



## Effectiviteit van de Triple-C methode

Effectiviteit van Triple-C op de mate van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen

Masterthesis

Universiteit Utrecht

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen

Masterprogramma Orthopedagogiek

Student: Aafke Brouwer  
Studentnummer: 3399907  
Thesisdocent: Mw. Dr. J. C. H. Douma  
2<sup>e</sup> beoordelaar: Mw. Prof. Dr. M. J. Jongmans  
Datum: 12 juli 2013

## Effectiviteit van de Triple-C methode

Effectiviteit op de mate van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen

Aafke Brouwer

### Voorwoord

Al enige tijd werk ik als begeleider voor Abrona, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking, en sinds september 2012 loop ik bij deze instelling ook stage als orthopedagoog. Daarbij maakte ik al snel kennis met de methode die centraal staat in dit onderzoek: Triple-C. Vanuit mijn ervaring ben ik ervan overtuigd dat deze methode heel bruikbaar is bij cliënten met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Voor mijn masterthesis wilde ik heel graag zelfstandig onderzoek uitvoeren en mijn dank was dan ook groot toen ik te horen kreeg dat ik bij Abrona onderzoek kon doen naar Triple-C, waardoor ik ook als wetenschapper kon kijken naar deze behandelmethode.

Graag wil ik Marleen Steeneken van Abrona bedanken, die als opdrachtgever bij dit onderzoek betrokken was. De organisatie gaf mij de gelegenheid zelfstandig een onderzoek uit te voeren en deze leerervaring op te doen. Tevens wil ik de begeleiders bij Abrona bedanken, die voor dit onderzoek vragenlijsten hebben ingevuld over de cliënten en over hun eigen visie op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen. Hans van Wouwe, die een grote rol heeft gehad in de ontstaansgeschiedenis van Triple-C, heeft zijn medewerking verleend aan dit onderzoek en daarvoor wil ik hem graag bedanken. Daarnaast dank ik alle collega's van Abrona die ik heb geraadpleegd bij vragen met betrekking tot dit onderzoek, evenals vrienden die delen van de scriptie gelezen hebben. Ten slotte gaat uiteraard mijn grootste dank uit naar mijn thesisbegeleidster Jolanda Douma, die mij ontzettend geholpen heeft, veel heeft laten leren en vele vrijdagmiddagen heeft meegewerkt aan dit onderzoek.

Keywords: Triple-C, verstandelijke beperking, probleemgedrag, vrijheidsbeperkende maatregelen, visie agressie, visie vrijheidsbeperkende maatregelen

### Samenvatting

*Achtergrond:* Triple-C is een methode voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking en gedrags- en/of psychische problemen. In dit onderzoek zijn de effecten van de implementatie van de Triple-C methode (door een cursus voor begeleiders) op een locatie van zorginstelling Abrona onderzocht op: (1) de mate van probleemgedrag van cliënten; (2) de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen; en (3) de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen. *Methode:* Het probleemgedrag van negen cliënten is voor en na de implementatie gemeten met een vragenlijst, ingevuld door begeleiders van deze cliënten. De hoeveelheid ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen is in een kwartaal voor en na de implementatie vergeleken voor 22 cliënten. Voor de visie van begeleiders hebben negen begeleiders die wel en 10 begeleiders die niet de cursus hebben gevolgd een vragenlijst ingevuld voor en na de Triple-C cursus. *Resultaten:* Dit onderzoek laat zien dat alleen vertoonde intrapsychische problematiek significant is afgenomen sinds de implementatie van Triple-C. Voor de andere vormen van probleemgedrag zijn geen significante verschillen gevonden. Uit de analyses is gebleken dat sinds de implementatie van Triple-C alle vrijheidsbeperkende maatregelen minder vaak zijn toegepast, op fixatie na. De Triple-C cursus lijkt geen significant effect te hebben op de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen. *Discussie:* Triple-C lijkt een positief effect te hebben op intrapsychische problematiek van cliënten en op de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Gezien de kleine onderzoeksgroep is aanvullend onderzoek met meer participanten derhalve geboden om stelligere conclusies te kunnen trekken over Triple-C.

### Abstract

*Background:* In this study, the effects on the methodology Triple-C are examined. Triple-C is a method for the treatment of people with intellectual disabilities in combination with behavioral and/or psychological problems. The aim of this research project was to investigate what the effects of the implementation of Triple-C at care facility Abrona on: (1) the degree of problem behavior of clients, (2) the use of restraints, and (3) the opinion of staff on aggression and restraints. *Method:* To assess the level of problem behavior of nine clients before and after the implementation, staff completed a questionnaire. Relative changes in

number of used restrains were evaluated for 22 clients. The opinion of staff was measured for an experimental group of nine staff members and a control group of ten staff members who completed a pre-and post-questionnaire. *Results:* Only intra-psychic problem behavior reduced significantly after the implementation of the Triple-C method. Furthermore, since the implementation of Triple-C, all restraints were applied less often, except for fixation. The Triple-C course seems to have no significant effect on the staff members' opinion on aggression and restraints. *Discussion:* The Triple-C method seems to have a positive effect on intra-psychic problem behavior and the use of restraints on this location. Because of the small sample size further research with more participants is required to demonstrate the effects of the Triple-C method more accurately.

### Effectiviteit van de Triple-C methode

Er zijn veel methoden ontwikkeld om ernstig probleemgedrag zoals agressie en zelfverwonding bij mensen met een lichte verstandelijke beperking te verminderen (Feldman, Atkinson, Foti-Garvais, & Condillac, 2004; Matson & Boisjoli, 2009). Ondanks het grote aantal methoden, werken behandelaars en begeleiders in de praktijk vaak vanuit intuïtie, wat veelal neerkomt op beheersing en controle van gedrag (Allen, 1999; Matson & Boisjoli, 2009). Veel bestaande methodes sluiten niet aan bij de praktijk waar begeleiders tegenaan lopen en zijn daarom niet uitvoerbaar (Feldman et al., 2004; Matson & Boisjoli, 2009). Er is daarom behoefte aan meer pragmatische methoden (Hastings & Remington, 2011; Matson & Boisjoli, 2009). Triple-C (waar drie keer C staat voor Cliënt, Coach en Competentie) is een in Nederland ontwikkelde methode die in deze behoefte probeert te voorzien.

Uit verschillende studies blijkt dat het trainen van begeleiders in de omgang met probleemgedrag van mensen met een verstandelijke beperking tot vermindering van dit probleemgedrag leidt (Allen, McDonald, Dunn, & Doyle, 1997; Grey & McClean, 2006; McClean et al., 2005). Ook Boendermaker, Rooijen en Berg (2010) stellen dat het trainen en ondersteunen van begeleiders bijdraagt aan de effectiviteit van zorgverlening. Training kan het omgaan met gedragsproblemen in positieve zin beïnvloeden (Hawkins, Allen, & Jenkins, 2005; Zijlmans, Embregts, Bosman, & Willems, 2012). Het trainen in het omgaan met probleemgedrag is het effectiefst wanneer wordt uitgegaan van praktijkvoorbeelden en coaching op de werkvloer (Van Oorsouw, Embregts, & Bosman, 2010). In de training voor begeleiders die gaan werken met de Triple-C methode wordt van deze combinatie gebruikgemaakt (Van Wouwe, Simons, & Janssen, 2011).

Triple-C is een veelgebruikt orthopedagogisch behandelmodel voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met gedrags- en/of psychische problemen. Het is in 1991 ontwikkeld door 'Zorg- en dienstverlening van A tot Z' (ASVZ), een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Het uitgangspunt van Triple-C is de veronderstelling dat alle gedrag sterk wordt bepaald door de omstandigheden waarin men leeft. Daarom ligt de focus niet op het direct aanpakken van het probleemgedrag van de cliënt, maar wordt vooral gericht op omgevingsfactoren. Triple-C veronderstelt dat het creëren van een normaal menselijke omgeving leidt tot acceptabeler menselijk gedrag (Van Wouwe et al., 2011). Gestreefd wordt naar 'het herstel van het gewone leven' (Ter Horst, 1994). Met behulp van Triple-C wordt gebouwd aan een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie met cliënten. Het doel is de competenties van cliënten te vergroten en gedragsproblematiek te verminderen (Van Wouwe et al., 2011). Triple-C maakt gebruik van

drie belangrijke pijlers die tegemoetkomen aan de behoefte van de mens, welke nu eerst zullen worden toegelicht.

De eerste pijler is het bieden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie, ondanks de aanvankelijke afwijzing van de begeleider door de cliënt zelf. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen zich minder goed hechten. Vooral in stressvolle situaties vinden zij vaak geen basis bij een hechtingsfiguur, iemand die een emotieregulerende functie heeft, zeker in tijden van stress. Niet succesvol kunnen omgaan met stress en het ontbreken van een veilige basis kan ernstige gedragsproblemen tot gevolg hebben (Janssen, Schuengel, & Stolk, 2002; Schipper, Stolk, & Schuengel, 2006; Schuengel & Sterkenburg, 2004). Door onvoorwaardelijk respectvol en liefdevol contact te maken met de cliënt kan een hechtingsrelatie tussen cliënt en begeleider toch worden opgebouwd (Van Wouwe, Simons, & Janssen, 2013).

De tweede pijler is het hebben van een betekenisvolle daginvulling. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het competentievermeerdingselement uit de gedragstherapeutische stroming (Van Wouwe et al., 2011). Deze stroming poogt ongewenste gedragingen en emoties te veranderen of te laten verdwijnen door middel van verschillende interventies en technieken. Gedragstherapeutische interventies zijn in de literatuur effectief bevonden voor de afname van probleemgedrag (Grey, Hastings, & McClean, 2007). Vanuit de competentievermeerding worden activiteiten aangeboden die passen bij de competenties van de cliënt, waardoor het zelfvertrouwen van cliënten toeneemt (Silvan, Matzner, & Silva, 1999) en er meer plezier en minder frustratie wordt ervaren. Dit kan resulteren in vermindering van probleemgedrag (Duvdevany, 2002).

De derde pijler van Triple-C is dat de focus in de begeleiding niet op het probleemgedrag ligt. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van het extinctie-element uit de gedragstherapeutische stroming. Bij extinctie wordt het probleemgedrag niet bekrachtigd en wordt het gewone leven weer direct opgepakt. Dit betekent dat er geen confrontatie bij probleemgedrag van de cliënt uit de weg wordt gegaan. Cliënten verwachten vaak een straf wanneer zij probleemgedrag vertonen, maar bij Triple-C wordt deze juist niet gegeven (Van Wouwe et al., 2011). Dit is echter moeilijk voor begeleiders om toe te passen, omdat meestal bij de start van extinctie het probleemgedrag juist toeneemt. Middellange effecten zijn echter zeer gunstig (Didden, Duker, & Seys, 2004). Ook worden er binnen Triple-C zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen genomen. Het is bekend dat het basisvertrouwen van een cliënt geschonden kan worden wanneer gebruik wordt gemaakt van dwang. Zoals eerder

genoemd kan het ernstige gedragsproblemen tot gevolg hebben wanneer een cliënt geen veilige basis kan vinden bij een hechtingsfiguur (Janssen et al., 2002; Schipper et al., 2006).

De combinatie van een behandeling die zowel gericht is op het versterken van de hechtingsrelatie tussen cliënt en begeleider als gebruikmaakt van componenten uit de gedragstherapie, is effectief gebleken voor de afname van probleemgedrag (Schuengel & Sterkenburg, 2004).

Triple-C maakt dus gebruik van effectief bewezen elementen, maar de effectiviteit van deze interventie zelf werd, ondanks dat de methode al jaren in de praktijk wordt gebruikt, pas in 2013 onderzocht. Door middel van een longitudinale studie is de effectiviteit van de Triple-C behandelmethode bij cliënten van de ASVZ op verschillende gebieden in kaart gebracht. Deze studie laat zien dat een adequatere implementatie van Triple-C samengaat met een toename van vaardigheden en een afname van probleemgedrag. Bovendien bleek dat Triple-C gerelateerd is aan een afname van het toepassen van Middelen en Maatregelen [M&M] (Van Wouwe et al., 2013). M&M is in Nederland de overkoepelende term voor de regelgeving rondom dwangbehandeling en noodsituaties bij gedwongen opname in een bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis (Bopz)-instelling. M&M zijn regels, handelingen of interventies, die in strijd zijn met de persoonlijke vrijheid van een individu (Overheid, 2013).

De effectiviteit van Triple-C is dus bij de ASVZ zelf aangetoond. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de effecten van toepassing van de methode bij Abrona, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Binnen Abrona wordt de Triple-C methode sinds september 2011 geïmplementeerd.

Begeleiders volgen een training over Triple-C, waarin de nadruk gelegd wordt op attributies in relatie tot agressie van cliënten en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij cliënten. Attributies, in dit geval van begeleiders, geven de wijze aan waarop zij het gedrag van zichzelf en van hun cliënten zien en verklaren, in termen van oorzaak en gevolg en hoe dit van invloed is op hun motivatie. Ideeën en emoties van begeleiders over het probleemgedrag van de cliënt beïnvloeden de handelswijze van de begeleider (Ager & O'May, 2001; Frederiks, Ruitenbeek, & Van der Zanden, 2007; Suen et al., 2006; Weiner, 1985; Zijlmans et al., 2012). Weiner (1985) beschrijft dit in zijn attributietheorie, die stelt dat wanneer begeleiders denken dat de oorzaak van het gedragsprobleem van de cliënt onveranderbaar is, zij geen vertrouwen hebben in een verbetering van het gedrag. Daarnaast voorspelt de theorie van Weiner dat begeleiders die het gedragsprobleem beoordelen als iets waar de cliënt zelf geen controle over heeft, meer sympathie ervaren en meer geneigd zijn de

cliënt te ondersteunen. Zij hebben dan het gevoel dat de cliënt er zelf “niets aan kan doen”. Wanneer begeleiders het idee hebben dat de cliënt het “expres” doet en de cliënt dus zelf controle heeft over zijn gedrag, ervaren zij minder sympathie en willen zij minder helpen (Weiner, 1985). Bovendien vergroten negatieve emoties, zoals angst en irritatie van de begeleider, het probleemgedrag van de cliënt (Hastings & Remington, 1994).

Het trainen van begeleiders kan een verandering teweegbrengen in hun visie en verwachtingen ten aanzien van het probleemgedrag van hun cliënten (Ager & O’May, 2001) en daardoor in hun benadering van cliënten (Ager & O’May, 2001; Zijlmans et al., 2012).

De Triple-C training bestaat bij Abrona uit drie sessies, die elk ruim drie uur duren. Er wordt kennis bijgebracht door professionele trainers, er worden interactieve opdrachten gedaan en cliënten worden besproken. Naast de aandacht die er is voor attributies wordt er gepraat over de eigen emoties van de begeleider. De omgang met negatieve emoties als gevolg van werken met cliënten met gedragsproblemen kan hierdoor verbeteren (Van Oorsouw, Embregts, & Bosman, 2011). Na afloop van de training start er een coachingstraject op de werkvloer waarbij begeleiders elkaar onderling feedback geven. Dit vergroot de effectiviteit van het gedragsveranderingsproces (Van Oorsouw et al., 2010). Door deze coaching wordt de uitvoering gewaarborgd en dit draagt eraan bij dat elementen die essentieel zijn ook daadwerkelijk worden toegepast (Van Yperen, 2003).

In navolging van het eerdere onderzoek dat door de ASVZ zelf is verricht, zal in dit onderzoek de effectiviteit van de Triple-C methode worden nagegaan. Hierin zullen voor een deel dezelfde uitkomstmaten worden meegenomen als in het ASVZ- onderzoek, zodat die resultaten in het huidige onderzoek kunnen worden gestaafd. In dit onderzoek zal worden nagegaan of de implementatie van Triple-C bij Abrona gerelateerd is aan het probleemgedrag van cliënten en aan het toepassen van M&M. Verwacht wordt dat door het gebruik van Triple-C een afname van probleemgedrag te zien zal zijn en een afname van de hoeveelheid toegepaste M&M. Bovendien zullen in dit onderzoek de attributies over agressie van cliënten en de gevoelens over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen van begeleiders in kaart worden gebracht. Verwacht wordt dat de begeleiders die de training hebben gevolgd neutralere emoties hebben met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperingen en minder negatief staan tegenover agressie van hun cliënten dan begeleiders die de training niet hebben gevolgd, omdat in de training kennis wordt bijgebracht en aandacht wordt besteed aan attributies en emoties.



## Methode

### *Design*

Het huidige onderzoek kent een longitudinaal design. Het onderzoek is gericht op de effecten van de implementatie van Triple-C op één locatie van Abrona met cliënten met een licht verstandelijke beperking en zeer ernstige gedragsproblemen. In september 2011 werd op deze locatie voor het eerst de cursus over Triple-C gegeven aan alle begeleiders die toen op die locatie werkten. In september 2012 werd deze training herhaald voor begeleiders die sindsdien op deze locatie zijn komen werken. Op de onderzoekslocatie werden zowel cliënten als begeleiders in het onderzoek betrokken. Er zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd die nu zullen worden toegelicht.

Ten eerste is nagegaan of de implementatie van Triple-C gerelateerd is aan de mate van probleemgedrag van cliënten. Dit werd bij negen cliënten van de onderzoekslocatie vastgesteld met behulp van een deel van het ‘consensusprotocol ernstig probleemgedrag’ [CEP] (Kramer, 2001) en op twee meetmomenten vergeleken. Van deze cliënten werd er als voormeting een CEP-lijst gebruikt die zo dicht mogelijk vóór het begin van de implementatie van Triple-C (2011) was ingevuld. Bij zes cliënten was dit in 2008, bij een cliënt was dit in 2009 en bij twee cliënten was dit in 2010. De CEP-lijsten waren afkomstig uit persoonlijke dossiers en werden destijds ingevuld door de orthopedagoog en de persoonlijk begeleider. In maart 2013 werd in het kader van dit onderzoek opnieuw een deel van een CEP-lijst ingevuld. Dit gebeurde voor alle negen cliënten gelijktijdig en de lijst werd ingevuld door de persoonlijk begeleider en een van diens collega's.

Ten tweede is onderzocht of de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (M&M) is afgenomen op de onderzoekslocatie sinds de implementatie van Triple-C. De toepassing van M&M wordt op de betreffende instelling geregistreerd en opgeslagen in een digitaal systeem. Deze geregistreerde M&M zijn in het huidige onderzoek opgeteld en werden voor twee periodes vergeleken; het eerste kwartaal van 2011 werd hierbij vergeleken met het eerste kwartaal van 2013. De eerste periode was een half jaar voor de implementatie en de tweede periode was anderhalf jaar na de implementatie van Triple-C.

Het derde deelonderzoek betreft de visie van begeleiders over agressie en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Er is gebruikgemaakt van een experimentele groep, bestaande uit begeleiders die deelnamen aan de Triple-C cursus in september 2012 en een controlegroep, bestaande uit begeleiders die niet deelnamen aan de Triple-C cursus. Bij de experimentele groep werden twee metingen gedaan. Op de eerste ochtend van de Triple-C cursus vond de voormeting plaats en hebben alle cursisten de vragenlijst voor het eerst

ingevuld. De nameting vond plaats direct na de derde en laatste bijeenkomst van de cursus, vijf weken na de eerste sessie. Bij de controlegroep werd één meting gedaan, die plaatsvond tijdens een teamvergadering. De begeleiders uit deze groep vulden de vragenlijsten gelijktijdig in met de voormeting van de experimentele groep. De vragenlijsten werden afgenomen in een teamvergadering of tijdens de cursus, zodat begeleiders niet zouden kunnen overleggen en hun eigen mening inzichtelijk werd. De betrouwbaarheid wordt hierdoor vergroot. Het invullen van de lijst duurde ongeveer een kwartier.

### *Deelonderzoek naar probleemgedrag van cliënten*

#### Onderzoeksgroep

De variabele ‘probleemgedrag’ werd bij negen cliënten met een licht verstandelijke beperking en zeer ernstig probleemgedrag gemeten. Deze cliënten woonden met elkaar in een woongroep, waar sinds anderhalf jaar met Triple-C gewerkt wordt. Niet alle cliënten van deze woongroep werden meegenomen in het onderzoek, alleen de gegevens van cliënten die er al woonden voor de invoering van Triple-C waren bruikbaar. Uitsluitend bij hen was het mogelijk om een voor- en nameting (T1 en T2) te doen. De definitieve cliëntenonderzoeksgroep bestond uit negen cliënten tussen de 24 en 52 jaar, waarvan acht mannen.

#### Variabele probleemgedrag

Het probleemgedrag van cliënten werd gemeten door vraag 18 van het CEP. Vraag 18 is een samengestelde vraag die bestaat uit tien categorieën. In dit deel van het protocol wordt een beschrijving gevraagd van het (gemiddelde) gedrag van de cliënt in de afgelopen drie maanden. Het gaat daarbij om zichtbaar concreet gedrag in de categorieën (aantal items per categorie) lichamelijke agressie (15), destructief gedrag (5), verbaal probleemgedrag (6), lichamenlijk probleemgedrag (12), seksueel probleemgedrag (4), stereotiep-dwangmatig gedrag (7), teruggetrokken gedrag (9), reactief probleemgedrag (16), maatschappelijk probleemgedrag (7) en uitingen van intrapsychische problematiek (17). Daarbij werd in dit onderzoek gekeken of het gedrag voorkwam en wat de frequentie daarvan was (0= afgelopen 3 maanden niet, 1=episodisch, 2= ongeveer 1 x per maand, 3= ongeveer 1 x per week, 4= 2 tot 4 x per week, 5= 1 of meer x per dag, 6= vele malen per dag). Deze tien categorieën gedragingen werden als tien uitkomstmaten per cliënt meegenomen in het onderzoek. De betrouwbaarheid van het CEP is niet beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland [COTAN] van het Nederlands Instituut van Psychologen [NIP]. De volledige CEP-lijst waar de categorieën gedragingen zichtbaar zijn is te vinden in Bijlage 1.

*Deelonderzoek naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen*

De geregistreerde M&M op de onderzoekslocatie werden geanalyseerd op twee momenten. De eerste meting was in het eerste kwartaal van 2011, toen er op de onderzoekslocatie nog niet met Triple-C gewerkt werd. De tweede meting werd gedaan in het eerste kwartaal van 2013, toen er door de begeleiders al anderhalf jaar met Triple-C gewerkt werd. De samenstelling van cliënten op de locatie was niet geheel hetzelfde tijdens de voor- en nameting, maar op beide meetmomenten woonden de cliënten die zijn meegenomen in het onderzoek al minimaal een half jaar op de onderzoekslocatie. Voor de M&M's is onderscheid gemaakt tussen afzondering in verpoosruimte, afzondering in de eigen kamer met de deur op slot, fixatie en separatie. Onder fixatie wordt het op enigerlei wijze beperken van een cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden verstaan. Een verdere toelichting van de verschillende M&M is te vinden in Bijlage 2. Voor elke vorm M&M is in beide kwartalen nagegaan hoe vaak de toepassing ervan formeel is geregistreerd. Vervolgens is het procentuele verschil berekend tussen beide kwartalen.

*Deelonderzoek naar de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen*

## Participanten en procedure

Dit deelonderzoek werd uitgevoerd bij alle begeleiders die in september 2012 deelnamen aan de Triple-C cursus. Dit waren begeleiders van de onderzoekslocatie en begeleiders van de dagbesteding. Geen van hen had de cursus eerder gevolgd, maar de begeleiders van de onderzoekslocatie werkten in de praktijk al met Triple-C omdat hun collega's de cursus een jaar eerder gevolgd hadden. De begeleiders van dagbesteding hadden nog niet eerder van Triple-C gehoord. De begeleiders werkten allen met cliënten met eenzelfde zorgzwaartepakket. De voormeting werd gedaan bij alle 11 aanwezigen. Twee begeleiders waren echter wegens ziekte afwezig bij de nameting. Daardoor bestond de uiteindelijke experimentele groep uit negen begeleiders; voor een overzicht zie Tabel 1. De begeleiders die afvielen waren vergelijkbaar met de anderen wat betreft de gemiddelde leeftijd, opleiding en ervaring, waardoor de experimentele groep representatief lijkt voor alle cursusdeelnemers.

De controlegroep bestond uit begeleiders van een woongroep met cliënten met eenzelfde zorgzwaartepakket als de cliënten van de begeleiders uit de experimentele groep. Op de teamvergadering waar de vragenlijsten werden uitgedeeld waren 15 begeleiders aanwezig, waarvan vijf flexwerkers die niet bij het vaste team hoorden. Alleen de vaste begeleiders werden meegenomen in het onderzoek. Omdat er drie teamleden langdurig ziek

waren, konden zij niet deelnemen aan de studie. De uiteindelijke controlegroep bestond uit 10 begeleiders, zie Tabel 1 voor de karakteristieken voor beide groepen.

Tabel 1. *Karakteristieken en vergelijking van de experimentele groep en de controlegroep*

Kenmerken	Groep		$\chi^2$ (p)
	Experimenteel N=9	Controle N=10	
	%	%	
Sekse			1,31 (0,35)
Mannen	44,4	20,0	
Vrouwen	55,6	80,0	
Functieniveau			<sup>a</sup>
EVB	22,2	40,0	
Begeleider	55,6	50,0	
Assistent-begeleider	22,2	0,0	
Leerling	0,0	10,0	
Opleidingsniveau			0,06(0,59)
HBO	55,6	50,0	
MBO-Havo-Mavo	44,4	50,0	
	M (SD)	M (SD)	$U$ (p)
Leeftijd	28,71(3,86)	41,40 (12,02)	13,00 (0,03)
Jaren werkervaring deze locatie	0,83 (0,56)	3,22 (3,27)	19,50 (0,05)
Jaren werkervaring binnen instelling	3,19 (4,92)	8,50 (11,04)	18,50 (0,09)
Jaren werkervaring in de zorg	10,14 (15,51)	15,56 (14,28)	23,50 (0,40)
Aantal werkuren per week	30,00 (6,78)	27,50 (9,83)	37,00 (0,50)

M = gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; U = U-waarde;  $\chi^2$  = Chi-kwadraat; p – tweezijdig getoetst

<sup>a</sup> = niet te berekenen, vanwege kleine N;

Uit Tabel 1 blijkt dat de experimentele groep (vergeleken met de controlegroep) significant jonger is, ( $p = ,03$ ) en minder jaren werkervaring heeft binnen deze locatie ( $p = ,05$ ). Gezien de kleine onderzoeksgroepen en deze verschillen tussen de groepen zal generalisatie van de resultaten beperkt mogelijk zijn.

#### Variabelen

De afhankelijke variabelen ‘visie van begeleiders op agressief gedrag’ en ‘visie op vrijheidsbeperkende maatregelen’ werd gemeten met een vragenlijst die speciaal voor dit onderzoek werd ontwikkeld, omdat voor zover bekend geen bestaande vragenlijst dit begrip meet. De vragenlijst is gebaseerd op een aantal bestaande vragenlijsten, aangevuld met inzichten uit wetenschappelijke literatuur over agressie. De volledige vragenlijst is te vinden in Bijlage 3.

Niet iedere begeleider vulde alle items in, waardoor er sprake was van missings. In dit onderzoek is ervoor gekozen dat per persoon maximaal 10 % van de items op een schaal mocht missen. De missings werden opgevuld met de gemiddelde itemscore van alle items uit diezelfde schaal van die persoon.

De schaal *Visie op agressie* is gebaseerd op de Attitude Towards Aggression Scale [ATAS] (Jansen, 2005). Dit instrument meet de visie van begeleiders op agressief gedrag van patiënten die opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis. De ATAS bestaat uit 18 stellingen die elk beantwoord diende te worden op een 5-punts antwoordschaal, variërend van (1) helemaal mee oneens tot (5) helemaal mee eens. De interne consistentie van de ATAS is voldoende (Jansen, 2005). Omdat het in dit onderzoek niet gaat om psychiatrische patiënten, maar om mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag, werd in de vragenlijst ‘verpleging’ vervangen door ‘begeleiding’. In de vragenlijst van het huidige onderzoek werden 22 items toegevoegd aan de aangepaste ATAS, zodat ook de visie die past bij Triple-C werd gemeten in het domein ‘agressie’. Alle 40 stellingen moesten beantwoord worden op dezelfde 5-punts antwoordschaal als de ATAS. De stellingen waren zowel positief als negatief geformuleerd, waarbij positief betekende dat men positief dacht over agressie en negatief dat men negatief dacht over agressie. De antwoorden op de positief geformuleerde stellingen werden gehercodeerd, zodat een lagere score een negatievere visie betekende en een hogere score een positievere visie op agressief gedrag.

Van de 40 items zijn er 37 onderverdeeld in vijf subschalen (*intentie, gevolg, kennis, visie, en gevoel*) die hieronder worden beschreven; drie items bleken inhoudelijk niet voldoende aan te sluiten bij deze vijf schalen. De items “*Agressief gedrag wordt bewust ingezet door de cliënt*”, “*Agressief gedrag is een signaal dat de begeleider tekort schiet*” en “*Agressief gedrag wordt beïnvloed door de begeleiders*” werden verwijderd. Voor het bepalen van de interne consistentie van de schalen is de dataset van dit onderzoek gecombineerd met die van een groter onderzoek waar dezelfde vragenlijst is afgenomen (Brink & Timmermans, 2013). In de data-analyses is voor elke schaal gerekend met de gemiddelde itemscore van die schaal.

De schaal *visie op intentie van agressie* bestond uit 10 items en meet de intentie die begeleiders toekennen aan het gedrag van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is “*Agressief gedrag is een voorbeeld van een niet-coöperatieve (tegenwerkende) houding*”. De schaal had een Cronbach’s alpha van 0,25, wat onvoldoende is (COTAN, 2001). Drie items bleken de interne consistentie negatief te beïnvloeden en ook inhoudelijk bleken ze onvoldoende aan te sluiten bij de schaal. De items “*Agressief gedrag is een impulsieve actie*”, “*Agressief gedrag is gepland*” en “*Agressief gedrag is onbewust*” zijn verwijderd, waarna de Cronbach’s alpha voor de zeven resterende items met 0,62 voldoende was (COTAN, 2001).

De schaal *visie op gevolgen van agressie* bestond uit zes items. Het gaat hier om de betekenis die begeleiders toekennen aan de gevolgen van agressief gedrag van de cliënt voor

bijvoorbeeld de begeleiding, of de verhouding tussen begeleider en cliënt. Een voorbeeld hiervan is “*Agressief gedrag werkt belemmerend in de begeleiding*”. De Cronbach’s alpha was 0,67. Het item “*Agressief gedrag verpest de sfeer op de (woon)groep*” bleek inhoudelijk minder goed bij de andere items te passen en werd verwijderd. Daarna werd voor de resterende vijf items een Cronbach’s alpha gevonden van 0,71.

De schaal *kennis van agressie* bestond uit 10 items en gaat over de inhoud van de Triple-C cursus. Een voorbeeld hiervan is “*Agressief gedrag is een manier van communiceren*”. De schaal had een Cronbach’s alpha van 0,67. Het item “*agressief gedrag is aangeleerd en kan dus ook afgeleerd worden*” is na inhoudelijke analyse verwijderd, waarna voor de resterende negen items een Cronbach’s alpha van 0,71 gevonden werd.

De *visie op agressie* meet met zes items de visie van een begeleider op agressie van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is “*Agressief gedrag is onnodig en moet niet geaccepteerd worden*”. Deze schaal had een Cronbach’s alpha van 0,82.

De schaal *gevoel bij agressie* bestond uit vijf items en gaat over het eigen gevoel van de begeleider als de cliënt agressief gedrag vertoont, zoals “*Als een cliënt agressief gedrag vertoont, dan voel ik mij aangeslagen*”. Deze schaal had een Cronbach’s alpha van 0,25, wat onvoldoende betrouwbaar is (COTAN, 2001). Twee items bleken de interne consistentie negatief te beïnvloeden: “*Als een cliënt agressief gedrag vertoont, dan voel ik mij verantwoordelijk*” en “*Als een cliënt agressief gedrag vertoont, dan voel ik mij schuldig*”. Deze zijn verwijderd waarna de Cronbach’s alpha van de drie items 0,60 werd en daarmee voldoende betrouwbaar is (COTAN, 2001). Voor de interpretatie van de schaalscore geldt dat hoe een score zich naar ‘3, neutraal’ beweegt, hoe positiever dit is. Dit komt overeen met de visie van Triple-C dat emoties van begeleiders niet de overhand mogen nemen.

De schaal *Visie op vrijheidsbeperkende maatregelen* bestond oorspronkelijk uit twee subschalen, maar omdat te veel vragen van de subschaal *visie op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen* niet ingevuld waren, kon deze schaal niet geanalyseerd worden en bleef er één subschaal over.

De subschaal *gevoel bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen* bestond uit drie stellingen die zijn overgenomen van een vragenlijst die wordt gebruikt in de revalidatiesetting (Suen et al., 2006). Deze subschaal had dezelfde antwoordschaal als de items over ‘visie op agressie’. Een voorbeelditem is “*Ik voel mij schuldig als ik een cliënt in zijn/haar vrijheid beperk*”. Alle items waren negatief geformuleerd, waardoor een hogere score staat voor een negatiever of neutraler gevoel over de toepassing van

vrijheidsbeperkende maatregelen. Net als bij de schaal 'Gevoel bij agressie' geldt dat hoe meer een score zich naar '3, neutraal' beweegt, hoe positiever. In de analyses is de gemiddelde itemscore van deze subschaal meegenomen. De Cronbach's alpha was met 0,69 voldoende betrouwbaar (COTAN, 2001).

### *Data-analyse*

Beschrijvende analyses werden uitgevoerd om probleemgedrag van cliënten, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de visie van begeleiders in kaart te brengen.

Vanwege de kleine steekproeven is non-parametrisch getoetst.

Of de gemiddelde scores van een cliënt op de 10 CEP- categorieën op T1 en T2 significant van elkaar verschilden werd met de gekoppelde Wilcoxon-toets bepaald. Hierbij is eenzijdig getoetst.

Het verschil in het toepassen van *vrijheidsbeperkende maatregelen* is in kaart gebracht door de procentuele verandering van T2 ten opzichte van T1 te berekenen voor elk van de vier categorieën M&M.

De effecten van de training Triple-C op de visie van begeleiders is bepaald door de scores van de experimentele groep op T1 en T2 te vergelijken met die van de controlegroep met behulp van de Mann-Whitney toets. Er werd voor T2 eenzijdig getoetst met een alpha van .05 omdat verwacht werd dat de scores van de experimentele groep hoger zouden zijn dan die van de controlegroep. Tevens zijn de scores van de experimentele groep op T1 met die van T2 vergeleken door middel van de Wilcoxon-toets. Ook daarbij is eenzijdig getoetst met een alpha van .05.

## **Resultaten**

### *Probleemgedrag van cliënten*

Tabel 2 geeft de resultaten weer op T1 en T2 van de 10 categoriescores op *probleemgedrag van cliënten*. De resultaten van de Wilcoxon toets laten zien dat alleen op de schaal *intrapsychisch probleemgedrag* voor de invoering van Triple-C de gemiddelde score significant hoger was dan op T2 na de invoering ( $Z = -2,19; p = ,03$ ). Ondanks dat voor de overige negen categorieën geen significante verschillen werden bevonden, is in Tabel 2 te zien dat er op T2 wel een gemiddeld lagere score was op T1, behalve voor *teruggetrokken gedrag*.

Tabel 2. *Probleemgedrag van cliënten op T1 en T2: Resultaten voor de Wilcoxon-toets*

CEP-categorie	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Z-score (p)	N
Lichamelijke agressie	11,50 (16,20)	11,40 (12,76)	-0,14 (0,89)	5
Destructief gedrag	3,29 (1,38)	3,00 (2,00)	-0,45 (0,66)	5
Verbaal probleemgedrag	10,63 (4,14)	10,38 (7,50)	0,00 (1,00)	7
Lichamelijk probleemgedrag	14,14 (8,93)	13,00 (3,74)	-0,09 (0,93)	7
Seksueel probleemgedrag	3,40 (1,52)	2,33 (1,52)	-1,34 (0,18)	2
Stereotiep probleemgedrag	15,29 (11,28)	14,50 (11,55)	0,00 (1,00)	5
Teruggetrokken gedrag	14,63 (8,48)	24,50 (12,01)	-0,67 (0,50)	5
Reactief probleemgedrag	38,78 (16,17)	27,38 (18,13)	-1,12 (0,26)	8
Maatschappelijk probleemgedrag	5,33 (2,52)	4,00 (0,00)		1
Intrapsychisch probleemgedrag	41,11 (15,62)	26,44 (18,74)	-2,19 (0,03)	9

Z –score = Z-waarde; P.<.05

### *Vrijheidsbeperkende maatregelen*

Het aantal toegepaste middelen en maatregelen in het eerste kwartaal van 2011 (T1) is vergeleken met die in het eerste kwartaal van 2013 (T2), zie Tabel 3. Daaruit blijkt dat alle M&M minder vaak zijn toegepast, op fixatie na. Dat aantal is op T2 250% hoger dan op T1.

Tabel 3. *Aantal toegepaste Middelen en Maatregelen (M&M) op T1 en T2*

	T1	T2	% verschil T2-T1
Totaal aantal M&M meldingen	58	33	- 43,10
Afzondering in verpoosruimte	24	4	- 83,33
Afzondering eigen kamer en deur op slot	22	15	-31,82
Fixatie	2	7	+ 250,00
Separatie	10	7	-30,00

### *Visie van begeleiders*

De gemiddelde scores op de vijf subschalen van het domein ‘visie op agressie’ en de subschaal van het domein ‘visie op vrijheidsbeperkende maatregelen’ van de experimentele groep op T1 zijn vergeleken met die van de controlegroep. Uit de resultaten in Tabel 4 blijkt dat er geen statistisch significante verschillen bestaan tussen beide groepen.



Tabel 4. *Gemiddelde T1 itemscores (M) en standaardafwijking (SD) op de Visie-schalen van begeleiders van de experimentele en controlegroep: Resultaten van de Mann-Whitney toets*

Visie-schaal	Experimentele Groep	Controlegroep	U (p)
	M (SD)	M (SD)	
Intentie	2,54 (0,21)	2,80 (0,58)	25,00 (0,20)
Gevolg	2,47 (0,27)	2,51 (0,62)	26,00 (0,96)
Kennis	3,63 (0,28)	3,82 (0,32)	29,50 (0,21)
Visie	2,94 (0,40)	2,90 (0,93)	32,50 (0,74)
Gevoel	3,00 (0,56)	3,20 (0,83)	35,00 (0,70)
Vrijheidsgevoel	3,07 (0,91)	2,77 (0,50)	37,00 (0,55)

P.<.05

In Tabel 5 staan de scores op de vijf subschalen van het domein visie op ‘agressie’ en de subschaal van het domein ‘vrijheidsbeperkende maatregelen’ van de experimentele groep op T2 en de controlegroep. Net als op T1 zijn ook hier geen statistisch significante verschillen gevonden tussen beide groepen.

Tabel 5. *Gemiddelde (M) en standaardafwijking (SD) en U-waarde van de schaalscores Visie van begeleiders op T2 van de experimentele en controlegroep: Resultaten voor de Mann-Whitney toets*

Schaal	T2 mean M (SD)	Con mean M (SD)	Exp T2 Con U (p)
Intentie	2,80 (0,42)	2,80 (0,58)	36,00 (0,76)
Gevolg	2,98 (0,71)	2,51 (0,62)	24,50 (0,16)
Kennis	3,56 (0,24)	3,82 (0,32)	
Visie	3,00 (0,69)	2,90 (0,93)	35,00 (0,96)
Gevoel	3,07 (0,36)	3,20 (0,83)	41,50 (0,78)
Vrijheidsgevoel	2,93 (0,43)	2,77 (0,50)	38,00 (0,60)

Exp = experimentele groep; Con = controlegroep; U = U-waarde; P.<.05

Binnen de experimentele groep werden de scores op de zes subschalen afkomstig van de twee domeinen van de Visie van begeleiders van T1 met die op T2 vergeleken middels Wilcoxon-toets. Er werden geen significante verschillen gevonden; zie Tabel 6.

Tabel 6. *Experimentele groep vergeleken op T1 en T2 voor Visie van begeleiders: Resultaten voor de Wilcoxon-toets*

Schaal	N	Exp T1 Mean M (SD)	T2 mean M (SD)	Z-waarde (p)
Intentie	7	2,54 (0,21)	2,80 (0,42)	-1,19 (0,23)
Gevolg	6	2,47 (0,27)	2,98 (0,71)	-1,17 (0,24)
Kennis	8	3,63 (0,28)	3,56 (0,24)	-0,53 (0,60)
Visie	9	2,94 (0,40)	3,00 (0,69)	-0,50 (0,62)
Gevoel	9	3,00 (0,56)	3,07 (0,36)	-0,27 (0,79)
Vrijheidsgevoel	9	3,07 (0,91)	2,93 (0,43)	-0,27 (0,79)

Exp = experimentele groep; Con = controlegroep; P.<.05; N = N totaal;  
P.<.05

### Discussie en conclusie

In dit onderzoek is een effectmeting verricht naar Triple-C, een methode voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking die tevens kampen met gedrags- en/of psychische problemen. Triple-C probeert te voorzien in de behoefte aan een pragmatische behandelmethode voor deze doelgroep. De effectiviteit van Triple-C is nog niet eerder onderzocht buiten de ASVZ, waar Triple-C is ontwikkeld. In dit onderzoek werd daarom op zorginstelling Abrona de effectiviteit van de Triple-C methode onderzocht om een indruk te geven van de effectiviteit van Triple-C op een andere locatie.

Er is gebruikgemaakt van drie deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek is nagegaan of de mate van probleemgedrag van cliënten gerelateerd is aan de implementatie van Triple-C. In het tweede deelonderzoek zijn de aantallen toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen voor en na de invoering van Triple-C met elkaar vergeleken. Het derde deelonderzoek was gericht op de visie van begeleiders op agressie en op de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, voor en na de cursus die zij volgden over Triple-C. Per deelonderzoek zal de conclusie worden toegelicht en zullen beperkingen en implicaties worden besproken. Over het algemeen kan gesteld worden dat de resultaten die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De samenstelling van de onderzoeksgroepen was erg klein, waardoor causaliteit niet kan worden aangetoond en generaliseren in geen van de deelonderzoeken mogelijk is. Dat er weinig significante verschillen gevonden zijn is ook te verklaren vanuit de kleine

onderzoeksgroepen. Om causaliteit te kunnen vaststellen is het gebruik van een grotere onderzoeksgroep en een adequate baseline in een pre-postdesign aanbevolen

### *Deelonderzoek naar probleemgedrag van cliënten*

Cliënten vertoonden significant minder uitingen van intrapsychische problematiek na de implementatie van Triple-C. Dat betekent dat gedragingen als spanning, piekeren, paniek, opwinding, achterdocht en passiviteit zijn afgenomen. Ondanks dat het verschil niet significant was, werd er ook minder lichamelijke agressie, destructief gedrag, verbaal, lichamelijk, seksueel, stereotiep, reactief en maatschappelijk probleemgedrag vertoond na de implementatie van Triple-C. Dit komt overeen met resultaten uit ander onderzoek waarbij aangetoond werd dat het trainen van begeleiders in de omgang met probleemgedrag van mensen met een verstandelijke beperking tot vermindering van dit probleemgedrag leidt (Allen, McDonald, Dunn, & Doyle, 1997; Grey & McClean, 2006; McClean et al., 2005). De huidige resultaten zijn ook in overeenstemming met de effectstudie van Triple-C door de ASVZ (Van Wouwe et al., 2013), waar probleemgedrag sinds de invoering van Triple-C is afgenomen.

Het teruggetrokken gedrag was in tegenstelling tot de andere probleemgedragingen iets toegenomen sinds de implementatie. Onder teruggetrokken gedrag werden gedragingen als niets willen doen, wegstijven, afzondering van zichzelf en het afweren van aanbod verstaan. Een mogelijke verklaring voor de (niet-significante) toename van teruggetrokken gedrag kan de vrijheid betreffen die cliënten hebben gekregen door de invoering van Triple-C, die mogelijk tot (verhoogde) spanning leidde. Vóór de implementatie van Triple-C waren er vaste groeps- en kamermomenten; na de implementatie mochten cliënten vaker kiezen waar zij wilden zijn. Bovendien werd sinds de invoering van Triple-C mogelijk teruggetrokken gedrag meer bemerkt; door een nieuwe manier van kijken of doordat ander probleemgedrag na de implementatie minder voorkwam. Tevens kan de toename van teruggetrokken gedrag verklaard worden doordat bij twee van de negen onderzochte cliënten in de tijd van de nameting veel onrust was vanwege verhuizingen en lichamelijke klachten.

Een beperking van dit deelonderzoek is dat er gebruik is gemaakt van verschillende rapporteurs in de voor- en nameting. Een andere beperking is dat de voormeting niet bij alle cliënten op hetzelfde moment heeft plaatsgevonden. Positief aan dit deelonderzoek is het gebruik van de CEP-lijst, een veelgebruikt instrument om probleemgedrag inzichtelijk te maken. De lijst werd beide metingen door twee personen samen over een cliënt ingevuld en daardoor werd de betrouwbaarheid vergroot.

De resultaten van dit deelonderzoek doen vermoeden dat er een causaal verband bestaat tussen de implementatie van Triple-C en de afname van probleemgedrag.

#### *Deelonderzoek naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen*

De verwachting dat alle vrijheidsbeperkende maatregelen zouden zijn afgenomen na de implementatie van Triple-C, net als in de effectstudie van Triple-C door de ASVZ (Van Wouwe et al., 2013), is grotendeels uitgekomen. Het aantal afzonderingen in de verpoosruimte, afzonderingen in de eigen kamer met de deur op slot en separaties was afgenomen sinds de invoering van Triple-C. Opvallend is wel dat het aantal fixaties sterk was gestegen. Onder fixatie wordt het op enigerlei wijze beperken van een cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden verstaan.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de toegenomen fixaties. Ten eerste is dit mogelijk gerelateerd aan de afname van de andere maatregelen. Wanneer zich een ernstige situatie voordeed hadden begeleiders mogelijk toch nog de neiging (of achtten zij het noodzakelijk) om in te grijpen, maar tegelijkertijd in de situatie te blijven. Fixatie voldoet in dat geval. Een tweede verklaring is dat er mogelijk in het verleden niet goed gerapporteerd werd en dat bij de voormeting het aantal fixaties niet correct was weergegeven. Een voorbeeld hiervan is dat begeleiders aangaven dat zij separatie niet altijd als separatie én fixatie in het M&M-systeem hebben gemeld. Omdat er in de nameting vaker een fixatie voorgekomen is zonder dat daar separatie op volgde, lijkt het dat fixatie erg is toegenomen.

Een beperking van het onderzoek is dat is uitgegaan van de nauwkeurigheid van rapportage door de begeleiders en het niet na te gaan is of alle toegepaste M&M ook werkelijk zijn gerapporteerd.

Op basis van deze resultaten lijkt er sprake te zijn van een causaal verband tussen het aantal toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen en de implementatie van Triple-C.

#### *Deelonderzoek naar de visie van begeleiders op agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen*

Zowel voor als na de Triple-C cursus was de visie op agressie en het gevoel bij vrijheidsbeperkende maatregelen tussen de controlegroep en de experimentele groep niet significant verschillend. Binnen de experimentele groep zelf werden na het volgen van de training geen significante verschillen gevonden voor de visie op agressief gedrag en voor het gevoel bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is in tegenstelling tot de verwachting en eerder gevonden resultaten dat een cursus een verandering in visie bij begeleiders tot gevolg heeft (Ager & O'May, 2001). Toch lijkt de visie op agressie, wat

betreft de intentie van de cliënten en de gevolgen, na de training wel iets positiever te zijn geworden. Het kennisniveau is echter niet veranderd.

Een verklaring voor de niet-significante verschillen tussen de nameting van experimentele en de controlegroep kan liggen in het verschil in de samenstelling van deze groepen. De experimentele groep was gemiddeld jonger en had minder werkervaring op de locatie. In de controlegroep was de visie op agressie van cliënten redelijk positief. Mogelijk komt dit doordat zij al meer werkervaring hebben en dus over de jaren heen meer input hebben gekregen van de orthopedagoog. Het is bekend dat begeleiders met meer werkervaring een positievere attitude ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen hebben (Suen et al., 2006).

Een verklaring voor de geringe visieverandering van de experimentele groep voor en na de cursus kan zijn dat verandering van visie mogelijk pas plaatsvindt als er langere tijd gewerkt wordt met Triple-C en de nameting te vroeg kwam. Van Oorsouw en collega's (2010) geven aan dat het coachingstraject na afloop van een training voor begeleiders bijdraagt aan de effectiviteit. Een andere verklaring kan zijn dat de algemene inwerkperiode van deze begeleiders op de onderzoekslocatie al voorbij was toen zij begonnen aan de Triple-C cursus en zij tijdens de inwerkperiode al met de Triple-C principes hadden kennisgemaakt en al conform die methodiek werkten. Daardoor was mogelijk hun visie al gevormd en zijn begeleiders in de training zelf daarin bevestigd. Dat kan ook een verklaring zijn waarom hun kennisniveau niet veranderd is.

Het is opvallend dat er door begeleiders minder vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast, maar dat de visie op agressie en het gevoel bij vrijheidsbeperkende maatregelen niet is veranderd. Het is bekend dat ideeën en emoties van begeleiders over het probleemgedrag van de cliënt de handelswijze van de begeleider beïnvloeden (Ager & O'May, 2001; Frederiks et al., 2007; Suen et al., 2006; Weiner, 1985; Zijlmans et al., 2012). Daarom werd verwacht dat bij een veranderende handelswijze de visie van begeleiders ook veranderd zou zijn.

Ten aanzien van dit deelonderzoek zijn hiervoor al zwakkere punten benoemd, waaronder over de verschillen in de samenstelling van de experimentele en controlegroep en dat de meeste begeleiders in de experimentele groep niet blanco aan de Triple-C cursus begonnen. Daarnaast hebben de respondenten de vragenlijst in een groep ingevuld en daardoor was het risico op sociaal wenselijke antwoorden aanwezig, ook al werd de vragenlijst individueel op papier beantwoord. De wijze van afname is echter ook een sterk

punt van dit deelonderzoek geweest. Doordat de vragenlijsten onder supervisie zijn ingevuld in een teamvergadering en op cursusdagen, is de respons hoger dan verwacht te noemen.

Voor vervolgonderzoek is aan te bevelen gebruik te maken van grotere onderzoeksgroepen en de samenstelling en karakteristieken van de experimentele en controlegroep zoveel mogelijk overeen te laten komen, zodat de groepen vergelijkbaar zijn. De experimentele groep zou blanco aan de training moeten beginnen om de effecten van de training goed te kunnen onderzoeken. Bij vervolgonderzoek zou de vragenlijst opnieuw kunnen worden gezien, om ook het domein 'visie op vrijheidsbeperkende maatregelen' uit te breiden. De resultaten van dit deelonderzoek impliceren dat de visie op agressie op de onderzoekslocatie en de controlelocatie van Abrona positief is en het gevoel met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen redelijk neutraal, wat gunstig is.

Het huidige onderzoek heeft een tweede wetenschappelijke indruk gegeven van de effectiviteit van de Triple-C en heeft gedeeltelijk de resultaten van de effectstudie binnen de ASVZ gestaafd (Van Wouwe et al., 2013).

Gezien de afname van intrapsychische problematiek van cliënten en van toegepaste M&M sinds de implementatie van Triple-C, geeft dit onderzoek aan dat Abrona zou moeten doorgaan met de Triple-C cursus voor begeleiders.

## Literatuur

- Ager, A., & O'May, A. A. F. (2001). Issues in the definition and implementation of "best practice" for staff delivery of interventions for challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26, 243-256.
- Allen, D. (1999). Mediator analysis: An overview of recent research on carers supporting people with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 325-339.
- Allen, D., McDonald, L., Dunn, C., & Doyle, T. (1997). Changing care staff approaches to the prevention and management of aggressive behaviour in a residential treatment unit for persons with mental retardation and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 101-112.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. V., & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Brink, D., & Timmermans, B. G. C. (2013). *Op welke manier draagt de scholing "Zien" bij aan de visievorming van begeleiders ten aanzien van moeilijk verstaanbaar gedrag van cliënten met een verstandelijke beperking?*. Niet gepubliceerd.
- Commissie Testaangelegenheden Nederland. (2001). *Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van test*. Amsterdam: COTAN.NIP.
- Didden, H. C. M., Duker, P. C. C., & Seys, D. M. (2004). *Gedragsanalyse en -therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Duvdevany, I. (2002). Self-concept and adaptive behaviour of people with intellectual disability in integrated and segregated recreation activities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 419-429.
- Feldman, M. A., Atkinson, L., Foti-Gervais, L., & Condillac, R. (2004). Formal versus informal interventions for challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 60-68.
- Frederiks, B. J. M., Ruitenbeek, T. A., & Zanden, M. C. G. van der. (2007) *Kwaliteitskader campagne "Zorg voor vrijheid" in de verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuis- verzorgingshuiszorg*. Utrecht: IGZ.
- Grey, I. M., Hastings, R. P., & McClean, B. (2007). Staff training and challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 1-5.
- Grey, I. M., & McClean, B. (2006). Service user outcomes of staff training in positive behaviour support using person-focused training: A control group study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 6-15.
-

- Hastings, R. P., & Remington, B. (1994). Rules of engagement: Toward an analysis of staff responses to challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities, 15*, 279-298.
- Hastings, R. P., & Remington, B. (2011). Staff behaviour and its implications for people with learning disabilities and challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology, 33*, 423-438.
- Hawkins, S., Allen, D., & Jenkins, R. (2005). The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behaviour – the experiences of service users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*, 19-34.
- Horst, W. ter, (1994). *Het herstel van het gewone leven*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Jansen, G. (2005). *The attitude of nurses towards inpatient aggression in psychiatric care. The development of an instrument*. Groningen: Stichting Drukkerij C. Regenboog.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: A stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 445-453.
- Kramer, G. J. A. (2001). *Consensus protocol Ernstig Probleemgedrag. Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg*. In opdracht van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Utrecht: Spectra Facility.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2009). Restraint procedures and challenging behaviours in intellectual disability: An analysis of causative factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*, 111-117.
- McClellan, B., Dench, C., Grey, I., Shanahan, S., Fitzsimons, E., Hendler, J., & Corrigan, M. (2005). Person focused training: A model for delivering positive behavioural supports to people with challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 340-352.
- Oorsouw, W. M. W. J. van, Embregts, P. J. C. M., & Bosman, A. M. T. (2010). Een scholing voor begeleiders: Toename van kennis over gedragsproblemen en verbetering van fysieke interventie technieken. *NTZ-Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 36*(3), 28-41.
- Oorsouw, W. M. W. J. van, Embregts, P. J. C. M., & Bosman, A. M. T. (2011). Hoe ga ik om met stress: Het effect van scholing voor begeleiders. *NTZ-Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 37*(2), 1-17.
-



- Overheid (2013). *Wet- en regelgeving: Besluit middelen en maatregelen Bopz*. Geraadpleegd via [http://wetten.overheid.nl/BWBR0006225/geldigheidsdatum\\_24-06-2013](http://wetten.overheid.nl/BWBR0006225/geldigheidsdatum_24-06-2013)
- Schipper, J. C. de, Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 203-216.
- Schuengel, C., & Sterkenburg, P. S. (2004). Gehechtheid als gemeenschappelijk terrein voor psychotherapie en orthopedagogiek. *Tijdschrift Kinder-en Jeugdpsychotherapie, 4*, 40-58.
- Silvan, M., Matzner, F. J., & Silva, R. R. (1999). A model for adolescent day treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic, 63*, 459-480.
- Suen, L.K.P., Lai, C.K.Y., Wong, T.K.S., Chow, S.K.Y., Kong, S.K.F., Ho, J.Y.L., . . . Wong, I.Y.C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursery, 55*, 20-28.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*, 548-73.
- Wouwe, H. van, Simons, L., & Janssen, C. G. C. (2011). Een index voor de mate waarin de Triple-C-methode is geïmplementeerd-interne consistentie en exploratieve factoranalyse. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 37*(2), 88-100.
- Wouwe, H. van, Simons, L., & Janssen, C. G. C. (2013). Implementatie van Triple-C: Veranderingen in vaardigheden en probleemgedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 39*(1), 31-43.
- Yperen, T. A. van, & Jeugd, N. I. Z. W. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Jeugd. Utrecht: NIZW.
- Zijlmans, L. J. M., Embregts, P. J. C. M., Bosman, A. M. T., & Willems, A. P. A. M. (2012). The relationship among attributions, emotions, and interpersonal styles of staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1484-1494.

## Bijlage 1

## 1. Vragenlijst Ernstig Probleemgedrag (CEP-score)

Naam cliënt : .....

Ingevuld door:

Naam en functie: 1. ....

2. ....

Datum invulling: [\_\_ \_\_ \_\_]

Vorm, richting, frequentie en beoordeling van het gedrag

Algemene toelichting:

In dit deel wordt een beschrijving gevraagd van het gedrag van de persoon zoals dat de afgelopen drie maanden (gemiddeld) voorkwam. Het gaat daarbij om zichtbaar concreet gedrag. Gedragingen die wel relevant zijn, maar niet op de vragenlijst voorkomen, kunnen toegevoegd worden.

Waarneembaar gedrag:

- Hierbij het gedrag aankruisen dat bij de persoon in de afgelopen 3 maanden is waargenomen. Er kunnen meerdere gedragingen aangekruist worden.
- Elk gedrag mag eenmaal gescoord worden. Kies de categorie of benaming die het gedrag het beste beschrijft.
- Als het (wel of niet) voorkomen van het gedrag samenhangt met het ontwikkelings/verstandelijk niveau van de persoon, dan geldt dit niet als probleemgedrag.
- Gedrag dat bij verschillende gerichtheid een andere frequentie of oordeel krijgt: toevoegen als extra gedrag. (bijvoorbeeld: zichzelf slaan komt in ernstiger mate voor dan het slaan van anderen.)

Frequentie van het gedrag:

Hierbij aangeven hoe vaak het gedrag de afgelopen drie maanden gemiddeld is voorgekomen.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | = | de afgelopen drie maanden niet voorgekomen ( <u>niet:</u> 1)    |
| 1 | = | episodisch, uitbarstingen ( <u>niet:</u> 2, 3, 4, 5 )           |
| 2 | = | gemiddeld het dichtst bij ongeveer 1 keer per maand             |
| 3 | = | gemiddeld het dichtst bij ongeveer 1 keer per week              |
| 4 | = | gemiddeld 2, 3 of 4 dagen per week                              |
| 5 | = | een of meer keren per dag, gemiddeld tenminste 5 dagen per week |
| 6 | = | vele malen per dag, dagelijks                                   |

Beoordeling van het gedrag:

Gedrag staat niet op zich, maar wordt door de omgeving op een bepaalde manier ervaren. Het gedrag kan in meer of mindere mate nadelige gevolgen hebben voor de persoon zelf, voor de omgeving en/of voor personen in de omgeving.

Deze gevolgen kunnen materiële schade, lichamelijke schade of psychische schade betreffen of er kan sprake zijn van schade ten aanzien van de ontwikkeling van de persoon of schade ten aanzien van de kwaliteit van het bestaan van de persoon.

Als men voortdurend rekening houdt met mogelijke/ dreigende ernstige schade, maar dit nog steeds door de gekozen aanpak wordt voorkomen, dan geldt de dreigende schade als ernst van het gedrag. Dit moet wel met concrete voorbeelden onderbouwd kunnen worden.

Het oordeel wordt weergegeven met behulp van de volgende schaal, die oploopt van positief naar negatief.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | = | voor niemand echt storend   |
| 2 | = | belemmert of beïnvloedt anderen of zichzelf negatief in het normale doen  |
| 3 | = | is zeer hinderlijk of beperkend en/of zeer pijnlijk en/of zeer shockerend |
| 4 | = | levert ernstige schade of verwonding op; herstel is mogelijk              |
| 5 | = | levert onherstelbare schade of verwonding op                              |

*Voorbeelden:*

*Voorbeelden bij oordeel 1:*

*Voor niemand echt storende gedragingen zoals:*

*zachtjes brommen, zoemen, stereotiep bewegen*

*gezond ondeugend gedrag, zich terugtrekken (behoefte aan rust) naast actieve betrokkenheid  
aanvaardbaar protest*

*Voorbeelden bij oordeel 2:*

*Het normale functioneren of de gang van zaken belemmerende gedragingen zoals:*

*spugen, plagen, schelden, jammeren (blijven hangen in) stereotiep of dwangmatig gedrag*

*duwen, krabben, bijten, haren trekken, wat niet zeer pijnlijk is slecht gehumeurd, weinig tot  
activiteiten komen*

*Voorbeelden bij oordeel 3:*

*Zeer hinderlijke, pijnlijke of shockerende gedragingen zoals:*

*schoppen met blauwe plek; krabben, bijten, wat zeer pijnlijk is*

*hard gillen, schreeuwen, wat zeer hinderlijk is*

*pesten, uitdagen, tegen elkaar opzetten, waardoor ander zich zeer gehinderd voelt*

*dwangmatig gedrag wat gewone gang van zaken, de ontwikkeling of het functioneren zeer  
verstoort*

*apathisch, komt tot niets, waardoor ontwikkeling/ functioneren zeer belemmerd wordt  
persoon heeft nauwelijks positieve belevingselementen*

*Voorbeelden bij oordeel 4:*

*Ernstige schade veroorzakende gedragingen zoals:*

*bijten, krabben, bonken, met als gevolg bloedende wonden/ littekens*

*gevaarlijk omgooien, slaan, schoppen, vastklemmen, gedrag waardoor anderen zeer bang/  
overstuur raken*

*zonder ingrijpen voortdurend vernielen, beschadigen van (dingen in de) omgeving  
tengevolge van gedrag uitputting/ werk niet meer aankunnen bij medewerker(s)*

*ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag, herhaald stelen/ criminaliteit*

*ernstige mate van zich afsluiten, contact afwerpen, waardoor de ontwikkeling of het  
functioneren uiterst belemmerd wordt*

Voorbeelden bij oordeel 5:

*Blijvende schade veroorzakende gedragingen; herhaling van het gedrag is levensbedreigend zoals:*

*tengevolge van gedrag zichtbaar verminkt, opvallende littekens, niet goed herstelde botbreuken*

*levensgevaarlijk/ zonder remming slaan, schoppen, vastklemmen, wurgen*

*tengevolge van gedrag langdurige overspannenheid bij medewerker(s)*

*brandstichting, verkrachting, mishandeling, geweldsdelict*

*suïcidaal gedrag, extreme angst/ bang voor alles, waardoor ontwikkeling stagneert/*

*functioneren totaal belemmerd wordt*

18. Waarneembaar gedrag komt voor freq. oordeel

Lichamelijke agressie

spugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haren uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krabben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
knijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bijten/ kauwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
snijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in oren/ ogen peuteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aan huid/ wondjes peuteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vastklemmen/ wurgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omduwen/ laten vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suïcidaal gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Destructief gedrag

vernielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(kleding) scheuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(om)gooien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brand stichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verbaal probleemgedrag

huilen, jammeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monotoon hinderlijk stemgeluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(uit)schelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grof taalgebruik/ vloeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gillen/ schreeuwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lichamelijk probleemgedrag

eten ophalen/ uitspugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eten van oneetbare dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waarneembaar gedrag	komt voor	freq.	Oordeel
extreem veel eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
te weinig eten/ niet willen eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
met ontlasting spelen/ smeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewust incontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sterk zelfstimulerend gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overall opklimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geen gevoel voor gevaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op tenen lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lich.onrust/ overbeweeglijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernstig aandacht tekort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Seksueel probleemgedrag</u>			
seksueel ontremd gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zich laten misbruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seksueel contact afdwingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Stereotiep, dwangmatig gedrag</u>			
stereotiepe herhaalde handelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stereotiepe herhaalde bewegingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stereotiep klanken/woorden herh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dwangmatige belangstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uiten van dwanggedachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dwangm. voorkeur voor bep. eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Teruggetrokken gedrag</u>			
in zichzelf gekeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zich afzonderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet uit bed willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet willen spreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weinig tot niet (willen) bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet spelen, niet exploreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet(s) willen, aanbod afweren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oogcontact vermijden/ wegstijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Reactief probleemgedrag</u>			
protest, verzet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onttrekken aan gezag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>bewust niet luisteren/</u>			
niet reageren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet accepteren als iets niet mag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ongevoelig voor bijsturing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impulsief, grillig, ontremd gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Waarneembaar gedrag</u>	<u>komt voor</u>	<u>freq.</u>	<u>Oordeel</u>
uitproberen/ uitlokken	[ ]	[ ]	[ ]
veel ruzie maken	[ ]	[ ]	[ ]
plagen/ pesten	[ ]	[ ]	[ ]
niet reageren op gevoelens ander	[ ]	[ ]	[ ]
afpakken/ graaien	[ ]	[ ]	[ ]
ander bang maken	[ ]	[ ]	[ ]
anderen tegen elkaar opzetten	[ ]	[ ]	[ ]
aandacht opeisen/ claimen	[ ]	[ ]	[ ]
persé iets willen/ zeuren	[ ]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[ ]	[ ]
<u>Maatschappelijk probleemgedrag</u>			
stelen	[ ]	[ ]	[ ]
drugs verslaving	[ ]	[ ]	[ ]
alcohol verslaving	[ ]	[ ]	[ ]
weglopen	[ ]	[ ]	[ ]
zwerven	[ ]	[ ]	[ ]
spijbelen	[ ]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[ ]	[ ]
<u>Uitingen van intrapsychische problematiek</u>			
nervus, gespannen gedrag	[ ]	[ ]	[ ]
zeer angstig gedrag	[ ]	[ ]	[ ]
paniek gedrag	[ ]	[ ]	[ ]
opwinding, snel overstuur	[ ]	[ ]	[ ]
bang om alleen te zijn	[ ]	[ ]	[ ]
bang om fouten te maken	[ ]	[ ]	[ ]
zeer geremd gedrag	[ ]	[ ]	[ ]
uiterst passief	[ ]	[ ]	[ ]
veel piekeren	[ ]	[ ]	[ ]
achterdochtig	[ ]	[ ]	[ ]
sterk wisselende stemmingen	[ ]	[ ]	[ ]
gedepimeerd/ ongelukkig	[ ]	[ ]	[ ]
mat, emotie-arm	[ ]	[ ]	[ ]
overmatig positief gestemd	[ ]	[ ]	[ ]
oninvoelbaar lachen	[ ]	[ ]	[ ]
verwart fantasie en realiteit	[ ]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[ ]	[ ]

## Bijlage 2

## Toelichting M&amp;M

## Wet- en regelgeving

## Besluit middelen en maatregelen Bopz

- a. afzondering, waaronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer;
- b. separatie, waaronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt, niet zijnde een patiënt verblijvend in een verpleeginrichting, in een speciaal daarvoor bestemde en door Onze minister als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte;
- c. fixatie, waaronder wordt verstaan het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden; (Overheid, 2013)
- d. afzondering in eigen kamer en deur op slot

## Bijlage 3



## Vragenlijst visie van professionals op agressief gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen

---

Voor je ligt een vragenlijst over agressief gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen. Het doel van de vragenlijst is om inzicht te krijgen in jouw visie hierop. Hierdoor kan Abrona de Triple C cursus in de toekomst nog beter invullen. Tevens kan door middel van deze vragenlijst worden nagegaan in hoeverre de doelen die voor de cursus gesteld zijn worden behaald. In het kader van mijn Masterthesis voor orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht zal ik de resultaten die uit deze vragenlijst naar voren komen verwerken. In deze vragenlijst vraag ik je om een aantal persoonlijke gegevens in te vullen, maar die gegevens worden anoniem verwerkt in de verslaglegging over dit onderzoek en ook niet verstrekt aan derden.

Bij voorbaat dank voor je medewerking.  
Aafke Brouwer  
Stagiaire orthopedagogiek, december 2012



### Vragenlijst visie van professionals op agressief gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen

De vragenlijst bestaat uit 54 vragen en het zal ongeveer een kwartier kosten om de lijst in te vullen. Allereerst worden wat persoonlijke gegevens gevraagd, omdat deze nodig zijn om een vergelijkend onderzoek te kunnen uitvoeren. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

#### Persoonlijke gegevens

Naam: ..... Geslacht: man / vrouw

Hoogst afgeronde opleiding: ..... Leeftijd: ..... jaar

- VMBO-BOL, namelijk.....
- Mavo/VMBO-T, namelijk.....
- Havo, namelijk.....
- VWO, namelijk.....
- MBO, namelijk.....
- HBO, namelijk.....
- WO, namelijk.....
- Anders, namelijk.....

Huidige werkplek:.....

Gemiddeld aantal uren per week werkzaam:.....

Functie:

- Assistent-begeleider
- Begeleider
- EVB
- Anders, namelijk .....

Aantal jaren werkervaring op deze werkplek.....

Aantal jaren werkervaring binnen Abrona .....

Aantal jaren werkervaring in de zorg .....

#### Visie over agressief gedrag

Bij de volgende items wordt u gevraagd in hoeverre u het met de uitspraken eens bent. De items gaan over agressie (fysieke, verbale agressie en zelfverwonding). Zet een kruisje in het vakje dat uw mening het beste weergeeft.

Agressief gedrag.....		Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
1	is een voorbeeld van een niet-coöperatieve (tegenwerkende) houding					
2	is het begin van een positievere relatie van de professional met de cliënt					
3	is een manier om een relatie met de cliënt aan te gaan					
4	is een uiting van onmacht					
5	is een impulsieve actie					
6	biedt nieuwe mogelijkheden in de behandeling/ begeleiding van de cliënt					
7	is een misplaatste, onaangepaste actie					
8	is onnodig en moet niet geaccepteerd worden					
9	is een gevolg van overvraging					

Agressief gedrag.....		Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
10	Is een uiting van fysiek ongemak, bijvoorbeeld pijn					
11	is altijd negatief en in geen enkele vorm toelaatbaar					
12	is een manier van communiceren					
13	is een manier om ergens onderuit te komen					
14	is destructief gedrag en daarom ongewenst					
15	wordt bewust ingezet door de cliënt					
16	verpest de sfeer op de (woon)groep					
17	helpt de hulpverlener om de cliënt vanuit een ander oogpunt te bekijken					
18	is het verdedigen van zijn territorium en de privacy					
19	werkt belemmerend in de behandeling/begeleiding					
20	is een uiting van emotie					
21	is om zichzelf te beschermen					
22	is een uiting van frustratie					
23	is onplezierig en vervelend gedrag					
24	is aangeleerd en kan dus ook afgeleerd worden					
25	is een manier om een doel te bereiken					
26	is een manier van contact maken door de cliënt					
27	wordt beïnvloed door andere cliënten					
28	is gepland					
29	is een vorm van veiligheid zoeken					
30	hoort bij een bepaalde ontwikkelingsleeftijd					
31	is onbewust					
32	kan niet worden getolereerd					
34	is een signaal dat de begeleider te kort schiet					
35	is een manier om aandacht te vragen					
36	wordt beïnvloed door begeleiders					

### **Jouw eigen beleving ten aanzien van agressief gedrag**

	Als een cliënt agressief gedrag vertoont, dan voel ik mij....	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
37	Verantwoordelijk					
38	Schuldig					
39	Aangeslagen					
40	Bezwaard					
41	Bedreigd					

### **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

Hieronder staan items over vrijheidsbeperkende maatregelen. Hiertoe behoren: fixatie, separatie, afzondering, en dwingen tot voedsel, vocht- of medicatie-inname.

Er bestaan twee soorten fixatie, maar op Abrona wordt alleen gebruik gemaakt van fysiek fixeren; dit iemand vasthouden, om gevaarlijk gedrag te stoppen en rust te laten terugkeren. Afzondering en separatie lijken erg op

elkaar; bij beide wordt de cliënt tegen zijn wil opgesloten in een kamer. Het verschil zit hem in de aard van de ruimte. De afzonderingsruimte kan de eigen kamer zijn, maar een separeerruimte is een speciale ruimte. Per stelling wordt gevraagd naar jouw mening over een onderwerp dat te maken heeft met deze maatregelen. Er worden per stelling twee uiterste meningen genoemd. Als u naar deze twee uitersten kijkt, welke past dan het beste bij jou? Je mag je mening te geven op een 4-punts antwoordschaal. Hoe je dit moet doen, wordt in onderstaand voorbeeld uitgelegd. Geef op elke stelling het antwoord dat het beste bij je past.

Een voorbeeld ter verduidelijking, over hoe je over dansen denkt.:

Dansen vind ik...				
Geweldig				Vreselijk
Hierbij kan dan als volgt geredeneerd worden:				
Ik vind dansen geweldig		-> zet dan een kruisje in het eerste lege vakje (meest links)		
Ik vind dansen wel leuk		-> zet dan een kruisje in het tweede lege vakje		
Ik vind dansen niet zo leuk		-> zet dan een kruisje in het derde lege vakje		
Ik vind dansen vreselijk		-> zet dan een kruisje in het vierde lege vakje (meest rechts)		

42 Vrijheidsbeperkende maatregelen vind ik...

Goed				Slecht
Veilig				Risicovol
Nuttig				Nutteloos
Ondersteunend				Niet ondersteunend
Prettig				Naar
Machtsmisbruik				Professioneel
Overbodig				Noodzakelijk

43 De veiligheid van cliënten vind ik...

Belangrijk				Onbelangrijk
Mijn verantwoordelijkheid				Verantwoordelijkheid van de cliënt

44 Het psychisch welbevinden van cliënten vind ik...

Belangrijk				Onbelangrijk
Mijn verantwoordelijkheid				Verantwoordelijkheid van de cliënt

45 Als mijn cliënt zichzelf schade toebrengt (bv. door zelfverwondend gedrag) dan voel ik mij...

Verantwoordelijk				Niet verantwoordelijk
Schuldig				Niet schuldig
Aangeslagen				Niet aangeslagen

46 Als mijn cliënt (fysieke) agressie gebruikt naar de andere cliënten dan voel ik mij...

Verantwoordelijk				Niet verantwoordelijk
Schuldig				Niet schuldig
Aangeslagen				Niet aangeslagen

47 Cliënten afzonderen vind ik...

Goed				Slecht
Veilig				Risicovol
Nuttig				Nutteloos
Ondersteunend				Niet ondersteunend
Prettig				Naar
Machtsmisbruik				Professioneel
Overbodig				Noodzakelijk

48 Vind je dat separeerruimtes moeten worden afgeschaft?

Ja/ Nee

Bij de volgende items wordt je gevraagd in hoeverre je het met de uitspraken eens bent

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
49	Ik voel me schuldig als ik een cliënt in zijn/haar vrijheid beperk					
50	Ik schaam me wanneer familie van een cliënt deze cliënt in vrijheid beperkt ziet					
51	Ik voel me slecht als een cliënt meer uit zijn doen is na toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel					
52	Een cliënt verliest zijn waardigheid wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast					
53	Het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen is negatief voor de cliënt					
54	Vrijheidsbeperkende middelen zijn een goede manier om cliënten tot rust te laten komen					

Hartelijk dank voor de moeite van het invullen van deze vragenlijst!