zorg waren bij Aveleijn en het beperkte aantal participanten in dit onderzoek, de scan nieuwe informatie oplevert. Ook kon door middel van een vragenlijst, die door de begeleiders van de scangroep op het eind van het onderzoek is ingevuld, aangetoond worden dat de scan kan bijdragen om de begeleiding van de cliënt te verbeteren. Door het beperkte aantal participanten in combinatie met de invloed van contextuele veranderingen in het leven van de cliënten kunnen we op basis van dit onderzoek geen harde conclusies trekken.

Summary

The risk scan of care provider Avelijn is the central topic in this research. The scan was developed because of lack of screening instruments in the care for the mentally disabled people. Screening instruments aim to identify risk factors. The literature study has found that mentally disabled people need support to be able to take full part in society. The quality of this support is an important factor that can affect the quality of life of the client. The aim of this study is therefore to examine whether the risk scan of Avelijn contributes to a better quality of life of the client. Additionally, this study focused on the extent in which the scan bring extra information on risk behaviour, the extent to which the scan adds to the quality of guidance and the extent in which there are factors to identify that have a favorable or unfavorable influence on the effectiveness of the risk scan. These four research questions are examined through a longitudinal, quantitative research with two groups of clients. A group of 10 clients that completed the risk scan and a group of 10 clients, with similar risk indicators, that did not completed the scan. All participating clients were followed for six months, using a monthly questionnaire on quality of life, supplemented with questionnaires about the start of the guidance, the experience of the clients and the supervisors with the risk scan, and a questionnaire on what the perceived contributions of the risk scan. The results of the research show that quality of life is difficult to measure because several factors can affect the quality of life. In addition to the comparison of the groups, the results on the individual level were also examined. This analysis showed that especially social inclusion affects the quality of life of clients. Results of the additional questionnaires show that, despite that the clients were already in care at Avelijn and the limited number of participants in this research, the scan produced new information. Also, the questionnaire completed by the supervisors of the scan group demonstrate that the scan can also contribute to the guidance of the client. By the limited number of participants in combination with the influence of contextual changes in the life of the clients, no strong conclusions can be drawn.

1. Inleiding

Behandeling en begeleiding gericht op het verminderen van risicogedrag is een belangrijk onderwerp in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De ontwikkeling van instrumenten voor risicotaxatie heeft in Nederland de afgelopen jaren een grote vlucht genomen, o.a. in de forensische psychiatrie (Blok, de Beurs, de Ranitz & Rinne, 2010).

Aveleijn, een stichting die ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking op het gebied van wonen, dagbesteding en behandeling, heeft een risicoscan ontwikkeld. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking was een dergelijk screeninginstrument nog niet voor handen (Waninge-Bulder, 2010). Deze scan is niet bedoeld als taxatie instrument, maar dient om op snelle wijze, vóór plaatsing van een cliënt, inzichtelijk te krijgen welk risicovol gedrag de cliënt op dat moment en in het verleden liet zien om de cliënt de juiste omgeving en begeleiding/behandeling te kunnen bieden (Holtkamp, Vaags, Rings & Raanhuis, 2010). De veronderstelling hierbij is dat snelle plaatsing van de cliënt in de juiste omgeving en de juiste begeleiding/behandeling zich zullen vertalen in een betere kwaliteit van bestaan van de cliënt. In dit onderzoek is gekeken of de risicoscan van Aveleijn bijdraagt aan een betere kwaliteit van bestaan van de cliënt, in hoeverre de risicoscan naast de dossiers extra informatie oplevert over het risicogedrag van de cliënt, in hoeverre de risicoscan bijdraagt om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden en is er gekeken of er factoren te identificeren zijn die een gunstige of ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben.

2. Theoretische achtergrond over risicogedrag bij cliënten met een verstandelijke beperking

2.1. Ontwikkeling naar kwaliteit van bestaan

Seynaeve (2009) beschrijft dat in de tweede helft van de jaren 1980 het burgerschapsparadigma of het ondersteuningsparadigma is ontstaan. Dit paradigma betekent dat mensen met een verstandelijke beperking als volwaardige en gelijkwaardige burgers kunnen leven in een samenleving en zelf keuzes mogen maken. Om volwaardig deel te kunnen nemen in de samenleving hebben deze mensen door hun beperkingen wel ondersteuning nodig. De kwaliteit van deze ondersteuning wordt afgemeten aan de mate waarin de ondersteuning bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan, met andere woorden aan het mogelijk maken van een menswaardig bestaan. Doordat veel mensen met een verstandelijke beperking niet meer in de grote beschermde instituten wonen maar in kleinere huizen, in een flat of andere relatief zelfstandige leefsituaties, komen ze voor dezelfde risico's te staan als ieder ander. De rest van de gemeenschap begint langzaam te beseffen dat de meerderheid van de mensen met een verstandelijke beperking dezelfde dingen nodig heeft als anderen, maar ondanks het toenemende inzicht dat ook zij keuzes kunnen en willen maken moet er wel rekening worden gehouden met de risico's die deze keuzes met zich meebrengen. In het onderzoek van Krooshof, Kiewik & van der Nagel (2009) zegt de toenmalige directeur van Aveleijn dat ondanks dat het een goede ontwikkeling is dat mensen met een verstandelijke beperking meer mee doen in de maatschappij dit ook de toename van risicogedrag met zich mee lijkt te brengen. Volgens de orthopedagoog-generalist van dezelfde instelling en de psychiater van Tactus Verslavingszorg bestaat de indruk dat hierdoor het alcohol- en drugsgebruik is toegenomen. Doordat steeds meer cliënten zelfstandiger wonen, komen ze ook in contact met de gevaren uit de samenleving, zoals drugs en alcohol. De problemen met verslavend gedrag kunnen de kans op ander risicovol gedrag weer vergroten, bijvoorbeeld agressief gedrag (Sellars, 2002).

Teeuwen- Heintzberger (2011) beschrijft de relatie tussen het maken van keuzes en kwaliteit van bestaan. Hoe meer er sprake is van keuzemogelijkheden, hoe hoger de kwaliteit van bestaan op dat specifieke gebied. Daarnaast bestaat er ook een relatie tussen kwaliteit van bestaan en gedragsproblemen. Hoe meer gedragsproblemen er zijn, hoe lager de kwaliteit van bestaan. Het concept "kwaliteit van bestaan" is samengesteld uit acht domeinen die gelden

voor alle mensen. Dit zijn: Emotioneel Welbevinden, Lichamelijk Welbevinden, Materieel Welbevinden, Persoonlijke Ontwikkeling, Interpersoonlijke Relaties, Zelfbepaling, Sociale Inclusie en Rechten. De domeinen worden beïnvloed door persoonlijke en omgevingsfactoren en hun interacties (Loon, Claes, Vandeveld, Hove & Schalock, 2010). Mensen met een verstandelijke beperking zijn kwetsbaar en worden soms geïntimideerd, gepest of misbruikt door degene die macht over ze heeft. Door hun beperking vinden ze het vaak moeilijk om risico's in te schatten of te herkennen zoals anderen dat doen. Sommige mensen met een verstandelijke beperking weten niet wat er sociaal geaccepteerd wordt of kunnen gezien worden als moreel zwak (Sellars, 2002).

De domeinen van kwaliteit van bestaan kunnen verbeteren door zelfbepaling, hulpmiddelen, inclusie en een doel hebben in het leven (Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova & Loon, 2008). Verstandelijk beperkte mensen hebben wat betreft zelfbepaling, hulpmiddelen, inclusie en een doel hebben in het leven vaak minder mogelijkheden in vergelijking met andere mensen. Ondanks het streven naar een betere kwaliteit van bestaan voor verstandelijk beperkten en meer participatie in de maatschappij is risicogedrag niet altijd te voorkomen. Verstandelijk beperkte mensen kunnen ernstige gedragsproblemen ontwikkelen, met of zonder gebruik van alcohol en drugs, en dit kan risico's veroorzaken voor de cliënt zelf, andere cliënten, personeel van zorginstellingen of de maatschappij als geheel (Timmerman, 2010). Gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij de gewone populatie. De geestelijke gezondheidsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking krijgt steeds meer aandacht van deskundigen die werkzaam zijn in deze sector. Eén en ander heeft geleid tot verschillende nieuwe denkrichtingen, strategieën en methodes in de hulpverlening aan mensen met een verstandelijk beperking. De vertaling daarvan naar de dagelijkse praktijk van de hulpverlening is echter geen eenvoudige taak (Dôsen, 2010).

2.2. Risicotaxatie- instrumenten

Volgens Canton, van der Veer, van Panhuis, Verheul & van den Brink (2004) vond risicotaxatie tot een jaar of 10 geleden uitsluitend plaats door middel van een "klinische inschatting". Deze inschatting was niet altijd even transparant en gebeurde op basis van 'klinische ervaring'. Hoe de inschatting tot stand kwam en of dit altijd op basis van dezelfde gegevens plaatsvond was vaak onduidelijk. Ondanks dat deze klinische inschatting inmiddels

beter is gebleken dan ‘het toeval’, laat de nauwkeurigheid te wensen over. Het menselijke beoordelingsvermogen is te beperkt en bij een beoordeling van een situatie of persoon kunnen we niet meer dan een beperkt aantal variabelen tegelijk in ogenschouw nemen. Door deze beperkingen ontstond de wens om objectievere risicotaxatie-instrumenten te ontwikkelen (Blok, e.a., 2010).

Risicotaxatie is van belang voor de inschatting van de recidivekans, maar ook voor de risicohantering en behandelplanning. Risicotaxatie is de inschatting van de kans dat iemand binnen een bepaalde termijn weer de fout in gaat (recidive), gegeven zijn individuele en contextuele/sociale kenmerken. Risicohantering is de inspanning om de verschillende factoren die bepalend zijn voor het ingeschatte risico zodanig te beheersen of te veranderen om het risicogedrag te voorkomen (Lodewijks, de Ruiter & Doreleijers, 2003).

Binnen de risicotaxatie wordt er onderscheid gemaakt tussen twee type instrumenten. Enerzijds de actuariële methode, die gebruik maakt van biologische of historische onveranderlijke factoren die in dossiers zijn vermeld, zoals leeftijd, strafblad en ernst van het delict. Anderzijds de gestructureerde klinische taxatie, waarbij de actuariële benadering wordt gecombineerd met een klinisch oordeel. Hierbij geeft de psychiater of psycholoog een beoordeling met behulp van duidelijke criteria op basis van een aantal empirisch onderbouwde factoren (Lünnemann & Bruinsma, 2005; Lodewijks e.a., 2003; Blok e.a., 2010). De factoren (items) van de risicotaxatie vormen verschillende schalen of domeinen. Een factor kan statisch of dynamisch zijn. Statische factoren zijn niet meer veranderbaar, zoals leeftijd en strafblad. Dynamische factoren zijn veranderbaar, zoals ‘gebrek aan zelfinzicht’, ‘impulsiviteit’ of ziekte-inzicht. De dynamische factoren bieden handvatten voor behandeling (Harte & Breukink, 2010; Blok, e.a., 2010). Blok, e.a., (2010) beschrijven enkele risicotaxatie-instrumenten die het meest worden gebruikt in Nederland bij volwassenen zonder verstandelijke beperking:

De *HCR-20* (Historical Clinical Risk) bestaat uit 20 items en is onderverdeeld in historische items (problemen in de kindertijd, eerder gewelddadig gedrag), klinische items (impulsiviteit, gebrek aan zelfinzicht) en risicohanteringsitems (geringe beschikbare steun).

De *PCL-R* (Psychopathy Checklist Revised) is ontwikkeld om op een meer gestructureerde wijze te komen tot de diagnose psychopathie.

De *SVR-20* (Sexual Violence Risk) is ontwikkeld om specifiek het seksueel recidive-risico in kaart te brengen.

In de *HKT-30* (Historisch Klinisch Toekomst) zijn de meeste items van de HCR-20 opgenomen en aangevuld met items die kenmerkend zijn voor de Nederlandse TBS-populatie.

2.3. Verstandelijk beperkten en risicogedrag

Volgens Sellars (2002) vereist de taxatie bij verstandelijk beperkte daders en, de risico's die zij vormen voor zichzelf of voor anderen, een nauwkeurige analyse van zowel de aard van de overtreding als de context waarin de overtreding is gebeurd. Het is belangrijk om te weten of vergelijkbare overtredingen in het verleden zijn voorgevallen en of er bekende patronen zijn. Veel daders zijn eerder geneigd om overtredingen te begaan als ze onder invloed zijn van alcohol of drugs. In deze gevallen zou het helpen om bewust te zijn van bepaalde patronen in alcohol of drugsgebruik. Daarnaast is het van belang om bewust te zijn van veroorzaakt leed door veranderingen in het leven van de persoon, zoals het verliezen van een baan, als dit de neiging tot overtredingen versterkt. Sellars (2002) benoemt dat bepaalde overtredingen soms gelinkt kunnen worden aan bepaalde groepen of personen die de persoon opstoken tot overtredend gedrag. Of in het geval van seksueel misbruik kan toegang tot een bepaalde groep, zoals kinderen, een aanleiding zijn. Gewelddadige overtredingen kunnen gelinkt worden aan situaties waarin de persoon zich machteloos of bang voelde of besepte controle over de situatie te kunnen krijgen door geweld te gebruiken. Kennis over het verleden van iemand kan dan behulpzaam zijn. Het verleden is nog altijd de beste voorspeller voor de toekomst, vooral voor gewelddadig gedrag en dan met name voor seksueel gewelddadig gedrag. Alleen het lezen van de aanwezige informatie is niet voldoende. In veel gevallen zal men zelf nog de nodige inspanning moeten leveren om de noodzakelijke informatie te vergaren. Risicotaxatie moet volgens Sellars (2002) niet eenmalig een formulier invullen inhouden, maar een voortdurend proces. Risico's veranderen, omgevingsvariabelen veranderen en cliënten veranderen.

2.4. De risicoscan van Aveleijn

Om een zo gezond en veilig mogelijk klimaat te scheppen voor medewerkers en cliënten zijn er binnen Aveleijn verschillende beleidstukken ontwikkeld. In bijlage 1 staan de interne documenten van Aveleijn beschreven. Voorbeelden hiervan zijn het beleid ongewenste gedragingen, protocollen rondom seksualiteit, beleid gedragscode en het agressieprotocol.

Hiermee wil Aveleijn gewenst gedrag bevorderen om medewerkers en cliënten beter te kunnen beschermen tegen ongewenst gedrag. Ook worden agressieve gedragingen van cliënten genoteerd. Tot 2012 werd dit gedaan aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale/ Revised (SOAS-R). Dit instrument brengt niet alleen in kaart dat er een agressief incident heeft plaatsgevonden en welk type agressief gedrag dit betrof, maar brengt eveneens in kaart wat de aanleiding en overige kenmerken van het incident waren (Valenkamp, 2011). In 2012 is de SOAS-R vervangen door het Incident Meldingen Systeem (IMS). Omdat er nog geen methodiek bestaat die vooraf inziet welke ondersteuning de cliënt nodig heeft en vanwege gebrek aan screeninginstrumenten in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, heeft Aveleijn een risicoscan ontwikkeld (Waninge-Bulder, 2010; de Haan, 2010).

De risicoscan van Aveleijn is gebaseerd op de MOAS observatieschaal (Modified Overt Aggression Scale) en op ervaringen uit de praktijk (Holtkamp e.a., 2010). De MOAS verschaft een ruwe schatting van de ernst van agressie door scores bij elkaar op te tellen van de categorieën “verbale agressie”, “agressie jegens objecten”, “agressief gedrag naar zichzelf” en “fysieke agressie” (Almvik, 2008; Valenkamp, 2011). De risicoscan van Aveleijn is onderverdeeld in drie categorieën, “agressie en impulsen gericht op een ander, objecten of zichzelf”, “verslaving” en “norm overschrijdend seksueel gedrag”.

Sinds de scan is ontwikkeld zijn er twee onderzoeken verricht over de risicoscan van Aveleijn en is de scan gedigitaliseerd (Timmerman, 2010; Waninge-Bulder, 2010; de Haan, 2010).

Het eerste onderzoek (Timmerman, 2010) had als onderzoeksvraag: In welke mate is de risicoscan een valide instrument voor de inventarisatie van agressief gedrag van verstandelijk gehandicapte cliënten binnen Aveleijn. De categorieën ‘verslavend gedrag’ en ‘norm overschrijdend seksueel gedrag’ zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Voor alle cliënten van Aveleijn is door hun begeleider de scan ingevuld. Van alle ingevulde scans zijn er 1505 scans gebruikt voor deze studie. Deze zijn door 278 begeleiders van Aveleijn ingevuld. De begeleiders hebben bij het invullen van de scan gebruik gemaakt van hun eigen ervaring en rapporten/testen die aanwezig waren. De gegevens uit de scans zijn vergeleken met de aggressiemeldingen (SOAS-R). De uitkomsten van dit onderzoek tonen aan dat de risicoscan een valide instrument blijkt te zijn om agressief gedrag in beeld te brengen bij verstandelijk beperkte cliënten (Timmerman, 2010).

Het tweede onderzoek van Waninge- Bulder (2010) en de Haan (2010) betrof de gebruiksmogelijkheden, validiteit en implementatiemogelijkheden van de risicoscan van

Aveleijn, voor de gebieden agressie gericht op objecten, autoagressie, grensoverschrijdend seksueel gedrag, agressie gericht op anderen en verslavend gedrag. In de onderzoeken van Waninge-Bulder (2010) en de Haan (2010) zijn wel alle categorieën van de risicoscan meegenomen en daarom is het onderzoek in twee delen gesplitst. De gebieden agressie gericht op objecten, autoagressie en norm overschrijdend seksueel gedrag zijn in het onderzoek van de Haan (2010) onderzocht en agressie gericht op anderen en verslavend gedrag in het onderzoek van Waninge-Bulder (2010). In beide studies is gebruik gemaakt van de eerder ingevulde risicoscans uit het onderzoek van Timmerman in 2010 en het registratiesysteem SOAS-R. De scores op de risicoscans en de agressiemeldingen zijn met elkaar vergeleken. Voor de validiteit is een aselechte steekproef getrokken van 223 cliënten uit het databestand van 2393 cliënten waarvoor de scan is ingevuld (de Haan, 2010). Hieruit bleken de scores op de risicoscan niet voorspellend voor de incidenten die in tien maanden in de agressiemeldingen genoemd werden. Dit betekent dat de risicoscan van Aveleijn wel geschikt is voor het in beeld brengen van risicogedrag, maar niet als taxatie-instrument gebruikt dient te worden.

In de onderzoeken van Waninge- Bulder (2010) en de Haan (2010) is ook uitgezocht hoe de scan het beste geïmplementeerd kan worden en zijn er interviews met stakeholders gehouden. Omdat uit de betreffende studies nog niet duidelijk was hoe de scan het beste in het intake-proces kon worden geïmplementeerd is een aanvullende analyse uitgevoerd. Hierbij is voor zes cliënten de scan op twee verschillende manieren ingevuld: of door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt, of door middel van een analyse van het dossier door een Psychodiagnostische Intaker. Beide manieren leveren de nodige bezwaren op. Alleen door dossieranalyse kan geen goed beeld worden verkregen van alle risicogedragingen van een cliënt, omdat dossiers vaak onvolledig zijn. Een interview met de contactpersonen leverde wel aanvullende informatie op, maar de meeste contactpersonen vonden het bezwaarlijk om over de cliënt te praten in zijn/haar afwezigheid in verband met de privacy van de cliënt. Ze vonden dat de cliënt recht had om bij het gesprek aanwezig te zijn, omdat de cliënt wettelijk gezien zelfstandig is. Er waren ook wat technische problemen met de scan en sommige vragen bleken onduidelijk en niet volledig. Volgens Waninge-Bulder (2010) en de Haan (2010) moet er ook rekening gehouden worden met de ervaring van de contactpersonen en de Psychodiagnostische Intaker.

Samenvattend hebben de onderzoeken van Timmerman (2010), Waninge- Bulder (2010) en de Haan (2010) aangetoond dat de risicoscan een geschikt instrument is om agressief gedrag

in beeld te brengen bij verstandelijk gehandicapte cliënten, dat de scores op de risicoscan niet voorspellend zijn voor toekomstige incidenten, dat het nog onduidelijk is hoe de risicoscan het beste kan worden toegepast en dat zowel het invullen van de scan door middel van een interview met de contactpersoon van de cliënt als het invullen door middel van een analyse van het dossier door een Psychodiagnostische Intaker (PDI-er) de nodige bezwaren opleverden.

De onderzoeken hebben geleid tot verschillende aanpassingen van de scan. Zo is er een aantal vragen verduidelijkt en zijn de technische problemen opgelost.

2.5. Probleemstelling onderzoek

In dit onderzoek zijn 4 onderzoeksvragen geformuleerd en om deze te onderzoeken worden verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Het onderzoek maakt het mogelijk om adviezen te geven voor wetenschappelijk vervolgonderzoek en om Avelijn te adviseren met betrekking tot de cliënt, de begeleiders en de implementatie van de risicoscan.

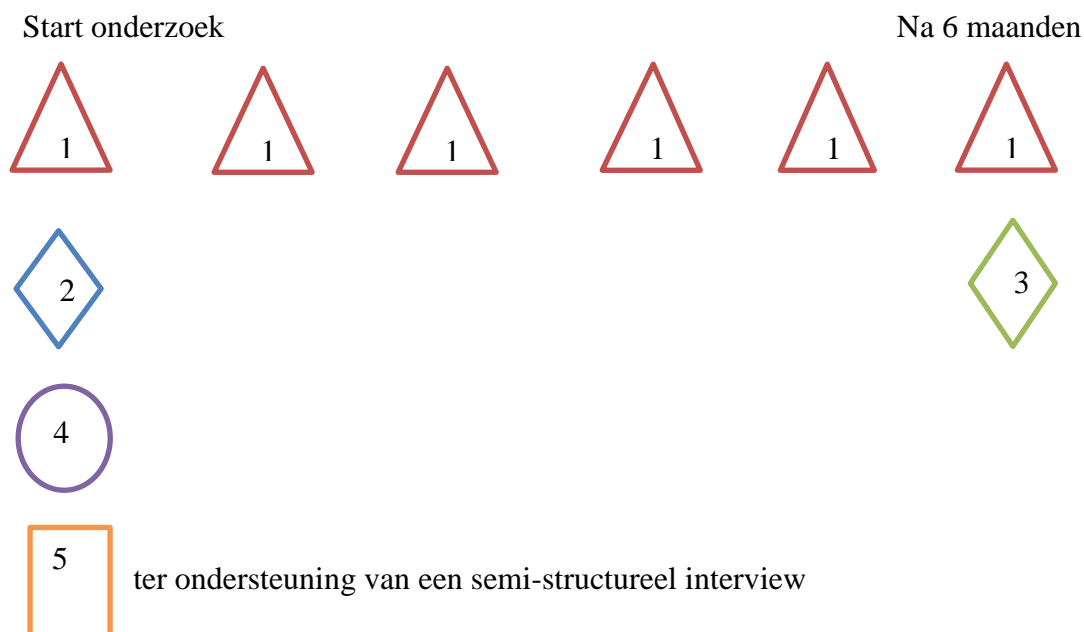
De volgende onderzoeksvragen zijn onderzocht:

1. In hoeverre draagt het toepassen van de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt?
2. In hoeverre levert de risicoscan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt?
3. In hoeverre draagt de risicoscan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden (verhelderen van de hulpvragen, verbeteren van de hulp, verbeteren begeleidingsstijl)?
4. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die een gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben (ervaring met de scan: wat vinden cliënten en begeleiders van de risicoscan/ invullen ervan)?

3. Methode

3.1. Design en procedure

Om na te gaan of de toepassing van de risicoscan bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking, is gebruik gemaakt van een longitudinaal onderzoek. Voor het onderzoek zijn 20 cliënten een half jaar gevolgd. Van deze cliënten hebben 10 cliënten samen met hun begeleider de risicoscan ingevuld (de scangroep) en de andere 10 cliënten hebben de scan niet ingevuld (de controlegroep). Voor de cliënten van beide groepen is eenmaal per maand een vragenlijst over kwaliteit van bestaan ingevuld door hun begeleider (zie bijlage 2). Waar mogelijk is de vragenlijst samen met de cliënt ingevuld. Hiervoor is gekozen om de cliënt zo min mogelijk te belasten. Bij het onderzoek is er van uitgegaan dat de begeleider de cliënt goed genoeg kent om in te kunnen schatten hoe de cliënt de vragen zou beantwoorden. Om onderzoeksvraag 2, 3, en 4 te kunnen beantwoorden is er met de begeleiders van de scangroep, na het invullen van de scan, een semigestructureerd interview gehouden. Tevens is er door de begeleiders of door de begeleiders en de cliënten samen een aantal vragenlijsten eenmalig ingevuld. Figuur 1 laat zien welke meetinstrumenten op welk moment zijn gebruikt. Verderop in dit hoofdstuk worden de gebruikte instrumenten nader toegelicht.



Figuur 1. Visuele weergave gehanteerde vragenlijsten

Figuur 1 verwoord. Met de driehoeken met het cijfer 1 worden de vragenlijsten over kwaliteit van bestaan bedoeld. Deze is 6 keer afgenomen. Met de ruit met cijfer 2 wordt de vragenlijst “start hulpverlening” bedoeld. Deze is in het begin van het onderzoek door de begeleiders van de scan- en de controlegroep ingevuld. Met de ruit met cijfer 3 wordt de vragenlijst “eind onderzoek” bedoeld. Deze vragenlijst is op het eind van het onderzoek ingevuld door de begeleiders van de scangroep. Met de cirkel met cijfer 4 wordt de vragenlijst “cliënt over scan” bedoeld. Deze is door de cliënten van de scangroep ingevuld, nadat ze de scan hadden ingevuld. Met de rechthoek met cijfer 5 wordt de vragenlijst “begeleider over scan” bedoeld en deze vragen zijn na het invullen van de scan door middel van een semigestructureerd interview door de begeleiders van de scangroep beantwoord.

De eerste vragenlijsten over kwaliteit van bestaan zijn in maart 2012 ingevuld en er waren begeleiders die de eerste vragenlijst pas in juli 2012 hadden ingevuld. Eind december 2012 zijn alle data geanalyseerd.

Om zo goed mogelijk zicht te krijgen op de effecten van de scan op de kwaliteit van bestaan is er voor gekozen om de cliënten een langere periode te volgen en gebruik te maken van een controlegroep. Door gebruik te maken van een controlegroep konden de cliënten die de scan hebben ingevuld vergeleken worden met een groep cliënten die dat niet hebben gedaan. Voor het vergelijken van de scan- en de controlegroep zijn de individuele metingen van de cliënten uit dezelfde groep samengevoegd om groepsgegevens te produceren (Morgan & Morgan, 2001). In verband met het beperkt aantal cliënten en begeleiders die bij het onderzoek betrokken konden worden zijn er aanvullend ook analyses gedaan op individueel niveau (Hadert & Quinn, 2008). Deze aanvullende analyses geven zicht op aspecten die op de resultaten van het longitudinale onderzoek van invloed kunnen zijn geweest. Naast de ondersteuning, die de cliënten van Avelijn ontvangen, kunnen een verhuizing, schulden, drugsgebruik, gezondheidsklachten of een verbroken relatie, van grote invloed zijn op de kwaliteit van bestaan van de individuele cliënt (Tate, McDonald, Perdices, Togher, Schultz & Savage, 2008).

3.2. Participanten (cliënten en hun begeleiders)

3.2.1. Cliënten

Aveleijn wil de risicoscan gaan gebruiken vóór plaatsing van een cliënt, maar er kon voor het onderzoek geen gebruik worden gemaakt van de cliënten die op de wachtlijst staan. De reden hiervoor is dat de vraag voor zorg groter is dan het aanbod en dat daardoor cliënten soms wel meer dan een jaar op de wachtlijst staan. Hiermee samenhangend is gebruik gemaakt van cliënten die al in zorg waren met een maximum van twee jaar. Voor het onderzoek was het van belang dat bij de cliënten minimaal één van de volgende vijf gedragsproblemen voorkwam: agressief gedrag, automutilatie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, verslavend gedrag of gedrag waarbij de cliënt een gevaar was voor zichzelf of anderen (zie bijlage 4). Als één van deze gedragsproblemen voorkomt, komt de cliënt in aanmerking voor de risicoscan. De cliënten voor de scangroep (n = 10) moesten uit regio Zuid (Losser, Lonneker, Enschede en Glanerbrug) komen in verband met de gestructureerde intakeprocedure in Zuid. Dit hoeft voor het onderzoek niet nadelig te zijn, omdat de begeleiding van cliënten over het algemeen op dezelfde manier verloopt als binnen de andere clusters (oplossingsgericht, cliëntgericht). De clustermanagers uit Zuid konden, na een officiële mail van de Regiodirecteur, per mail worden benaderd met de vraag of zij cliënten hadden die niet langer dan twee jaar op de locatie woonden en waarbij sprake was van probleemgedrag. De cliënten voor de controlegroep (n = 10) hoefden niet uit regio Zuid te komen en zijn via de dossiers gevonden door de medewerkers van het Zorgloket van Aveleijn. De manager van de afdeling zorg heeft de clustermanagers van deze cliënten een mail gestuurd waarin stond dat er contact met hen zou worden opgenomen voor het onderzoek naar de risicoscan. Daarna konden de clustermanagers via de mail benaderd worden met de vraag of er met de begeleiders van deze cliënten contact mocht worden opgenomen voor het onderzoek. Alle clustermanagers en begeleiders waren bereid mee te werken. De cliënten waren in dit proces nog niet bij het onderzoek betrokken. Dit gebeurde pas toen de cliënten van de scangroep gevraagd werden of ze bereid waren de risicoscan in te vullen. Alle cliënten waren hiertoe bereid en hebben een akkoordverklaring getekend dat de gegevens van de scan gebruikt mogen worden. Tijdens het onderzoek is een cliënt van de controlegroep overleden. Een andere cliënt van de controlegroep is tijdens het onderzoek verhuisd, waardoor voor deze cliënt maar vier keer vragenlijst 1 kon worden ingevuld. Voor drie cliënten van de scangroep kon de vragenlijst maar 5 keer ingevuld worden, omdat zij pas later de scan hadden ingevuld met hun

begeleiders. Samenvattend zijn er van 19 cliënten 4 metingen, van 18 cliënten 5 metingen en van 15 cliënten 6 metingen. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal gerealiseerde observaties (cliënten) per meting (totaal zes metingen) in het longitudinale onderzoek.

Tabel 1

Totaal aantal cliënten per meting

Meting	1	2	3	4	5	6
Aantal cliënten	19	19	19	19	18	15

Van de 19 cliënten die bij het onderzoek betrokken waren, hebben 10 cliënten de scan ingevuld. De scangroep bestond uit 2 vrouwen en 8 mannen met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar en een gemiddeld IQ van 68. Eén cliënt is niet meegenomen in de berekening van het IQ, omdat deze cliënt een vrij hoog IQ had vergeleken met de rest.

Van de scangroep hebben 9 van de 10 cliënten met “agressie en impulsen gericht op een ander, objecten of zichzelf” te maken gehad, 5 cliënten met een vorm van “verslaving” en 6 cliënten met “norm overschrijdend seksueel gedrag”.

De controlegroep bestond uit 9 cliënten, waarvan 3 vrouwen en 6 mannen met een gemiddelde leeftijd van 21 jaar en een gemiddeld IQ van 71. De gemiddelde leeftijd van de controlegroep is een stuk lager dan bij de scangroep. Dit komt omdat er in de scangroep 4 oudere cliënten zitten. Van de controlegroep heeft 8 van de 9 cliënten te maken gehad met “agressie en impulsen gericht op een ander, objecten of zichzelf”, 4 cliënten met een vorm van “verslaving” en 2 cliënten hebben met “norm overschrijdend seksueel gedrag” te maken gehad.

3.2.2. Begeleiders

Er waren 16 begeleiders betrokken bij het onderzoek, waarvan 8 begeleiders bij de cliënten van de scangroep en 8 begeleiders bij de cliënten van de controlegroep. Het aantal cliënten en begeleiders komt niet overeen, omdat 2 begeleiders meerdere cliënten begeleiden uit dezelfde groep. Geen van de begeleiders had een cliënt in beide groepen.

De 8 begeleiders van de cliënten van de scangroep hebben een gemiddelde leeftijd van 30 jaar, zijn er 2 begeleiders man en 6 vrouw, hebben 3 begeleiders het MBO afgerond, 4 begeleiders het HBO en 1 begeleider is afgestudeerd aan de Universiteit.

Van de 8 begeleiders van de cliënten van de controlegroep zijn 2 begeleiders man en 6 vrouw. Ze hebben een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. 2 begeleiders hebben het MBO afgerond en 6 begeleiders het HBO.

De 8 begeleiders van de cliënten van de scangroep hebben allen dezelfde uitleg gekregen over het invullen van de scan. Na de uitleg hebben de begeleiders de scan digitaal toegestuurd gekregen, zodat ze deze konden invullen met de cliënt. De ingevulde scans zijn uitgeprint en met de begeleiders besproken. De scan geeft automatisch in kleur aan welke informatie met de clustermanager en/of de gedragskundige besproken moet worden. De clustermanagers en gedragskundigen waren van de meeste informatie al op de hoogte. Na het invullen van de scan is gestart met het invullen van vragenlijst 1 over kwaliteit van bestaan. De begeleiders van de scan- en de controlegroep hebben dezelfde uitleg gekregen over vragenlijst 1 en na de uitleg is deze digitaal verstuurd. De ingevulde vragenlijst (digitaal of schriftelijk) is persoonlijk met de begeleiders besproken. Door de ingevulde vragenlijst persoonlijk te bespreken met de begeleiders werd de persoonlijke situatie van de cliënt inzichtelijker en kon gecheckt worden of de begeleiders de vragenlijst in hadden gevuld zoals de cliënt dit zou doen en niet zoals de begeleider er zelf over dacht. Door het contact met de begeleiders konden ook misverstanden voorkomen worden, zoals het verkeerd interpreteren van de aanvullende informatie.

3.3. Meetinstrumenten

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn 5 vragenlijsten gebruikt. Alle vragenlijsten zijn in bijlage 1 opgenomen. De vragenlijsten zijn op verschillende momenten ingevuld door de begeleiders, de cliënten of door de begeleiders met de cliënten samen (zie figuur 1). De volgende meetinstrumenten zijn gebruikt:

Vragenlijst 1: “kwaliteit van bestaan”.

Vragenlijst 2: “start hulpverlening”.

Vragenlijst 3: “eind onderzoek”.

Vragenlijst 4: “cliënt over scan”.

Vragenlijst 5: “begeleider over scan” .

3.3.1. Vragenlijst 1: “kwaliteit van bestaan”

Om onderzoeksvraag 1 “in hoeverre draagt de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt” te kunnen beantwoorden is vragenlijst 1 “kwaliteit van bestaan” ontwikkeld. Deze vragenlijst is samengesteld uit vier van de acht domeinen van kwaliteit van bestaan (Seynaeve, 2009). De domeinen die zijn gebruikt zijn: Sociale Inclusie, Zelfbepaling, Lichamelijk Welbevinden en Emotioneel Welbevinden en bestaan uit meerdere vragen (items) per domein. De vragen werden beantwoord door middel van de Likertschaal: 5 = zeer goed, 4 = goed, 3 = niet goed/ niet slecht, 2 = slecht, 1 = zeer slecht. Bovendien kon de begeleider aanvullende informatie noteren. Een hogere score geeft een indicatie van een betere kwaliteit van bestaan. De vragenlijst is samengesteld uit 18 items.

Om vast te stellen of de vragen samen één domein mogen vormen is de Cronbach’s alpha berekend. De betrouwbaarheid is voldoende bij een Cronbach’s alpha van rond de 0,6. Tabel 2 laat zien dat over het algemeen de alpha’s per meetmoment voldoende hoog zijn om de domeinen te vormen. Uitzondering hierop vormen de metingen 1, 2 en 4 van de variabele Zelfbepaling. Als de Cronbach’s alpha wordt berekend van alle metingen van Zelfbepaling, dan is de Cronbach’s alpha 0,9. Dit laat zien dat de variabele Zelfbepaling onvoldoende betrouwbaar is gemeten. Hiermee moet bij de verdere analyses rekening worden gehouden. De Cronbach’s alpha is hoogstwaarschijnlijk gevoelig voor het lage aantal items en respondenten, daarom zijn de metingen 1, 2 en 4 van Zelfbepaling toch meegenomen in het onderzoek.

Tabel 2
Betrouwbaarheidsanalyse Cronbach's alpha.

Cronbach's alpha	Sociale inclusie	Zelfbepaling	Lichamelijk welb.	Emotioneel welb.
Meting 1	0,59	0,51	0,76	0,58
Meting 2	0,76	0,33	0,85	0,67
Meting 3	0,65	0,56	0,67	0,69
Meting 4	0,61	0,44	0,85	0,67
Meting 5	0,75	0,58	0,87	0,80
Meting 6	0,77	0,66	0,91	0,82

Noot. Meting 1, 2 en 4 van zelfbepaling voldoen niet aan de eisen voor betrouwbaarheid. De Cronbach's alpha van alle metingen van Zelfbepaling is 0,9.

In aanvulling op de 18 items voor “kwaliteit van bestaan” is een item toegevoegd waarmee de cliënt kan aangeven (door middel van een cijfer tussen 1 en 10) hoe het op het moment van meten met de cliënt gaat.

3.3.2. Vragenlijst 2: “start hulpverlening”

Deze vragenlijst is in het begin van het onderzoek door de begeleiders van de scan- en de controlegroep ingevuld. De vragenlijst bestaat uit 5 vragen en is gebruikt om onderzoeksvraag 2 “in hoeverre levert de scan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt”, te beantwoorden. De vragen zijn afgeleid van de SERVQUAL (Service Quality measurement scale) (Babakus & Mangold, 1991). Dit is een uitvoering meetinstrument voor de kwaliteit van diensten. Twee vormen van kwaliteit zijn relevant voor organisaties die van diensten voorzien. Dit is de technische kwaliteit (bijvoorbeeld het stellen van de juiste diagnose en procedures) en de functionele kwaliteit (de manier waarop de diensten van de gezondheidszorg worden aangeboden aan de cliënt). Doordat de cliënt vaak niet in staat is om de technische kwaliteit van een zorginstelling nauwkeurig te beoordelen wordt de kwaliteit van zorg vaak waargenomen via de functionele kwaliteit (Babakus e.a., 1991). De vragen over de samenwerking en de relatie tussen de begeleider en cliënt komen niet uit de SERVQUAL. Alle vragen werden beantwoord door middel van de Likertschaal: 5 = zeer goed, 4 = goed, 3

= niet goed/niet slecht, 2 = slecht, 1 = zeer slecht. Tevens kon men aanvullende informatie noteren.

3.3.3. Vragenlijst 3: “eind onderzoek”

Voor onderzoeksvraag 3 “in hoeverre draagt de scan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden?” is vragenlijst 3 gebruikt. Hierbij is ook gebruik gemaakt van de SERVQUAL.

De vragenlijst bestaat uit 4 vragen die betrekking hebben op de hulpvragen van de cliënt, de ondersteuning van de cliënt en de begeleidingsstijl. De vragenlijst is aan het eind van het onderzoek ingevuld door 7 begeleiders van de scangroep. De begeleiders antwoorden met ja of nee en konden aanvullende informatie geven.

3.3.4. Vragenlijst 4: “cliënt over scan”

Om te achterhalen in hoeverre er factoren te identificeren zijn die een gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van het instrument hebben (onderzoeksvraag 4) is gebruik gemaakt van vragenlijst 4 en 5. Ook bij deze vragenlijsten is gebruik gemaakt van de SERVQUAL. De vragenlijst bestaat uit 6 vragen die betrekking hebben op de ervaringen van de cliënten over het invullen van de scan. De vragenlijst is door 10 cliënten van de scangroep na het invullen van de scan met zijn/haar begeleider ingevuld. De vragen werden beantwoord door middel van de Likertschaal: 5 = zeer goed, 4 = goed, 3 = niet goed/niet slecht, 2 = slecht, 1 = zeer slecht en aanvullende informatie.

Tevens bestond de mogelijkheid om aanvullende informatie te noteren.

3.3.5. Vragenlijst 5: “begeleider over scan”

De vragenlijst bestaat uit 5 vragen die betrekking hebben op de ervaringen van de begeleiders met de risicoscan. De vragen zijn door de begeleiders van de scangroep door middel van een semi-structureel interview beantwoord, nadat de scan met de cliënt was ingevuld.

4. Resultaten

Als eerst worden de resultaten van de longitudinale studie beschreven aan de hand van vragenlijst “kwaliteit van bestaan”. De analyses zijn op groeps- en individueel niveau.

Vervolgens worden de resultaten van de andere onderzoeksvragen beschreven aan de hand van de vragenlijsten die eenmalig zijn ingevuld.

4.1. In hoeverre draagt het toepassen van de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt?

4.1.1. Analyses op groepsniveau

De vragenlijst “kwaliteit van bestaan” is 6 keer afgenomen en van de verschillende metingen zijn per domein de gemiddelde scores berekend van de scan- en de controlegroep. Ook van de cijfers die de cliënten maandelijks gaven voor hoe ze zich voelden, is per groep het gemiddelde genomen per meting. Deze gemiddelden worden in Tabel 3 weergegeven. De begeleiders hebben sommige cliënten niet bij elke meting om een cijfer gevraagd in verband met de gemoedstoestand van de cliënt. Een enkele keer is dit vergeten en kon het cijfer niet meer ingevuld worden. Aan de gemiddelde scores op de domeinen is te zien dat de meeste scores tussen niet goed/ niet slecht en goed uitkomen en dat de controlegroep soms iets hoger scoort dan de scangroep. Om te testen of de controlegroep daadwerkelijk soms hoger scoort dan de scangroep is er per meting van de gemiddelde scores een independent- samples t-test uitgevoerd als de scores normaal verdeeld waren, of een Mann-Whitney test als de scores niet normaal verdeeld waren. Uit deze statistische analyse kwam naar voren dat bij 8 van de 30 metingen een significant verschil aangetoond kon worden waarbij de controlegroep iets hoger scoorde dan de scangroep. Dit is bij meting 6 van Sociale Inclusie: (M=0,62, SD= 0,32) conditie; $t(13) = -1,9$, $p < 0,05$. Bij alle 6 metingen van Lichamelijk Welbevinden: meting 1: $z = -1,87$, $p < 0,05$, meting 2: $z = -1,74$, $p < 0,05$, meting 3: $z = -2,62$, $p < 0,05$, meting 4: (M=0,99, SD = 0,3) conditie; $t(12) = -3,3$, $p < 0,05$, 5: (M=0,94, SD = 0,37) conditie; $t(16) = -2,5$, $p < 0,05$, meting 6: $z = -2,25$, $p < 0,05$ en bij meting 6 van Emotioneel Welbevinden: (M=0,62, SD = 0,34) conditie; $t(13) = -1,83$, $p < 0,05$.

Tabel 3

Gemiddelde scores van de cliënten van de scan- en controlegroep per meting op “kwaliteit van bestaan” indicatoren en het cijfer voor eigen beleving van welzijn..

Groep	Soc. Incl. 1	Soc. Incl. 2	Soc. Incl. 3	Soc. Incl. 4	Soc. Incl. 5	Soc. Incl. 6
Scan n=10	3,6	3,7	3,6	3,8	3,6	*3,3
Controle n=9	3,6	3,8	3,7	3,9	3,8	3,9
Groep	Zelfbep. 1	Zelfbep. 2	Zelfbep. 3	Zelfbep. 4	Zelfbep. 5	Zelfbep. 6
Scan n=10	3,2	3,4	3,4	3,6	3,3	3,3
Controle n=9	3,4	3,5	3,5	3,6	3,6	3,6
Groep	Lichwelb. 1	Lichwelb. 2	Lichwelb. 3	Lichwelb. 4	Lichwelb. 5	Lichwelb. 6
Scan n=10	*3,0	*3,0	*2,8	*2,9	*3,0	*2,9
Controle n=9	3,8	3,7	3,8	3,9	3,9	4,0
Groep	Emowelb. 1	Emowelb. 2	Emowelb. 3	Emowelb. 4	Emowelb. 5	Emowelb. 6
Scan n=10	3,3	3,3	3,4	3,5	3,3	*3,0
Controle n=9	3,3	3,6	3,4	3,6	3,5	3,7
Groep	Cijfer. 1	Cijfer. 2	Cijfer. 3	Cijfer. 4	Cijfer. 5	Cijfer. 6
Scan n=10	7,4	7,0	7,0	6,8	7,8	7,7
Controle n=9	7,4	7,5	7,0	7,7	7,6	8,6

*Noot. Er is niet bij elke meting een cijfer gegeven. Bij * kon er een significant verschil aangetoond worden. De vragenlijst voor meting 5 en meting 6 is niet voor alle cliënten ingevuld.*

Om te checken of de gemiddelde scores op de domeinen Sociale Inclusie, Zelfbepaling, Lichamelijk Welbevinden en Emotioneel Welbevinden, een voorspellende waarde hebben voor de cijfers (1 t/m 10) die de cliënten maandelijks hebben gegeven voor hoe ze zich voelen, is er een regressieanalyse uitgevoerd van alle cliënten. Met andere woorden: geven de cliënten een hoger cijfer voor hoe ze zich voelen als ze hoger scoren op de domeinen van kwaliteit van bestaan?

Uit de regressieanalyse bleek dat de scores op de domeinen geen statistisch significante voorspellende waarde hebben voor de cijfers die de cliënten maandelijks gaven. Wel laten de analyses zien dat de beta's voor Sociale Inclusie en Zelfbepaling redelijk hoog en positief zijn, hetgeen er op duidt dat deze voorspellers wel van belang zijn voor het cijfer voor welbevinden. Wellicht door de geringe omvang van de groep participanten zijn de beta's echter niet statistisch significant (Sociale Inclusie: $\beta = 0,553$, $t(14) = 1,75$, $p = 0,103$, Zelfbepaling: $\beta = -0,502$, $t(14) = -1,78$, $p = 0,096$, Lichamelijk Welbevinden: $\beta = 0,304$, $t(14) = 1,48$, $p = 0,161$, Emotioneel welbevinden: $\beta = 0,323$, $t(14) = 0,74$, $p = 0,472$).

Er is ook gekeken of de cliënten van de scangroep een hogere score op de domeinen van kwaliteit van bestaan hebben of hogere cijfers hebben gegeven over hoe ze zich voelen als de begeleiders de vragen van vragenlijst 3 “eind onderzoek” met ja hebben beantwoord. Hiervoor is een Mann-Whitney test uitgevoerd voor de domeinen en de cijfers. Er is geen bewijs gevonden dat cliënten waarvan de begeleiders melden dat na het invullen van de risicoscan het nog helderder was welke hulpvragen de cliënt heeft, dat ze de cliënt na het invullen van de scan nog beter de hulp konden bieden of dat de begeleidingsstijl beter aan sloot na het invullen van de scan, anders scoren op de domeinen en cijfers dan cliënten waarbij de begeleiders melden dat bovenstaande niet aan de orde was. Sociale inclusie: $z = -1,17$, $p > 0,05$, Zelfbepaling: $z = -0,586$, $p > 0,05$, Lichamelijk Welbevinden $z = -0,735$, $p > 0,05$, Emotioneel Welbevinden: $z = -0,293$, $p > 0,05$, Cijfers: $z = -0,586$, $p > 0,05$.

4.1.2. Analyses van de individuele cliënt.

Er kunnen bij het invullen van vragenlijst 1 gericht op kwaliteit van bestaan aspecten meespelen die de gemiddelde score op de domeinen per meting kunnen beïnvloeden. De persoonlijke omstandigheden van cliënten kunnen bij een laag aantal participanten naar verhouding veel invloed hebben op het groepsgemiddelde. Verschillende cliënten uit de scangroep hebben met problemen van doen gehad tijdens het onderzoek. Bij de controlegroep hebben cliënten ook met problemen te maken gehad, maar in mindere mate en minder heftig. De gemiddelde scores van de cliënten per meting op de domeinen Sociale Inclusie, Zelfbepaling, Lichamelijk Welbevinden en Emotioneel Welbevinden worden in figuur 2 tot en met 9 weergegeven. Per domein worden een aantal situaties van cliënten van de scan- en de controlegroep beschreven om aan te tonen waar de cliënten zoal mee van doen hebben gehad.

Sociale Inclusie (SI)

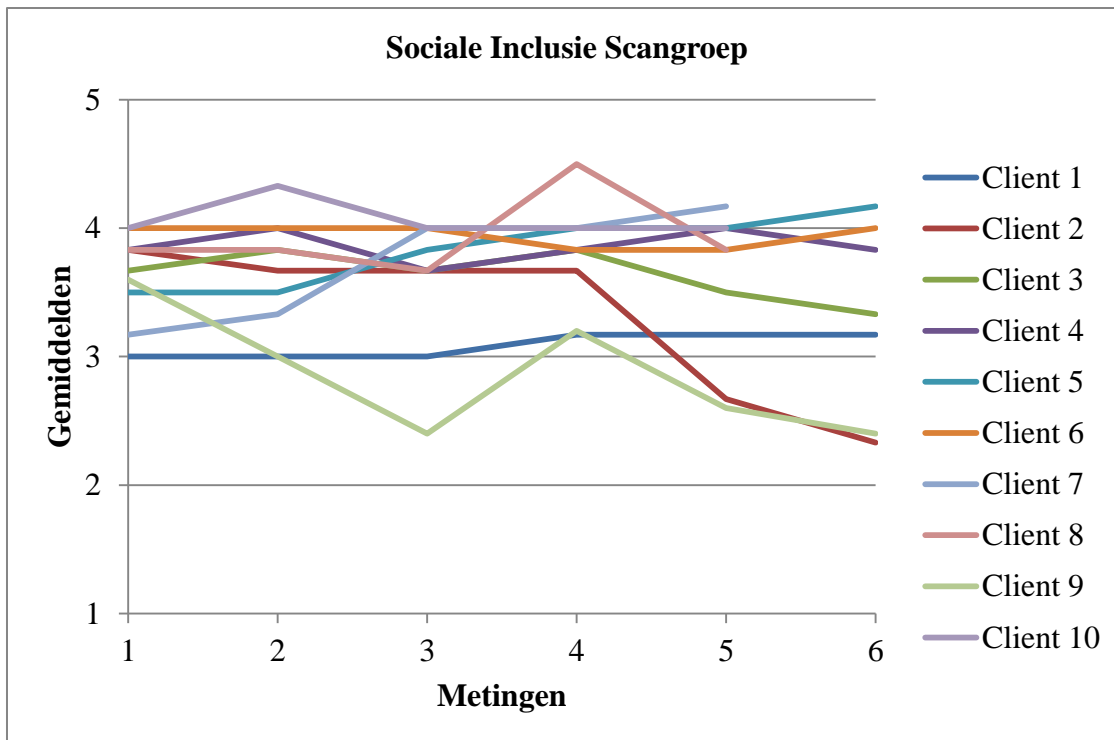
Bij de gemiddelde scores op SI van de scangroep is in figuur 2 te zien dat cliënt 2 bij meting 5 en 6 lager scoort. Deze cliënt maakte in die periode een hele moeilijke tijd door. Ze was verlaten door haar partner die haar met hele hoge schulden achter liet. De cliënt had geen weet van deze schulden waar zij mede aansprakelijk voor was. Daarnaast waren er ook problemen met haar kinderen die ze minder zag. De cliënt zocht in deze periode dagelijks haar begeleidster op, terwijl de begeleidster haar daarvoor gemiddeld maar twee keer per week

zag. Meting 6 van SI was één van de 8 metingen waarbij een significant verschil aangetoond kon worden tussen de scan- en de controlegroep. Als cliënt 2 niet bij deze meting betrokken wordt kan er geen significant verschil meer aangetoond worden tussen de scan- en controlegroep. Meting 6 van SI: $z = -1,52$, $p > 0,05$.

Client 8 scoort op meting 4 hoger dan op de andere metingen. In deze periode lijkt de cliënt tevreden. Volgens zijn begeleider is dit een momentopname, omdat dit heel snel weer kan veranderen bij deze cliënt.

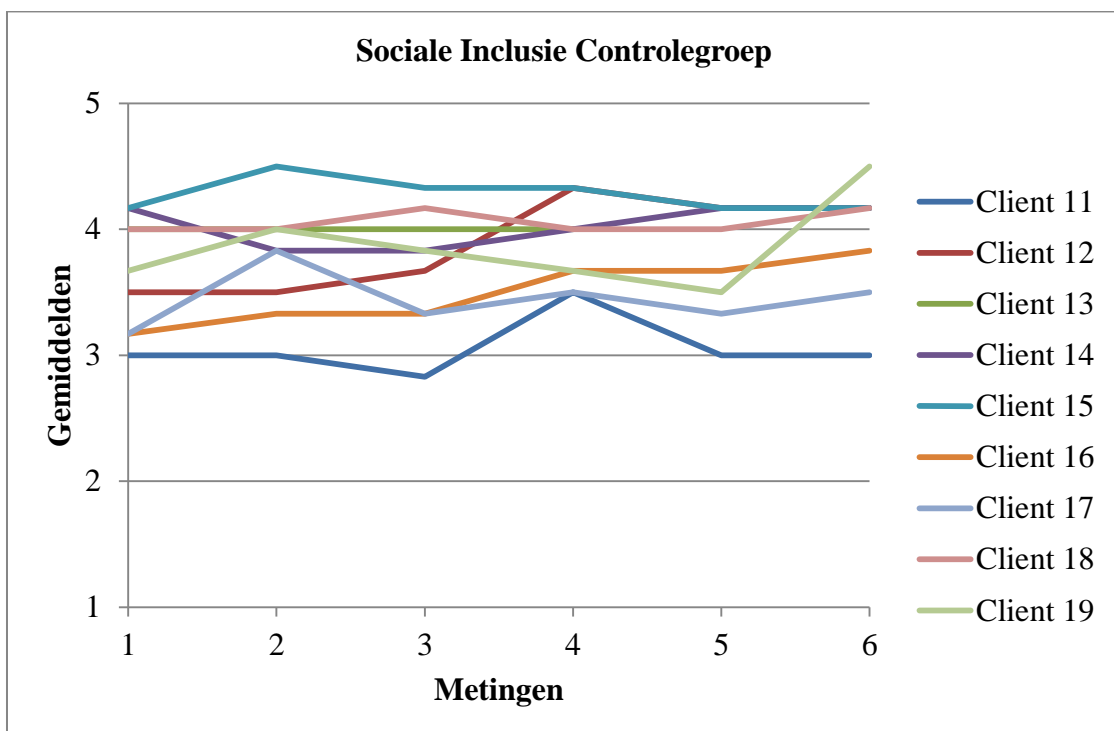
Client 9 scoort bij meting 3, 5 en 6 lager. Bij meting 3 had de cliënt door omstandigheden geen eigen woonruimte meer en moest uit nood bij zijn ex logeren, bij meting 5 had de cliënt een boete van 900,- gekregen voor een scooter die nog wel op zijn naam staat maar niet meer in zijn bezit is. De cliënt woont op dat moment in een studentenkamer, maar wil heel graag eigen woonruimte. Bij de laatste meting heeft de cliënt een terugval gehad met alcohol. Hij was daarvoor een langere periode van de drank af. Deze problemen kunnen de gemiddelde score beïnvloed hebben.

Van de cliënten van de controlegroep scoort cliënt 11 bij meting 4 hoger dan op de andere metingen van SI. Met deze cliënt gaat het deze periode een stuk beter. Hij heeft al twee weken geen contact meer met zijn ‘drugsvrienden’ en heeft een andere taak op zijn werk, waardoor hij weer meer naar zijn werk gaat. Volgens zijn begeleider zit de cliënt op dat moment beter in zijn vel, waardoor hij hoogstwaarschijnlijk hoger scoort (zie figuur 3).



Figuur 2. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de scangroep op het domein SI.

Noot. Van cliënten 7, 8 en 10 zijn maar 5 metingen.



Figuur 3. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de controlegroep op het domein SI.

Noot. Van cliënt 13 zijn maar 4 metingen.

Zelfbepaling (ZB)

In figuur 4 zijn de gegevens afgebeeld van de scangroep voor de meting op Zelfbepaling. Cliënt 1 scoort lager bij meting 1 en 2 op ZB. Bij deze metingen geeft de cliënt aan te balen van de begeleiding die haar beperkt in het internetgebruik. De cliënt wil dit graag zelf bepalen.

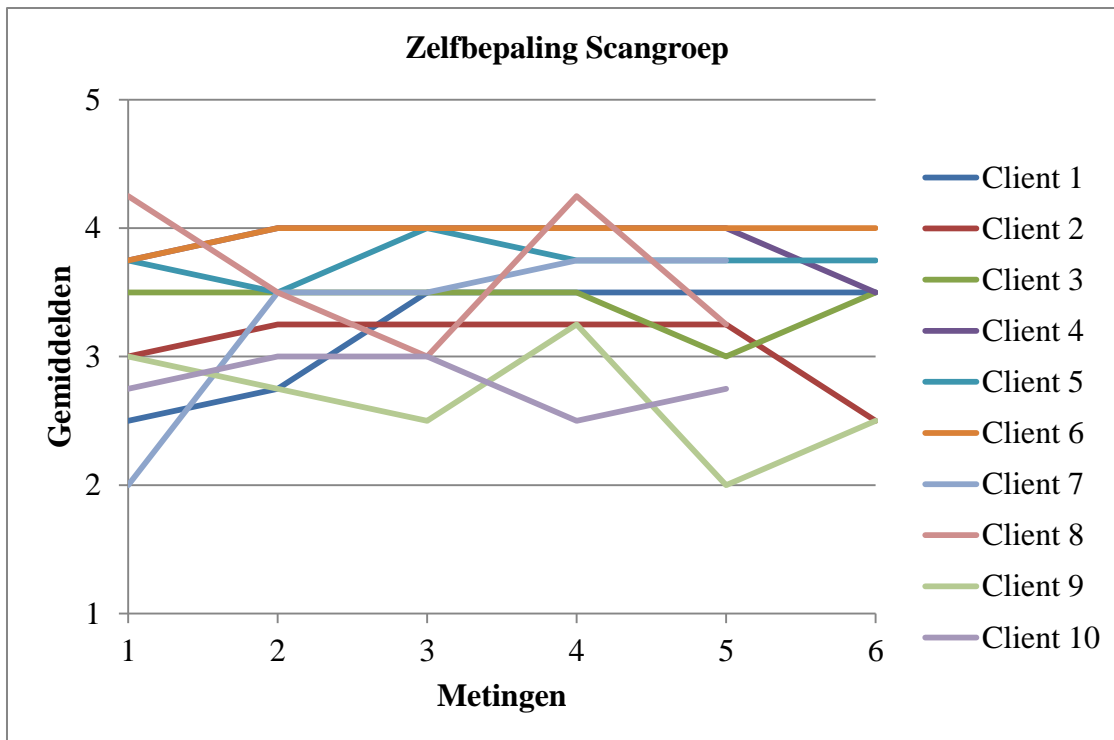
Cliënt 2 scoort hoogstwaarschijnlijk lager bij meting 6 van ZB door de relatiebreuk.

Cliënt 7 scoort op meting 1 veel lager dan op de andere metingen. Het kan er mee te maken hebben dat de cliënt op dat moment net samenwoont. Hij moet hier nog erg aan wennen en zijn vriendin kan ook erg agressief zijn. In deze periode heeft de cliënt ook gesprekken over werk. De cliënt geeft aan moeite te hebben met de druk van het moeten werken.

Cliënt 9 scoort bij meting 4 hoog, hoogstwaarschijnlijk omdat hij blij is met de keuze om te verhuizen. Client 9 scoort bij meting 5 weer lager. Dit kan te maken hebben met de problemen die hij in deze periode met zijn vorige huisbaas heeft.

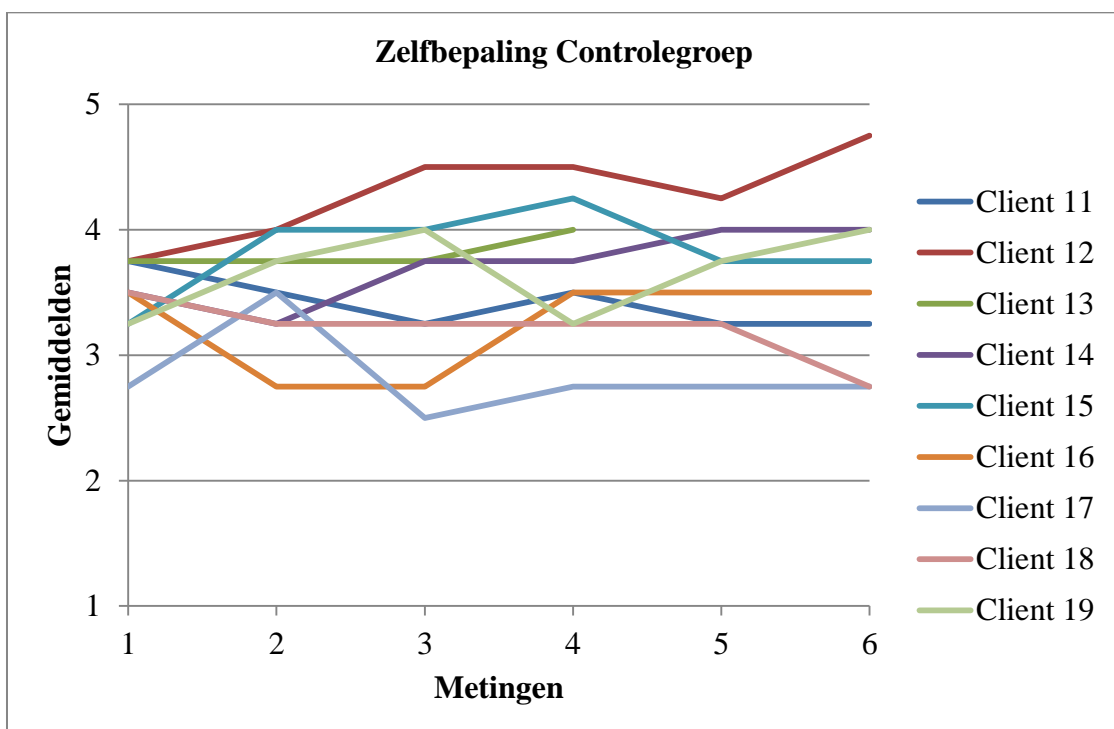
Van de controlegroep zijn de gegevens van Zelfbepaling in figuur 5 weergegeven.

Cliënt 12 scoort hoger bij de laatste meting van ZB en scoort ook vrijwel bij alle metingen hoger dan de andere cliënten. De cliënt lijkt zich steeds beter thuis te voelen op zijn nieuwe woongroep en stapt wat gemakkelijker op de begeleiding af. Dit kan de gemiddelde score beïnvloeden hebben.



Figuur 4. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de scangroep op het domein ZB.

Noot. Van cliënten 7, 8 en 10 zijn maar 5 metingen.



Figuur 5. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de controlegroep op het domein ZB.

Noot. Van cliënt 13 zijn maar 4 metingen.

Lichamelijk Welbevinden (LW)

Figuur 6 toont de scores van de scangroep op Lichamelijk Welbevinden. Van de scangroep scoren cliënt 2 en 3 op alle metingen op LW extreem laag. Deze cliënten hebben veel lichamelijke klachten, waarvoor ze regelmatig onderzocht moeten worden of zelfs worden opgenomen in het ziekenhuis. Bij alle metingen van LW kon er een significant verschil aangetoond worden tussen de gemiddelde scores van de scan-en de controlegroep, maar als cliënt 2 en 3 niet worden betrokken bij de 6 metingen van LW blijkt dat bij meting 1 en 2 van LW geen significant verschil meer aangetoond kan worden tussen beide groepen. Meting 1: $z = -1,33$, $p > 0,05$ en meting 2: $z = -1,18$, $p > 0,05$.

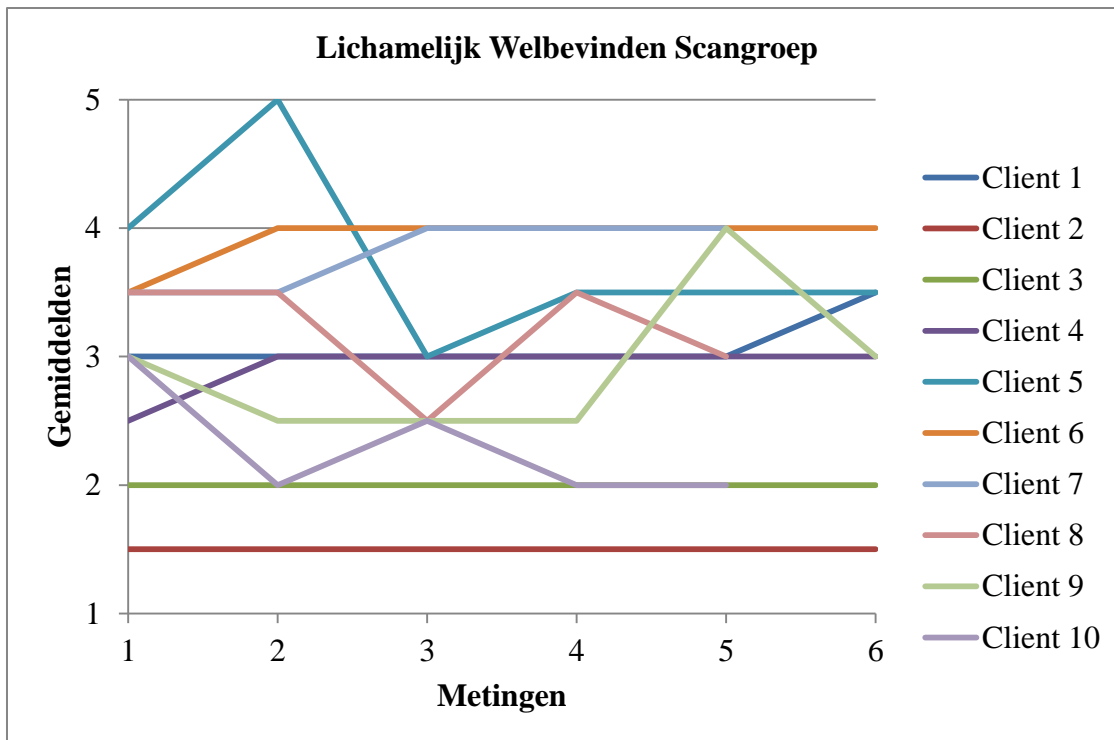
Client 5 scoort op meting 1 en 2 veel hoger. De cliënt sport in deze periode erg veel, waardoor hij goed in zijn vel zit. Later sport hij nog maar weinig of helemaal niet meer. Het kan zijn dat hij daardoor lagere scores geeft.

Client 9 scoort op meting 5 een stuk hoger dan op de andere metingen, hier is geen duidelijke aanwijzing voor te vinden.

Bij de controlegroep (gegevens in figuur 7) is te zien dat cliënt 12 bij meting 2 laag scoort op LW. De cliënt geeft bij deze meting aan dat hij vaak buiten adem is doordat hij te weinig lichaamsbeweging heeft. Dit kan de score beïnvloed hebben.

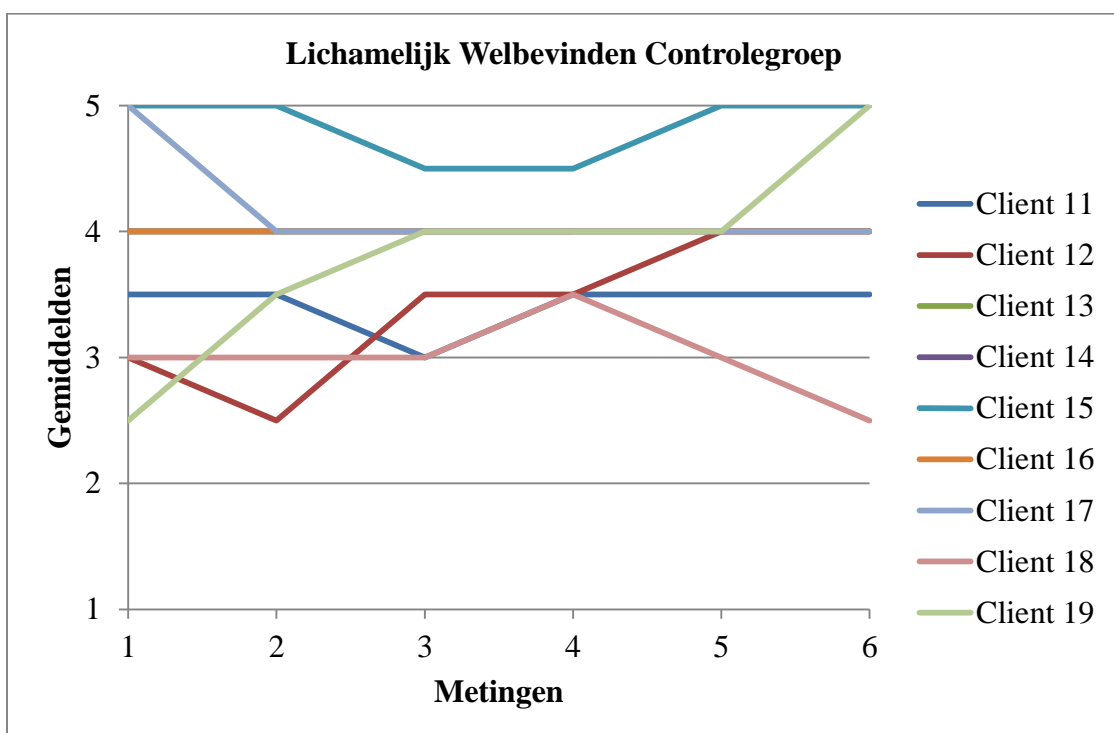
De gemiddelde score van cliënt 19 loopt steeds hoger op. Hoogstwaarschijnlijk heeft het er mee te maken dat de cliënt aan de lijn is en steeds meer aan sport doet. Ze is op het eind van het onderzoek 20 kilo afgevallen en is daar ontzettend trots op.

De scores van beide groepen op LW fluctueren enorm in vergelijking met de andere domeinen van kwaliteit van bestaan. Dit zou er op kunnen wijzen dat de cliënten die bij het onderzoek betrokken zijn problemen hebben ervaren met hun gezondheid tijdens het onderzoek.



Figuur 6. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de scangroep op het domein LW.

Noot. Van cliënten 7, 8 en 10 zijn maar 5 metingen.



Figuur 7. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de controlegroep op het domein LW.

Noot. Van cliënt 13 zijn maar 4 metingen.

Emotioneel Welbevinden (EW)

Figuur 8 toont de resultaten van de scangroep op de variabele Emotioneel Welbevinden.

Cliënt 1 scoort relatief laag op alle metingen. Deze cliënt heeft vaak conflicten met de begeleiding. De cliënt vindt dat ze als een klein kind behandeld wordt (cliënt is 21 jaar). De begeleider benoemt dat de cliënt graag dingen wil die haar niet lukken, waardoor ze een negatief zelfbeeld heeft. De cliënt heeft vaak last van stress en slaapt dan slecht. Deze redenen zouden de oorzaak van de lage scores op EW kunnen zijn.

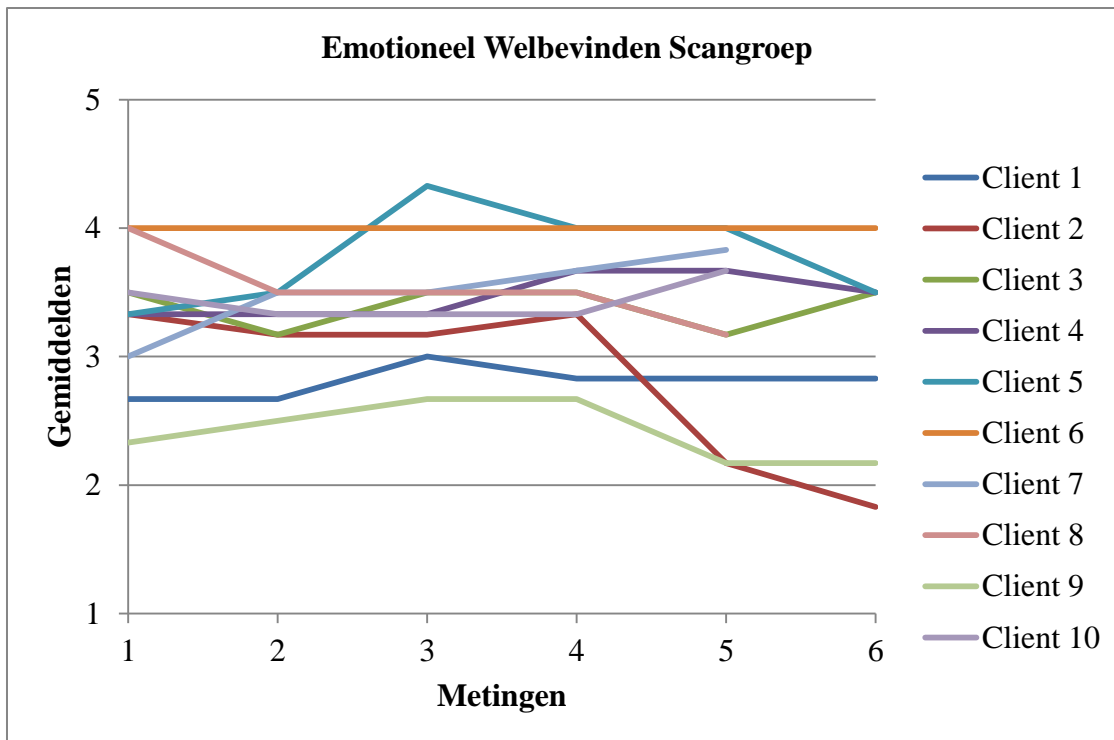
Op EW scoort cliënt 2 van de scangroep bij meting 5 en 6 veel lager. De mogelijke redenen hiervan zijn al benoemd. Bij meting 6 van EW was een significant verschil aangetoond tussen de scan- en de controlegroep, maar als ook hier cliënt 2 niet bij meting 6 van EW betrokken wordt kan ook hier geen significant verschil meer aangetoond worden tussen de groepen. Meting 6 van emotioneel welbevinden: $z = -1,58, p > 0,05$.

Client 9 scoort laag op alle metingen en nog lager bij meting 5 en 6. Dit kan te maken hebben met de problemen die hij heeft met zijn oude huisbaas. De cliënt komt er ook achter dat hij hoge schulden heeft. Volgens zijn begeleider had de cliënt daar nog niet eerder over gesproken en dit was ook niet bekend bij de begeleider. Door alle problemen geeft de cliënt aan last te hebben van destructieve gedachten.

De gegevens van de controlegroep op Emotioneel Welbevinden worden weergegeven in figuur 9. Cliënt 12 scoort op meting 2 lager dan bij de andere metingen. Dit kan te maken hebben met de problemen die de cliënt op dat moment heeft met zijn medebewoners. Volgens zijn begeleider voelt de cliënt zich soms ook afgewezen in verband met zijn verstandelijke beperking (cliënt is op zoek naar werk). Zijn begeleider vindt hem in deze periode gestrest en snel emotioneel.

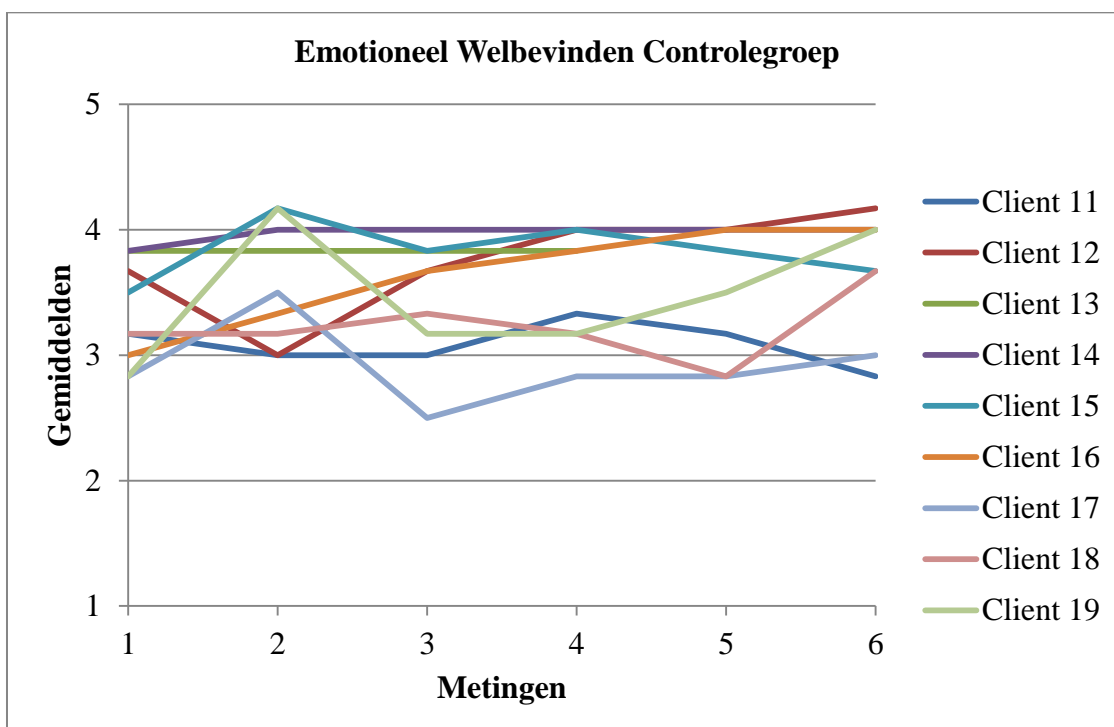
Cliënt 17 heeft bij meting 2 een hogere gemiddelde score dan bij de andere metingen op EW. De cliënt heeft in deze periode te horen gekregen dat hij op vakantie gaat. Dit kan de score beïnvloed hebben. Na deze meting zijn er ook problemen tussen de cliënt en paar medebewoners ontstaan, waardoor ook mogelijk de scores op de latere metingen lager zijn uitgevallen.

Client 19 scoort hoger op meting 2. Dit heeft er hoogstwaarschijnlijk mee te maken dat de cliënt te horen heeft gekregen dat ze toch mee kan op vakantie naar Turkije. Hier had ze niet op gerekend en ze is super blij.



Figuur 8. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de scangroep op het domein EW.

Noot. Van cliënten 7, 8 en 10 zijn maar 5 metingen.



Figuur 9. De gemiddelde scores per meting van de cliënten van de controlegroep op het domein EW.

Noot. Van cliënt 13 zijn maar 4 metingen.

4.1.3. Samenhang tussen de verschillende indicatoren.

Volgens Schalock e.a. (2008) kan de kwaliteit van bestaan verbeteren door zelfbepaling, hulpmiddelen, inclusie en het hebben van een doel in het leven. Dit zou voor de domeinen Sociale Inclusie en Zelfbepaling betekenen dat wanneer cliënten hierop hoog scoren het cijfer voor hoe ze zich voelen ook hoger zou moeten zijn. Bij de analyses op groepsniveau was te zien dat de scores op de domeinen van kwaliteit van bestaan geen statistisch significante voorspellende waarde hebben voor de cijfers die de cliënten maandelijks gaven, maar dat de beta's voor SI en ZB redelijk hoog waren wat op het belang van deze voorspellers duidt. Om te controleren of er een relatie is tussen de individuele scores op SI en ZB en het cijfer voor welbevinden, zijn deze met elkaar vergeleken (dit wordt weergegeven in tabel 4). Van de 19 cliënten hadden 11 cliënten (cliënt 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 en 18) hoge cijfers (voldoendes) en hogere scores op SI en ZB. Met hogere scores worden de scores vanaf 3 = niet goed/ niet slecht tot 5 = zeer goed bedoeld. Met laag worden de scores onder de 3 = niet goed/ niet slecht bedoeld (2= slecht en score 1= zeer slecht).

Cliënt 1 had één onvoldoende (cijfer 5) waarbij ze een lage score had op ZB (2,8). Bij de andere metingen gaf ze een 6 voor hoe ze zich voelde, waarbij ze 1 keer een lage score had op ZB (2,5). Bij de andere voldoende waren er wel hoge scores op SI en ZB.

Cliënt 2 en 3 hadden ondanks de lage cijfers altijd een redelijke score op SI en ZB.

Cliënt 9 had 1 onvoldoende (4), maar geen lage score op SI en ZB. De cliënt gaf 3 keer een voldoende, waarbij de cliënt 2 keer een lagere score op ZB (2,8 en 2,5) had en 1 keer een lagere score op SI (2,4).

Client 10 had allemaal hoge cijfer, maar bij 3 van de 5 metingen een lage score op ZB.

Client 16 had allemaal voldoende, waarbij ze 2 keer een lage score op ZB had (2 x 2,8).

Bij het hoogste cijfer wat ze had gegeven (9), had de cliënt ook de hoogste scores op SI en ZB (3,8 en 3,5).

Cliënt 17 had 1 onvoldoende (5) en daarbij een lage score op ZB (2,5).

Client 19 had 1 onvoldoende (5), maar wel hoge scores op SI en ZB. Bij het hoogste cijfer wat ze had gegeven (10), had ze ook de hoogste score op SI en ZB (4,5 en 4).

Samenvattend hebben van de 19 cliënten 15 cliënten 6 metingen gehad, 1 cliënt 4 metingen en 3 cliënten 5 metingen. Dat zijn in totaal 109 metingen. Hiervan moeten 14 metingen afgetrokken worden, omdat vanwege de gemoedstoestand van de cliënten op het moment van het afnemen van de vragenlijst niet om een cijfer is gevraagd. Dan blijven er 95 metingen

over. Van deze metingen is bij 78 metingen, bij een hoger cijfer ook een hoge score op SI en ZB gevonden. Van de metingen zijn er 17 afwijkend. Dit zijn enkele metingen van cliënt 1, 2, 3, 9, 10, 16 en 19.

Hiermee lijken de individuele observaties de eerdere geconstateerde statistische conclusie te bevestigen. De aanname van Schalock e.a. (2008) dat SI en ZB de kwaliteit van bestaan kunnen verbeteren, lijkt hiermee ondersteund te kunnen worden.

Tabel 4

De cijfers en de scores op Sociale Inclusie en Zelfbepaling.

Cijfers en scores op SI en ZB	Hoge cijfers (voldoendes) en hogere scores op SI en ZB	Hoge cijfers en lage score op ZB	Hoog cijfer en lage score op SI	Lage cijfers en hoge scores op SI en ZB	Laag cijfer, lage score op ZB
Aantal metingen (totaal = 95)	76	8	1	8	2

De reden die cliënt 1 geeft bij meting 2 voor de onvoldoende is haar omgeving. Ze geeft aan dat ze zich niet begrepen voelt. Deze reden valt onder SI, waarvoor de cliënt bij deze meting een 3 scoort.

Cliënt 2 en 3 gaven lage cijfers in verband met hun slechte gezondheid. Ze hadden hoge scores op SI en ZB, maar lage scores op LW.

Cliënt 9 gaf bij meting 1 een 4 in verband met zijn slechte woonsituatie. Deze reden valt ook onder SI, waarvoor de cliënt bij deze meting een 3,6 scoort.

Cliënt 10 scoort op 3 van de 5 metingen laag op ZB ondanks zijn zeer hoge cijfers, namelijk een 10 bij alle metingen. Hij scoort wel hoog op SI. Deze cliënt heeft een laag niveau en ondanks moeilijke momenten geeft hij toch een 10 voor hoe hij zich voelt. Zo was deze cliënt bijvoorbeeld een periode behoorlijk opstandig, omdat zijn vader niet meer welkom was (bepaald door begeleiding, cliënt was het daar niet mee eens) en gaf toch een 10 voor hoe hij zich voelde. De cliënt woont liever bij zijn vader dan bij Aveleijn, zijn keuzevrijheid wordt soms beperkt omdat hij met de verkeerde mensen op trekt die regelmatig voor problemen zorgen (dan zijn deze mensen voor een bepaalde periode niet welkom bij Aveleijn/ zijn woning), de cliënt is ook niet in staat om zelf de juiste keuzes en beslissingen te maken en kan ook geen persoonlijke doelen bedenken. Dit zijn de vragen die bij Zelfbepaling horen. Dit zou

een verklaring kunnen zijn voor zijn redelijk lage score op ZB. Het lage niveau van de cliënt zou in dit geval ook een beperking voor ZB kunnen zijn.

Cliënt 19 geeft cijfer 5 bij meting 4 in verband met de vakantieperiode. De cliënt heeft dan veel van doen met invalkrachten op de woonplek en op het werk en kan hier moeilijk mee om gaan. Deze reden valt niet onder SI en ZB, wat mogelijk verklaart waarom de cliënt wel hoge scores heeft op SI en ZB.

Andere redenen die nog werden benoemd bij het geven van een hoog of laag cijfer voor hoe de cliënt zich voelde waren 2 keer meer vrijheid/ zelf willen bepalen, 10 keer relatie/contacten, 4 keer werk, 4 keer wonen en 2 keer werd vakantie nog genoemd in de positieve zin.

Van de 27 redenen die genoemd zijn bij het geven van een cijfer vallen 21 redenen onder SI en 2 onder ZB. Dit is wel opvallend te noemen. Vooral het domein SI lijkt een belangrijke rol in te nemen bij het bepalen van hoe iemand zich voelt.

Van de overige redenen die genoemd zijn vallen er 2 onder Lichamelijk Welbevinden en 2 redenen onder Emotioneel Welbevinden.

4.2. In hoeverre levert de risicoscan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt?

Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van Vragenlijst 2 “start hulpverlening” en vraag 2 en 3 van Vragenlijst 5: “begeleider over scan”

Op vraag 1 van vragenlijst 2 of het vanaf het begin helder was welke hulpvragen de cliënt had, zeggen de 16 begeleiders dat dit bij: 1 cliënt zeer goed was, bij 10 cliënten dat dit goed was, bij 5 cliënten dat dit niet goed/niet slecht was en bij 3 cliënten dat dit slecht was.

Op de vraag of de begeleiders de cliënt gelijk de hulp konden bieden die de cliënt nodig had zeggen de 16 begeleiders dat dit bij: 1 cliënt zeer goed kon, bij 8 cliënten goed kon, bij 8 cliënten dat dit niet goed/niet slecht kon en bij 2 cliënten kon in het begin slecht de hulp geboden worden die hij/zij nodig had.

Op de laatste vraag over de informatie (dossier, vorige instelling etc.) die de begeleiders hadden gekregen om de cliënt te kunnen begeleiden zeggen de 16 begeleiders dat bij: 1 cliënt de informatie zeer goed was, bij 6 cliënten dat dit goed was, bij 7 cliënten dat de informatie

niet goed/niet slecht was en bij 4 cliënten vonden de begeleiders dat de informatie slecht was en bij 1 cliënt zeer slecht.

Op vraag 2 van vragenlijst 5 of de scan nieuwe informatie heeft opgeleverd, had van de 10 cliënten van de scangroep de scan bij 2 cliënten nieuwe informatie opgeleverd. In beide gevallen hadden de cliënten geen behoefte om daar nog aandacht aan te besteden. Eén cliënt had aangegeven dat hij vroeger seksueel misbruikt is en benadrukte dat hij daar verder niets mee wilde. Zijn begeleider heeft aangegeven dat de cliënt altijd bij haar terecht kan en de mogelijkheden benoemd die er zijn mocht hij van mening veranderen. De cliënt gaf aan dan zelf wel te komen, maar achtte de kans niet groot. De andere cliënt stalkte in het verleden zijn ex, maar zag nu wel in dat dit niet zo handig was.

Bij 5 cliënten had de scan geen nieuwe informatie opgeleverd, maar wel meer duidelijkheid over de context van bepaalde situaties en bij 3 cliënten had de scan geen nieuwe informatie opgeleverd.

Op vraag 3 van vragenlijst 5 of de scan had kunnen bijdragen aan een duidelijker beeldvorming en betere afstemming voor de begeleiding als deze bij de intake was afgenomen denken van de 8 begeleiders van de scangroep dat bij 7 cliënten de scan wel een bijdrage had kunnen leveren, bij 2 cliënten twijfelen ze hierover en bij 1 cliënt denkt een begeleider van niet.

4.3. In hoeverre draagt de risicoscan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden?

Vragenlijst 3: "Eind onderzoek" is gebruikt om antwoord op deze onderzoeksvraag te kunnen geven. Op de vraag of het na het invullen van de risicoscan het nog helderder werd welke hulpvragen de cliënt heeft, vond van de 7 begeleiders van de scangroep geen enkele begeleider dat de hulpvragen van de cliënt nog helderder werden na het invullen van de scan.

Op de vraag of ze de cliënt na het invullen van de scan nog beter de hulp konden bieden die hij/zij nodig heeft vonden de 7 begeleiders dat bij 5 van de 9 cliënten ze na het invullen van de scan de cliënt wel beter de hulp konden bieden en bij 4 cliënten gaven ze aan dat dit hetzelfde bleef.

Op de laatste vraag of de begeleidingsstijl beter aansloot na het invullen van de scan hadden 2 begeleiders hun begeleidingsstijl aangepast na het invullen van de scan en bij 7 cliënten bleef de begeleidingsstijl hetzelfde.

4.4. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben?

Bij deze onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van vragenlijst 4 en 5.

Vragenlijst 4: “cliënt over scan”

Bij vragenlijst 4 zijn de 10 cliënten van de scangroep gevraagd naar hun bevindingen over de scan. Zij geven de volgende antwoorden: 2 cliënten gaven aan dat zij zeer goed antwoord konden geven op de vragen van de scan, 7 cliënten konden dit goed en 1 cliënt gaf aan dit niet goed/niet slecht te kunnen.

Van de 10 cliënten vond 1 cliënt het zeer goed om de scan met zijn begeleider in te vullen en 9 cliënten vonden dit goed.

Op de vraag wat de cliënten van de vragen van de scan vonden gaven 2 van de 10 cliënten aan deze zeer goed te vinden en 8 cliënten vonden de vragen goed.

Op de vraag of de cliënten de vragen eerlijk konden beantwoorden zei 1 cliënt dit zeer goed te kunnen, 8 cliënten konden dit goed en 1 cliënt gaf aan dit niet goed/niet slecht te kunnen.

De cliënten was uitgelegd dat het de bedoeling is dat de scan gebruikt gaat worden binnen Aveleijn, waardoor alle cliënten die zorg gaan krijgen van Aveleijn deze scan moeten invullen. 2 cliënten gaven aan dit zeer goed te vinden, 6 cliënten vonden dit goed en 2 cliënten vonden het niet goed/niet slecht.

Vragenlijst 5: “begeleider over scan”

Aan de hand van de volgende vragen van Vragenlijst 5: “begeleider over scan” is een semi structureel interview gehouden met de 8 begeleiders van de scangroep:

1. Hoe was het om de scan met de cliënt in te vullen?

De begeleiders gaven aan dat bij 9 cliënten het invullen van de scan prima ging en in de meeste gevallen een goed gesprek opleverde. Voor de begeleiders werd het ook duidelijker waarom de cliënt op een bepaalde manier in een situatie had gereageerd/gehandeld.

1 begeleider benoemde dat het invullen van de scan lastig was, omdat de cliënt de vragen niet begreep. De cliënt antwoorde overal 'ja' op en ging zelfs verhalen verzinnen.

2. Heeft de scan nieuwe informatie opgeleverd?

Van de 10 cliënten had de scan bij 2 cliënten nieuwe informatie opgeleverd. Bij 5 geen nieuwe informatie, maar wel meer duidelijkheid over de context van bepaalde situaties en bij 3 cliënten had de scan geen nieuwe informatie opgeleverd.

3. Had de scan kunnen bijdragen aan een duidelijker beeldvorming en betere afstemming voor de begeleiding als deze bij de intake was afgenomen?

De begeleiders denken dat bij 7 cliënten de scan wel een bijdrage kan leveren, bij 2 cliënten twijfelen ze hierover en bij 1 cliënt denkt de begeleider van niet.

4. Zou de cliënt moeite hebben gehad om de scan na de intake in te vullen?

Alle 8 begeleiders gaven aan dat hun cliënten daar geen moeite mee gehad zou hebben. Bij 9 cliënten gaven ze aan dat het wel van belang is met wie de cliënt de scan invult. Ze vinden dat dit een vertrouwde persoon moet zijn en dat de uitleg van de vragen ook belangrijk is. Voor één cliënt leek het niet van belang of de persoon vertrouwt was, omdat hij nu de scan ook had ingevuld met iemand die hij nog niet zo lang kende. Eén cliënt gaf gekke antwoorden op de vragen van de scan, omdat hij de vragen niet begreep. Dan is het juist belangrijk dat je de cliënt goed kent om dit door te hebben.

5. Wat vinden de begeleiders nog meer van belang?

- Dat de tijd wordt genomen om de scan in te vullen.
- Dat de vragen goed uitgelegd worden en dat er soms wordt doorgevraagd.

- Dat de scan met een vertrouwde persoon wordt ingevuld.
- Dat er ruimte komt voor aanvullende informatie.
- Dat iemand capabel is om de scan met de cliënt in te kunnen invullen.
- Dat het van belang is hoe de vragen gebracht worden, de cliënt moet zich op gemak voelen.
- Dat de scan wordt ingevuld in een vertrouwde omgeving van de cliënt.
- Dat er rekening wordt gehouden met het niveau van de cliënt.

5. Conclusie en discussie

In dit onderzoek zijn 4 onderzoeksvragen geformuleerd. Per onderzoeksvraag zijn de belangrijkste uitkomsten en de kanttekeningen van het onderzoek genoteerd. Vervolgens worden de aanbevelingen beschreven.

5.1. In hoeverre draagt het toepassen van de risicoscan bij aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt?

Aan de hand van de gemiddelde scores van 6 metingen op vier domeinen van kwaliteit van bestaan (Sociale Inclusie, Zelfbepaling, Lichamelijk Welbevinden en Emotioneel Welbevinden) bleken de gemiddelde scores van de scangroep niet beter dan van de controlegroep. Bij 8 van de 30 metingen is een significant verschil aangetoond, waarbij de controlegroep iets hoger scoorde dan de scangroep. Dit is te verklaren door de individuele situatie van sommige cliënten in de scangroep. Loon e.a. (2010) beschrijven ook dat de domeinen worden beïnvloed door persoonlijke en omgevingsfactoren en hun interacties. Door de individuele analyses is te zien dat er grote fluctuaties in de scores zijn, en dat een aantal cliënten gedurende de looptijd van het longitudinale onderzoek persoonlijke problemen ervoeren, die deze fluctuaties mede verklaren. Het beperkte aantal respondenten maakte het lastig om de twee groepen met elkaar te vergelijken, omdat de individuele scores dan naar verhouding veel invloed op het groepsgemiddelde hebben.

Verder is er gekeken of de gemiddelde scores op de domeinen Sociale Inclusie, Zelfbepaling, Lichamelijk Welbevinden en Emotioneel Welbevinden de cijfers (1 t/m 10) die de cliënten maandelijks gaven voor hoe ze zich voelden, konden voorspellen. Dit kon niet aangetoond worden, maar de redelijk hoge beta's voor SI en ZB duiden op het belang van deze voorspellers. Volgens Schalock (2008) zijn SI en ZB ook factoren die de kwaliteit van bestaan kunnen verbeteren. Op individueel niveau bleek bij 78 van de 95 metingen waarbij de cliënt een hoog cijfer had gegeven de scores op SI en ZB ook hoog waren. Daarnaast vielen van de 27 redenen die genoemd waren bij het geven van een cijfer 21 redenen onder SI en 2 daarvan onder ZB, waarmee vooral de invloed van SI op de kwaliteit van bestaan aangetoond kon worden. Ondanks het beperkte aantal participanten dat heeft deel genomen aan dit onderzoek

is gebleken dat vooral Sociale Inclusie een belangrijke factor is die de kwaliteit van bestaan kan beïnvloeden.

Er zijn allerlei verschillende redenen die de kwaliteit van bestaan kunnen beïnvloeden, verschillend per individu, waardoor het moeilijker is om de uitkomsten van dit onderzoek op het punt kwaliteit van bestaan te interpreteren.

Door het lage aantal participanten kunnen de uitkomsten als minder betrouwbaar worden gezien. Hierdoor is hoogstwaarschijnlijk ook het domein ZB onvoldoende betrouwbaar gemeten. Beide groepen hadden een verschillende gemiddelde leeftijd. Dit kan van invloed zijn geweest. Het geven van een cijfer is vaak een momentopname en daarnaast geven cliënten soms een hoog cijfer voor hoe ze zich voelen, terwijl ze wel problemen hebben. Dit is per cliënt verschillend. Er is ook 14 keer niet om een cijfer gevraagd wat mogelijk invloed op de uitkomst heeft gehad.

De vragenlijsten over kwaliteit van bestaan zijn grotendeels door de begeleiders ingevuld, waardoor niet met zekerheid gezegd kan worden dat de uitkomsten volledig betrouwbaar zijn. Aan de andere kant is het moeilijk om mensen met een verstandelijke beperking vragenlijsten in te laten vullen, omdat zij zich zelf vaak overschatten of vragen niet goed begrijpen, waardoor er geen realistisch beeld geschetst kan worden.

5.2. In hoeverre levert de risicoscan naast de dossiers extra informatie op over het risicogedrag van de cliënt?

Uit de gegevens van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de informatieoverdracht (dossier, vorige instelling etc.) die de begeleiders krijgen om een cliënt te kunnen begeleiden verbeterd kan worden. Bij 12 van de 19 cliënten was de informatie niet voldoende en bij 8 cliënten was het onvoldoende bekend welke hulpvragen de cliënt had, waardoor bij 10 cliënten in het begin onvoldoende de hulp geboden kon worden die de cliënt nodig had. De risicoscan zou hierbij een goed hulpmiddel kunnen zijn. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de risicoscan extra informatie kan opleveren over het risicogedrag van de cliënt en vooral over de context waarin het probleemgedrag plaatsvindt. Als deze informatie bekend is, zou de cliënt beter begeleid kunnen worden. Doordat de cliënten van dit onderzoek al in zorg waren tot maximaal 2 jaar was er al veel bekend over de cliënten. Mogelijk had de scan meer informatie opgeleverd bij cliënten die nog niet bekend waren.

5.3. In hoeverre draagt de risicoscan bij om de cliënt de juiste begeleiding te kunnen bieden?

Volgens Seynaeve (2009) draagt de begeleiding van de mensen met een verstandelijke beperking ook bij aan de kwaliteit van bestaan, omdat de begeleiding kan bijdragen aan het mogelijk maken van een menswaardig bestaan. Bij geen enkele cliënt van de scangroep was na het invullen van de scan het nog helderder welke hulpvragen de cliënt had, maar bij 5 van deze 9 cliënten gaven de begeleiders aan dat ze na het invullen van de scan de cliënt beter de hulp konden bieden en 2 begeleiders hadden zelfs na het invullen van de scan hun begeleidingsstijl aangepast. Dit terwijl de cliënten al langer in zorg waren.

Er is gekeken of de cliënten van de scangroep een hoger cijfer gaven of hoger scoorden op de domeinen als de begeleiders de bovenstaande vragen met ja hadden beantwoord. Dit kon niet aangetoond worden. Het lage aantal respondenten zou hierbij een rol kunnen spelen. Ook kan meegespeeld hebben dat de cliënten al in zorg waren bij Aveleijn. Van de meeste cliënten waren de hulpvragen al helder. Dit zou de oorzaak kunnen zijn waarom de hulpvragen niet helderder werden door het invullen van de scan. De begeleiders die de cliënt na het invullen van de scan nog beter de hulp konden bieden, hadden aangegeven dat dit kwam doordat de context van bepaalde situatie duidelijker waren geworden en ze hierdoor de cliënt beter begrepen. Sellars (2002) benoemd dat de informatie over de context belangrijk is om bekende patronen te kunnen doorbreken en de cliënt hiervoor te beschermen. De risicoscan kan hierbij als hulpmiddel dienen. 2 begeleiders hadden aangegeven dat ze door het invullen van de risicoscan hun begeleidingsstijl hadden aangepast. Het zou kunnen dat dit pas later effect zal hebben op de cijfers. Desondanks zal niet alleen de begeleiding van de cliënt het cijfer voor hoe de cliënt zich voelt bepalen. Ook andere factoren hebben invloed op de kwaliteit van bestaan van de cliënt.

Er hebben maar een beperkt aantal cliënten en begeleiders mee gedaan aan het onderzoek, waardoor niet aangetoond kan worden of de uitkomsten ook voor een grotere groep cliënten en begeleiders zou gelden. Er is ook niet bij elke meting door alle cliënten een cijfer gegeven. Dit kan ook van invloed zijn geweest op de resultaten.

5.4. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die gunstige/ongunstige invloed op de effectiviteit van de risicoscan hebben?

De 10 cliënten en de 8 begeleiders die betrokken zijn geweest bij het invullen van de risicoscan zijn positief over het gebruik van de scan en er zijn een aantal gunstige factoren benoemd over de effectiviteit van het instrument. Er is één ongunstige factor gevonden en er zijn een aantal aandachtspunten genoemd die volgens de begeleiders en een cliënt van belang zijn als Aveleijn de scan in gebruik gaat nemen. Deze punten kan Aveleijn meenemen met betrekking tot de implementatie van de scan.

De gunstige factoren zijn:

- De cliënten kunnen de vragen van de scan goed beantwoorden.
- De cliënten konden eerlijk antwoord geven op de vragen.
- Het invullen van de scan leverde goede gesprekken op.

Een ongunstige factor is dat de scan niet voor elke cliënt geschikt is. Er moet rekening worden gehouden met het niveau van de cliënt. 1 cliënt die bij het onderzoek betrokken was gaf allemaal gekke antwoorden op de vragen. De begeleider kende de cliënt goed om dit te weten. Een risico bij dit soort cliënten kan zijn dat ze bij de intake verkeerd beoordeeld worden en een verkeerd advies krijgen.

De aandachtspunten volgens de begeleiders en de cliënt zijn:

- Dat het een vertrouwde persoon is die de scan met de cliënt invult.
- Dat de vertrouwde persoon capabel moet zijn om de scan met de cliënt in te vullen.
- Dat de uitleg van de vragen belangrijk is.
- Dat het belangrijk is hoe de vragen worden gesteld.
- Dat er in sommige situaties wordt doorgevraagd.
- Belangrijk dat er de tijd voor genomen wordt.
- De cliënt moet zich op zijn gemak voelen bijvoorbeeld door de scan in te vullen in een vertrouwde omgeving van de cliënt.
- Er is geen aanvullende ruimte bij de vragen. Hierdoor kan informatie verloren gaan.

5.5. Aanbevelingen voor de risicoscan, voor vervolgonderzoek en andere aanbevelingen

5.5.1. Aanbevelingen voor de risicoscan

De cliënt kan bij het invullen van de risicoscan de vragen alleen met ja of nee beantwoorden. Er zou ruimte toe gevoegd kunnen worden voor aanvullende informatie. In het onderzoek is de scan met de begeleiders ingevuld en hebben de begeleiders doorgevraagd. Belangrijke informatie zou verloren kunnen gaan als de scan na de intake bijvoorbeeld samen met een ouder van de cliënt wordt ingevuld of als de cliënt de scan alleen invult. Sellars (2002) benoemd dat zowel de aard van de overtreding als de context waarin het is gebeurd van belang is. Informatie over de context is belangrijk om bekende patronen te kunnen doorbreken en de cliënt hiervoor te beschermen. Uit het onderzoek is gebleken dat de scan hieraan een grote bijdrage kan leveren, zelfs als de cliënten al in zorg zijn. Dit is heel waardevol. Als begeleiding bijvoorbeeld weet dat een cliënt geneigd is om veel te gaan drinken als deze gestrest is en het vele drinken probleemgedrag veroorzaakt, kan de begeleider de cliënt bijvoorbeeld ondersteunen bij zijn planning als de cliënt dat wil. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt.

Aveleijn wil de risicoscan gaan gebruiken bij de intake. De risicoscan zou mogelijk ook vaker ingevuld kunnen worden dan alleen bij de intake. Sellars (2002) benoemt dat risico's, omgevingsvariabelen en cliënten veranderen. In het onderzoek is aangetoond dat het invullen van de scan ook informatie op kan leveren bij cliënten die al in zorg zijn. De cliënten hebben aangeven dat ze het geen probleem vonden om de scan met hun begeleider in te vullen en het invullen van de scan heeft volgens de begeleiders tot goede gesprekken geleid. Doordat de begeleiding weet waar een cliënt zich mee bezig houdt, zou in sommige gevallen probleemgedrag voorkomen/ verminderd kunnen worden. Het vaker invullen van de scan zou kunnen bijdragen om zicht te krijgen op deze problemen en de context ervan, zodat de begeleiders hier op in kunnen spelen. En zoals Teeuwen-Heintzberger (2011) benoemt: hoe minder gedragsproblemen er zijn, hoe hoger de kwaliteit van bestaan.

Uit het onderzoek is gebleken dat 1 cliënt niet geschikt was om de scan mee in te vullen in verband met zijn lage niveau. Voor de cliënten met een vrij laag niveau zou een uitzondering

gemaakt kunnen worden, zodat zij niet betrokken hoeven te worden bij het invullen van de scan. Als het niveau van de cliënt erg laag is zou mogelijk de scan door iemand ingevuld kunnen worden die betrokken is bij of vanuit het netwerk van de cliënt.

De scan heeft bij twee cliënten nieuwe informatie opgeleverd. In beide gevallen wilden de cliënten er verder geen aandacht besteden, maar wat als er informatie bovenkomt bij het invullen van de scan waarvan een begeleider bijvoorbeeld vindt dat hij deze niet zomaar kan negeren. Wat moet er dan gebeuren? Mogelijk kan het verstandig zijn om hier afspraken over te maken.

5.5.2. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het onderzoek kan ondersteunend zijn voor wetenschappelijk vervolgonderzoek naar risicogedrag binnen de zorgsector in het algemeen. De risicoscan van Aveleijn zou ook ingezet kunnen worden op verschillende zorgsectoren zoals bijvoorbeeld de jeugdzorg. Het tijdig aanpakken van probleemgedrag zou mogelijk probleemgedrag in de toekomst kunnen reduceren.

Op basis van dit onderzoek zou de betrouwbaarheid verhoogt kunnen worden door meer participanten te gebruiken en meer items per domein. Het onderzoek zou opnieuw uitgevoerd kunnen worden met cliënten die in net zorg komen, waarvan cliënten de scan hebben ingevuld bij de intake en cliënten die geen scan hebben ingevuld bij de intake. In verband met de validiteit is het dan wel van belang dat de cliënten die de scan niet invullen wel voor de scan in aanmerking komen. Voor de vragenlijst over kwaliteit van bestaan zou dan alleen het cijfer voor hoe de cliënt zich voelt en de domeinen SI en ZB gebruikt kunnen worden.

Met de nieuwe kennis en de verbeterde risicoscan zou mogelijk ook gebruik gemaakt kunnen worden van het Incident Meldingen Systeem (IMS) om de effectiviteit van de scan te meten. Van deze methode is in het onderzoek van Timmerman (2010), Waninge- Bulder (2010) en de Haan (2010) gebruik gemaakt, maar dan met de SOAS-R die in 2012 is vervangen door het IMS. Een voordeel hiervan zou zijn dat er geen cliënten bij het onderzoek betrokken hoeven

te worden wat mogelijk de validiteit van het onderzoek zal verhogen. Onderzocht kan worden of het invullen van de risicoscan het aantal IMS-meldingen reduceert.

Het zou voor Avelijn ook interessant kunnen zijn om nogmaals te onderzoeken of de risicoscan naast het dossier nieuwe informatie oplevert. Avelijn zou dit bij elke nieuwe cliënt die de scan heeft ingevuld kunnen checken. Dit zou de gedragskundige die bij de intake betrokken is kunnen doen (zie bijlage 3). Om daarbij valide resultaten te kunnen realiseren is van belang dat dit door elke gedragskundige op eenzelfde manier gebeurt. Tijdens het onderzoek is namelijk gebleken dat niet in elk cluster de intakeprocedure even gestructureerd verloopt.

5.5.3. Andere aanbevelingen

Uit het onderzoek bij onderzoeksvraag 1 over kwaliteit van bestaan is gebleken dat de begeleiders de vragenlijst over kwaliteit van bestaan een mooi hulpmiddel vonden om bepaalde onderwerpen met de cliënt te bespreken. Enkele begeleiders gaven aan dat ze door het invullen van de vragenlijst bewuster werden van het belang van deze onderwerpen. Avelijn zou zelf een vragenlijst over kwaliteit van bestaan kunnen ontwikkelen waarmee de begeleiders kunnen werken aan een beter kwaliteit van bestaan van de cliënten. In deze vragenlijst zou dan alleen het cijfer voor welbevinden en de domeinen Sociale Inclusie en Zelfbepaling meegenomen kunnen worden, omdat bij alle cliënten die bij het onderzoek betrokken zijn vooral deze domeinen de kwaliteit van bestaan lijken te beïnvloeden. SI en ZB zijn hoogstwaarschijnlijk domeinen die belangrijk zijn voor de cliënten en kunnen daardoor de kwaliteit van bestaan van de cliënt verbeteren. Er is ook gebleken dat de vragenlijsten in de meeste gevallen samen met de cliënt ingevuld kunnen worden. Dit is wel de meest betrouwbare manier. De begeleider kan dan ook doorvragen mocht de cliënt volgens de begeleider bijvoorbeeld een afwijkend antwoord geven. Mocht blijken dat het invullen van de vragenlijst voor bepaalde cliënten te belastend is of te moeilijk, dan kan er voor gekozen worden om met deze cliënten de vragenlijst niet in te vullen. In het onderzoek is er voor gekozen om de vragenlijst 1 keer per maand in te vullen. Dit zou mogelijk ook 1 keer per 2 of 3 maanden kunnen zijn.

Literatuur

Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist*. Thesis, Norwegian University, Trondheim.

Atkins, C. and Sampson, J. (2002): Critical Appraisal Guidelines for Single Case Study Research, *Proceedings of the Xth European Conference of Information Systems, ECIS 2002*.

Babakus, E. and Mangold, W. G. (1989). "Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation," *Health Service Research*, 26(6), 767-80.

Blok, G.T., De Beurs, E., De Ranitz, A.G.S. & Rinne, T. (2010). Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 331-341.

Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R. & Brink, W. van den (2004a), 'De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 46, nr 4, p. 525 - 535.

De Haan, G. N. (2010). *Screening op risicogedrag bij verstandelijk beperkten*. Masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

Dôsen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.

Hadert, A. & Quinn, F. (2008). The individual in research: Experimental single-case studies in health psychology. *The British Psychological Society*. Health Psychology Update, Volume 17, Issue 1.

Harte, J., & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52, 52-69.

Krooshof, T., Kiewik, M. & Van der Nagel, J.E.L. (2009). *Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Een inventarisatie in Nederland*. Enschede: Universiteit Twente.

Lodewijks, H., Ruiters, R., de & Doreleijers, Th. (2002). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve Therapie*, 23 (1), 25-42.

Loon, J. van, Claes, C., Vandeveldde, S., Hove, G. van, & Schallock, R. L. (2010). Assessing Individual Support Needs to Enhance Personal Outcomes. *Exceptionality*, 18, 193-202.

Lünneke, K. D., Bruinsma, M. Y. (2005). Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland. *Verwey-Jonker Instituut en IVA beleidsonderzoek en advies*, Utrecht/Tilburg.

Morgan, D.L. & Morgan, R.K. (2001). Single- Participant Research Design. Bringing Science to Managed Care. *American Psychologist*, 56 (2), 119-127.

Schallock, R.L., Verdugo, M.A., Bonham, G.S., Fantova, F., and Van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes: Organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5, 18-28.

Sellars, C. (2002). *Risk assessment in people with learning disabilities*. Oxford: BPS Blackwell.

Seynaeve, C. (2009). *Kwaliteit van bestaan bij volwassenen met een matig verstandelijke beperking: onderzoek in vzw Home Thaleia*. Masterthese, Universiteit Gent, België.

Tate, R. L., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the Single-Case Experimental Design (SCED) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(4), 385–401.

Teeuwen-Heintzberger, I. (2011). *Kwaliteit van bestaan, keuzemogelijkheden en gedragsproblemen bij mensen met een matige verstandelijke beperking*. Masterthese Universiteit Utrecht, Nederland.

Timmerman, N.R. (2010). *Validation of the Aggressive Behavior Domains of a Screening Instrument for Challenging Behavior in a Health Organization for Mentally Retarded: AvelijnSDT's Risk Scan*. Master thesis, Twente University, Enschede, the Netherlands.

Valenkamp, M. (2011). *Inperken voorkomen. Individuele proactieve agressiehantering (IPAM) in de (dag) klinische kinderpsychiatrie en jeugdzorg: verantwoording en evaluatie* (proefschrift). Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Waninge-Bulder, J. (2010). *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 Avelijn*. Masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

Bijlagen

Bijlage 1: Interne documenten Aveleijn

Aveleijn. (2005). *Beleid ongewenste gedragingen*. Borne, Stichting Aveleijn.

Aveleijn. (2006). *Beleid gedragscode*. Borne, Stichting Aveleijn.

Aveleijn. (2009). *Protocollen rond seksualiteit*. Borne, Stichting Aveleijn.

Holtkamp, Z., Vaags, M., Rings, V., Raanhuis, M. (2010). *Handleiding Scan Risicovol Gedrag bij Verstandelijk Gehandicapten*. Borne, Stichting Aveleijn.

Aveleijn. (2011). *Agressieprotocol*. Borne, Stichting Aveleijn.

Bijlage 2: De meetinstrumenten

Vragenlijst 1: “kwaliteit van bestaan”

1 Hoe ervaart de cliënt zijn/haar plek in de samenleving?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

2 Wat vindt de cliënt van de woonsituatie?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

3 Wat vindt cliënt van de werksituatie?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

4 Hoe ervaart de cliënt zijn/haar sociale netwerk?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

5 Hoe ervaart de cliënt zijn/haar vrijetijdsbesteding?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

6 Hoe ervaart de cliënt zijn/haar contacten met anderen?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

7 Hoe ervaart de cliënt de veiligheid (zich thuis voelen, op je gemak voelen)?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

8 Hoe ervaart de cliënt zijn/haar keuze- vrijheid?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

9 Is de cliënt in staat om zelf persoonlijke doelen te bedenken?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

10 Is de cliënt in staat om eigen keuzes en beslissingen te maken?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

11 Hoe is de gezondheid van de cliënt?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

12 Hoe is de lichamelijke conditie van de cliënt?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

13 Hoe is zijn/haar gevoel van gerespecteerd worden en voor vol worden aanzien?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

14 Hoe is de tevredenheid van de cliënt?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

15 Hoe is het zelfbeeld van de cliënt?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

16 Hoe vindt de cliënt dat hij/zij kan omgaan met stress?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

17 Zijn/haar gevoel van gelukkig zijn is				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

18 Is de cliënt in staat om zijn/haar emoties te uiten en te bespreken?				
zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
Aanvullende informatie:				

Deze vraag graag aan de cliënt stellen.

19 Hoe gaat het op dit moment met de cliënt? Kun je de cliënt vragen hiervoor een cijfer te geven tussen 1 en 10?

zeer goed goed niet goed/niet slecht slecht zeer slecht

Aanvullende informatie:

Vragenlijst 2: “start hulpverlening”

1. Het was vanaf het begin helder welke hulpvragen de cliënt heeft.
zeer goed goed niet goed/niet slecht slecht zeer slecht
2. Ik kon de cliëntde hulp bieden die hij/zij nodig heeft.
zeer goed, goed, niet goed/niet slecht, slecht, zeer slecht
3. De informatie (uit dossier, vorige instelling etc.) die ik kreeg om deze cliënt te kunnen begeleiden was
zeer goed goed niet goed/niet slecht slecht zeer slecht
4. Hoe zou jij de relatie tussen jou en de cliënt in het begin van de samenwerking beschrijven?
zeer goed goed niet goed/niet slecht slecht zeer slecht
5. Is de relatie tussen jou en de cliënt in de loop van de tijd veranderd?

Vragenlijst 3: “eind onderzoek”

1.a. Na het invullen van de risicoscan was het nog helderder welke hulpvragen de cliënt heeft.

ja/nee

of

1.b. Na het invullen van de risicoscan had de cliënt geen nieuwe hulpvragen. Ja/nee

2.a. Ik kon de cliënt na het invullen van de scan nog beter de hulp bieden die hij/zij nodig heeft.

Ja/nee

of

2.b. Het invullen van de scan maakte geen verschil. ja/nee

3.a. Mijn begeleidingsstijl sloot beter aan na het invullen van de scan. Ja/nee

of

3.b. Het invullen van de scan maakte geen verschil. ja/nee

4. Is de relatie tussen jou en de cliënt in de loop van de tijd veranderd?

Vragenlijst 4: “cliënt over scan”

1. Ik kon antwoord geven op de vragen van de scan.	zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
2. Hoe vond je het om de scan met jouw begeleider in te vullen?	zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
3. Hoe vond je de vragen?	zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
4. Kon je de vragen eerlijk beantwoorden?	zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
5. Hoe vind je het dat cliënten de scan moeten invullen?	zeer goed	goed	niet goed/niet slecht	slecht	zeer slecht
6. Heb je tips om de scan te verbeteren?					

Vragenlijst 5: “begeleider over scan”

1. Hoe was het om de scan met de cliënt in te vullen?
2. Heeft de scan nieuwe informatie opgeleverd?
3. Had de scan kunnen bijdragen aan een duidelijker beeldvorming en betere afstemming voor de begeleiding als deze bij de intake was afgenomen?
4. Zou de cliënt moeite hebben gehad om de scan na de intake in te vullen.
5. Wat is nog meer van belang?

Bijlage 3: Toepassing van de scan

Naast het longitudinale onderzoek is ook gekeken hoe de scan in de praktijk wordt toegepast. Of er belemmerende en bevorderende factoren zijn voor de toepassing van de scan en in hoeverre de scan naast de dossiers extra informatie oplevert over risicogedrag van de cliënt.

Bij Aveleijn melden cliënten zich aan bij het zorgloket. Mensen met een verstandelijke beperking worden vaak aangemeld bij een zorginstelling wanneer het thuis, binnen de werksetting of op school niet goed gaat (de Haan, 2010). Het zorgloket speelt een belangrijke rol, omdat het zorgloket het eerste gesprek voert met de cliënt/verwijzer en dus nauw betrokken is bij de intakeprocedure (de Haan, 2010). Op basis van het eerste gesprek wordt iemand geplaatst op de wachtlijst, omdat er geen instroom van cliënten kan plaatsvinden als er geen uitstroom is. De persoon wordt gekoppeld aan een locatie die het beste lijkt te passen. In verband met matching qua doelgroep of andere redenen kan het zijn dat iemand nog lang op de wachtlijst blijft staan.

Als er wel plek is krijgt de cliënt een intakegesprek. Bij dit gesprek is de clustermanager, gedragskundige, verwijzer en de cliënt (met ouders) aanwezig. Door omstandigheden kan hier van afgeweken worden. Voorafgaand aan het intakegesprek hebben de gedragskundige en de clustermanager het dossier van de cliënt ontvangen. Vaak is het dossier onvolledig en kunnen daar tijdens het intakegesprek vragen over gesteld worden. Tijdens de intake worden ook de 5 vragen ten behoeve van de scan gesteld (zie bijlage 4). Door deze vragen wordt inzichtelijk of er bij de cliënt sprake is of sprake is geweest van agressief gedrag, automutilatie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, verslavend gedrag of gedrag waarbij de cliënt een gevaar was voor zichzelf of anderen. Als de cliënt één van deze vragen met 'ja' beantwoord wordt de risicoscan na het intakegesprek naar de cliënt/verwanten of begeleider/verwijzer gemaild, zodat de cliënt deze in zijn eigen omgeving kan invullen. Het is de bedoeling dat de cliënt de scan, nadat deze is ingevuld, weer terug mailt.

In het managementteam is besloten dat de risicoscan niet tijdens het intakegesprek ingevuld kan worden, omdat de medewerkers die de intake doen met een extra taak worden belast en de vragen de cliënten en de contactpersonen kunnen afschrikken.

De informatie uit het intakegesprek, de gegevens uit het dossier en de uitkomsten van de scan bepalen het advies. Dit advies wordt door de gedragskundige geschreven. Het advies zal zich

richten op het wonen en op de begeleiding/ behandeling die de cliënt nodig heeft. De risicoscan is niet ontwikkeld om cliënten zorg te kunnen weigeren.

Omdat Avelijn de risicoscan wil gebruiken vóór plaatsing van een cliënt is gekeken:

1. In hoeverre levert de scan naast de dossiers extra informatie op over risicogedrag van de cliënt?
2. In hoeverre zijn er factoren te identificeren die een gunstige/ongunstige invloed hebben op de toepassing van de scan.

Om hier iets over te kunnen zeggen heeft het intake-team van regio Zuid gebruik gemaakt van de risicoscan. Het intake-team bestond uit een gedragswetenschapper en een clustermanager. In een periode van 10 maanden hebben 13 cliënten die op de wachtlijst staan een intakegesprek gehad. Hiervan kwamen 11 cliënten op basis van de 5 vragen ten behoeve van de risicoscan in aanmerking voor de scan. Bij deze cliënten was dus sprake geweest van agressief gedrag, automutilatie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, drank/en of drugsmisbruik of ander verslavend gedrag of een vorm van gedrag waarbij de cliënt een gevaar is voor zich zelf of anderen. Er is niet aan alle cliënten, die voor de risicoscan in aanmerking kwamen, na de intake gevraagd de scan in te vullen. Dit kwam door de volgende redenen:

1. Sommige cliënten waren intern. Over het algemeen is dan al veel informatie aanwezig, daarom de scan niet laten invullen.
2. Enkele cliënten kwamen niet in aanmerking voor het invullen, in verband met het geen 'ja' op de screeningsvragen.
3. In één situatie was de cliënt bereid om scan in te vullen. Echter in overleg met clustermanager is na de intake besloten om cliënt af te wijzen. Daarom geen scan verstuurt.
4. In één situatie was de cliënt bereid om scan in te vullen. Echter is cliënt weer van de wachtlijst gehaald op eigen verzoek (vinden andere plek), daarom geen scan verstuurt.
5. In een andere situatie leverde de intake al veel spanning op, daarom de scan niet laten invullen. Deze cliënt was al wel bekend binnen Avelijn met dagbesteding.

In totaal kwamen van de 13 cliënten die een intakegesprek gehad 11 cliënten in aanmerking voor de scan. Van deze 11 cliënten hebben vier cliënten de scan via de mail toegestuurd

gekregen en is de cliënten gevraagd de scan in te vullen en daarna terug te mailen. Van de 4 cliënten hebben 3 cliënten de scan ingevuld teruggestuurd. De vierde cliënt heeft nog een mailtje gehad ter herinnering, maar het is onbekend waarom deze cliënt de scan niet heeft ingevuld.

De gedragswetenschapper van het intake- team heeft een advies geschreven voor en na het invullen van de risicoscan. Deze adviezen zijn met elkaar vergeleken om te onderzoeken wat de scan aan extra informatie heeft opgeleverd. Naast het vergelijken van de adviezen is er aan het eind met de gedragswetenschapper een gestructureerd interview gehouden over haar ervaring met het werken van de risicoscan. Hierbij is gebruik gemaakt van de vragenlijst “gedragswetenschapper over scan”.

Vragenlijst: “gedragswetenschapper over scan”

<p>Wat vond je ervan dat de scan na het intakegesprek naar de cliënt werd gemaïld?</p> <p>Wil je de scan op deze manier blijven gebruiken of heb je tips hoe dit beter kan?</p> <p>Wat vind je van de vragen?</p> <p>Heb je nog reacties gehad van cliënten/verwanten/begeleiding over het invullen van de scan?</p> <p>Was het invullen van de scan van invloed op het advies dat je had na de intake/lezen dossier?</p> <p>Heb je nog tips om de scan te verbeteren?</p>
--

Semi-structureel interview met gedragskundige:

Hieronder worden de antwoorden van de gedragskundige op de vragenlijst “gedragswetenschapper over scan” beschreven.

1. Wat vond je ervan dat de scan na het intakegesprek naar de cliënt werd gemaïld?

Aan de ene kant goed, want we gaan wel mee met de tijd. Alles gaat tegenwoordig via internet. Doordat de scan digitaal is krijgen cliënten alleen vragen die op hen van toepassing

is. Dat is één van de belangrijkste voordelen van de scan. De cliënten vonden het ook wel interessant om de scan in te vullen. Ze hadden er geen moeite mee. Aan de andere kant weet je niet of je de scan ingevuld terug krijgt. Je zou ervoor kunnen kiezen om de scan per post te sturen met een envelop erbij om terug te sturen, mogelijk krijg je dan meer respons. Van de vier cliënten die de scan via de mail hebben gekregen hebben drie cliënten de scan terug gestuurd, dus de respons in het onderzoek was hoog. Maar door het geringe aantal cliënten zegt het eigenlijk weinig, verder onderzoek zou dat moeten uitwijzen. De cliënten is geadviseerd om de scan in te vullen met hun begeleider/ouders. Of dat ook gebeurd is weet ik niet. Ik kan dus ook niets zeggen over de betrouwbaarheid van wat de cliënten hebben ingevuld.

2. Wil je de scan op deze manier blijven gebruiken of heb je tips hoe dit beter kan?

Ik zou het prettig vinden als je ook ergens kunt zien wanneer de scan is verstuurd en wanneer je hem hebt teruggekregen. Het overzicht is nu niet duidelijk in het programma. Het is belangrijk dat je goed uitlegt dat de scan niet bedoeld is om de cliënt af te wijzen en deze gewoon naar waarheid ingevuld kan worden. Ik heb de cliënten niet gevraagd of ze de scan binnen een bepaalde tijd terug wilden sturen. Dit zou wel handig zijn, zodat je de scan op korte termijn terugkrijgt. Dit is makkelijker bij het interpreteren van de scan, omdat je de cliënt dan nog helder voor ogen hebt.

3. Wat vind je van de vragen?

Goed. Soms wel confronterend, maar mij is opgevallen tijdens de intake-gesprekken dat cliënten het helemaal niet erg vinden om bepaalde vragen te beantwoorden. Bepaalde vragen komen alleen aan de orde als ze van toepassing zijn voor de cliënt.

4. Heb je nog reacties gehad van cliënten/verwanten/begeleiding over het invullen van de scan?

Nee

5. Was het invullen van de scan van invloed op het advies dat je had na de intake/lezen dossier?

Bij één cliënt kwam naar voren dat hij dieren had mishandeld. Dit is een vraag die niet (zo snel) in de intake gesteld zou worden als het niet in het dossier naar voren komt en kan wel

van belang zijn. Bij de andere cliënt kwam via de scan naar voren dat deze schulden had. De financiën zouden zonder scan ook aan de orde zijn gekomen, maar de scan kan wel degelijk aanvullende informatie opleveren.

6. Heb je nog tips om de scan te verbeteren?

Voor nu prima. Denk dat je eerst een tijd met de scan moet werken.

Ik zou de scan alleen bij de intake gebruiken en niet later nog eens, omdat je daar m.i. de cliënt mee belast en je hoeft ook niet alles van de cliënt te weten. Er zijn grenzen. Ik vind ook dat een begeleider in staat moet zijn om zonder de scan een gesprek aan te kunnen gaan met de cliënt over bepaalde onderwerpen.

Praktische aanbevelingen:

Als cliënten geen computer hebben zou de risicoscan ook per post opgestuurd kunnen worden. De cliënt kan de scan dan handmatig invullen. In de digitale versie worden verdere vragen over een bepaald onderwerp overgeslagen als de cliënt nee antwoord op de eerste vraag. Als de scan handmatig wordt ingevuld moet de cliënt alle vragen beantwoorden.

Er kan over nagedacht worden om de cliënt bij de digitale scan alle vragen te laten beantwoorden. Het zou kunnen dat wanneer de cliënt nee invult bij de eerste vraag de cliënt alsnog bevestigd antwoord op vragen die pas gesteld worden als de cliënt de vraag met ja had beantwoord.

Bij de scan is er geen ruimte voor aanvullende informatie. Bij het onderzoek is de scan samen met de begeleider ingevuld waardoor de begeleider de informatie had die de cliënt had verteld bij het invullen van de scan. Het zou kunnen dat deze informatie verloren gaat als de scan met iemand anders wordt ingevuld, omdat de informatie nergens opgeschreven kan worden. Sellars (2002) benoemd dat de taxatie bij verstandelijk beperkte daders en de risico's die zij vormen een nauwkeurige analyse vereist van zowel de aard van de overtreding als de context waarin het is gebeurd. Juist de context is erg belangrijk om te weten.

Bijlage 4: Intakevragen ten behoeve van de scan



Intakevragen ten behoeve van scan

Cliënt :
Geboortedatum :
Cluster :
Datum :

1. Is er sprake geweest van een vorm van agressief gedrag?

- Ja

Nee

2. Is er sprake geweest van een vorm van automutilatie?

- Ja
 Nee

3. Is er sprake geweest van een vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag?

- Ja
 Nee

4. Is er sprake geweest van een vorm drank en/of drugs gebruik, of een andere vorm van verslavend gedrag?

- Ja
 Nee

5. Is er sprake geweest van een vorm van gedrag waarbij de cliënt een gevaar is voor zichzelf of anderen?

- Ja
 Nee