

Masterthesis  
Universiteit Utrecht  
Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen  
Masterprogramma Orthopedagogiek  
Dieke de Gier, 4265424  
Thesisbegeleider: Jolanda Douma  
2e beoordelaar: Kyung van Lieshout  
Datum: 27 juni 2016  
Opdrachtgever: Prisma

De mate van inzet en afbouwbaarheid van vrijheidsbeperkende interventies binnen stichting Prisma en de samenhang met probleemgedrag.

## **Samenvatting**

*Achtergrond:* Inzet van vrijheidsbeperkende interventies (VBI's) kent nadelige gevolgen voor zowel de cliënt als de begeleiders. Afbouwen is hierom belangrijk. De cijfers over de inzet en afbouw mogelijkheden in de gehandicaptenzorg zijn echter beperkt. Ook is er weinig bekend over welke cliëntfactoren hiermee samenhangen.

*Doel:* Inzicht verkrijgen in de mate van inzet van VBI's, de afbouw mogelijkheden en de samenhang met de mate van verstandelijke beperking, geslacht, leeftijd en verschillend probleemgedrag.

*Methode:* Bij begeleiders van 48 cliënten met een matige tot zeer ernstige VB zijn de Lijst Inventarisatie Vrijheidsbeperkende Interventies afgenomen en het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag afgenomen.

*Resultaten:* Bij 29.2% (n=48) van de cliënten werd een VBI ingezet. 'Separatie in een andere ruimte met de deur op slot' en de 'onrustband' werden niet ingezet. 'Fysiek fixeren' werd het meest ingezet (29.2%) gevolgd door 'op eigen kamer met de deur op slot' (22.9%). Leeftijd was negatief gecorreleerd met beide maatregelen. 'Fysiek fixeren' correleerde met reactief probleemgedrag (rs=.51 p=.00), stereotiep/dwangmatig gedrag (rs=.34 p=.03), lichamelijke agressie (rs=.45 p=.00) en destructief gedrag (rs=.30 p=.05). 'Op eigen kamer met de deur op slot' kon bij 9.1% worden afgebouwd en 'fysiek fixeren' bij 33.3%. Hoe hoger de ernstscore stereotiep/dwangmatig gedrag, hoe meer afbouw mogelijkheid er was bij 'op eigen kamer met de deur op slot'. Hoe hoger de ernstscore seksueel probleemgedrag, hoe meer afbouw mogelijkheid er was bij 'fysiek fixeren'.

*Conclusie:* Het percentage inzet VBI's is gedaald, vergeleken met cijfers uit eerdere onderzoeken. Bij een beperkt gedeelte van de populatie is een afbouw mogelijkheid. Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken welke aanpassingen er nodig zijn om de maatregelen af te bouwen.

*Kernwoorden:* vrijheidsbeperkende interventies, afbouw mogelijkheid, probleemgedrag, gehandicaptenzorg.

## **Abstract**

*Background:* The use of restraints has adverse effects on both the client and the caretaker. Reducing restraints is important. There is limited research done on the use of restraints and the reduction opportunities for people with an intellectual disability. Little information is available about the client factors in relation to this topic.

*Aim:* To gain more insight in the use of restraints, investigate if there are options to reduce the use of restraints and determine if there is a correlation between the use of restraints and: the level of intellectual disability, sex, age and challenging behavior.

*Method:* Caretaker of 48 clients with moderate to profound intellectual disabilities have completed the Lijst Inventarisatie Vrijheidsbeperkende Interventies and the Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag.

*Results:* Restraints were applied on 29.2% (n=48) of the clients. ‘To lock a client in a separate room’ and using the ‘swedish belt’ were not applied. ‘Physical restraints’ were used the most (29.2%). ‘Locking them in their own room’ was used in 22.9% of the cases. Age was negative correlated with both measures. ‘Physical restraints’ was correlated with reactive challenging behavior ( $r_s=.51$ ,  $p=.00$ ), stereotyped/compulsive behavior ( $r_s=.34$ ,  $p=.03$ ), physical aggression ( $r_s=.45$ ,  $p=.00$ ) and destructive behavior ( $r_s=.30$ ,  $p=.05$ ). ‘Locking them in their own room’ could be reduced by 9.1% and ‘physical restraints’ could be reduced by 33.3%. The higher the severity score stereotyped/compulsive behavior, the greater the possibility to reduce the use was there to ‘locking them in their own room’. The higher the severity score sexual problem behaviors, the greater the possibility to reduce the use was there to ‘physical restraints’.

*Conclusion:* Based on this study it can be concluded that the application of restraining methods are reduced, compared results from earlier studies. There is a possibility to reduce use of restraints by a portion of the population. Further research is needed to investigate the required changes to accommodate these reductions measures.

*Keywords:* Restraints, reduction opportunities, challenging behavior, people with an intellectual disability.

## **Inleiding**

Vrijheidsbeperkende interventies (VBI's) zijn maatregelen die de vrijheid van de cliënten beperken. VBI's worden nog steeds ingezet in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking ([VB] Arends, 2004; IGZ, 2008). Het inzetten van VBI's is vastgelegd in de Wet Bijzonder Opneming Psychiatrisch Ziekenhuis (Wet BOPZ). Deze wet beperkt zich tot de volgende VBI: fixatie, afzondering, separatie en gedwongen of gecamoufleerd toedienen van medicatie, voedsel en vocht (Arends, 2004). Fixatie is elke handelingsmethode, elk materiaal of uitrusting aan, of in de buurt het van, het lichaam van de cliënt, met de opzettelijke bedoeling dat de persoon deze niet kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid beperkt (Retsas, 1998). Afzondering is iemand in een andere ruimte zetten, (afzonderingsruimte, of eigen kamer) waar de cliënt niet uit mag komen. Separatie is iemand afzonderen in een daartoe ingerichte separeercel. Binnen de gehandicaptenzorg wordt de brede definitie van VBI gehanteerd, namelijk alle middelen die de vrijheid van de cliënt beperken. Hieronder vallen ook (gedragsbeïnvloedende) medicatie, huis- en groepsregels, domotica (elektronische hulpmiddelen), individuele afspraken en het inzetten van time-out als pedagogische maatregel of een gesloten buitendeur (Arends & Frederiks, 2006; De Been, Van Rijswijk, & Hazelhof, 2008; De Veer, Dörenberg, Francke, Embregts, & Frederiks, 2013; Hamers et al., 2009; Houweling, 2002; Vilans, 2011; Zweers-de Groot, Lendemeijer, Hamers, Hoegen-van Tiel, & Heesbeen, 2004).

Het inzetten van VBI's wordt geassocieerd met diverse negatieve psychologische en lichamelijke gevolgen (Nonhebel & Valenkamp, 2014). De inzet kent veiligheidsrisico's voor zowel cliënten en personeel. Er zijn meerdere sterfgevallen gerapporteerd na het (onjuist) toepassen van VBI's (Dielis-van Houts, Lendemeijer, & Hamers, 2003; Hamers, Gulpers, Bleijlevens, Capezuti, & van Rossum, 2013; IGZ, 2008; LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010; Nonhebel & Valenkamp, 2014). Er zijn hoge kosten aan verbonden vanwege verloren werktijd van medewerkers, schade en letsel (LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010). Daarnaast komt de vrijheid van de persoon in kwestie in het geding en daarmee het zelfbeschikkingsrecht. Mensen moeten zelf kunnen bepalen wat goed is, zonder inmenging van anderen (Abma, Widdershoven, & Lendemeijer, 2005). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vindt dat het inzetten van VBI een uiterst redmiddel moet zijn en moet worden teruggedrongen (IGZ, 2008; 2010; 2013). Desondanks worden er nog steeds VBI's ingezet (Hamers, Gulpers, Bleijdelevens, Capezuti, & Rossum, 2013). Het is van belang dat er inzicht komt in de afbouwbaarheid van VBI's, waarvoor eerst gekeken moet worden naar de mate van inzet. Dit huidig onderzoek richt zich op een aantal VBI's die opgenomen zijn in de wet

BOPZ, namelijk; afzondering op eigen kamer met de deur op slot, afzondering in een andere ruimte met de deur op slot, fysiek fixeren (vasthouden van lichaamsdelen van de cliënt door begeleider) fixatie van romp (band/hesje) anders dan in rolstoel, fixatie van voeten/benen, scheurpakje met slotje of rits achter op de rug.

Er zijn geen landelijke cijfers bekend over de mate van inzet van VBI's in de zorg voor mensen met een VB (IGZ, 2010; Vilans, 2012). Van de organisaties die IGZ bezocht, kon 51% geen cijfers overleggen over het soort en aantal inzet VBI's (IGZ, 2010). In de literatuur zijn een beperkt aantal studies over de inzet VBI gevonden. In een studie van Matson en Boisjoli (2009) bij mensen met een VB werd bij 79% een VBI ingezet om het probleemgedrag aan te pakken. Arends (2004) onderzocht de inzet van VBI's bij mensen met een VB in een voormalig gezinsvervangend tehuis en vond dat bij 67% een VBI werd ingezet, waarbij de maatregel afzondering (in een speciaal daartoe ingerichte kamer, of op eigen kamer) het meest werd ingezet (29,1%). Volgend daarop zijn de maatregelen lichte fixatie, zoals een diepe stoel of tafelsteun (10,9%) en zware fixatie (9,1%), zoals de onrustband (Arends 2004). De Veer en collega's (2013) onderzocht welke maatregelen begeleiders het meest inzetten. Cliënt op eigen kamer zetten (zonder deur op slot) werd het meest door begeleiders ingezet (42%). Fysieke controle technieken toepassen werd 13,1% ingezet en fixeren met behulp van hulpmiddelen 12,6%. Een cliënt op de eigen kamer met de deur op slot doen, werd door 9,3% van de begeleiders ingezet.

Probleemgedrag blijkt vaak een reden te zijn voor het inzetten van een VBI (Baker & Bissmire, 2000; Sturmey Lott, Laud & Matson, 2005, Zuidema, 2010). Probleemgedrag is gedrag van de cliënt dat door de omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren en de lichamelijke veiligheid van de persoon of anderen in de omgeving in gevaar brengt (McClellan & Grey, 2007). De belangrijkste aanleiding voor het inzetten van VBI is de veiligheid van de cliënt, groepsgenoten of de cliënt zelf (Arends, 2004; De Veer et al., 2013; Nonhebel & Valkamp, 2014). Het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag ([CEP] Kramer, 2002) onderscheidt verschillende uitingsvormen van probleemgedrag, namelijk: lichamelijke agressie, destructief gedrag, verbaal probleemgedrag, lichamenlijk probleemgedrag, reactief probleemgedrag, seksueel probleemgedrag, maatschappelijk probleemgedrag, stereotiep/dwangmatig gedrag, teruggetrokken gedrag en uitingen van intrapsychische problematiek. Bij lichamelijke agressie, destructief gedrag (vernielen, gooien) lichamenlijk probleemgedrag (sterk zelfstimulerend gedrag of geen gevoel voor gevaar) stereotiep dwangmatig gedrag (uiten van dwanggedachten) en reactief probleemgedrag (ongevoelig voor bijsturing, veel ruzie maken, ander bang maken) bestaat de kans dat de cliënt zelf of zijn omgeving in gevaar gebracht wordt.

Daarnaast is seksueel grensoverschrijdend gedrag voor begeleiders een reden om een VBI in te zetten (Arends, 2004; De Veer et al., 2013). VBI's die ingezet worden bij (ernstig) probleemgedrag zijn fixatie, afzondering, separatie (De Been, Van Rijswijk, & Hazelfhof, 2008; Zweers-de Groot, Lendemeijer, Hamers, Hoegen-van Tiel, & Heesbeen, 2004). Verwacht wordt dat bij deze VBI's een correlatie is met probleemgedrag op de gebieden: lichamelijke agressie, destructief gedrag, lichamelijk probleemgedrag, reactief probleemgedrag, seksueel probleemgedrag en stereotiep/dwangmatig gedrag. Daarnaast neemt het probleemgedrag toe naarmate de ernst van de VB toeneemt (Didden, Duker, & Seys, 2003). Cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) vertonen minder ernstige gedragsstoornissen en zelfverwondend gedrag dan mensen met een matige, ernstige of zeer ernstige VB (Deb, Thomas & Bright, 2001). Verwacht wordt daarom dat de inzet van VBI's hoger is bij een (zeer) ernstige VB, dan bij een matige VB.

Verhoogde emotionaliteit en prikkelbaarheid komt vaker voor bij ouderen met een VB, waardoor probleemgedrag kan toenemen en er meer VBI's kunnen worden ingezet (Maaskant, Van Kerkhof-Willemsen, & Sinnema, 2010). Daarom wordt er in dit onderzoek ook gekeken naar de samenhang met leeftijd.

Omdat het inzetten van VBI wordt geassocieerd met diverse negatieve gevolgen, wordt in dit huidig onderzoek ook gekeken naar de afbouwmogelijkheid van VBI. Separatie in de separeercel wordt in onderzoek van De Veer en collega's (2013) aangegeven als grootste mogelijkheid tot afbouwen van de maatregel (50%), gevolgd door een cliënt in een aparte ruimte zetten met de deur op slot 34%, fysieke controletechnieken toepassen (34%), fixeren van cliënt met behulp van hulpmiddelen (34%), afzondering in een speciale daartoe ingerichte afzonderingsruimte (32%) en op de eigen kamer met de deur op slot (25%) (De Veer et al., 2013).

Zoals eerder benoemd is het van belang om inzicht te krijgen in de mate van inzet van VBI en de afbouwmogelijkheid. Daarnaast wordt probleemgedrag vaak geassocieerd met inzet van VBI. Dit onderzoek zal zich derhalve richten op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de mate van inzet en afbouwmogelijkheid van VBI's in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking?
- Zijn geslacht, leeftijd en niveau van VB van de cliënt gerelateerd aan de mate van inzet en afbouwmogelijkheden van VBI?
- Is er een verband tussen de mate van inzet VBI, de afbouwmogelijkheid en verschillende vormen van probleemgedrag van de cliënt?

## Steekproef en procedure

De populatie van het onderzoek bestaat uit 48 volwassenen met een VB tussen de 17 en 82 jaar, woonachtig binnen stichting Prisma.

Tabel 1

### *Kenmerken van de 48 cliënten*

Onafhankelijke variabele	Groepen	N	%	M	SD	Min	Max
Geslacht	Man	37	77.1				
	Vrouw	7	14.6				
	Onbekend	4	8.3				
Niveau verstandelijke beperking	Matig	14	29.2				
	Ernstig	18	37.5				
	Zeer ernstig	12	25.0				
	Onbekend	4	8.3				
Leeftijd in jaren				54.41	18.73	17	82
Lichamelijke agressie				2.16	1.35	0	4
Destructief gedrag				1.05	1.08	0	4
Lichamelijk probleemgedrag				2.14	1.39	0	4
Seksueel probleemgedrag				0.59	0.95	0	3
Stereotiep/dwangmatig gedrag				1.34	0.99	0	4
Reactief probleemgedrag				1.38	1.29	0	4

De respondenten nemen deel aan de pilot Routine Outcome Monitoring (ROM) meting, die in opdracht van het bestuur wordt uitgevoerd. Cliënten van zes nieuwbouwwoningen zijn aangewezen voor deelname hieraan. Met het onderzoek is gewacht tot de bewoners aan hun nieuwe woonomgeving waren gewend. Vijf van de nieuwbouwwoningen hebben zich, vanwege verschillende redenen, teruggetrokken. Om weer tot zes woningen te komen zijn zeven teamleiders (waarvan gedacht werd dat ze mee wilden doen aan het onderzoek) vervolgens via de mail benaderd. Eén van deze woningen heeft zich teruggetrokken, waardoor er via de teamleiders vervolgens nog zeven cliënten zijn toegevoegd aan de populatie. Op het moment dat de teamleiders toestemming hebben gegeven zijn de persoonlijke gegevens (naam, leeftijd, niveau VB en geslacht) uit het elektronisch cliëntdossier gehaald en door onderzoekers op de lijsten ingevuld. Daarna is een mail (zie bijlage 1) uitgegaan naar de persoonlijk ondersteuner van de desbetreffende cliënten, samen met de meetinstrumenten en een handleiding over het invullen van de meetinstrumenten. Daarnaast is een begeleidend schrijven (zie bijlage 2) voor de verwanten/wettelijk vertegenwoordigers van de cliënten toegevoegd aan de

mail. Cliënten/cliëntvertegenwoordigers tekenen een zorg- en dienstverleningsovereenkomst bij aanvang van zorg, waarin opgenomen is dat er anoniem gegevens gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijke doeleinden, waardoor er voor dit onderzoek geen specifieke toestemming is gevraagd. In het begeleidend schrijven stond vermeld dat de ROM gegevens ook voor wetenschappelijk doeleinden gebruikt werden. Eén wettelijk vertegenwoordiger gaf geen toestemming. Daarnaast is één cliënt tijdens de onderzoeksperiode overleden. Uiteindelijk bestond de gemakssteekproef uit 48 cliënten. Een beschrijving van de kernmerken van de steekproef zijn weergegeven in tabel 1.

### **Instrumenten en variabelen**

De afhankelijke variabelen zijn *de mate van inzet van VBI* en *de mate van VBI*. Hiervoor is de Lijst Inventarisatie Vrijheidsbeperkende Interventies ([LIVI] Schippers, Schuengel, Van Nieuwenhuijzen, Frederiks, & Bijl, 2015), ontwikkeld door de Vrije Universiteit Amsterdam in samenwerking met 's Heeren Loo Zorggroep, gebruikt. De LIVI is nog niet gevalideerd in Nederland. De LIVI is per cliënt door de persoonlijk ondersteuner van de cliënt ingevuld en gecontroleerd door de betrokken gedragsdeskundige en gaat over de VBI die in het afgelopen half jaar zijn ingezet.

*De mate van inzet van VBI* is onderzocht voor acht VBI's, namelijk; afzondering op eigen kamer met de deur op slot, afzondering in een andere ruimte met de deur op slot, fysiek fixeren (vasthouden van lichaamsdelen), fixatie van romp (band/hesje) anders dan in rolstoel, fixatie van voeten/benen (met materiaal), scheurpak met slotje of rits achter op de rug, onrustband, en fixatie van handen/armen (met materiaal). Per VBI wordt de gemiddelde frequentie van de inzet over het afgelopen half jaar aangegeven, met de volgende mogelijkheden: incidenteel (laatste 6 maanden niet ingezet), incidenteel (minder dan 3 keer ingezet het afgelopen half jaar), ongeveer 1 keer per maand, 1-3 keer per maand, wekelijks, 2-5 keer per week, (bijna) dagelijks en dagelijks (meerdere keren per dag). In dit onderzoek is hiervoor een zeven-punt Likert schaal gebruikt welke worden meegenomen in de analyses waarbij, 0=niet ingezet, 1= incidenteel, 2= 1-3 keer per maand, 3= wekelijks, 4= twee tot vijf keer per week, 5= bijna dagelijks, 6= dagelijks, meerdere keren per dag.

*De mate van afbouwbaarheid* is onderzocht voor dezelfde vormen van VBI. Indien een VBI werd toegepast is vervolgens nagegaan of er mogelijkheden zijn om die VBI af te bouwen, met als antwoordmogelijkheden: ja, succesvol afgebouwd in deze periode; ja concreet plan in deze periode; ja concreet plan voor de volgende periode; ja, maar nog geen concreet plan; twijfel, nog te bespreken; nee, maar mogelijk wel in de nabije toekomst; nee, ook



niet in de nabije toekomst. Voor dit onderzoek is een drie-punt Likert schaal gebruikt welke wordt meegenomen in de analyses, waarbij 1= ja, 2= twijfel, 3= nee. Een hogere score betekent minder afbouwbaarheid.

De onafhankelijke variabelen geslacht, leeftijd in jaren en niveau van VB (matig, ernstig, zeer ernstig) zijn uit het elektronisch cliëntdossier gehaald.

Probleemgedrag van de cliënt is gemeten met het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag ([CEP] Kramer, 2002). Het CEP is ingevuld door de betrokken gedragsdeskundige en de persoonlijk ondersteuner, waarbij in sommige gevallen een verwant of leerling is aangeschoven. De lijst meet aan de hand van waarneembare gedragingen de vorm, richting, frequentie en een beoordeling van het desbetreffende gedrag in de voorgaande drie maanden.

In dit onderzoek zijn de domeinen lichamelijke agressie, destructief gedrag, lichamenteel probleemgedrag, seksueel probleemgedrag, stereotiep dwangmatig gedrag en reactief probleemgedrag meegenomen. Per item is aangegeven of het gedrag voorkomt (ja vs nee) en vervolgens de frequentie van het gedrag op een zespuntsantwoordschaal, waarbij 0= niet voorkomen, 1= episodische uitbarstingen, 2= gemiddeld 1 keer per maand, 3= gemiddeld 1 keer per week, 4= gemiddeld 2-4 dagen per week, 5= minimaal één keer per dag gemiddeld tenminste 5 dagen per week, 6= vele malen per dag dagelijks. Daarnaast is er per item een oordeel aan het gedrag gegeven: 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 en 5= levert onherstelbare schade of verwonding op. Voor dit huidige onderzoek is per domein een ernstscore bepaald op basis van frequentie en oordeel, conform de handleiding van het CEP. De combinatieschaal ernstscore is als volgt: 0= op de lijst komen geen gedragingen voor; 1= er zijn alleen gedragingen met oordeel 1 en 2; 2= er zijn gedragingen met oordeel niet hoger dan 3 en/of één gedraging met oordeel 4 of 5, maar de frequentie is echter 0 of 1, waardoor er weinig kans is op het reëel voorkomen van gedrag met oordeel 4 of 5; 3= er komt een groot aantal gedragingen met oordeel 3 voor en met een hoge frequentie (4, 5 of 6), 4= er komen één of meer gedragingen met oordeel 4 of 5 voor en bij de frequentie is minstens 2 ingevuld. Er wordt geanalyseerd met de scores 0 t/m 4. Hoe hoger de score, hoe ernstiger het probleemgedrag. Zie bijlage 3 voor meer informatie over het CEP. De betrouwbaarheid van het CEP is niet beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland [COTAN].

## **Analyseplan**

Er is geanalyseerd met non-parametrische toetsen, omdat er geen sprake is van een normaalverdeling van de score binnen de steekproef. De Kolmogorov-Smirnovtoets gaf in alle gevallen een significantieniveau kleiner dan .00 waardoor aangenomen kan worden dat de verdeling niet normaal is.

Er is een frequentieverdeling berekend om te weten bij hoeveel procent van de respondenten één of meerdere VBI's worden ingezet. Vervolgens is met de Mann-Whitney U-toets onderzocht of er sprake is van significante verschillen tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de gemiddelde inzet van VBI's en de mate van afbouwbaarheid. Ditzelfde is gedaan met de Kruskal-Wallis H-toets voor het niveau van verstandelijke beperking. Vervolgens is met de Mann-Whitney U toets nagegaan of er significante verschillen waren tussen de niveaus onderling. De Spearman's rangcorrelatie is gebruikt om de samenhang te berekenen tussen de mate van inzet en afbouwbaarheid VBI en de ernstscores op de zes vormen van probleemgedrag. Dit is ook gedaan voor de leeftijd. Hierbij is voor de interpretatie van de correlaties de volgende classificatie aangehouden: sterk= tussen 0.7-0.9, matig= 0.4-0.6, zwak= 0.1-0.3 (Dancey & Reidy, 2007). Voor alle analyses is een significantieniveau van .05 gebruikt bij tweezijdige toetsing.

## **Resultaten**

Bij 29.2 % van de respondenten (n=48) werd minstens één VBI ingezet in het afgelopen half jaar. Hiervan zijn er bij tien respondenten (71.4%) één maatregel, bij drie respondenten (21.4%) twee maatregelen en bij één respondent (7.1%) vier maatregelen ingezet. In tabel 2 staan gegevens over de frequentie en gemiddelde mate van de inzet van de VBI's en de mate van afbouwbaarheid. De maatregel 'in een andere ruimte met de deur op slot' en de 'onrustband' zijn niet ingezet bij de populatie en dus niet opgenomen in tabel 2.

De maatregelen 'fysiek fixeren' en 'op eigen kamer met de deur op slot' werden het meest ingezet. Bij de elf cliënten waar de maatregel 'op eigen kamer met de deur op slot' kon volgens begeleiders bij 9.1% de maatregel afgebouwd gaan worden en bij 72.7% werd daarover getwijfeld. Bij 18.2% kon de maatregel niet afgebouwd worden. Bij de maatregel 'fysiek fixeren' werd aangegeven dat bij 33.3% van de 12 cliënten waarbij de maatregel werd ingezet de mogelijkheid was om af te bouwen. Bij 50% werd daarover getwijfeld en bij 16.7% werd er geen mogelijkheid gezien.

Tabel 2

*Mate van inzet en afbouwbaarheid VBI per maatregel (n=48)*

Maatregel	% inzet	M	SD	Afbouwbaarheid (%)			
				ja	twijfel	nee	n
Op eigen kamer met de deur op slot	22.9	1.19	2.26	9.1	72.7	18.2	11
Fysiek fixeren (vasthouden van lichaamsdelen)	29.2	0.81	1.59	33.3	50	16.7	12
Fixatie van romp	6.3	0.29	1.18	33.3	66.7	0	3
Fixatie van voeten/benen	4.2	0.17	0.91	0	100	0	1
Scheurpakje	2.1	0.13	0.87	0	100	0	1
Fixatie van handen/armen	2.1	0.17	0.91	100	0	0	1

Alleen voor ‘op eigen kamer met de deur op slot’ en ‘fysiek fixeren’ is nagegaan welke variabelen samenhangen met de mate van inzet en de mate van afbouwbaarheid. De overige maatregelen zijn te weinig ingezet om verdere analyses op uit te voeren. Zie voor de resultaten tabel 3 en 4. Er zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 3

*Mean Rank en resultaten van de Mann-Whitney U-toets en Kruskal Wallis H-toets bij de maatregel ‘op eigen kamer en deur op slot’*

		Mean Rank	U	X <sup>2</sup>	P
Inzet (n=11)					
Geslacht	Man	21.74	101.5		.38
	Vrouw	26.50			
Niveau verstandelijke beperking	Matig	23.14		.41	.82
	Ernstig	21.42			
	Zeer ernstig	23.38			
Afbouwbaarheid (n=11)					
Geslacht	Man	6.36	4.50		.18
	Vrouw	3.50			
Niveau verstandelijke beperking	Matig	5.5		.00	1.0
	Ernstig	5.5			
	Zeer ernstig	5.5			

Tabel 4

*Mean Rank en resultaten van de Mann-Whitney U - toets en Kruskal Wallis toets bij de maatregel 'fysiek fixeren'*

		Mean rank	U	X <sup>2</sup>	P
Gemiddelde frequentie (n=12)					
Geslacht	Man	21.74	101.5		.38
	Vrouw	26.50			
Niveau verstandelijke beperking	Matig	19.93		3.36	.19
	Ernstig	25.72			
	Zeer ernstig	20.67			
Afbouwmogelijkheid (n=12)					
Geslacht	Man	4.43	3.00		.33
	Vrouw	7.00			
Niveau verstandelijke beperking	Matig	3.50		1.84	.40
	Ernstig	4.58			
	Zeer ernstig	7.00			

\*  $p < 0.01$

Tot slot is gekeken naar de samenhang tussen de gemiddelde inzet en afbouwmogelijkheden van de twee VBI's met leeftijd en de ernst van het probleemgedrag, zie tabel 5. Voor de maatregel 'op eigen kamer met de deur op slot is een matige significante negatieve correlatie gevonden bij de leeftijd ( $r_s = -.32$ ,  $p = .04$ ). Hoe jonger de leeftijd, hoe hoger de mate van inzet van deze maatregel. Bij reactief probleemgedrag en destructief gedrag zijn bijna significante verschillen gevonden ( $p = .07$  en  $p = .09$ ), waarbij de correlaties zwak zijn. Hoe meer probleemgedrag, hoe meer inzet VBI. Bij de afbouwmogelijkheid is een matige significante negatieve correlatie gevonden met stereotiep/dwangmatig gedrag ( $r_s = -.64$ ,  $p = .05$ ). Hoe meer stereotiep/dwangmatig gedrag, hoe meer mogelijkheden worden gezien om de maatregel af te bouwen.

Voor de maatregel 'fysiek fixeren' zijn meer significante correlaties gevonden. Reactief probleemgedrag ( $r_s = .51$ ,  $p = .00$ ), stereotiep/dwangmatig gedrag ( $r_s = .34$ ,  $p = .03$ ) en lichamelijke agressie ( $r_s = .45$ ,  $p < .00$ ) correleren matig met de mate van inzet van deze maatregel. Voor destructief gedrag ( $r_s = .3$ ,  $p = .05$ ) is een zwakke correlatie gevonden met de mate van inzet. Lichamelijk probleemgedrag is bijna significant ( $p = .07$ ) en correleert ook zwak met de mate van inzet. Seksueel probleemgedrag correleert niet met de mate van inzet. De leeftijd correleert matig negatief met de mate van inzet ( $r_s = -.55$ ,  $p < .00$ ). Hoe ouder de cliënten worden, hoe lager de mate van 'fysiek fixeren' is. Bij de afbouwmogelijkheid is een significante

negatieve correlatie gevonden op het domein seksueel probleemgedrag ( $r_s = -.95$ ,  $p < .00$ ). De correlatie is sterk en geeft aan dat hoe hoger de ernst van het seksueel probleemgedrag is, hoe meer mogelijkheid gezien werd tot het afbouwen van de maatregel ‘fysiek fixeren’.

Tabel 5

*Spearman's rangorde correlaties tussen ernstscores op de verschillende probleemgedragingen, de mate van inzet en afbouwmogelijkheid van de VBI 'op eigen kamer met deur op slot' en 'fysiek fixeren'.*

	Mate inzet VBI Op eigen kamer met deur op slot (n=11)		Afbouw mogelijkheid (n=11)		Mate inzet VBI Fysiek fixeren (n=12)		Afbouw mogelijkheid Fysiek fixeren (n=12)	
	rs	P	rs	P	rs	P	rs	P
Reactief probleemgedrag	.28	.07	-.25	.49	.51	.00**	.17	.66
Stereotiep/dwangmatig gedrag	.06	.71	-.64	.05*	.34	.03*	-.04	.91
Seksueel probleemgedrag	.04	.82	-.20	.58	.16	.30	-.95	<.00**
Lichamelijk probleemgedrag	.19	.22	.19	.60	.28	.07	.35	.35
Lichamelijke agressie	.25	.10	-.21	.57	.45	<.00**	-.04	.92
Destructief gedrag	.26	.09	.30	.40	.30	.05*	.27	.48
Leeftijd	-.32	.04*	.27	.45	-.55	<.00**	-.52	.15

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

## Conclusie en discussie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: wat is de mate van inzet van VBI's en wat is de mate van afbouwmogelijkheid? Uit de literatuur bleek dat bij de steekproeven van Arends (2004) en Matson en Boisjoli (2009) bij 60% of hoger VBI werd ingezet. De resultaten van dit huidige onderzoek laten echter zien dat bij slecht 29,2% van de populatie VBI wordt ingezet. De maatregelen ‘fysiek fixeren’ (vasthouden van lichaamsdelen van cliënt door begeleider) werd bij 12 cliënten ingezet (29.2%) en ‘op eigen kamer met de deur op slot’ bij 11 cliënten ingezet (22.9%). De maatregelen ‘fixatie van romp’ werd bij drie cliënten ingezet (6.3%) de maatregelen ‘fixatie van voeten/benen’ bij 2 cliënten (4.2%) en het scheurpakje en ‘fixatie van handen/armen’ bij slechts één cliënt (2.1%). Twee VBI's werden helemaal niet ingezet, namelijk ‘afzondering in een andere ruimte met de deur op slot’ en de onrustband. In eerder onderzoek werd de ‘onrustband’ bij 9,1% van de cliënten ingezet (Arends, 2004). De cijfers resultaten uit dit onderzoek zijn in vergelijking met eerder onderzoek gedaald, wat een posi-

tieve uitkomst is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de cijfers uit de literatuur verouderd zijn. De intentieverklaring uit 2008 (IGZ) was de aanzet om de inzet van VBI te verminderen en mogelijk is in de laatste jaren bij Prisma daarop ingezet, waardoor het percentage nu lager is. Daarnaast is in dit onderzoek niet de brede definitie van VBI gebruikt, wat mogelijk wel het geval is bij de andere onderzoeken. Dit kan mogelijk ook verklaren waarom de maatregel ‘op eigen kamer met de deur op slot’ in dit onderzoek 22,9% werd ingezet en in het onderzoek van Arends (2004) 29,1%. Vergeleken met eerder onderzoek is weinig afname van deze maatregel te zien, terwijl het totale percentage wel gedaald is.

Tevens is gekeken of er significante verschillen zijn tussen het niveau van VB (matig, ernstig, zeer ernstig) en het geslacht. Verwacht werd dat de gemiddelde frequentie van inzet VBI's hoger is naarmate de VB ernstiger is. Significante verschillen werden echter niet gevonden.

In dit onderzoek is ook gekeken naar de gemiddelde frequentie van inzet van VBI's en de samenhang met probleemgedrag. Dit is alleen gedaan voor de maatregel ‘fysiek fixeren’ en ‘op eigen kamer met de deur op slot’. Veiligheid en seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen een aanleiding zijn voor het inzetten van VBI's. Bij alle zes de domeinen van probleemgedrag kan mogelijk de veiligheid van cliënt of omgeving in gevaar gebracht worden, waardoor verwacht werd een samenhang te vinden met de mate van inzet VBI.

Voor de maatregel ‘fysiek fixeren’ is op vier van de zes domeinen (reactief probleemgedrag, stereotiep/dwangmatig gedrag, lichamelijke agressie, destructief gedrag) een samenhang gevonden. Daarnaast is op het domein lichamelijk probleemgedrag een bijna significante samenhang gevonden. Hoe hoger de ernstscore probleemgedrag, hoe hoger de gemiddelde frequentie van inzet VBI's is. Alleen op het domein seksueel probleemgedrag is geen samenhang gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de ernst van het seksueel probleemgedrag gemiddeld genomen laag is ( $M .59$ ,  $SD. 95$ ). De resultaten sluiten dus aan bij de verwachting. Voor de maatregel ‘op eigen kamer met deur op slot’ is echter geen samenhang gevonden.

Daarnaast is gekeken naar een samenhang met de leeftijd en de inzet van VBI's. Er zijn geen eerdere studie gevonden waarbij gekeken werd naar de samenhang met leeftijd. Er werd op beide maatregelen (‘fysiek fixeren’, ‘op eigen kamer met deur op slot’) een negatieve samenhang gevonden. Hoe ouder de cliënten worden, hoe minder de maatregelen worden ingezet, terwijl juist andersom werd verwacht. Mogelijk komt dit doordat bij ouderen zintuiglijke handicaps en aandoeningen aan het bewegingsapparaat vaker voorkomen (Maaskant,

Van Kerkhof-Willemsen, & Sinnema, 2010). Hierdoor neemt de lichamelijke kracht af, waardoor VBI's minder vaak nodig zijn.

In dit huidig onderzoek is ook gekeken naar de afbouwbaarheid van VBI, vanwege de nadelen die het inzetten met zich mee kan brengen. Ook dit is alleen gedaan voor de maatregelen 'fysiek fixeren' (vasthouden van lichaamsdelen van cliënt door begeleider) en 'op eigen kamer met de deur op slot', vanwege te weinig inzet van de overige maatregelen. In de literatuur is eerder onderzoek gevonden bij mensen met een LVB (De Veer et al., 2013). In dit huidig onderzoek hebben mensen met een LVB niet deelgenomen. Verwacht werd dat naarmate de VB ernstiger is er meer VBI's werden ingezet. Echter er is geen significant verschil te vinden tussen de overige niveau's. In dit huidig onderzoek werd 'fysiek fixeren' ingezet bij 12 cliënten. Daarvan werd bij 33.3% aangegeven dat er een afbouwbaarheid was, wat overeenkomst met de 30% uit het onderzoek van De Veer en collega's (2013). In datzelfde onderzoek werden separatie en 'in een andere ruimte met de deur op slot' aangegeven als de meeste mogelijkheid tot het afbouwen van de maatregel. Deze maatregelen worden echter niet ingezet in dit onderzoek. 'Op eigen kamer met de deur op slot' werd bij 11 cliënten ingezet, waarvan bij 9.1% aangegeven werd de maatregel mogelijk af te kunnen bouwen. Dit komt niet overeen met eerder onderzoek, waarbij de maatregel bij 25% afgebouwd kon worden (De Veer et al., 2013). Een mogelijke verklaring kan zijn dat de mate van inzet in dit huidig onderzoek lager is. Maatregelen kunnen al afgebouwd zijn en de maatregelen die ingezet worden zijn mogelijk nodig voor de veiligheid van de cliënt en daardoor niet mogelijk om af te bouwen. Bij 72.7% wordt er in dit huidig onderzoek wel aangegeven dat er twijfel is over de afbouwbaarheid en slechts bij 18.2% wordt aangegeven dat dit niet kan. Vervolgonderzoek is nodig om te kijken naar de benodigdheden om de maatregelen succesvol af te laten bouwen. Voor de afbouwbaarheid van 'op eigen kamer met de deur op slot' werd een significante negatieve samenhang gevonden met stereotiep/dwangmatig gedrag ( $r_s = -.64, p .05$ ). Hoe hoger de ernstscore van het probleem gedrag, hoe meer kans er bestaat dat de maatregel afgebouwd kan worden. Eenzelfde significante negatieve samenhang werd gevonden bij 'fysiek fixeren' en seksueel probleemgedrag. Hoe hoger de ernstscore van het seksueel probleemgedrag, hoe meer afbouwbaarheid. Juist andersom werd verwacht. Er werden geen andere significante samenhangen gevonden met de verschillende probleemgedragingen en de leeftijd.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De grootte van de steekproef is beperkt, waardoor er minder power is en de mogelijkheid om significante verschillen te vinden kleiner is. De populatie van dit onderzoek zijn cliënten met een matige, ernstige of zeer ernstige VB

en zijn relatief op leeftijd (M, 54.41, SD 18.73). Vervolgonderzoek is nodig om bij andere delen van de populatie na te gaan wat de mate van inzet VBI's en de afbouwbaarheid is, bijvoorbeeld bij cliënten met een licht verstandelijke VB en bij kinderen. Daarnaast namen er in dit onderzoek 37 mannelijke cliënten (77.1%) deel, tegenover 7 vrouwen (14.6%).

De resultaten van dit huidig onderzoek zijn verkregen met de LIVI en de CEP. Naar beide meetinstrumenten is nog geen onderzoek gedaan, waardoor betrouwbaarheid en validiteit niet bekend is. Daarnaast is door de begeleiding zelf aangegeven of er een afbouwbaarheid is. Bij 'fysiek fixeren' en 'op eigen kamer met de deur op slot' werd bij 16.7% en 18.2% aangegeven dat er geen afbouwbaarheid was. Mogelijk staan begeleiders positief tegenover inzet VBI of is er sprake van insitutionele normativiteit (het personeel is zo gewend aan het inzetten van VBI dat het een routine is geworden), waardoor er niet meer wordt gekeken naar alternatieven (Have, Meulen & Leeuwen, 2009; Stokkentre, 2010).

Geconcludeerd kan worden dat er binnen de zes woningen van Prisma bij 29.2% een VBI wordt ingezet. Zes maatregelen worden al weinig tot niet ingezet. Bij de cliënten waar deze zes maatregelen werden ingezet, werd geen enkele keer aangegeven dat de maatregel niet kon worden afgebouwd. Aanbevolen wordt te onderzoeken welke middelen er nodig zijn om de maatregelen definitief af te bouwen.

Voor 'fysiek fixeren' zijn meerdere correlaties gevonden met lichamelijke agressie, reactief, stereotiep, destructief en lichamelijk probleemgedrag. Bij 33.3% kon de maatregel afgebouwd worden. Aanbevolen wordt in te zetten op vermindering van probleemgedrag en dus op minder inzet van deze maatregel. Eerder onderzoek wees uit dat het trainen van begeleiders in de omgang met probleemgedrag van mensen met een VB tot vermindering van probleemgedrag leidt (Grey & McClean, 2006; McClean et al., 2005).

De implementatie van de Triple-C methode bij een instelling voor mensen met een VB zorgde ook voor vermindering van probleemgedrag (Brouwer, 2013, Van Wouwe, Simons, & Jansen, 2013).

'Op eigen kamer met de deur op slot' kon slechts bij 9.1% afgebouwd worden. Daarnaast is de inzet van deze maatregel vergeleken met eerder onderzoek (Arends, 2004) niet sterk gedaald. Aanbevolen wordt om te onderzoeken wat maakt dat deze maatregel minder afbouwbaarheid heeft.



## Referenties

- Abma, T., Widdershoven, G., & Lendemeijer, B. (2005). Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *47*(7), 437-438.
- Arends, L.A.P. (2004). *Beperkt door zorg: Toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is*. Ministerie VWS. Verkregen van: <http://hdl.handle.net/1765/7882>
- Arends, L. A. P., & Frederiks, B. J. M. (2006). Vrijheidsbeperking in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg: de contouren van een nieuwe regeling. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, *30*(2), 81-89. doi:10.1007/BF03056215
- Baker, P. A., & Bissmire, D. (2000). A pilot study of the use of physical intervention in the crisis management of people with intellectual disabilities who present challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *13*, 38-45. doi: 10.1046/j.1468-3148.2000.00004.x
- Been, M. de, Rijswijk, C. van, & Hazelhof, E. (2008). *Werkboek Leven in vrijheid, werken aan vrijheid: Met teams verzorgenden werken aan het afschaffen van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Utrecht: Sting
- Brouwer, A. (2013). Effectiviteit van de Triple-C methode (Masterthesis Universiteit Utrecht). Verkregen van: <file:///F:/Downloads/Masterthesis%20Brouwer,%20A-3399907.pdf>
- Cooper, S. A. (1997). Psychiatry of elderly compared to younger adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *10*(4), 303-311. doi: 10.1111/j.1468-3148.1997.tb00025.x
- Dancey, C.P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*(6), 506- 514. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00373.x
- Diden, R. , Duker, P. C. C., & Seys, D. M. (2003). *Gedragsanalyse en -therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Reed business.
- Dielis-van Houts, A., Lendemeijer, B., & Hamers, J. (2004). Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking bij ouderen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, *(11)*, 40.

- Verkregen van: <http://prod.nursing.nl/PageFiles/9962/2004%2011-40%20vrijheidsbeperking%20bij%20ouderen.pdf>
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Hillery, J. (2000). Treatment and management of challenging behaviours in residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *13*, 197-213. doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00036.x
- Evenhuis, H. M., Hermans, H., Hilgenkamp, T. I., Bastiaanse, L. P., & Echteld, M. A. (2012). Kwetsbaarheid bij ouderen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *156*, A4808. Verkregen van: <https://www.ntvg.nl/artikelen/kwetsbaarheid-bij-ouderen-met-een-verstandelijke-handicap>
- 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. doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00335.x
- Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Capezuti, E., & van Rossum, E. (2013). De weg naar een bandenloze zorg in Nederland. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *44*(6), 253-260. doi: 10.1007/s12439-013-0047-z
- Have, H. A. M. J., Meulen, R. H. J., & Leeuwen, E. (2009). *Zorg. Medische ethiek*. Houten: Bon Stafleu van Loghum
- Houweling, H. (2002). *Het gebruik van fixatiemiddelen in de psychogeriatric: Zweedse banden? Verzin iets beters! Denkbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Inspectie voor de GezondheidsZorg (2008). *Intentieverklaring*. Verkregen van: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennispleindoc/showcases/Intentieverklaring.pdf>
- Inspectie voor de GezondheidsZorg (2010). *Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande*. Den Haag. Verkregen van: [http://www.igz.nl/Images/2011-12%20Rapport%20Cultuuromslag%20terugdringen%20vrijheidsbeperking\\_tcm294-90860.pdf](http://www.igz.nl/Images/2011-12%20Rapport%20Cultuuromslag%20terugdringen%20vrijheidsbeperking_tcm294-90860.pdf)
- Inspectie voor de GezondheidsZorg (2013). *Vrijheidsbeperking*. Verkregen van: <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/vrijheidsbeperking/>
- Kramer, G. J. A. (2002). *Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag: Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de*

- gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- LeBel, J., Huckshorn, K. A., & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: why are best practices ignored? *Child Welfare*, *89*(2), 169. Verkregen van: <http://search.proquest.com/openview/9fdb1cc737e9b3f953115af26e12694/1?pq-origsite=gscholar>
- Legemaate, M. D. J. (2004). De verhouding tussen de WGBO en de Wet Bopz. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, *28*(7), 441-448. doi: 10.1007/BF03056065
- Maaskant, M. A., van Kerkhof-Willemsen, G. H. P. M., & Sinnema, M. (2010). Verstandelijke handicap: definitie, classificaties en kenmerken. *Bijblijven*, *26*(4), 9-17. doi: 10.1007/BF03088758
- 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*(2), 111-117. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00477.x
- 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. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00669.x
- McClellan, B., & Grey, I. (2007). Modifying challenging behavior and planning positive supports. In A. Carr, G. O'Reilly, P. Noonan-Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 643-684). Londen: Brunner-Routledge.
- Moor, J. M. H. de, & Didden, R. (2009). Terugdringen van separeren kan. Casusbespreking van een man met een matige tot lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met een Verstandelijke Beperking*, *35*, 62-72.
- Nonhebel, M & Valenkamp, S. (2014). Gluren bij de burens. Naar minder vrijheidsbeperking dankzij zes samenhangende principes. *Kind & Adolescent, Praktijk*. *13*(3), 100-106. Verkregen van: [https://www.researchgate.net/profile/M\\_Valenkamp/publication/267057622\\_Gluren\\_bij\\_de\\_burens.\\_Naar\\_minder\\_vrijheidsbeperking\\_dankzij\\_zes\\_samenhangende\\_principes/links/55155f670cf2d70ee2701df2.pdf](https://www.researchgate.net/profile/M_Valenkamp/publication/267057622_Gluren_bij_de_burens._Naar_minder_vrijheidsbeperking_dankzij_zes_samenhangende_principes/links/55155f670cf2d70ee2701df2.pdf)
- Retsas, A. P. (1998). Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies*, *35*(3), 184-191. doi:10.1016/S0020-7489(98)00027-3
- Scheepmans, B., Dierckx de Casterlé, D., Paquay, H., Gansbeke, H. van, & Milisen, K.

- (2011). *De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen: Een kwalitatieve studie*. Brussel: Wit-gele kruis van Vlaanderen vzw. Verkregen van: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/425593/1/Onderzoeksrapport+VBM+KS+Definitief1+maart+2011.pdf>
- Stokkentre, L. (2010). De kennis, attitude en mening van begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg, rondom vrijheidsbeperkende maatregelen (Masterthesis Universiteit Utrecht). Verkregen van: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/40995>
- Sturmeij, P., Lott, J. D., Laud, R., & Matson, J. L. (2005). Correlates of restraint use in an Institutional population: A replication. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(7), 501-506. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00703.x
- Van den Wijngaart, M. A. G., Bongers, I. M. B., van Dijk, A. J. A., & van den Reek, E. W. A. (2011). *Separaties binnen zeer complexe zorgsituaties*. Tilburg: IVA.
- Veer, A. J. de, Dörenberg, V. E., Francke, A. L., Embregts, P., & Frederiks, B. J. (2013). *Vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking*. Verkregen op 13 januari 2016 van: [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/vrijheidsbeperken\\_de\\_maatregelen.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/vrijheidsbeperken_de_maatregelen.pdf)
- Vilans. (2011). *Kennisbundel vrijheidsbeperking voor docenten zorg en welzijn*. Verkregen van <http://www.vilans.nl/docs/producten/Kennisbundel%20Vrijheidsbep%20maatregelen.pdf>
- Vilans (2012). *Vrijheidsbeperkende maatregelen: Feiten en cijfers*. Verkregen van: [http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Vrijheidsbeperkende\\_maatregelen\\_feiten\\_en\\_cijfers.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Vrijheidsbeperkende_maatregelen_feiten_en_cijfers.pdf)
- 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 Gehandicaptten, 39*(1), 31-43.
- Zuidema, S. (2010). Probleemgedrag bij ouderen met dementie: Een vergelijking van tien nationale en internationale richtlijnen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 5*, 187-193. Verkregen van <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/TvO-Covers/InhoudTvO/TvO-5-2010/p187193SpringerTvO05LR.pdf>
- Zweers-de Groot, J., Lendemeijer, H. H. G. M., Hamers, J. P., Hoegen-van Tiel, C. B. M. M., & Heesbeen, I. M. E. (2004). *Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis*. Utrecht: Arcare.

## Bijlage 1

Beste vertegenwoordiger,

Binnenkort start de ROM over de begeleiding en behandeling die Naam cliënt binnen onze voorziening ontvangt. ROM staat voor Routine Outcome Monitoring, dit is het regelmatig verzamelen van gegevens om inzicht te krijgen in de symptomatologie van de cliënt, de behandeling en het resultaat van de behandeling.

De gegevens worden verzameld door het invullen van vragenlijsten en het verzamelen van gegevens uit het ECD. De gegevens worden verzameld bij de PO'er (naam PO'er) en de gedragskundige verbonden aan Naam cliënt. Indien mogelijk en wenselijk worden ook aan de cliënt zelf enkele vragen gesteld. Na afloop worden de verzamelde gegevens in het ECD bewaard en wordt op basis van die gegevens de zorg voor naam cliënt verder verfijnt. De gegevens van de cliënt worden ook anoniem gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek waarbij de zorg zoals die binnen stichting Prisma in zijn geheel wordt vormgegeven, wordt onderzocht. Mocht u nog vragen hebben over de ROM in zijn algemeenheid, zou u deze dan aan de teamleider kunnen stellen? Hij/zij zorgt ervoor dat deze vragen bij de werkgroep ROM terecht komt. Na afloop van de ROM kan de PO'er u de resultaten van de ROM laten zien.

Met vriendelijke groet

Naam PO'er wvz

## Bijlage 2

Beste PO'er en gedragskundige (GW'er),

Dit mailtje is het startsignaal van de ROM ASS\* voor de volgende cliënt:

### Naam cliënt

(\*ROM = Routine Outcome Monitoring, het regelmatig verzamelen van gegevens om inzicht te krijgen in de symptomatologie van de cliënt, de behandeling en het resultaat van de behandeling. De behandeling die in deze ROM wordt onderzocht is het zorgpad ASS.)

De ROM wordt, om zo efficiënt mogelijk om te gaan met ieders tijd, afgenomen in speciaal hiervoor ontwikkelde Excel bestanden (zie bijgevoegde handleiding). De bestanden zullen na invulling bewaard worden in het vakdossier in het ECD van de cliënt. Als alle gegevens zijn verzameld zal in één Excelbestand een overzichtelijk verslag gemaakt worden, dat gebruikt kan worden als informatiebron om de begeleiding en behandeling van de cliënt te evalueren. De betrokkenen bij de ROM zijn: PO'er (wvz) van de cliënt, GW'er, PDW'er betrokken bij dit onderzoek (=ondergetekende) & indien mogelijk de cliënt zelf.

De ROM verzamelt gegevens in 6 domeinen. In onderstaand schema kun je per domein nalezen welke gegevens er verzameld worden en wie er welke rol heeft (tussen haakjes de te verwachten tijdsinvestering):

Gegevens	Rol PO'er	Rol GW'er	Rol PDW'er	Rol Cliënt
Kwaliteit van bestaan				
POS	Beantwoorden vragen in interview (20 min)		Interview van PO'er (en eventueel cliënt) & in ECD plaatsen van bestand	(indien mogelijk beantwoordt ook de cliënt de POS vragen, interview door PDW'er, 20-30 min)
Gedragsproblemen				
CEP	Invullen samen met GW (30-60 min)	Invullen samen PO, in ECD		

		plaatsen (61 min)		
Vrijheidsbeperkende maatregelen				
LIVI	Invullen (10-20 min)	Controleren en in ECD hangen (6 min)		
Participatie				
Participatieladder	Deze staat nu niet in het ECD. Graag invullen.		Overnemen uit ECD.	
ZRM	Beantwoorden vragen in interview (10 min)		Interview van PO'er & in ECD plaatsen van bestand	
Sociaal netwerk				
Sociale netwerkkaart	Invullen samen met cliënt waar mogelijk, versturen naar PDW (5-45 min, afhankelijk van deelname cliënt en grootte van het netwerk)		In ECD plaatsen	(Levert indien mogelijk gegevens in gesprek met PO'er, 5-40 minuten)
Zorgpad				
ImZ		Invullen door GW'er en in ECD plaatsen. (6-11 minuten)		

**Concreet is de vraag aan de PO'er:**

1. Indien gewenst (maak hiervoor zelf een inschatting, of overleg met je teamleider) kan je de vertegenwoordiger van de cliënt informeren over de ROM. Je kan gebruik maken van bijgevoegde standaardtekst, die je kan personaliseren door de onderstreepte gedeeltes aan te passen. Het ROM-proces loopt door, dus ga meteen door naar stap 2.

2. Maak een afspraak voor het interviewgedeelte van de ROM met ondergetekende, dit is in totaal ongeveer 30 minuten. Mijn mogelijkheden zijn:

•

NB indien meerdere van je cliënten een ROM-meting hebben, is het prettig om afspraken te combineren.

3. Maak een afspraak met de GW'er om samen de CEP in te vullen (duurt afhankelijk van ernst probleemgedrag en aanwezigheid eerdere CEPs, indien een eerder CEP aanwezig is, is deze omgezet in het nieuwe format en in het ECD geplaatst).

4. Vul de LIVI in en verstuur deze naar de GW'er ter controle en plaatsing in het ECD.

5. Maak de sociale netwerkkaart (evt. met de cliënt) en neem de gegevens over in het Excelbestand. Denk ook aan het supplement socialisatie. Verstuur de Excel naar ondergetekende. De ingevulde sociale netwerkkaart (met de namen), kan je in het ECD hangen (zie handleiding).

6. Vul de participatieladder in in het ECD

(Zie de bijgevoegde handleiding voor de stap-voor-stap beschrijving.)

### **Concreet is de vraag aan de GW'er:**

1. Vul de CEP in samen met de PO'er en plaats deze in het ECD

2. Controleer de LIVI die de PO'er heeft ingevuld en plaats deze in het ECD

3. Vul de ImZ in en plaats deze in het ECD.

(Zie de bijgevoegde handleiding voor de stap-voor-stap beschrijving.)

Streven is om deze ROM binnen 4 weken af te ronden.

Als alle gegevens binnen zijn worden ze verzameld in een analysebestand en in een pdf van het overzichtsverslag. De GW'er krijgt via een melding in de inbox van het ECD een seintje dat dit verslag gereed is.

Alvast hartelijk dank voor je medewerking!

Met vriendelijke groet,

Naam pdw'er/onderzoeker



### Bijlage 3 – Onderdeel C van de CEP

#### C. 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.**
- Als de persoon het gedrag waar het om gaat niet meer (of veel minder) vertoont dankzij een gerichte aanpak, begeleidingswijze en/of maatregelen, maar de verwachting is dat het gedrag zonder dit aanbod met grote waarschijnlijkheid weer zal optreden, dan is het gedrag nog van belang en telt nog mee. Het huidige ondersteunings/ behandel-aanbod is immers specifiek gericht op het voorkomen of verminderen van dit gedrag. Dit gedrag wordt **wel** vermeld in de vragenlijst met bijbehorende oordeel en met de frequentie 0 of 1.
- 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.)

##### Gerichtheid van het gedrag:

Hierbij aangeven waarop of op wie het gedrag gericht is. Meer dan één mogelijkheid is toegestaan.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | = | geen richting aan te geven, niet van toepassing |
| 1 | = | op zichzelf gericht                             |
| 2 | = | op andere personen gericht                      |
| 3 | = | gericht op voorwerpen                           |

##### Frequentie van het gedrag:

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

- 0 = de afgelopen drie maanden niet voorgekomen (niet: 1)
- 1 = episodisch, uitbarstingen (niet: 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 afweren, 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      gerichtheid      freq.      oordeel

**Lichamelijke agressie**

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

**Destructief gedrag**

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

**Verbaal probleemgedrag**

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

anders:.....

**Lichamelijk probleemgedrag**

eten ophalen/ uitspugen

eten van oneetbare dingen

extreem veel eten

te weinig eten/ niet willen eten

met ontlasting spelen/ smeren

bewust incontinent

sterk zelfstimulerend gedrag

overall opklimmen

geen gevoel voor gevaar

op tenen lopen

lich.onrust/ overbeweeglijk

ernstig aandacht tekort

Waarneembaar gedrag komt voor gerichtheid freq. oordeel

bijzondere prikkelverwerking

**(bijv. sterk druk zoeken)**

anders:.....

**Seksueel probleemgedrag**

seksueel ontremd gedrag

zich laten misbruiken

seksueel contact afdwingen

anders:.....

**Stereotiep, dwangmatig gedrag**

stereotiepe herhaalde

handelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stereotiepe herhaalde				
bewegingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stereotiep klanken/woorden herh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dwangmatige belangstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uiten van dwanggedachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dwangm. voorkeur voor bep. eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teruggetrokken gedrag**

in zichzelf gekeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zich afzonderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet uit bed willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet willen spreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weinig tot niet (willen) bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet spelen, niet exploreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet(s) willen, aanbod afweren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oogcontact vermijden/ wegstaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Reactief probleemgedrag**

protest, verzet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onttrekken aan gezag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>bewust</u> niet luisteren/				
niet reageren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet accepteren als iets niet mag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ongevoelig voor bijsturing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impulsief, grillig, ontremd gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uitproberen/ uitlokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veel ruzie maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plagen/ pesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

niet reageren op gevoelens

ander	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
afpakken/ graaien	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
ander bang maken	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
anderen tegen elkaar opzetten	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
aandacht opeisen/ claimen	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
persé iets willen/ zeuren	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]

Waarneembaar gedrag      komt voor      gerichtheid      freq.      oordeel

**Maatschappelijk probleemgedrag**

stelen	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
drugs verslaving	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
alcohol verslaving	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
weglopen	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
zwerven	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
spijbelen	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[_,_,_]	[ ]	[ ]

**Uitingen van intrapsychische problematiek**

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	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
gedeprimeerd/ ongelukkig	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
mat, emotie-arm	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
overmatig positief gestemd	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
oninvoelbaar lachen	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
verwart fantasie en realiteit	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]
anders:.....	[ ]	[ , , ]	[ ]	[ ]