

DROS

Dynamic Risk Outcome Scales 2.0



trajectum



Klaus Drieschner – Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Den Haag

Bren Hesper – Kenniscentrum Trajectum, Zwolle

Monique Delforterie – Kenniscentrum Trajectum, Zwolle

CONTACT & BESTELLINGEN

www.trajectum.nl

e-mail: kenniscentrum@trajectum.info

BRONVERMELDING DROS

Drieschner, K. & Hesper, B. (2008). Dynamic Risk Outcome Scales. Boschoord: Trajectum

BRONVERMELDING DROS 2.0

Drieschner, K., Hesper, B. & Delforterie, M. (2019). Dynamic Risk Outcome Scales 2.0. Zwolle: Trajectum

De DROS 2.0 is tot stand gekomen met financiering van KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg) en in samenwerking met de volgende instellingen:

De Forensische Zorgspecialisten

De Rooyse Wissel

Iipse de Bruggen

Stevig – Dichterbij

Trajectum

COPYRIGHT

DROS 2.0 © 2019 Trajectum/De Borg

DROS © 2008 Trajectum/De Borg

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgevers.

Inhoudsopgave

Contact & bestellingen	2
Achtergrond en gebruiksvoorwaarden.....	4
Instructie	6
1. Probleembesef/probleeminzicht.....	8
2. Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	12
3. Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling	15
4. Medewerking aan de behandeling/begeleiding	17
5. Antisociale attitudes	22
6. Copingvaardigheden	26
7. Vijandigheid	30
8. Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag.....	33
9. Impulsiviteit	36
10. In stand houden van stabiliserende structuren	38
11. Zelfredzaamheid	41
12. Sociale vaardigheden en gedrag	44
13. Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken	47
14. Psychotische symptomen	50
15. Sociaal netwerk	53
16. Internaliserende risicofactoren	56
Scoringsformulier DROS 2.0	62

Achtergrond en gebruiksvoorwaarden

Evaluatie van behandel-effecten met gestandaardiseerde instrumenten is een belangrijk onderdeel van de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en risicovol gedrag. Bij Trajectum, een zorginstelling voor mensen met licht verstandelijke beperkingen, risicovol gedrag en al dan niet een strafrechtelijke titel, is in 2008 de *Dynamic Risk Outcome Scales (DROS)* ontwikkeld. In 2019 is de handleiding bijgesteld naar de DROS 2.0. Hierin werd de tabel om het sociale netwerk van de cliënt in kaart te brengen aangepast naar een schaal *Sociaal netwerk* met dezelfde opbouw als de andere schalen van de DROS. Daarnaast werd de schaal *Internaliserende risicofactoren* toegevoegd, op aanvraag van behandelaars en onderbouwd met onderzoek naar de relatie tussen internaliserende problematiek en risicovol gedrag.

De naam *DROS* weerspiegelt de centrale uitgangspunten van het instrument.

Dynamic Risk: De DROS richt zich op 'dynamische risicofactoren' voor delinquentie en ernstig externaliserend probleemgedrag. Dit zijn cliëntgebonden factoren die samenhangen met het probleemgedrag en beïnvloedbaar zijn. De combinatie van deze twee eigenschappen maakt dynamische risicofactoren tot natuurlijke uitkomstvariabelen van behandelingen gericht op preventie van ernstig probleemgedrag. De DROS bevat de belangrijkste door empirisch onderzoek ondersteunde dynamische risicofactoren plus enkele factoren met speciale relevantie voor de verstandelijk beperkte doelgroep.

Outcome: Instrumenten voor het vaststellen van *behandeleffecten* moeten aan een aantal eisen voldoen. Allereerst moeten zij gevoelig zijn voor de vaak kleine veranderingen die bij cliënten optreden. Ten tweede moet de betekenis van de itemscores stevig zijn verankerd om te voorkomen dat verschuivingen in de interpretatie van items leiden tot veranderingen in scores. Ten derde moet het instrument in detail laten zien welke risicofactoren al dan niet zijn veranderd. Dit stelt hogere eisen aan veranderingsgevoeligheid en constructvaliditeit dan bij risicotaxatie-instrumenten het geval is.

Scales: Iedere dynamische risicofactor wordt met de DROS niet door een enkel item gemeten maar door een schaal bestaande uit meerdere items. Hierdoor ontstaat een fijnere schakering van scores waardoor ook kleine veranderingen vastgesteld kunnen worden. Daarnaast zijn schalen doorgaans betrouwbaarder dan afzonderlijke items. Dit is essentieel als men zeker wil zijn dat veranderingen van scores tussen metingen werkelijke veranderingen en niet slechts meetfouten weerspiegelen.

De DROS heeft enkele kenmerken die zijn toegesneden op de verstandelijk beperkte doelgroep. Ten eerste is bij de ijking van de items rekening gehouden met het lagere cognitieve niveau. Hierdoor

kunnen ook de voor deze doelgroep kenmerkende veranderingen op laag niveau gemeten worden. Ten tweede is een inhoudelijk accent gelegd op de begeleidbaarheid van de cliënt, rekening houdend met de blijvende zorgafhankelijkheid van de doelgroep. Ten derde zijn verwijzingen naar een strafrechtelijke behandelcontext zoveel mogelijk vermeden. Hiermee wordt recht gedaan aan een minder duidelijke relatie tussen delictwaardig gedrag en strafrechtelijke veroordeling bij mensen met verstandelijke beperkingen.

Veranderingen kunnen alleen door herhaalde metingen met constante kwaliteit vastgesteld worden. Dit vereist gemotiveerde beoordelaars. Daarom was een uitgangspunt bij de ontwikkeling van de DROS dat gebruikers al bij het invullen van het instrument een meerwaarde moeten ervaren en dat het instrument door behandelaars gebruikt moet kunnen worden om individuele behandeldoelen op te stellen en behandelingen te evalueren. Om dit te bereiken is erop gelet dat de items concreet zijn geformuleerd en nauw aansluiten bij de klinische praktijk.

Bij een beoordelingsinstrument zoals de DROS bepaalt de beoordelaar in hoge mate de kwaliteit van de scores. Daarom moeten gebruikers van de DROS aan enkele voorwaarden voldoen. Allereerst moeten zij de cliënt persoonlijk kennen en over voldoende actuele observaties beschikken om de huidige cognities, gedrag en vaardigheden van de cliënt te kunnen beoordelen. Daarnaast vereist het scoren van de DROS kennis van de problematiek van de doelgroep, abstraherend vermogen en een hoge mate van nauwkeurigheid. Bij gedragswetenschappers kan dit verondersteld worden. Bij niet-gedragswetenschappers is het aan te raden de geschiktheid voor het gebruik van de DROS tijdens de verplichte beoordelaarstraining te evalueren. Een geoefende beoordelaar zal voor het scoren van de DROS 2.0 gemiddeld ongeveer 60 minuten nodig hebben.

Instructie

De Dynamic Risk Outcome Scales (DROS 2.0) bevat 16 schalen voor veranderlijke cognitieve, affectieve en gedragsmatige factoren die medebepalend zijn voor het risico op delict- en ernstig probleemgedrag bij zwakbegaafde of licht verstandelijk beperkte mensen met gedragsstoornissen. Iedere schaal bestaat uit meerdere items met vijfpunt beoordelingsschalen. De beoordelingsperiode bestrijkt de afgelopen 6 maanden.

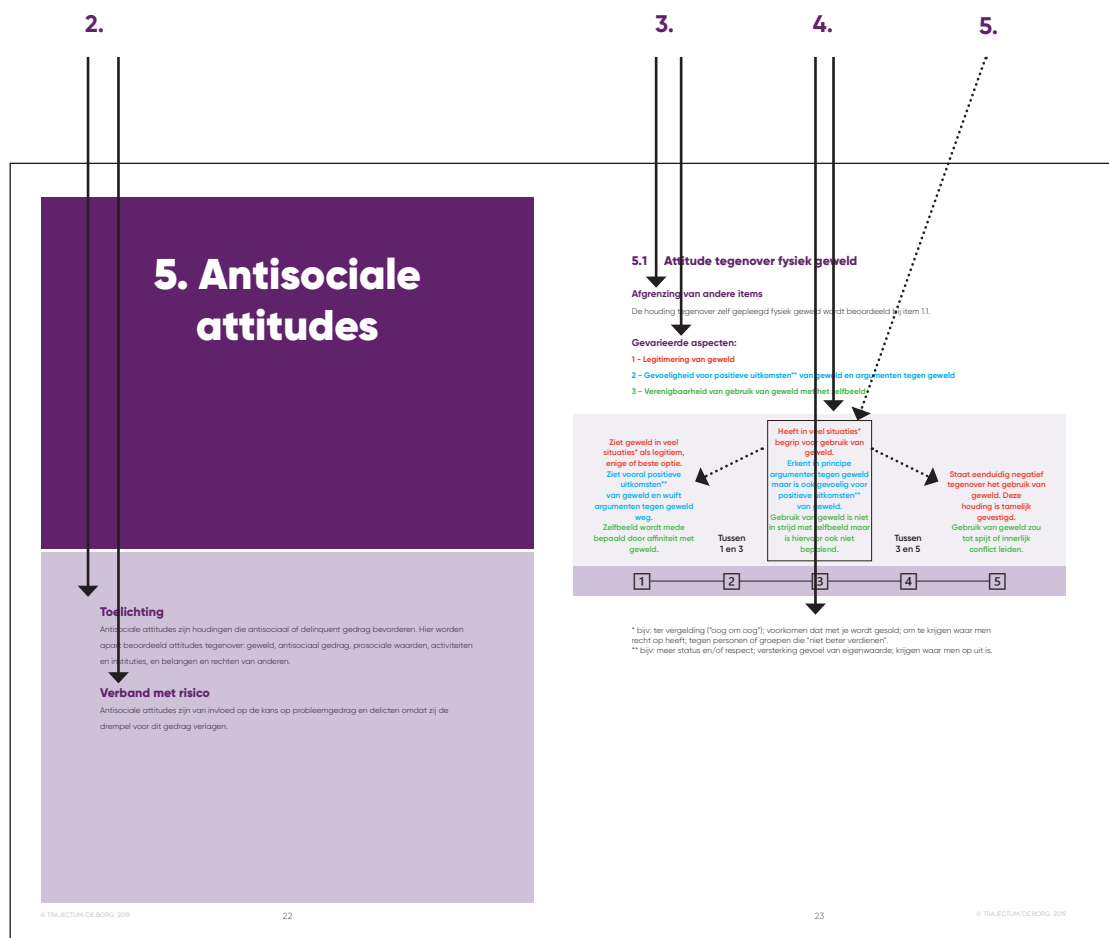
Iedere schaal wordt ingeleid door een korte Toelichting op de schaalinhoud en op het verband hiervan met risicogedrag. Per item is onder het kopje Gevarieerde aspecten weergegeven welke inhoudelijke aspecten de betreffende itemscore bepalen. De betekenis van de schaalpunten 1, 3 en 5 is door korte inhoudelijke definities (score-ankers) vastgelegd, waarbij door kleurgebruik wordt verwezen naar de hiervoor genoemde gevarieerde aspecten. Sommige items hebben bovendien nog een kopje Afgrenzing van andere items waaronder de gebruiker erop wordt geattendeerd dat bepaalde kenmerken niet bij dit item maar bij een ander item moeten worden beoordeeld.

Stappen bij de scoring

1. Haal de beoordelingsperiode van 6 maanden voor de geest.
2. Wees op de hoogte van de kopjes "Toelichting" en "Verband met risico".
3. Lees zorgvuldig de "Gevarieerde aspecten" en eventueel het kopje "Afgrenzing van andere items".
4. Lees de 'score-anker' bij schaalpunt 3 (let op eventuele voetnoten).
5. Bepaal of de cliënt 'beter' of 'slechter' is en lees hiervan afhankelijk de score-anker bij schaalpunt 5 of 1.
6. Bepaal per gevarieerd aspect de score (bijv. rood: 2 , blauw: 3, groen: 3).
7. Bepaal de score gebruik makend van "middelen en wegen". Dit betekent:
 - Aspecten kunnen verschillend zwaar wegen afhankelijk van de relevantie voor het risico in het individuele geval (bijv. 2, 3, 3 kan score 2 opleveren als het rode aspect bijzonder belangrijk is);
 - Soms verwijst een item naar verschillende situaties of onderwerpen. Zo kan medicatietrouw verschillen per medicament of probleembesef per probleemgebied. In deze gevallen geeft men meer gewicht naarmate het medicament of het probleemgebied grotere relevantie heeft voor het risicogedrag van de cliënt;
 - Als de cliënt binnen de beoordelingsperiode van 6 maanden is veranderd kan men de laatste fase zwaarder laten wegen dan het begin van de periode.

Aandachtspunten bij de scoring

- Een beschrijving zal zelden helemaal van toepassing zijn. Kies de meest toepasselijke score.
- Scoor niet "voor zijn doen" of "gezien zijn mogelijkheden" maar hou je strikt aan de beschrijvingen in de itemankers. Niet iedere cliënt kan op alle items de score 5 halen.
- Laat je niet leiden door een algemene indruk van de cliënt maar hou je strikt aan de inhoud van het betreffende item.
- Gebruik de score 3 niet als 'veilige optie' bij twijfels. Sla items over bij ontbrekende informatie.
- Scoor niet te voorzichtig. De scores 1 en 5 kunnen ook van toepassing zijn als de beschrijving niet op alle aspecten exact bij de cliënt past.



1. Probleembesef/ probleeminzicht

Toelichting

Probleembesef vereist allereerst de erkenning dat het eigen gedrag een probleem vormt en dat men zelf verantwoordelijk is voor dit gedrag. Probleeminzicht verwijst naar kennis van risicofactoren en signalen voor probleemgedrag. Daarnaast wordt hier het besef van blijvende kwetsbaarheden door de verstandelijke en/of overige beperkingen onderscheiden.

Probleembesef en –inzicht zijn cognities die hier strikt worden onderscheiden van gedrag dat eruit voort kan komen.

Verband met risico

Probleembesef en probleeminzicht zijn essentieel voor de wens om te veranderen, de motivatie om zich hiervoor in te spannen, het geven van richting aan deze inspanning, en de bereidheid hierbij begeleiding te aanvaarden.

1.1 Verantwoordelijkheid nemen

Afgrenzing van andere items

- Het gaat hier uitsluitend om het erkennen van verantwoordelijkheid; gedrag dat eventueel hieruit voortkomt, wordt gescoord bij item 4.1
- Het gaat hier om het besef dat het eigen gedrag een probleem vormt/vormde; het hieraan gerelateerde besef (al dan niet) begeleiding en/of behandeling nodig te hebben, wordt gescoord bij item 2.1

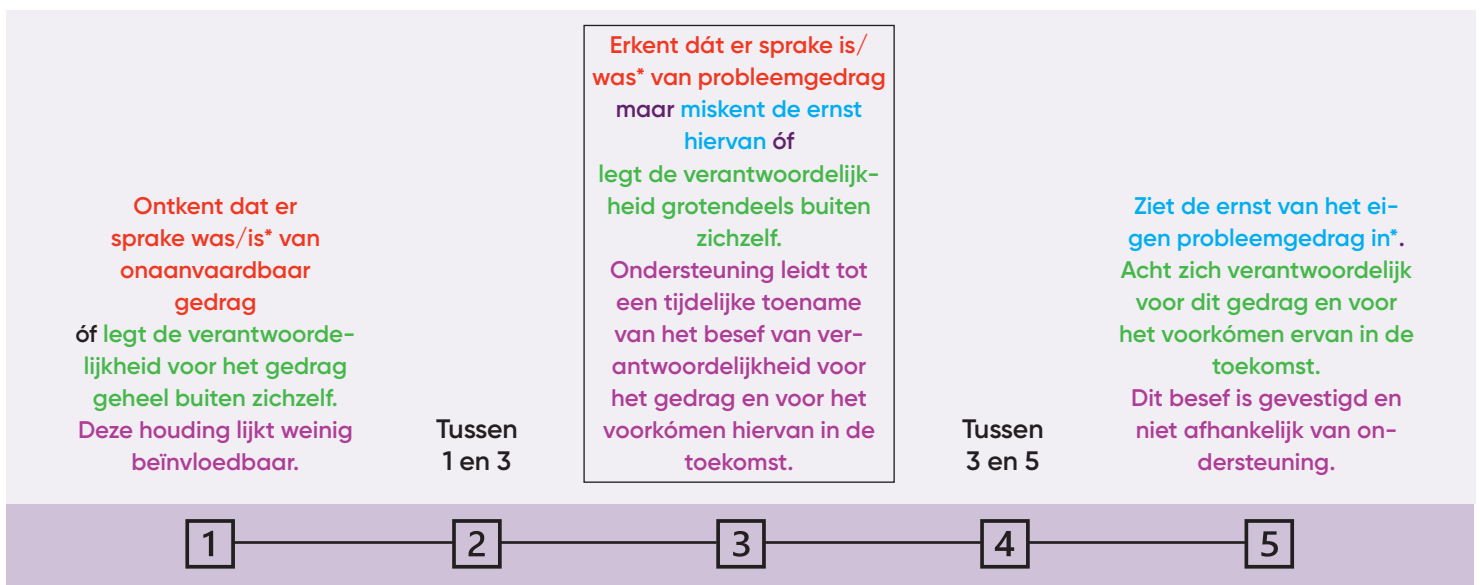
Gevarieerde aspecten:

1 - Erkenning dat er sprake is/was* van onaanvaardbaar gedrag

2 - Erkenning van de ernst van het probleemgedrag

3 - Erkenning van de eigen verantwoordelijkheid voor het eigen probleemgedrag

4 - Afhankelijkheid van het probleembesef van ondersteuning



* Als probleemgedrag tot het verleden behoort (bijv. na beëindiging van de behandeling), wordt hier het probleemgedrag bedoeld dat aanleiding was voor de behandeling.

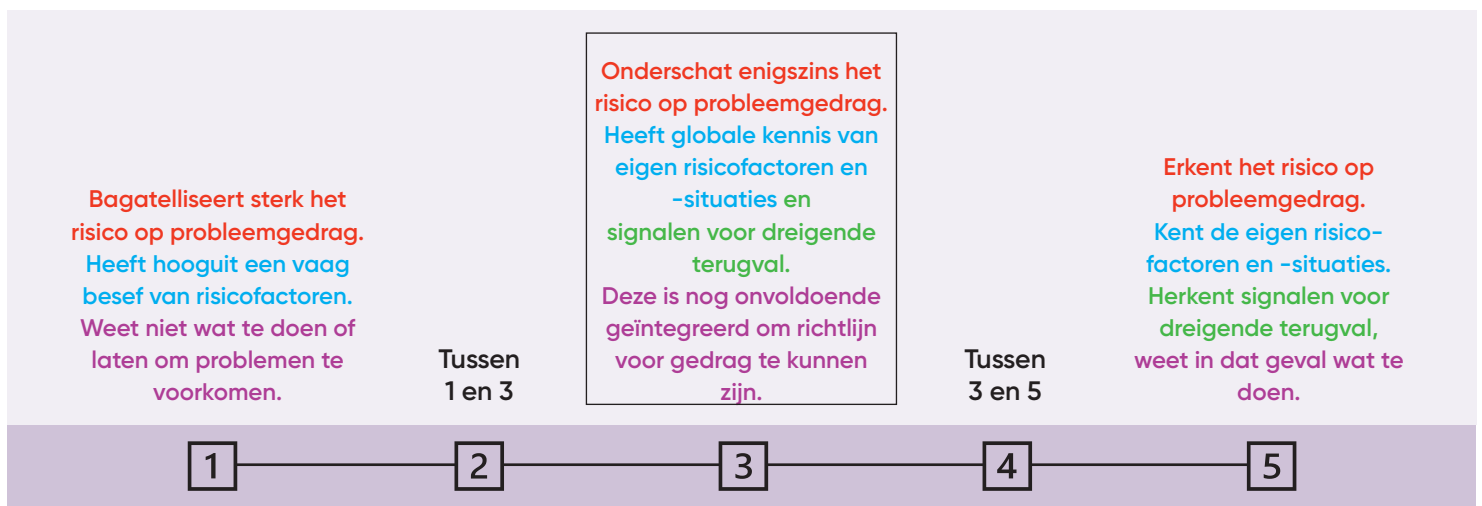
1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag

Afgrenzing van andere items

Hier gaat het alleen om besef van risico en het weten wat men moet doen. Of men zich hierdoor in zijn gedrag daadwerkelijk laat leiden, wordt bij diverse andere items gescoord (4.1 t/m 4.4; 8.1, 8.3; 10.1, 10.2; 11.1).

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Realisme wat betreft het risico op probleemgedrag/delictgedrag
- 2 - Kennis van de eigen risicofactoren en risicosituaties voor probleem- of delictgedrag
- 3 - Kennen en herkennen van signalen voor dreigende terugval in probleem- of delictgedrag
- 4 - Weten wat men in gevaarsituaties moet doen om probleem- of delictgedrag te voorkomen



1.3 Acceptatie van eigen beperkingen

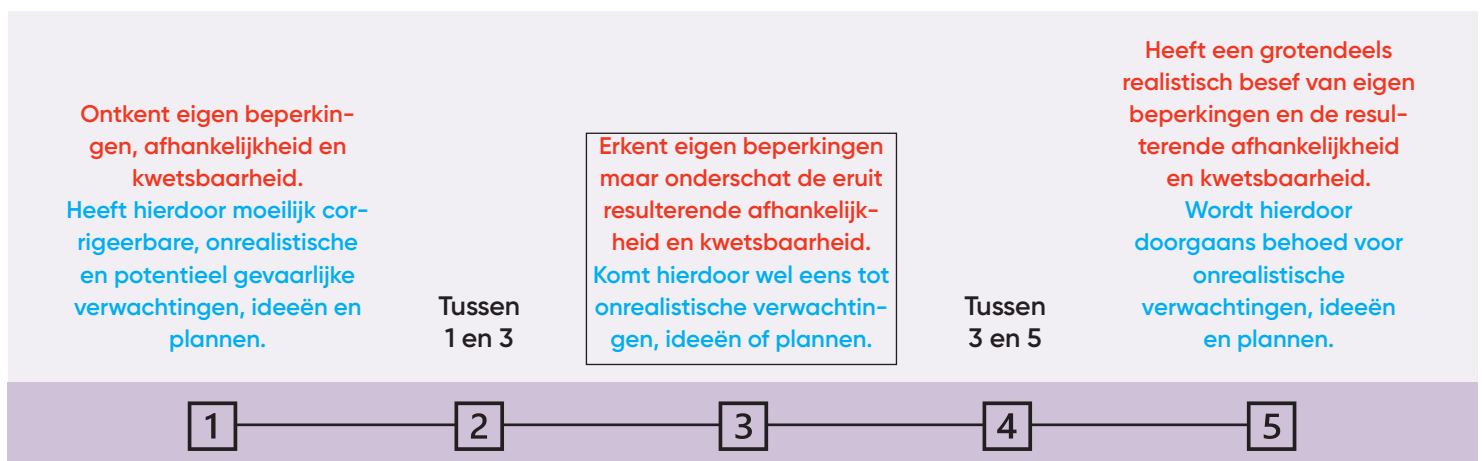
Afgrenzing van andere items

- Of de voorstellingen van het leven na de behandeling realistisch zijn, wordt beoordeeld bij de items 3.1 en 3.2.
- De erkenning op dit moment behandeling of begeleiding nodig te hebben, wordt beoordeeld bij item 2.1.

Gevarieerde aspecten:

1 - Besef van eigen beperkingen en de afhankelijkheid en kwetsbaarheid hierdoor

2 - Of het ontbreken van dit besef leidt tot onrealistische en potentieel
gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen



2. Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding

Toelichting

De attitude tegenover de actuele professionele zorg (behandeling of begeleiding) wordt mede bepaald door de ervaren noodzaak van professionele zorg in het algemeen en de overeenstemming met de doelen van de zorg.

Het gaat hier om de attitude tegenover de zorg en niet over het gedrag dat eruit voort komt; of de cliënt meewerkt aan de zorg. Er worden attitudes tegenover drie aspecten van de geboden zorg onderscheiden; de inhoud van het zorgaanbod, de personen van de zorgverleners en de restrictieve aspecten van de zorg, zoals regels, beperkingen en toezicht.

Verband met risico

De attitude tegenover de zorg (behandeling of begeleiding) is bepalend voor de ontvankelijkheid voor de zorg en de mate van inzet en daarmee voor de waarschijnlijkheid dat de zorg aan haar doelen beantwoordt.

2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg

Afgrenzing van andere items

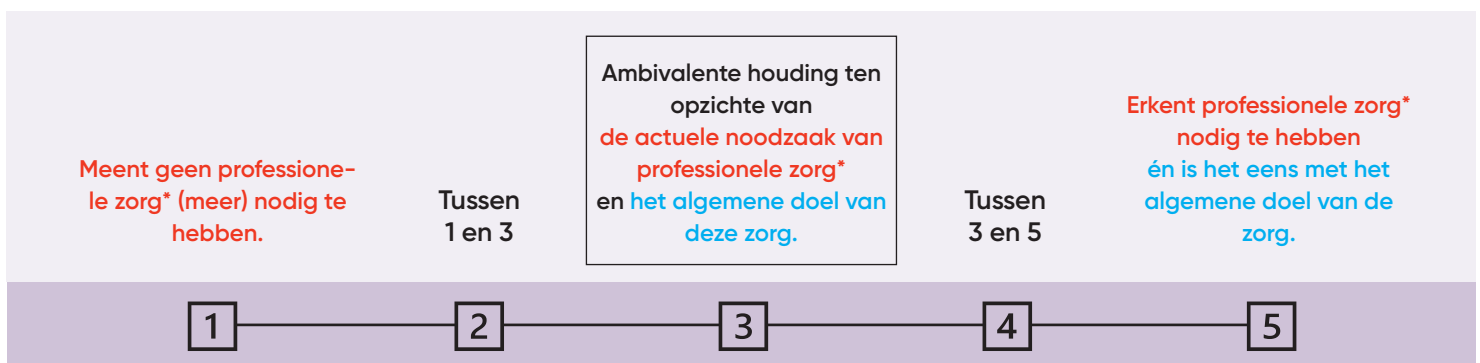
Hier gaat het om het besef op dit moment een vorm van professionele zorg nodig te hebben.

- Ideeën en verwachtingen over de noodzaak van zorg na beëindiging van de behandeling worden beoordeeld bij item 3.1
- De houding tegenover de specifieke huidige zorg wordt beoordeeld bij item 2.2
- Het besef dat het eigen gedrag een probleem vormt / vormde, wordt beoordeeld bij item 1.1

Gevarieerde aspecten:

1 – Besef in de huidige situatie (een vorm van) professionele zorg* nodig te hebben

2 – Mate van instemming met de algemene doelstelling (missie) van de geboden zorg



* Professionele zorg = behandeling óf begeleiding afhankelijk van de aard van de huidige zorg.

2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg

Afgrenzing van andere items

Hier gaat het uitsluitend om een cognitief-affectieve houding tegenover de huidige zorg. De feitelijke gedragsmatige inzet wordt beoordeeld bij de items 4.1 tot 4.4

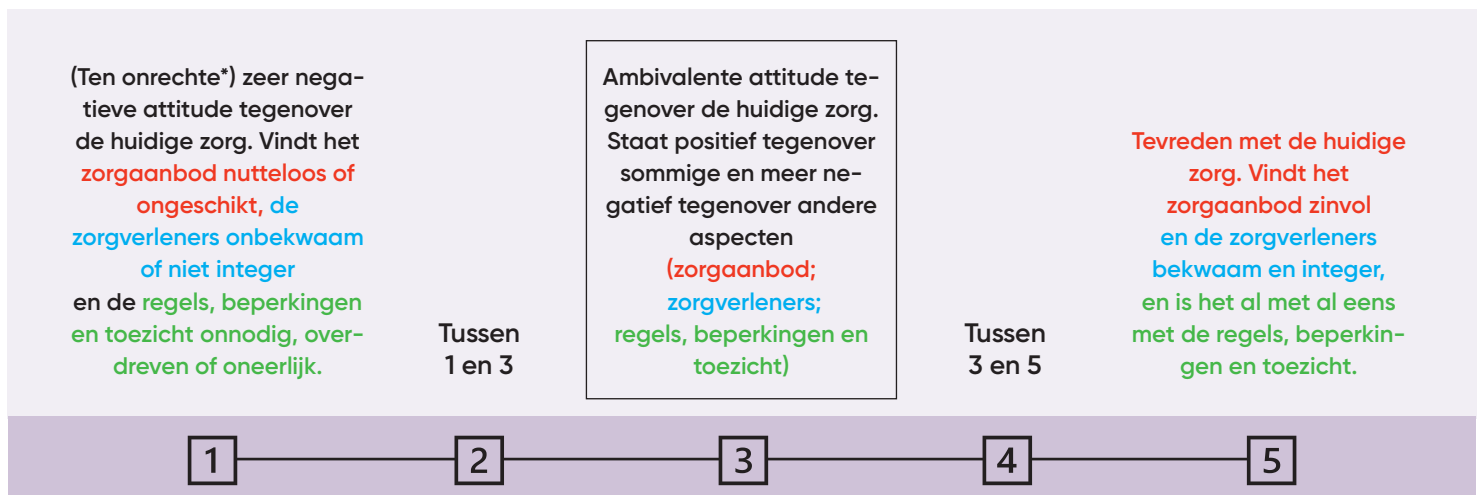
Gevarieerde aspecten:

Attitude t.o.v. diverse aspecten van de huidige zorg:

1 - Het zorgaanbod

2 - Behandel- en/of begeleidingsstaf

3 - Restrictieve aspecten van de zorg: regels, beperkingen, toezicht



* Een terechte negatieve attitude tegenover inadequate aspecten van de geboden zorg wordt niet negatief aangerekend.

3. Ideeën en verwachtingen over de situatie *na* behandeling

Toelichting

Een behandeling is van tijdelijke aard. Naarmate het einde nadert, worden realistische ideeën en verwachtingen over het leven na de behandeling belangrijker. In de meeste gevallen zal een vorm van professionele zorg na de behandeling een belangrijke rol blijven spelen. Hier wordt daarom in twee items onderscheid gemaakt tussen de ideeën en verwachtingen ten opzichte van (1) de na de behandeling noodzakelijke zorg en (2) overige aspecten van het leven na de behandeling.

Item 1: Noodzakelijke zorg

Ideeën en verwachtingen betreffende:

- De mogelijke mate van zelfstandigheid
- Noodzakelijke begeleiding en/of ondersteuning
- Toezicht (bijv. op aanwezigheid, middelengebruik, financiën)
- Medicatie

Item 2: Overige aspecten

Ideeën en verwachtingen betreffende:

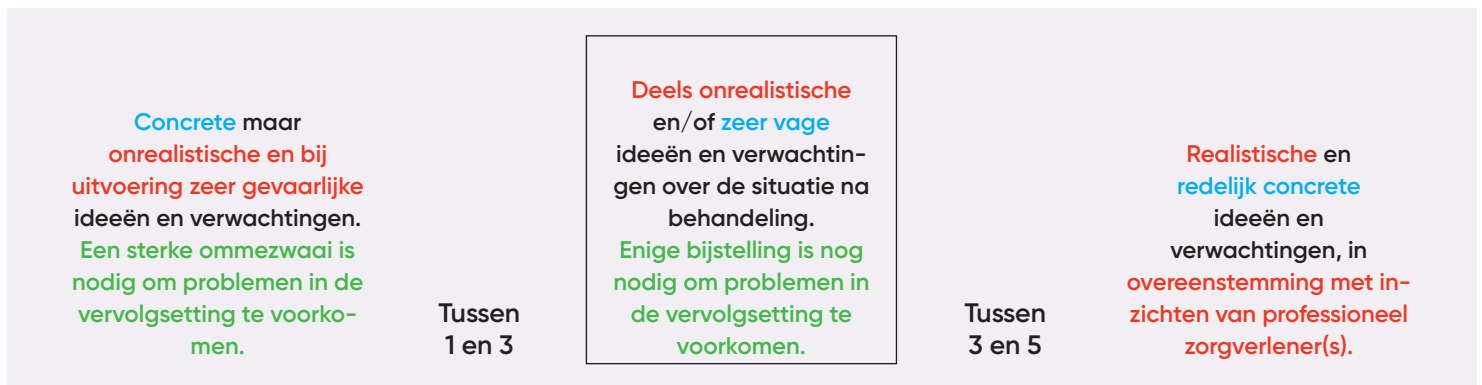
- Woonplaats
- Contact met ouders, vrienden en kennissen
- Werk
- Besteding van vrije tijd

Verband met risico

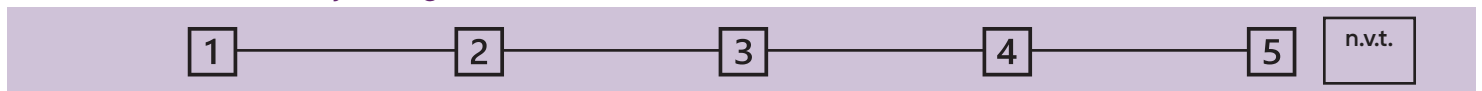
Ongeacht eventuele behandel-effecten hangt het grotendeels van de levenssituatie en de zorg na de behandeling af of het opnieuw tot ernstig probleemgedrag of delicten komt. Bij onrealistische verwachtingen van de cliënt ten opzichte van de toekomstige levenssituatie is te verwachten dat de cliënt onvoldoende meewerkt aan hetgeen noodzakelijk wordt geacht.

Gevarieerde aspecten:

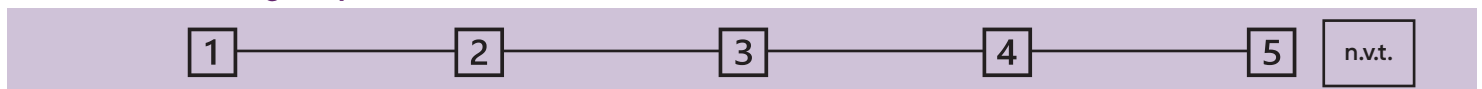
- 1 - In hoeverre de ideeën en verwachtingen van de cliënt realistisch zijn (d.w.z. in overeenstemming met de voorstellingen van de professionele zorgverlener)
- 2 - Hoe sterk de ideeën en verwachtingen zijn uitgekristalliseerd (vaag versus concreet)
- 3 - Hoe sterk de ideeën en verwachtingen moeten veranderen om problemen in de vervolgsetting te voorkomen.



Item 3.1 Noodzakelijke zorg



Item 3.2 Overige aspecten



N.v.t.
(Nog geen enkel idee van de tijd na behandeling óf tijd na de behandeling is al aangebroken)

4. Medewerking aan de behandeling/ begeleiding

Toelichting

Medewerking van de cliënt is een voorwaarde dat de geboden zorg kan leiden tot vermindering van probleemgedrag of het stand houden van gedragsverandering. Cliënten moeten actief gebruik maken van de geboden hulp, meewerken aan medicatie, zich aan regels houden die ertoe dienen probleemgedrag te voorkomen, open zijn over hun doen en laten en over wat er in hun omgaat. Het gaat erom of de cliënt zijn best doet. Het beoordeelde gedrag moet daarom (a) expliciet van de cliënt worden verwacht en (b) binnen de mogelijkheden van de cliënt vallen.

Verband met risico

Zonder actieve medewerking van de cliënt is de behandeling of begeleiding niet effectief wat het risico op probleemgedrag verhoogt.

Afgrenzing van andere DROS schalen

Bij "medewerking" gaat het om gedrag (of het nalaten ervan) in de ruimste zin. Cognities die aan het gedrag ten grondslag liggen worden beoordeeld bij de DROS schalen 1, 2 en 5.

4.1 Inzet* voor verandering

Afgrenzing van andere items

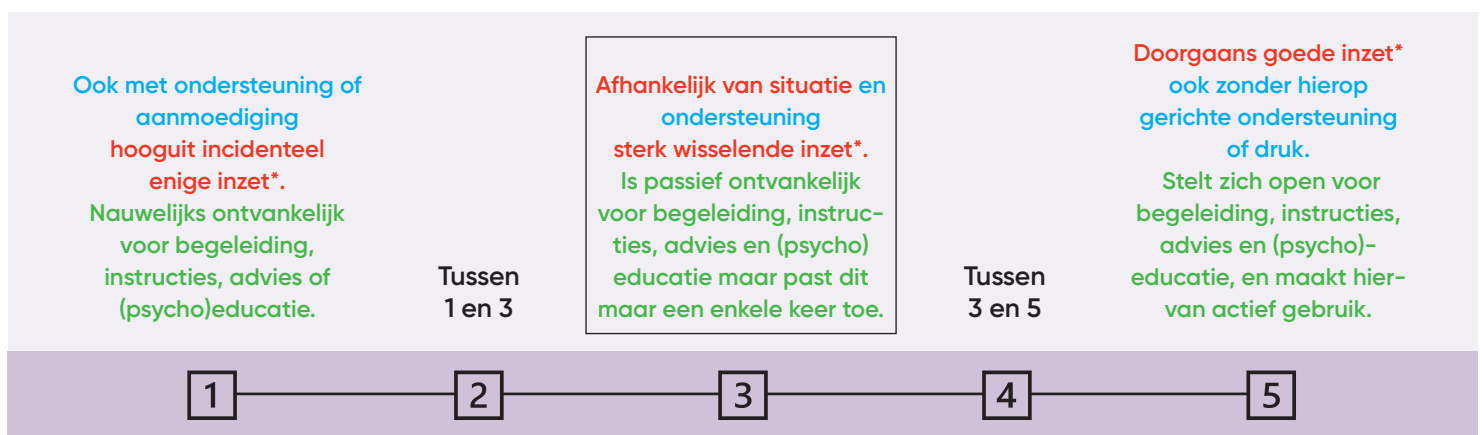
- Zie boven onder "Afgrenzing van andere DROS factoren"
- Inzet (zijn best doen) in verband met medicatiegebruik wordt beoordeeld bij item 4.2, zijn best doen om zich aan regels te houden bij item 4.3, en openheid bij item 4.4.

Gevarieerde aspecten:

1 - Mate en continuïteit van inzet*

2 - Mate van ondersteuning of aanmoediging die nodig is om inzet te bereiken

3 - Ontvankelijkheid voor begeleiding, instructies, advies en (psycho)educatie.



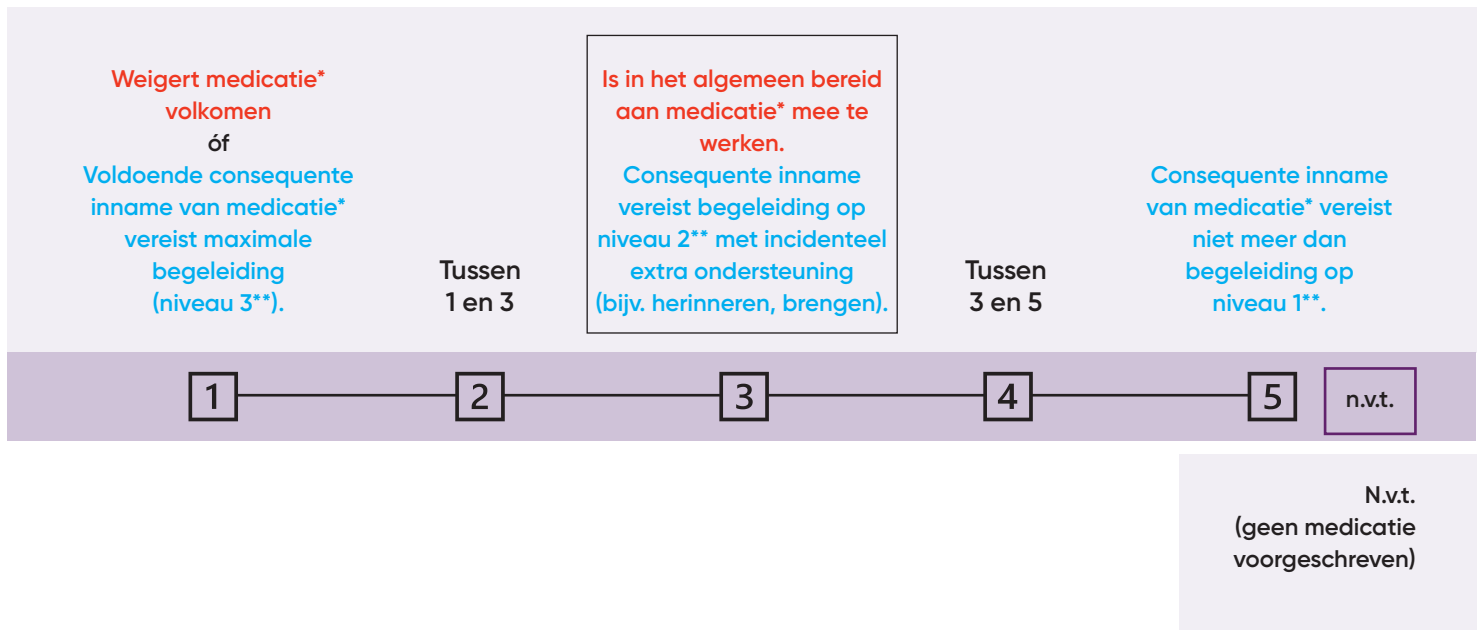
* Inzet = Inzet voor competentievergroting, gedragsverandering en in stand houden van gedragsverandering

4.2 Consequente inname van medicatie*

Gevarieerde aspecten:

1 - Bereidheid tot gebruik van medicatie*

2 - Intensiteit van begeleiding** die nodig is om consequente inname te bereiken (Let op: het is mogelijk dat een cliënt minder begeleiding nodig zou hebben dan hij op dit moment krijgt)



* Het gaat hier uitsluitend om psychofarmaca, medicijnen die werkzaam zijn bij psychische aandoeningen, en niet om medicatie i.v.m. somatische klachten.

** Intensiteit van begeleiding:

Niveau 3: medicijn wordt naar cliënt toegebracht; toezicht op inname;

Niveau 2: medicijn wordt klaargezet; cliënt haalt deze op eigen initiatief op; geen toezicht op inname;

Niveau 1: cliënt heeft medicijn voor periodes van minimaal 4 dagen in eigen beheer.

4.3 Volgen van regels en afspraken

Afgrenzing van andere items

- Zie pagina 17 onder "Afgrenzing van andere DROS schalen"
- Zich houden aan regels en afspraken rondom medicatiegebruik wordt beoordeeld bij item 4.1 en rondom openheid bij item 4.4.

Gevarieerde aspecten:

1 - In hoeverre men zich houdt aan:

a. Zwaarwegende* regels en afspraken

b. Minder zwaarwegende regels en afspraken

2 - Situatieafhankelijkheid

3 - Afhankelijkheid van ondersteuning met betrekking tot het volgen van regels en afspraken

4 - Of men zich achteraf laat aanspreken op overtredingen van regels en afspraken



* Zwaarwegende regels en afspraken = regels en afspraken waarbij overtreding onmiddellijk een sterk verhoogd risico op serieus probleemgedrag met zich meebrengt.

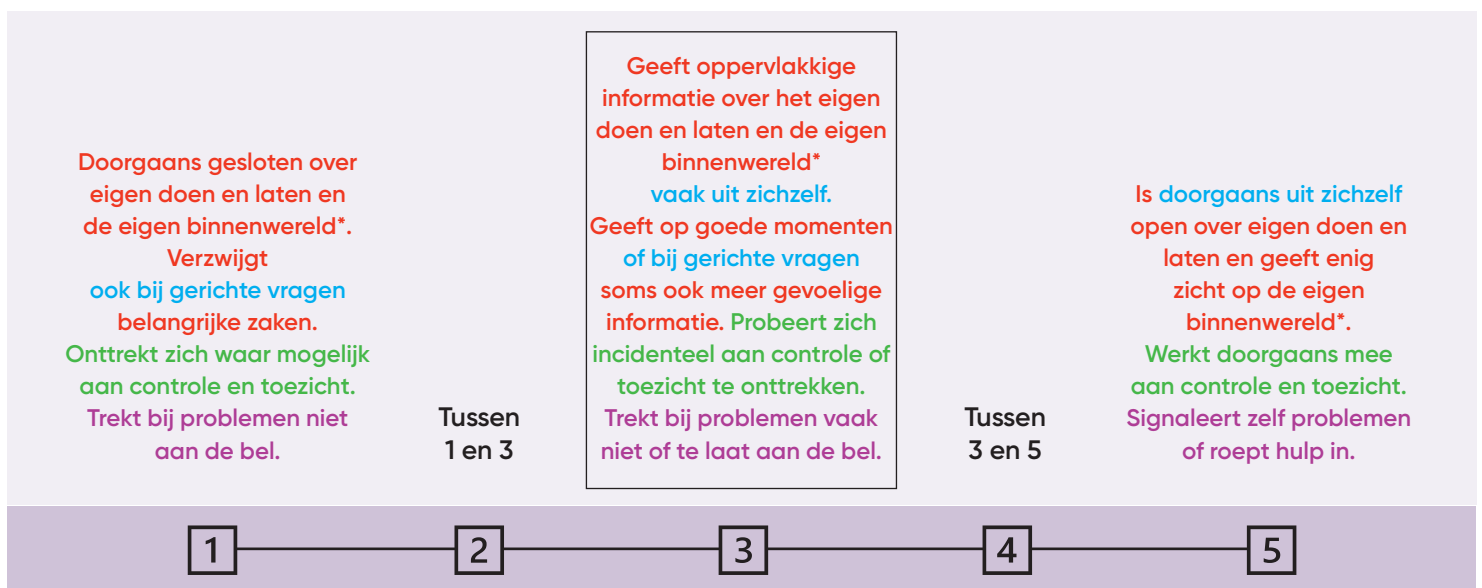
4.4 Openheid

Afgrenzing van andere items

Zie pagina 17 onder "Afgrenzing van andere DROS schalen"

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Mate van openheid over de eigen binnenwereld* en het eigen doen en laten
- 2 - Of informatie uit zichzelf of pas na gerichte vragen wordt gegeven
- 3 - Medewerking aan controle en toezicht
- 4 - Of bij problemen aan de bel wordt getrokken en/of hulp wordt ingeroepen



* binnenwereld = gevoelens, gedachten, attitudes, fantasieën, neigingen, plannen.

5. Antisociale attitudes

Toelichting

Antisociale attitudes zijn houdingen die antisociaal of delinquent gedrag bevorderen. Hier worden apart beoordeeld attitudes tegenover: geweld, antisociaal gedrag, prosociale waarden, activiteiten en instituties, en belangen en rechten van anderen.

Verband met risico

Antisociale attitudes zijn van invloed op de kans op probleemgedrag en delicten omdat zij de drempel voor dit gedrag verlagen.

5.1 Attitude tegenover fysiek geweld

Afgrenzing van andere items

De houding tegenover zelf gepleegd fysiek geweld wordt beoordeeld bij item 1.1.

Gevarieerde aspecten:

1 - Legitimering van geweld

2 - Gevoeligheid voor positieve uitkomsten** van geweld en argumenten tegen geweld

3 - Verenigbaarheid van gebruik van geweld met het zelfbeeld



* bijv: ter vergelding ("oog om oog"); voorkomen dat met je wordt gesold; om te krijgen waar men recht op heeft; tegen personen of groepen die "niet beter verdienen".

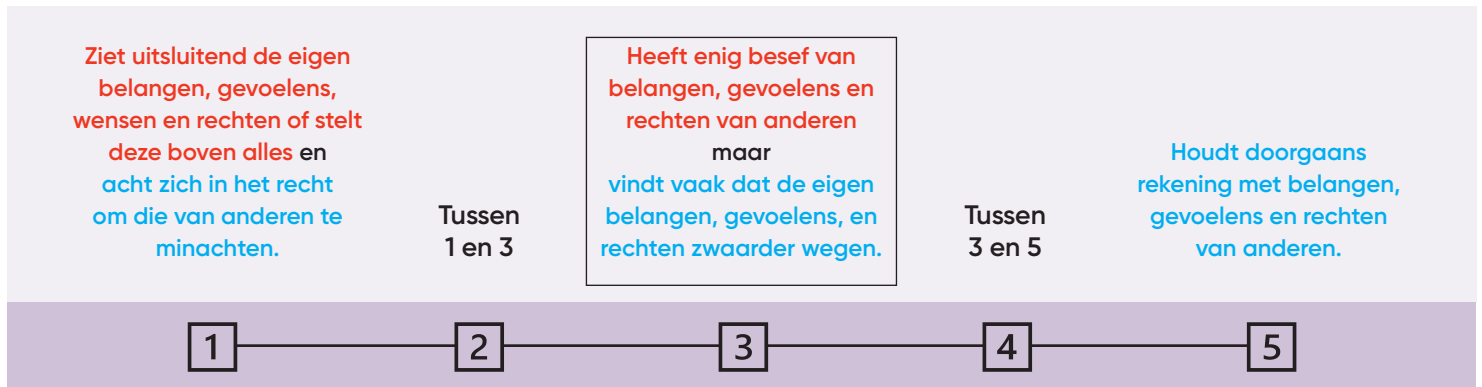
** bijv: meer status en/of respect; versterking gevoel van eigenwaarde; krijgen waar men op uit is.

5.2 Egocentrisme

Gevarieerde aspecten:

1 - In hoeverre men oog heeft voor belangen, gevoelens, en rechten van anderen

2 - In hoeverre men hiermee rekening houdt



5.3 Attitude tegenover antisociaal gedrag

Afgrenzing van andere items

- De attitude tegenover eigen antisociaal gedrag wordt beoordeeld bij item 1.1.
- De attitude tegenover geweld wordt beoordeeld bij item 5.1

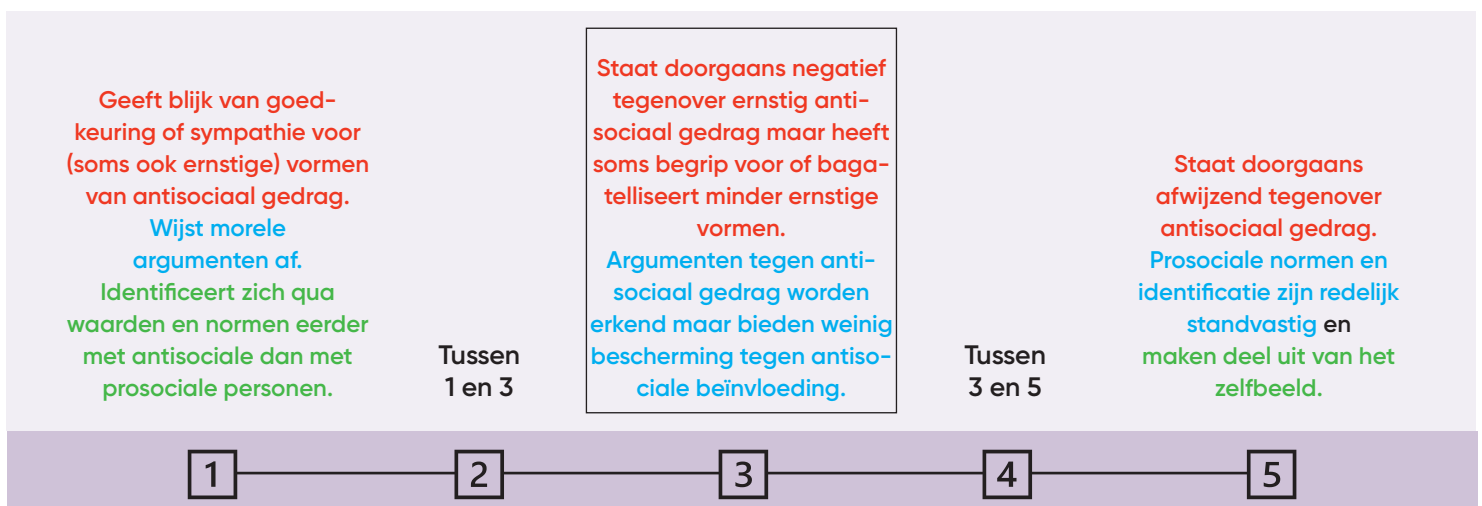
Gevarieerde aspecten:

1 - Positieve versus negatieve houding tegenover

- Ernstig antisociaal gedrag
- Minder ernstig antisociaal gedrag

2 - In hoeverre deze houding standvastig is, of beïnvloedbaar is door argumenten of antisociale invloeden

3 - In hoeverre de attitude is geworteld in identificaties en zelfbeeld



5.4 Attitude tegenover maatschappelijke conventies

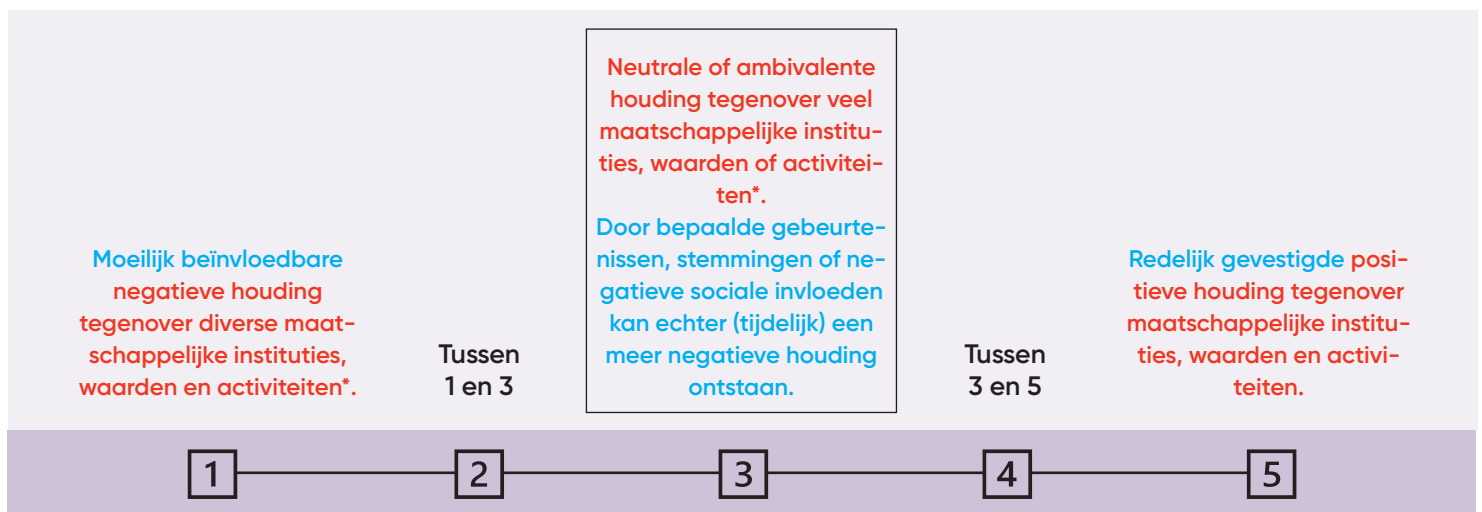
Afgrenzing van andere items

De houding tegenover de huidige zorginstelling wordt beoordeeld bij item 2.2.

Gevarieerde aspecten:

1 - Houding tegenover maatschappelijke instituties, waarden en activiteiten*

2 - In hoeverre deze houding beïnvloedbaar is



* Instituties: bijv. politie/justitie, school, werkgevers, kerk, zorginstellingen;
Waarden: bijv. gerechtigheid, veiligheid, betrouwbaarheid, vergeving;
Activiteiten: bijv. werken, sporten, mensen helpen.

6. Copingvaardigheden

Toelichting

Het begrip copingvaardigheden verwijst naar vaardigheden die iemand in staat stellen stressvolle situaties of omstandigheden zonder problematische gevolgen te doorstaan. Voorbeelden van coping zijn: hulp inroepen, afleiding zoeken, steun zoeken, het probleem oplossen, relativiseren/humor. Copingvaardigheden worden beoordeeld aan de uitkomsten van de coping in relatie tot de moeilijkheid van de situatie en de afhankelijkheid van ondersteuning bij de coping. Uitkomsten van (ontbrekende) coping zijn:

Ongunstig:	Problematische gevolgen (bijv. escalatie conflict, sterke wrok en/of wraakneiging, alcoholgebruik, regelovertreding, ontregeling)
Enigszins gunstig:	De acute stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het bredere probleem bestaat onverminderd voort en kan opnieuw problemen veroorzaken.
Goed:	De stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het bredere probleem wordt verminderd of zelfs opgelost.

Hier worden copingvaardigheden in drie soorten situaties onderscheiden waarbij de kans groot is dat tekortschietende vaardigheden tot probleemgedrag leidt: conflictueuze interacties; interne drang tot risicovol gedrag; overige stressvolle situaties zoals verlies, teleurstellingen, overvraging of overprikkeling.

Verband met risico

Onvermogen om adequaat met stressvolle situaties en omstandigheden om te gaan kan leiden tot ernstig probleemgedrag of zelfs delicten, zij het direct (bijv. escalatie van conflicten; weglopen; middelengebruik) of indirect (bijv. als gevolg van sterke wraakgevoelens of ontregeling).

6.1 Coping met conflicten

Afgrenzing van andere items

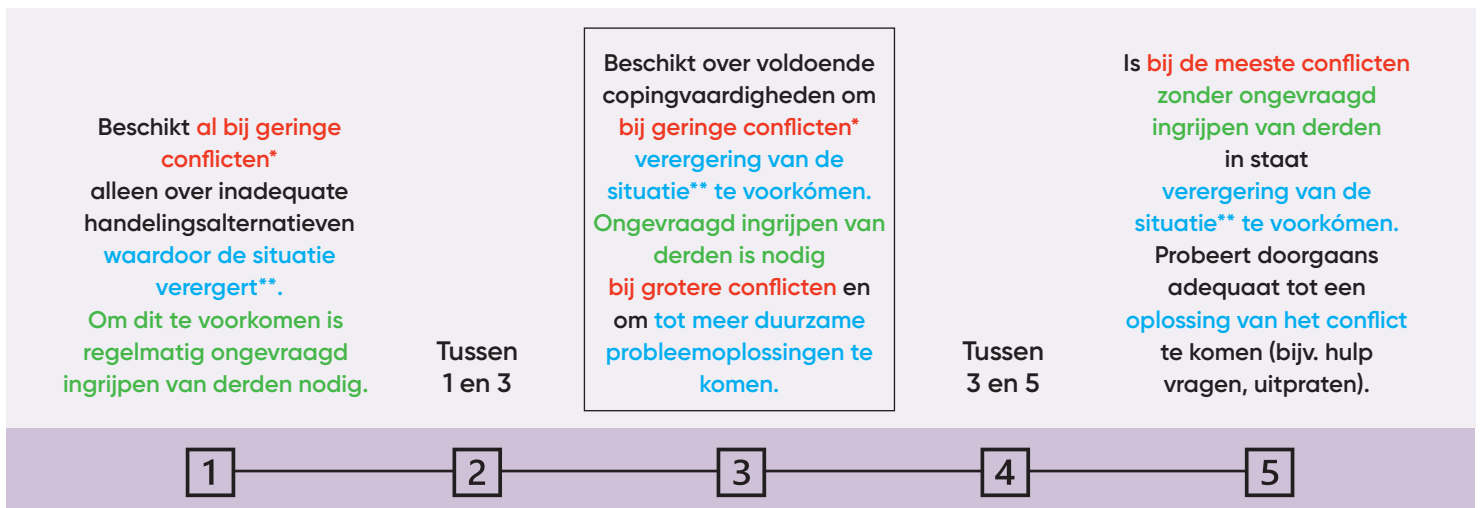
- Hier gaat het erom hoe iemand ermee omgaat als eenmaal een conflict is ontstaan. Factoren die bepalen of conflicten ontstaan worden beoordeeld bij de items 4.2, 4.3, 7.1-7.3, 8.3, 12.1, 12.2.
- De medewerking aan interventies om problemen te voorkomen, wordt beoordeeld bij de items 4.1-4.4.

Gevarieerde aspecten:

1 - Ernst van het conflict

2 - Uitkomst van de coping

3 - Noodzaak van (ongevraagde) ondersteuning



* gering conflict = bijv. meningsverschil, kleine provocatie, kritiek krijgen, niet zijn zin krijgen.

** verergering van de situatie = directe escalatie van het conflict of secundaire negatieve gevolgen (zelf)destructief gedrag, wraakgevoelens, ontregeling.

6.2 Coping met risicovolle drang*

Afgrenzing van andere items

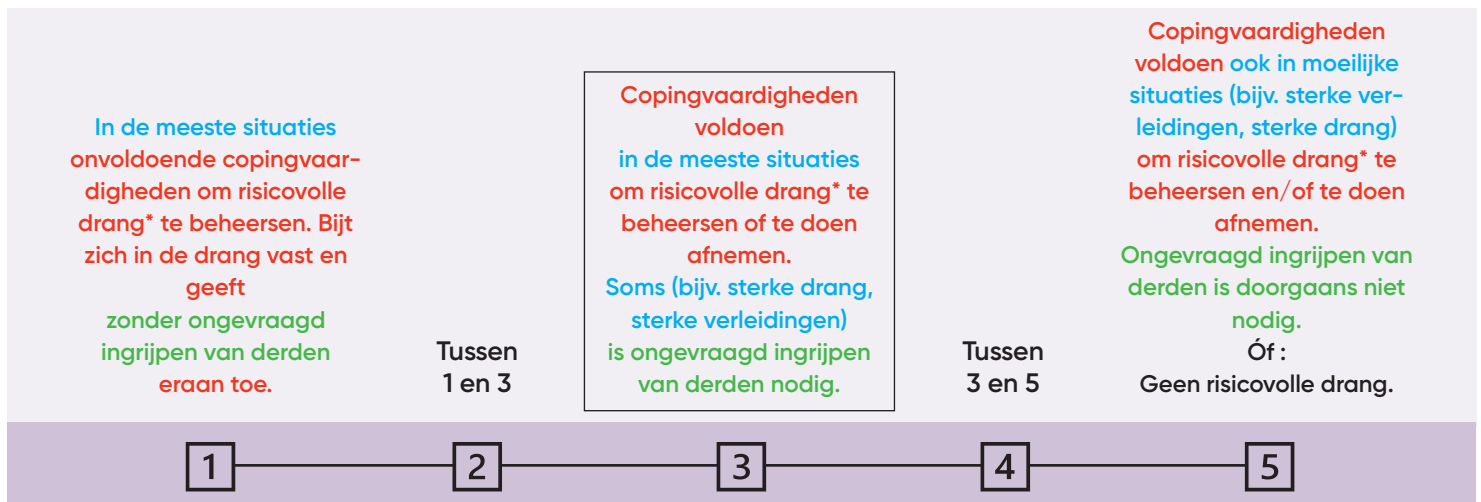
Omgaan met agressieve impulsen in conflictsituaties wordt beoordeeld bij de items 6.1 en 9.1.

Gevarieerde aspecten:

1 - Beschikking over copingvaardigheden om risicovolle drang* te beheersen en/
of te doen afnemen

2 - Moeilijkheid van de situatie (= sterkte van verleidingen en drang) die men met
de copingvaardigheden aan kan

3 - Of ingrijpen door derden zonder dat de cliënt erom gevraagd heeft nodig is
om probleemgedrag te voorkomen



* risicovolle drang = drang tot serieus probleemgedrag zoals wraak nemen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, diefstal, onverantwoord (koop)gedrag, middelengebruik, weglopen.

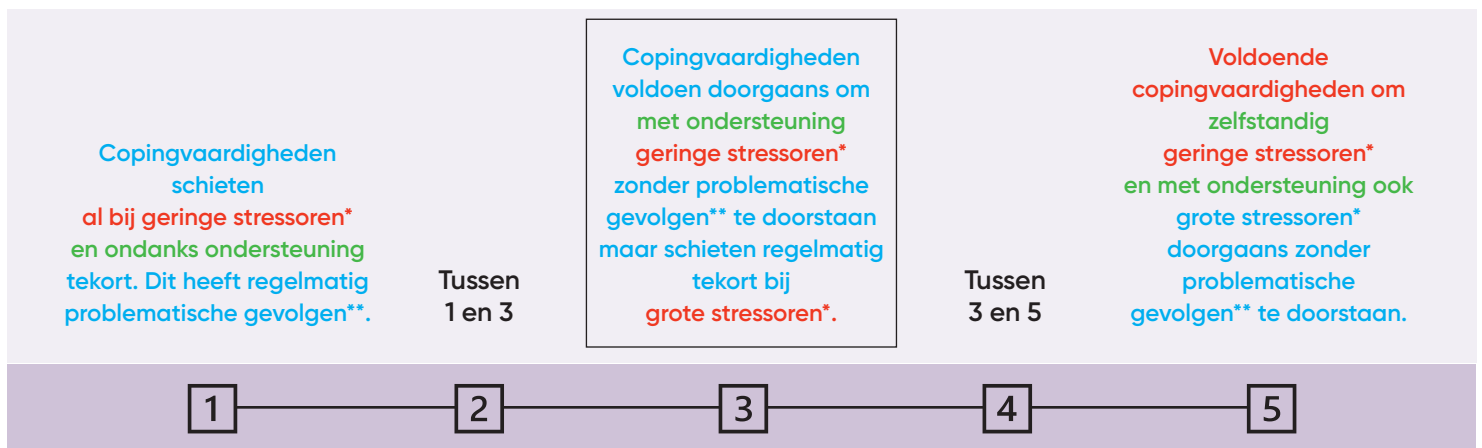
6.3 Coping met overige stressoren*

Gevarieerde aspecten:

1 - De ernst van de stressoren*

2 - Of copingvaardigheden voldoen om problematische gevolgen** te voorkomen

3 - Of ondersteuning nodig is om problematische gevolgen** te voorkomen



* Stressoren = stressvolle gebeurtenissen of situaties die men moet incasseren of verdragen (bijv. teleurstellingen, tegenvallers, overprikkeling, nieuwe situaties, verlies, verveling, eenzaamheid).
Gering = stressoren die bij de meeste licht verstandelijk beperkte mensen niet tot problemen leiden;
Groot = stressoren die bij de meeste licht verstandelijk beperkte mensen tot enige problemen leiden.
** Problematische gevolgen = bijv. depressie, paniek, woede, destructief en ander probleemgedrag, ontregeling.

7. Vijandigheid

Toelichting

Het begrip vijandigheid verwijst naar de neiging om in een veelheid van situaties boos te worden of agressief te reageren. Deze neiging houdt verband met het ten onrechte toeschrijven van kwaadwillende intenties aan anderen en met een latent gevoel van onrecht en benadeling. Wraakgevoelens zijn een sterke vorm van vijandigheid.

Verband met risico

Vijandigheid vergroot de kans op agressief probleemgedrag, in het bijzonder in combinatie met cognities die de drempel tegen gebruik van geweld verlagen (zie Antisociale attitudes, ontbrekend Probleembesef).

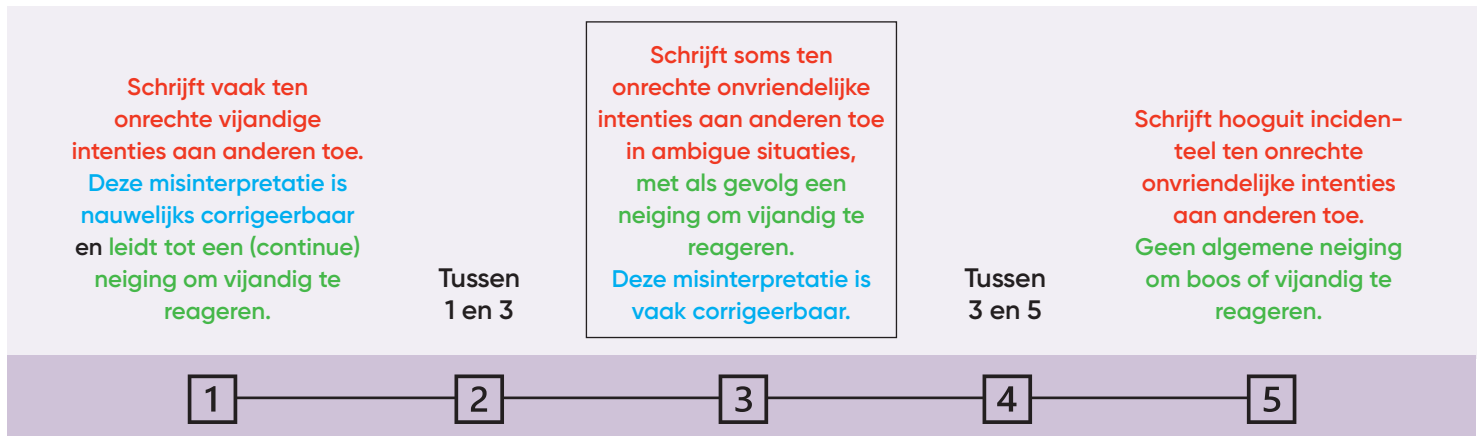
7.1 Vijandige waarneming en houding

Gevarieerde aspecten:

1 - In welke mate de neiging bestaat onterecht vijandige intenties aan anderen toe te schrijven

2 - Of deze misinterpretatie corrigeerbaar is

3 - In welke mate een neiging bestaat boos of vijandig te reageren



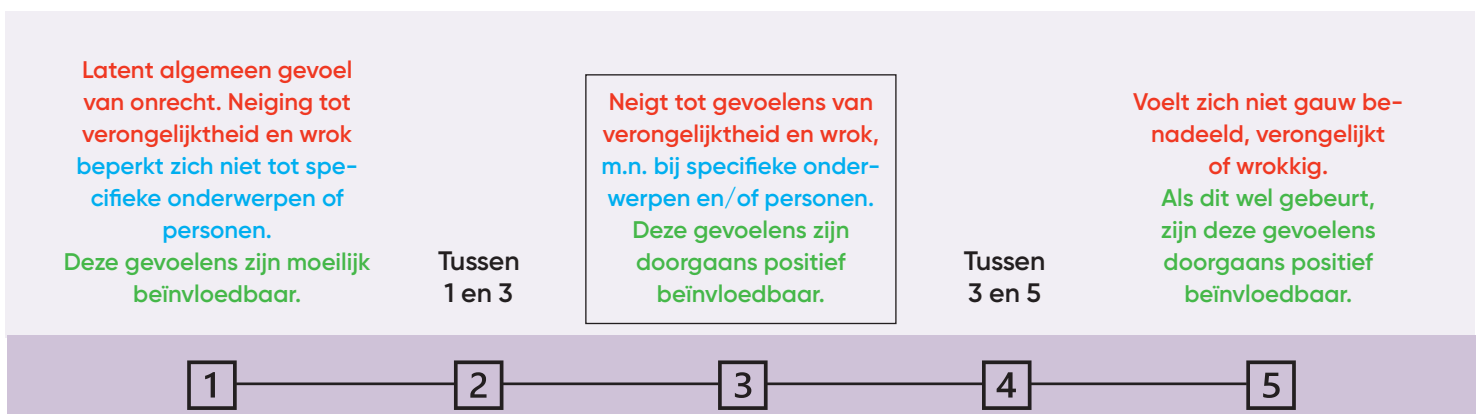
7.2 Verongelijkheid en wrok

Gevarieerde aspecten:

1 - Of er sprake is van een latent gevoel van onrecht.

2 - Het aantal situaties (onderwerpen, personen) waarin verongelijkheid en wrok ontstaan.

3 - De mate waarin deze gevoelens toegankelijk zijn voor interventies.



7.3 Wraakgevoelens

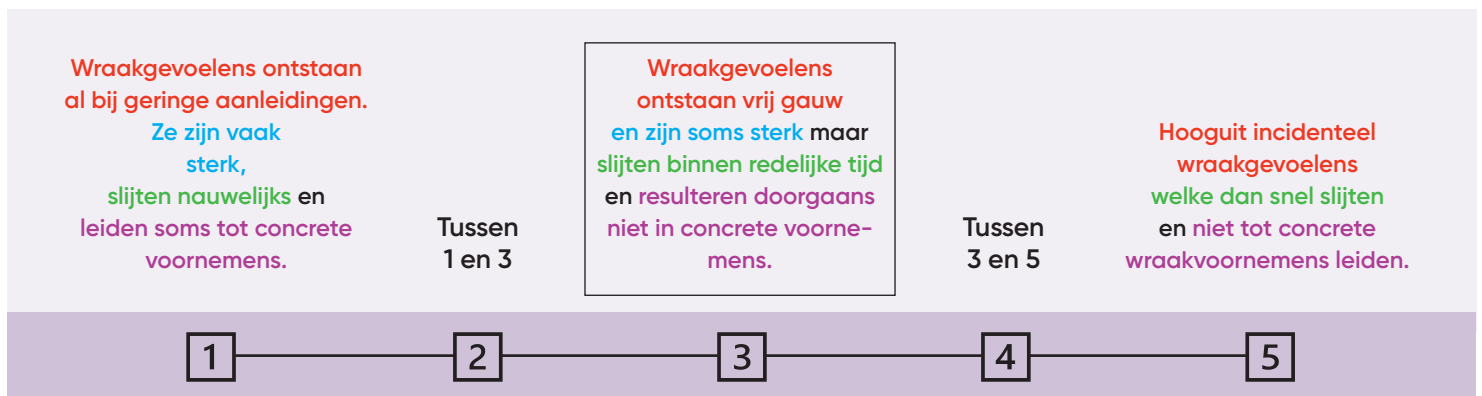
Gevarieerde aspecten:

1 - Hoe gauw wraakgevoelens ontstaan

2 - Hoe heftig deze zijn

3 - De 'slijtvastheid' van de wraakgevoelens

4 - Of concrete wraakvoornemens ontstaan



8. Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag

Toelichting

Onder problematische seksuele cognities en gedrag vallen excessieve erotische gedachten, misinterpretatie van neutrale interacties en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze worden bijzonder risicovol als seks wordt gekoppeld aan agressie, kinderen of eigen delicten.

Verband met risico

Excessief bezig zijn met seks vergroot het risico op ernstig seksueel probleemgedrag zowel direct als indirect. Direct doordat het tot seksuele spanning leidt die naar ontlading streeft of doordat de drempel om tot seksueel probleemgedrag over te gaan wordt verlaagd. Indirect doordat excessief bezig zijn met seks een belemmering vormt voor het sociale leven en hierdoor isolement bevordert.

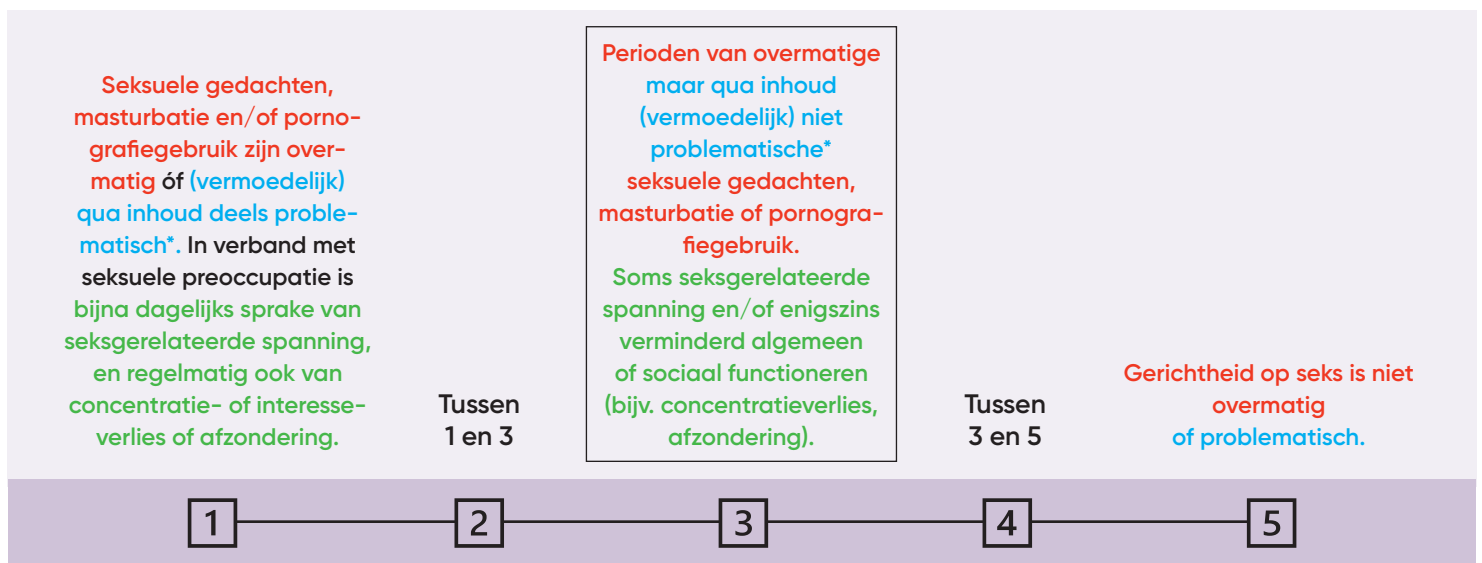
8.1 Seksuele preoccupatie

Gevarieerde aspecten:

1 - De mate van seksuele gedachten, masturbatie en pornografiegebruik

2 - De inhoud van seksuele gedachten en pornografiegebruik

3 - In welke mate preoccupatie met seks leiden tot spanning en/of vermindering van het algemeen en sociaal functioneren (concentratieverlies, verlies van interesse in andere zaken dan seks, afzondering)



* Problematische inhoud: seks of erotiek gekoppeld aan kinderen, geweld of het eigen delict.

8.2 Seksuele misinterpretatie

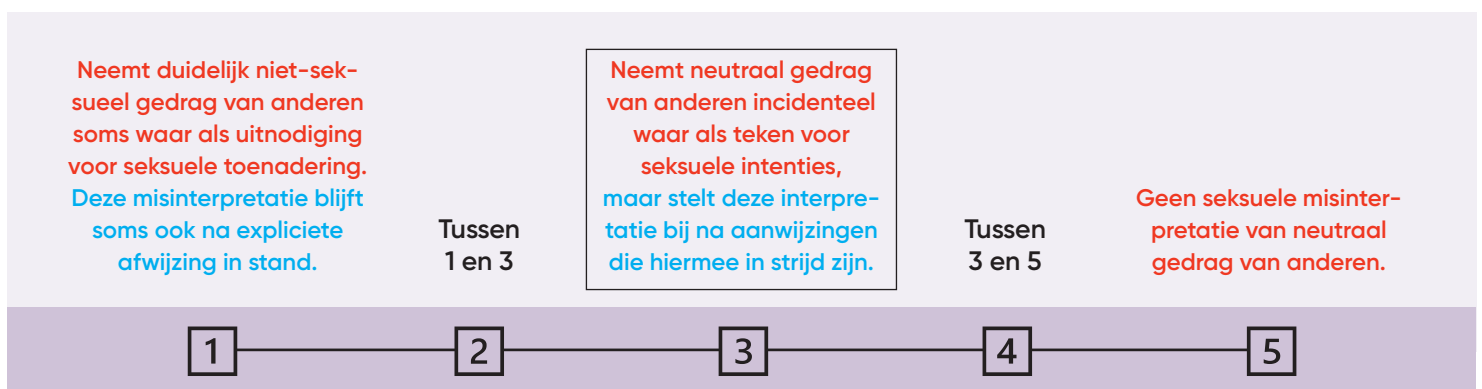
Afgrenzing van andere items

Hier gaat het om de onjuiste perceptie van seksuele intenties van anderen aansluitend bij eigen behoeften. Onjuiste perceptie van ongewenste c.q. bedreigende seksuele intenties wordt beoordeeld bij item 71.

Gevarieerde aspecten:

1 - Of en hoe frequent misperceptie van seksuele intenties van anderen optreedt

2 - Of de misinterpretatie toegankelijk is voor corrigerende ervaringen



8.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Gevarieerde aspecten:

1 - Frequentie en ernst* van het seksueel ongepast gedrag

2 - De mate van belemmering van sociale contacten hierdoor



* Milde vormen: bijv. voortdurend over seks praten, staren, seksueel getinte opmerkingen.

9. Impulsiviteit

Toelichting

Kenmerkend voor impulsief gedrag is de ondoordachtheid ervan. Men laat zich leiden door geanticipeerde directe positieve gevolgen van het gedrag maar niet door latere consequenties. Dit kan op korte termijn tot problematische situaties leiden en leidt op lange termijn tot een instabiele en doelloze levensstijl. Impulsiviteit wordt bijzonder risicovol bij sterke gedragsimpulsen, arousal en prikkelhonger.

Verband met risico

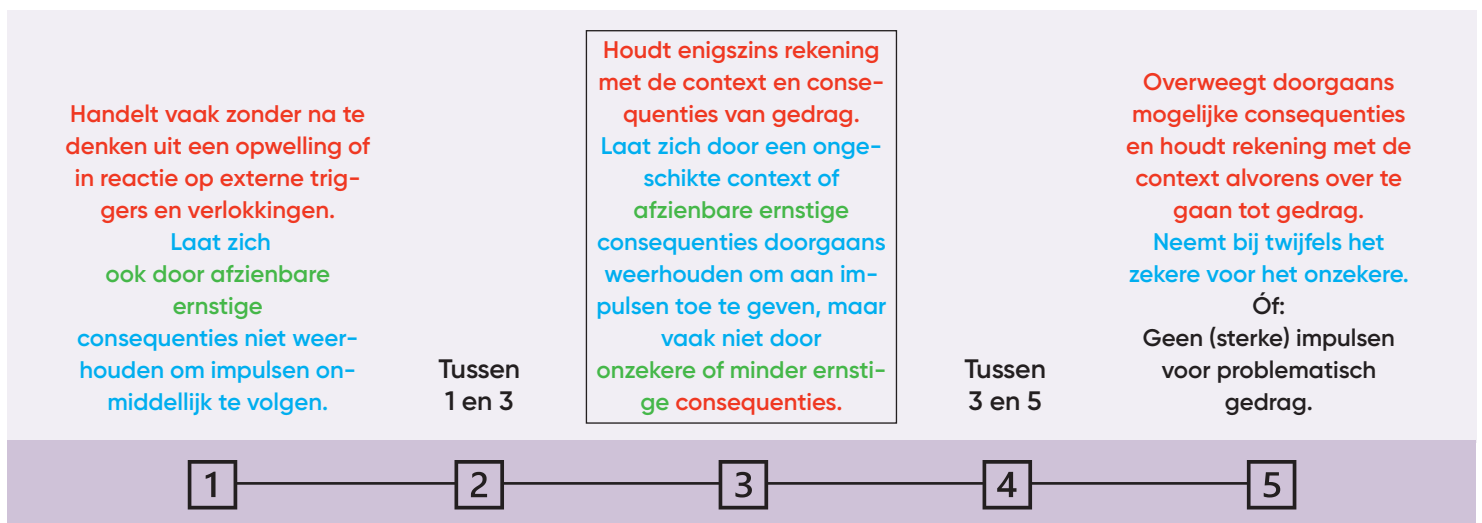
Men zal eerder overgaan tot serieus probleemgedrag of delicten als men niet stilstaat bij de negatieve consequenties ervan. Een impulsieve levensstijl maakt daarnaast bijzonder kwetsbaar voor antisociale beïnvloeding.

Impulsiviteit vormt een risico in het bijzonder in combinatie met andere risicofactoren zoals Antisociale attitudes, Vijandigheid, excessieve Seksuele gedachten en tekortschietende Copingvaardigheden.

9.1 Ondoordachtheid

Gevarieerde aspecten:

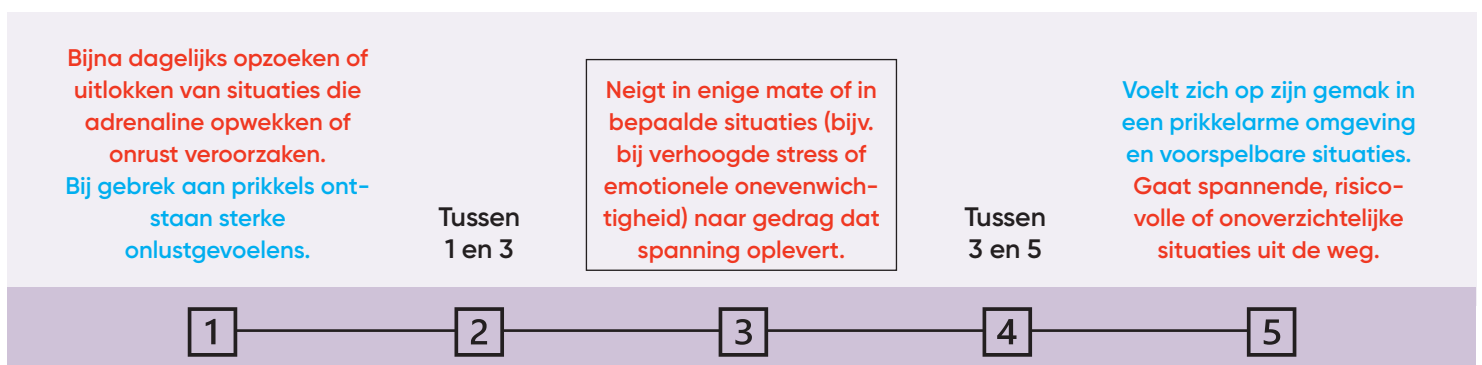
- 1 - In welke mate rekening wordt gehouden met consequenties en de geschiktheid van de context
- 2 - Of men zich door negatieve consequenties of de situatie laat weerhouden aan impulsen toe te geven
- 3 - Hoe ernstig en zeker de consequenties moeten zijn om de cliënt te weerhouden aan een impuls toe te geven.



9.2 Prikkelhonger

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Frequentie van opzoeken van spanning of kicks*.
- 2 - Mate van onlustgevoelens bij gebrek aan prikkels.



* Denk bijvoorbeeld aan: thrillers of horrorfilms kijken, ruzietjes opzoeken of opstoken, drukke activiteiten opzoeken, competitie aangaan.

10. In stand houden van stabiliserende structuren

Toelichting

Onder stabiliserende structuren worden hier prosociale contacten en een zinvolle daginvulling verstaan. Deze komen in het geding als de cliënt er actief een eind aan maakt (bijv. vanuit onvrede, als een alternatief meer aantrekkelijk lijkt), geen moeite doet om het in stand te houden, of zich zodanig gedraagt dat anderen niet met hem verder willen.

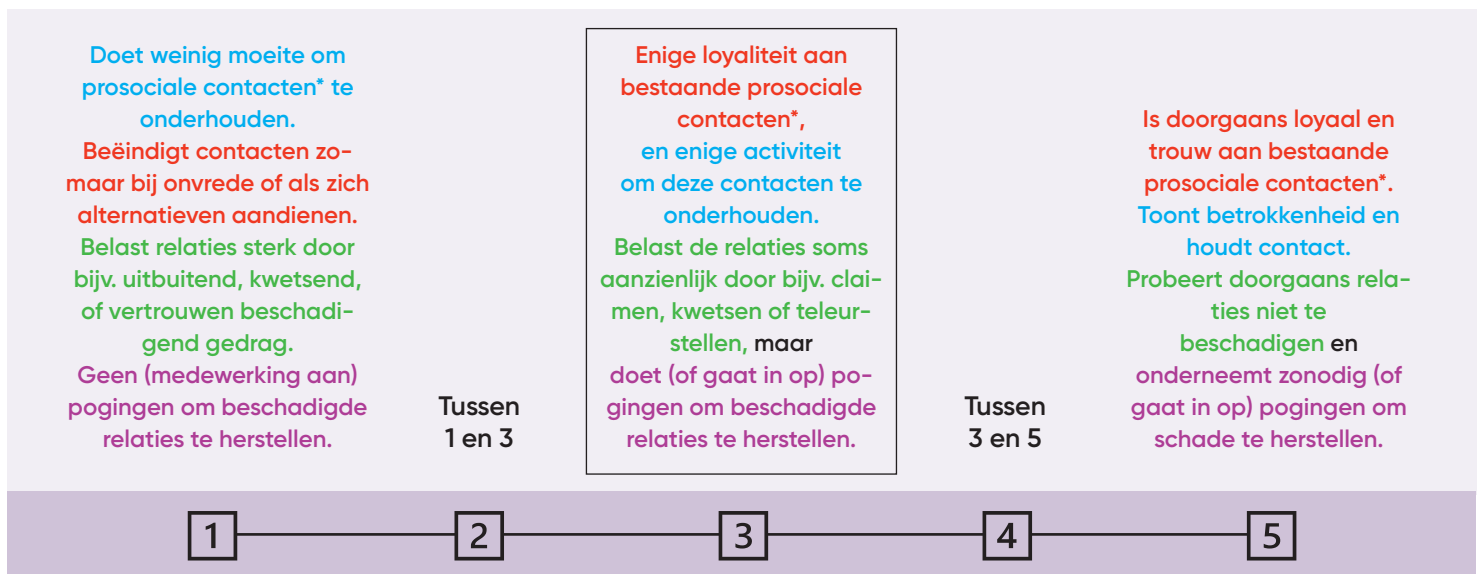
Verband met risico

Prosociale relaties, zinvolle daginvulling en een geschikte woonsituatie zorgen voor stabiliteit en structuur in het leven en vormen zo een buffer tegen antisociale of ontregelende invloeden. Wie deze stabiliserende structuren gauw opgeeft of op het spel zet loopt een groter risico op ontregeling en terugval in probleemgedrag.

10.1 In stand houden van prosociale contacten*

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Hoe gauw contacten worden verbroken bij onvrede of zich aandienende alternatieven.
- 2 - In hoeverre moeite wordt gedaan om prosociale contacten in stand te houden.
- 3 - De mate van prosociale contacten belastend gedrag (bijv. uitbuiten, kwetsen, vertrouwen beschadigen)
- 4 - Eigen pogingen of ingaan op pogingen van de ander om beschadigde relaties te herstellen.



* Prosociale contacten: Alle niet-professionele sociale contacten waarvan een stabiliserende en niet-antisociale invloed uitgaat (o.a. contacten met (pleeg)familie, kennissen, vrienden, intieme relaties).

10.2 Onderhouden van zinvolle daginvulling*

Gevarieerde aspecten:

1 - De mate van ervaren binding met de activiteit of de context waarin deze plaatsvindt

2 - Hoe gauw men afhaakt

3 - Hoe belangrijk externe ondersteuning en motivering zijn voor continuering van de activiteit



* zinvolle daginvulling = geschikt (vrijwilligers)werk, structurele taken, hobby, deelname aan een vereniging of andere taakgerichte groep.

11. Zelfredzaamheid

Toelichting

Bij zelfredzaamheid gaat het om (toepassing van) vaardigheden waardoor iemand in het dagelijks leven en bij maatschappelijke participatie minder afhankelijk is van hulp. Er worden twee domeinen van zelfredzaamheid met aparte schalen gemeten:

- (A) Zelfzorg of wel ADL (hygiëne, voeding, dag-nacht ritme);
- (B) Schoolse vaardigheden (lezen en schrijven, rekenen, klokkijken en tijdsbesef).

Verband met risico

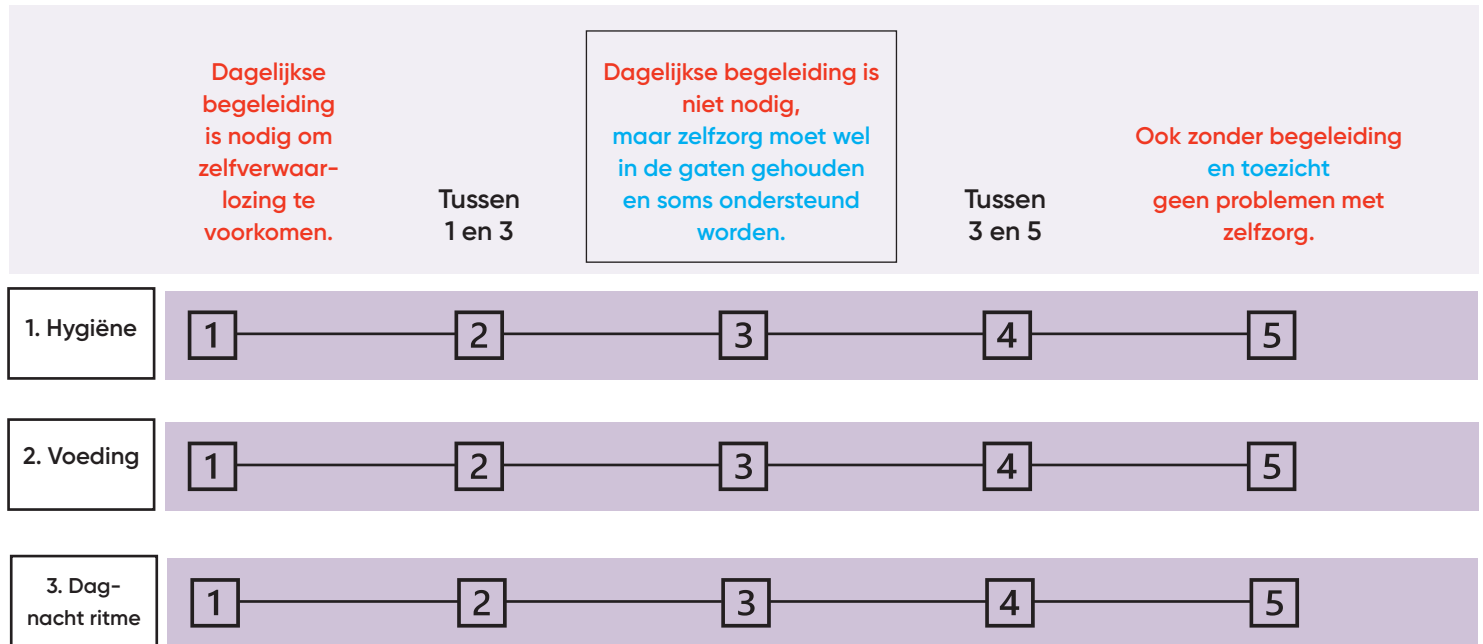
- (A) Zelfverwaarlozing gaat ten koste van stabiliteit, structuur, activiteiten en sociale contacten welke een buffer kunnen vormen tegen isolement, ontregeling en middelenmisbruik.
- (B) Een tekort aan schoolse vaardigheden geeft een verhoogd risico op misbruik door anderen, het maken van schulden en problemen in het maatschappelijke verkeer (op tijd komen, reageren op post, formulieren invullen).

11.A Zelfverwaarlozing/zelfzorg

Gevarieerde aspecten:

1 - Noodzaak van dagelijkse begeleiding om zelfzorg op het betreffende gebied op peil te houden

2 - Noodzaak van toezicht op en incidentele ondersteuning van zelfzorg

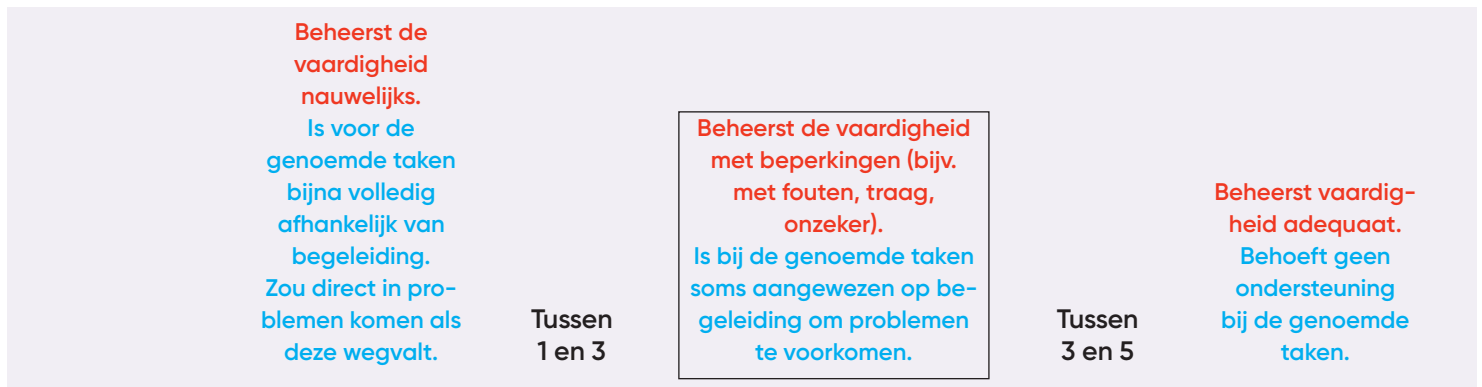


11.B Functionele schoolse vaardigheden

Gevarieerde aspecten:

1 - Niveau van beheersing van de vaardigheid

2 - Mate van afhankelijkheid van begeleiding voor taken welke de vaardigheid vereisen



1. Lezen en schrijven

- Eenvoudig formulier invullen (naam, adres, geboortedatum)
- Boodschappenlijst lezen en maken



2 Rekenen

- Wisselgeld berekenen
- Besef van prijzen (bijv. boodschappen, kleding)



3. Klokkijken en tijdsbesef

- Afspraken plannen
- Tijdsperiodes overzien (bijv. 2 weken, 3 maanden)
- Nauwkeurig klok-kijken



12. Sociale vaardigheden en gedrag

Toelichting

Hier wordt onderscheid gemaakt tussen zich gepast (kunnen) gedragen en vaardigheden die nodig zijn in samenwerkingssituaties.

Verband met risico

Voor anderen hinderlijk gedrag (luidruchtigheid, onsmakelijk gedrag) en oncoöperatief gedrag bij samenwerking met anderen kan tot irritaties en conflicten leiden. Hierdoor ontstaat een verhoogd risico op agressie en geweld. Daarnaast brengen ontbrekende sociale vaardigheden het gevaar van isolement met zich mee. Dit verhoogt eveneens de kans op probleemgedrag.

12.1 Basale sociale vaardigheden* en gedrag

Afgrenzing van andere items

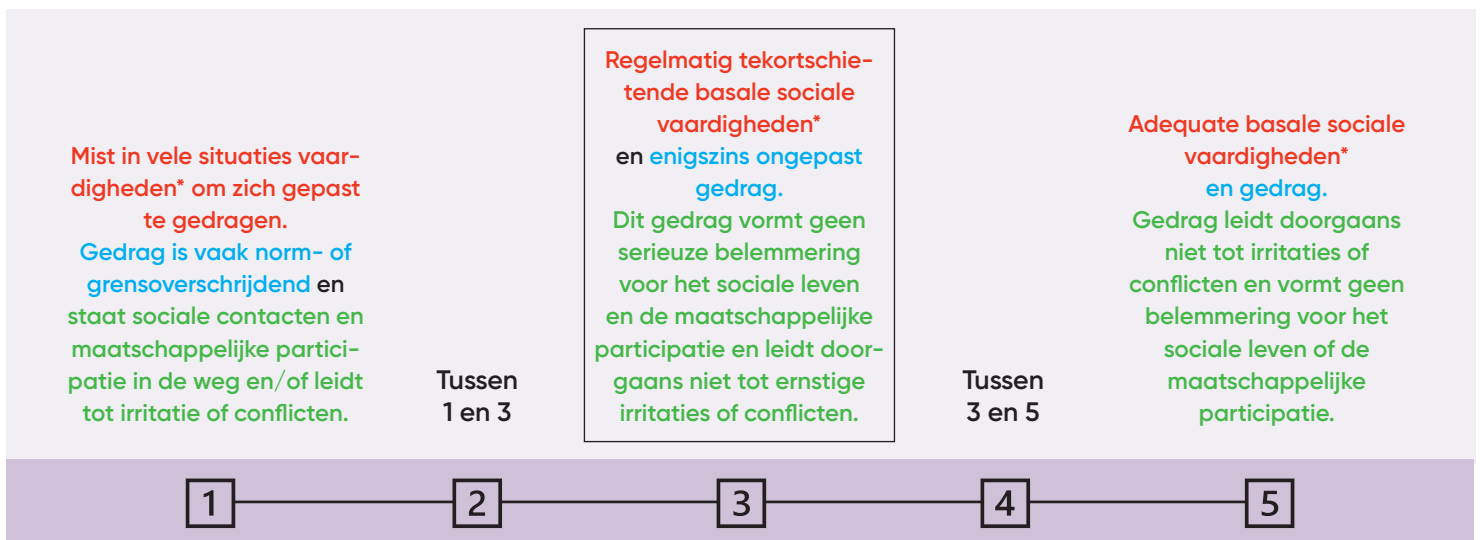
Hier gaat het uitsluitend om vaardigheden. Oorzaken voor ongepast sociaal gedrag ondanks voldoende basale sociale vaardigheden worden beoordeeld bij de items 5.2, 6.2, 7.1 en 8.2.

Gevarieerde aspecten:

1 - Mate van tekortschieten van basale sociale vaardigheden*

2 - Mate van ongepastheid van basaal sociaal gedrag

3 - Consequenties van ongepast basaal sociaal gedrag voor sociaal leven, maatschappelijke participatie en het ontstaan van irritaties en conflicten

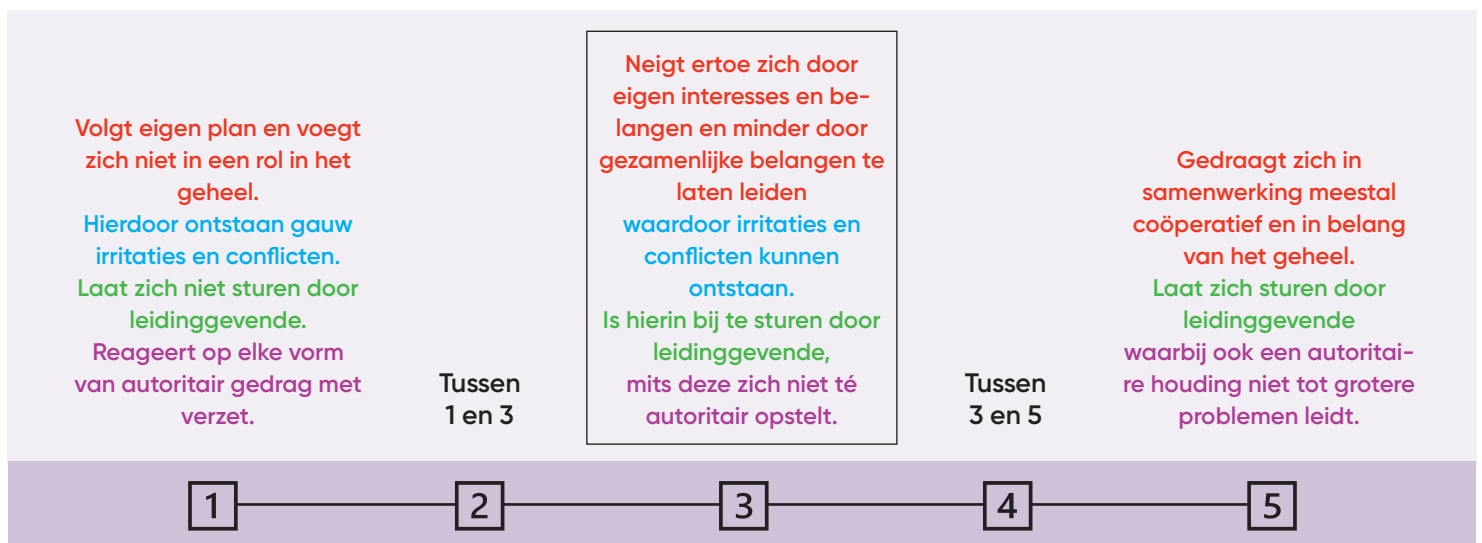


* Basale sociale vaardigheden: mensen aankijken, groeten, antwoord geven; (tafel)manieren; ruimtelijke en niet-ruimtelijke grenzen in acht nemen; niet luidruchtig zijn in ongepaste situaties

12.2 Samenwerkingsvaardigheden

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Volgen van eigen plan en interesses versus handelen in algemeen belang.
- 2 - De kans dat hieruit irritaties en conflicten voortkomen.
- 3 - Of men sturing door een leidinggevende accepteert
- 4 - Of een autoritaire houding van leidinggevend tot problemen leidt.



13. Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken

Toelichting

Vermindering van problematisch middelengebruik en gokken is vaak het doel van behandelinterventies. In intramurale settings kan het effect van deze interventies echter niet direct uit het feitelijke middelengebruik of gokken afgeleid worden. De belangrijkste reden hiervoor is dat dit gedrag in sterke mate van de mogelijkheden afhangt welke de setting hiervoor biedt. Abstinentie kan dus een effect van behandeling zijn maar kan ook door beperkingen en controles afgedwongen zijn. Daarom moeten behandelresultaten geëvalueerd worden aan de hand van variabelen die minder afhankelijk zijn van de restrictiviteit van de setting maar wel samenhangen met het risico voor problematisch middelengebruik. Zulke variabelen zijn zucht naar middelen of gokken, attitude tegenover middelengebruik of gokken en aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/gokken.

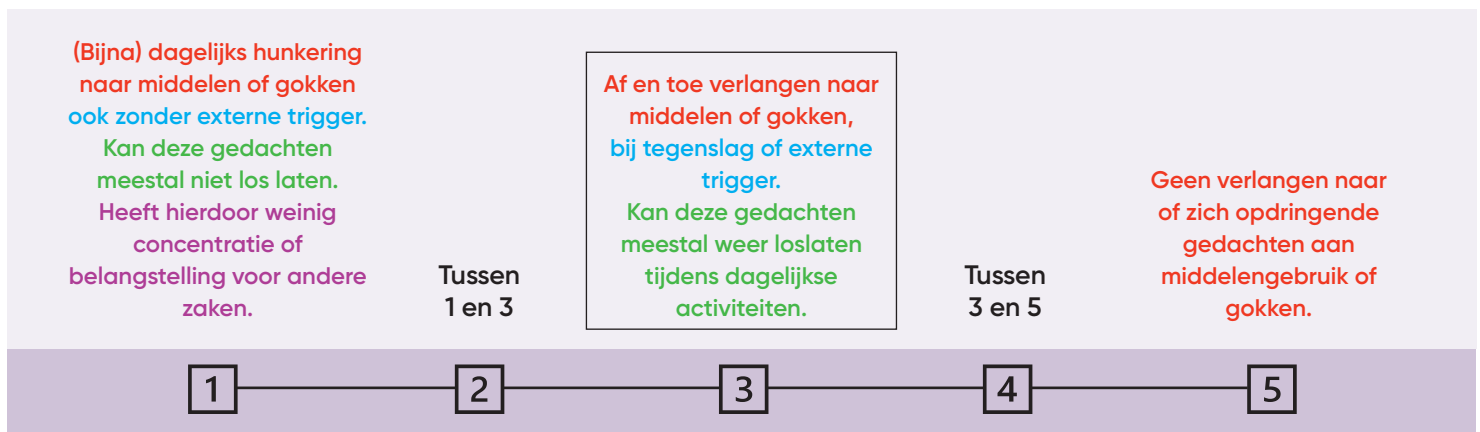
Verband met risico

Middelenmisbruik en gokken verhogen het risico op ernstig probleemgedrag en delinquentie op diverse wijzen, zoals directe ontremming, aantasting van de sociaal-economische situatie, antisociale contacten en vroegtijdige beëindiging van behandeling.

13.1 Zucht naar middelen of gokken

Gevarieerde aspecten:

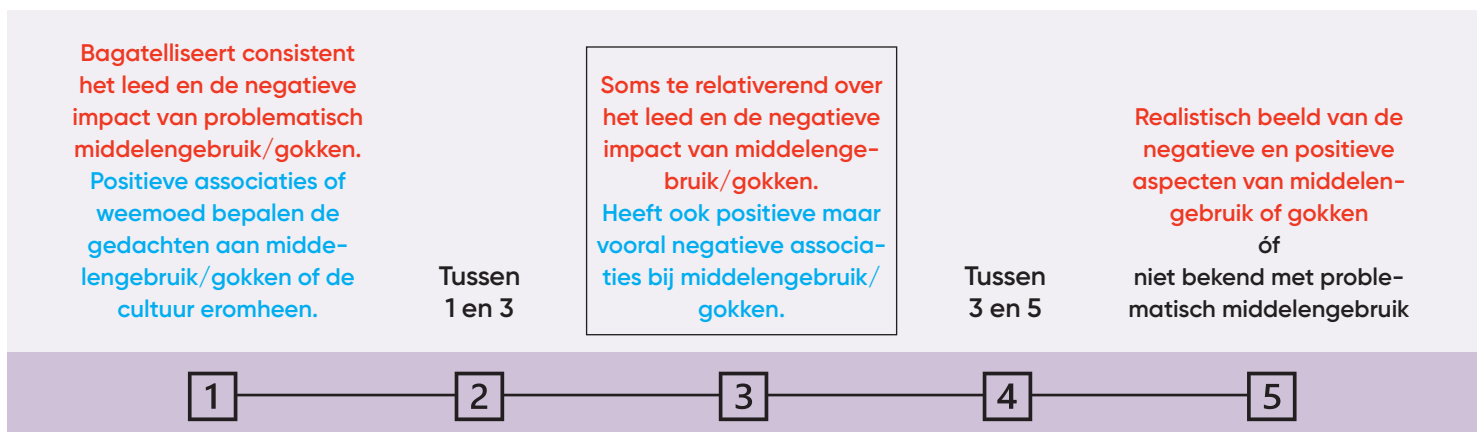
- 1 - Frequentie van verlangen
- 2 - Alleen met of ook zonder externe trigger
- 3 - Los kunnen laten van gedachten over middelen of gokken
- 4 - Verlies belangstelling of concentratie



13.2 Attitude tegenover problematisch middelengebruik/gokken

Gevarieerde aspecten:

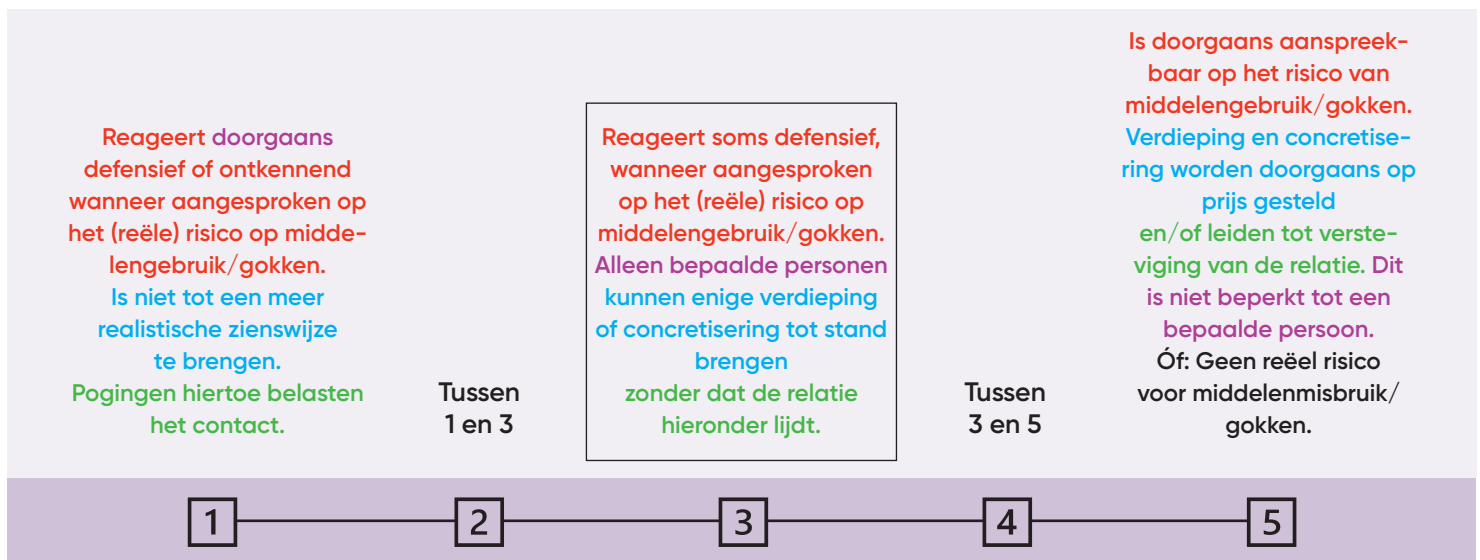
- 1 - Bagatelliseren van de negatieve aspecten van problematisch middelengebruik/gokken
- 2 - Idealisering van problematisch middelengebruik/gokken



13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/gokken

Gevarieerde aspecten:

- 1 - Aanspreekbaarheid op (risico op) middelengebruik/gokken
- 2 - Ontvankelijkheid voor verdieping en concretisering van het onderwerp
- 3 - Het effect van het aan de orde stellen van het onderwerp op de relatie
- 4 - Of de aanspreekbaarheid beperkt blijft tot een enkele persoon



14. Psychotische symptomen

Toelichting

Hier worden de kwetsbaarheid voor psychotische decompensatie en de intensiteit en impact van positieve psychotische symptomen beoordeeld. Met name gaat het om hallucinaties en wanen welke aanleiding geven tot vijandigheid of agressief gedrag of een sterk gevoel van bedreiging bij de betrokkene oproepen. Behandelingen zijn – naast bestrijding van de psychotische symptomen – gericht op toename van ziektebesef, kennis en vermijding van risicofactoren, herkennen van vroege signalen voor verslechtering en verbetering van begeleidbaarheid. Deze aspecten worden daarom eveneens beoordeeld.

Voor de scoring van de items is uitsluitend van belang óf de beschrijvingen bij de diverse schaalpunten van toepassing zijn en niet of dit eventueel aan medicatie is toe te schrijven.

Verband met risico

Wanen en hallucinaties vormen vooral een risico voor gevaarlijk en ernstig agressief gedrag als deze een agressieve inhoud hebben, achterdocht genereren of tot sterke gevoelens van angst en bedreiging leiden. Dat risico is groter naarmate cliënten al bij geringere belasting decompenseren, risicosituaties minder uit de weg gaan en minder goed begeleidbaar zijn. Daarnaast vormen psychotische symptomen ook indirect een risico door het maatschappelijk en sociaal functioneren te belemmeren en de kans op middelengebruik te verhogen.

14.1 Risicoverhogende psychotische symptomen

Gevarieerde aspecten:

1 - Intensiteit van positieve psychotische symptomen (wanen en hallucinaties)

2 - Reactie op realiteitsconfrontatie



	1	2	3	4	5
A. Wanen/ waanachtige ideeën					
B. Hallucinaties					

14.2 Psychotische kwetsbaarheid

Afgrenzing van andere items:

Niet-psychotische reacties op stressoren worden beoordeeld bij item 6.3

Gevarieerde aspecten:

1 - Draagkracht

2 - Mate van inzicht in en ontwijken van persoonlijke destabiliserende factoren

3 - Herkennen van signalen van terugval

4 - Of ondersteuning van derden nodig is om destabilisatie te voorkomen



15. Sociaal netwerk

Toelichting

De meeste mensen met een licht verstandelijke beperking blijven ook na behandeling in verschillende mate afhankelijk van steun uit het sociaal netwerk. Het sociaal netwerk bestaat uit personen die van betekenis zijn voor de cliënt, door een familie- of gezinsband, vriendschap of liefdesrelatie. Professionele contacten worden hier alleen meegenomen als het contact ook na de huidige zorg in stand blijft, zoals bij mentorschap doorgaans het geval is. Ook medecliënten worden alleen beschouwd als netwerkliden als zij in zicht blijven na de zorg. Overvraging van de cliënt door netwerkliden is een belangrijk aandachtspunt voor de zorg, net als het vertrouwen dat netwerkliden hebben in gedragsverandering van de cliënt of in de zorg.

Verband met risico

Het sociaal netwerk biedt een opvangnet voor de cliënt. Concrete hulp en steun van netwerkliden is een beschermende factor bij stressvolle situaties. Het ontbreken van deze steun, of spanningen, conflict- en crisissituaties in het netwerk zijn een risico verhogende factor voor probleemgedrag.

15.1 Criminogene netwerkleden

Afgrenzing van andere items:

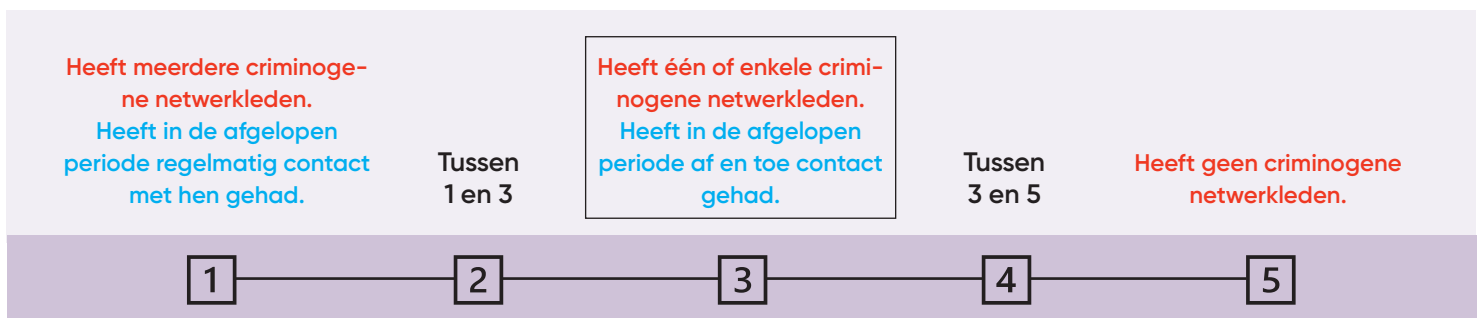
- Of de cliënt zelf een criminogene attitude heeft wordt hier buiten beschouwing gelaten. Dit wordt gescoord bij items 5.1–5.4
- Het gaat hier om criminogene netwerkleden die gedrag vertonen dat op het grensvlak van, of buiten, de wet ligt. Contact met overige netwerkleden wordt gescoord bij 15.2 en 15.3.

A. Aantal criminogene netwerkleden en intensiteit van het contact

Gevarieerde aspecten:

1 – Aantal netwerkleden met criminogeen gedrag*

2 – Intensiteit van het contact** met criminogene netwerkleden



* Dit kan gaan om delinquent gedrag, maar ook om conflicten waarbij politie betrokken is of betrokkenheid bij twijfelachtige handeltjes, handel of productie van drugs of misbruik van mensen.

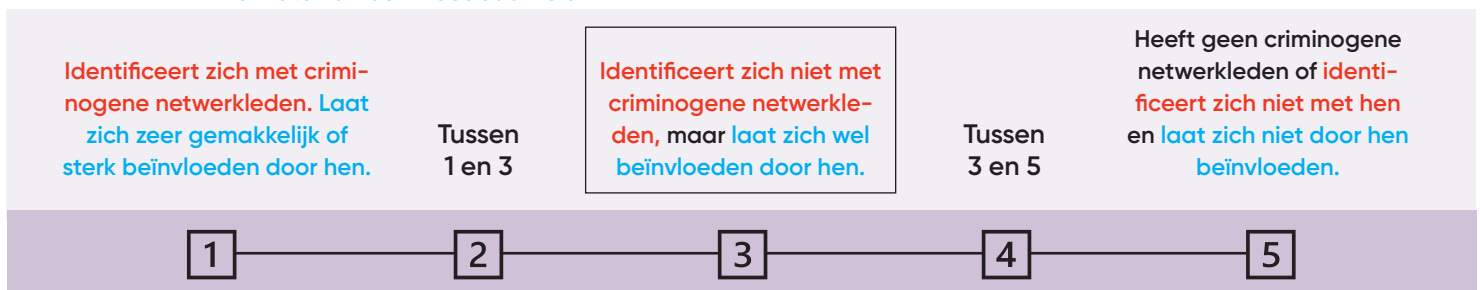
** Elkaar ontmoeten op straat, bezoeken, bellen, of het uitwisselen van berichten via sociale media.

B. Identificatie en beïnvloedbaarheid

Gevarieerde aspecten:

1 – De mate van identificatie* met criminogene netwerkleden

2 – De mate van beïnvloedbaarheid **



* Identificatie: De wens óf het gevoel te hebben erbij te horen of overeenkomsten met hen te hebben.

** Beïnvloedbaarheid: Cliënt past het eigen gedrag aan omdat cliënt veronderstelt dat dit van hem verwacht wordt, of omdat de cliënt het contact hiermee wil bevestigen.

15.2 Steun

Afgrenzing van andere items:

Steun door netwerkleiden bij stressvolle situaties is een beschermende factor voor risicovol gedrag.

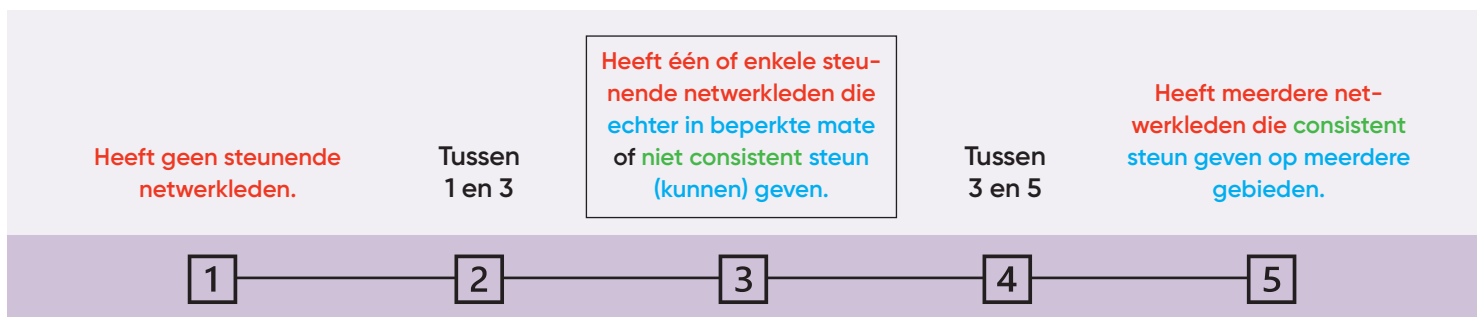
Dat geldt niet voor steun die bijdraagt aan risicovol gedrag of criminele activiteiten en dat wordt hier dan ook buiten beschouwing gelaten. Dit wordt wel meegenomen bij item 15.1.

Gevarieerde aspecten:

1 - Aantal steunende netwerkleiden

2 - Mate van steun*

3 - De consistentie** van de steun



* Steun kan zowel uit sociale, emotionele of praktische steun bestaan. Voorbeelden van sociale steun zijn samen activiteiten ondernemen, beschikbaar zijn. Emotionele steun houdt in dat een netwerklid luistert naar de cliënt, erkenning geeft of advies. Praktische steun kan bestaan uit verschillende vormen van concrete hulp, bijvoorbeeld bij het zoeken naar werk, helpen bij verhuizen of financiële hulp.

**Steun wordt beschouwd als niet consistent als het tegenstrijdigheden bevat, soms wel en soms niet wordt gegeven, niet duurzaam is of als er voorwaarden aan de steun worden verbonden.

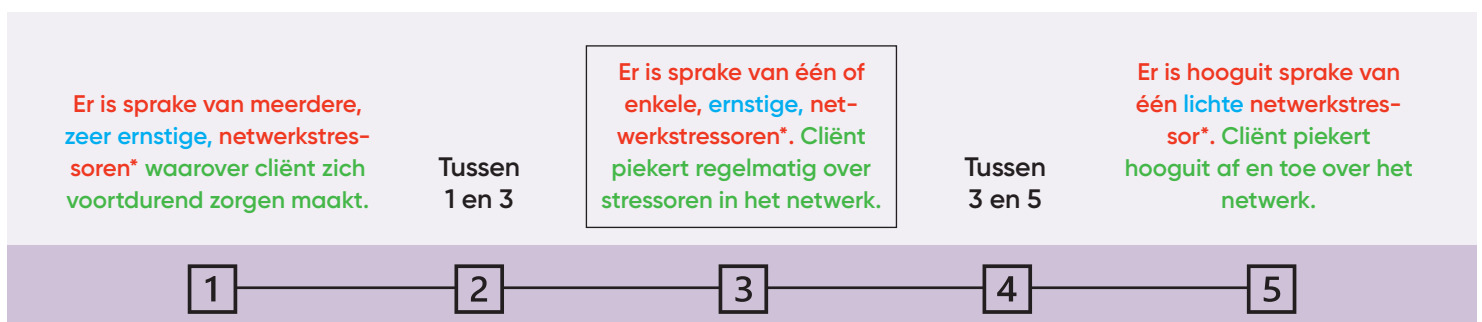
15.3 Netwerkstressoren

Gevarieerde aspecten:

1 - Hoeveelheid netwerkstressoren

2 - Ernst van netwerkstressoren

3 - Belasting van de cliënt



*Netwerkstressoren zijn gebeurtenissen, gedachten of gevoelens die gerelateerd zijn aan het netwerk en die tot stress leiden.

16. Internaliserende risicofactoren

Toelichting

Internaliserende risicofactoren bestaan uit internaliserende problemen die het risico verhogen voor externaliserend probleemgedrag, zoals stressklachten en een lage zelfwaardering. Ook stemmings- en trauma gerelateerde klachten verhogen het risico op externaliserend probleemgedrag. Elke cliënt kan op deze items gescoord worden. De cliënt hoeft niet gediagnosticeerd te zijn met psychiatrische- of persoonlijkheidsproblematiek.

Verband met risico

Internaliserende problemen vergroten de lijdensdruk waardoor de zelfbeheersing afneemt. Een ineffektieve coping bij internaliserende problemen leidt tot een verhoogd risico voor risicovol gedrag. Dat geldt met name voor ineffektieve coping strategieën als vermijding (waaronder eetproblemen, middelenmisbruik of zelfverwonding) en overcompensatie (waaronder prikkelbaar reageren, de confrontatie zoeken of regel overtredend gedrag).

16.1 Stressklachten

Afgrenzing van andere items:

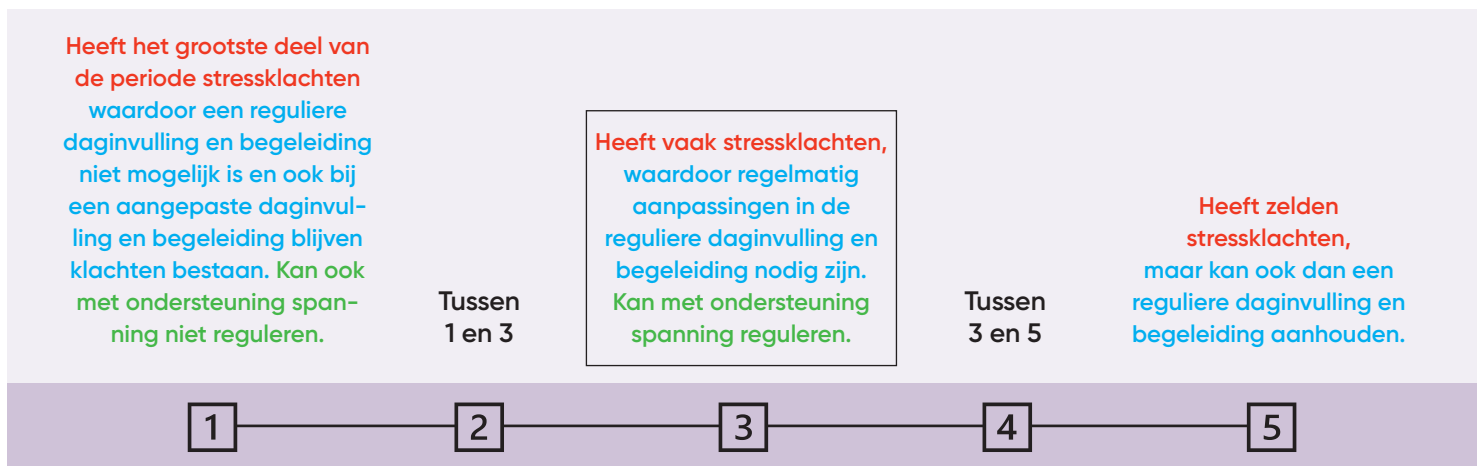
- Negatieve gevolgen in contact met anderen door stress worden gescoord bij item 6.3.
- Het gaat hier om stressklachten zonder duidelijke directe aanleiding, zoals een provocatie of teleurstelling in sociaal contact. Stressklachten die ontstaan na een externe stressor worden meegenomen bij item 6.3.

Gevarieerde aspecten:

1 - Frequentie van stressklachten*

2 - Aanpassing van de daginvulling en begeleiding

3 - Spanningsregulatie** al dan niet met ondersteuning



* Stressklachten kunnen zijn: moeite met ademen, versnelde/vertraagde of overslaande hartslag, beven/trillen, onrust, ongeduld, overdreven reageren, niet kunnen ontspannen, niet kunnen slapen, dwanggedachten, gejaagd gevoel, chaotische gedachten.

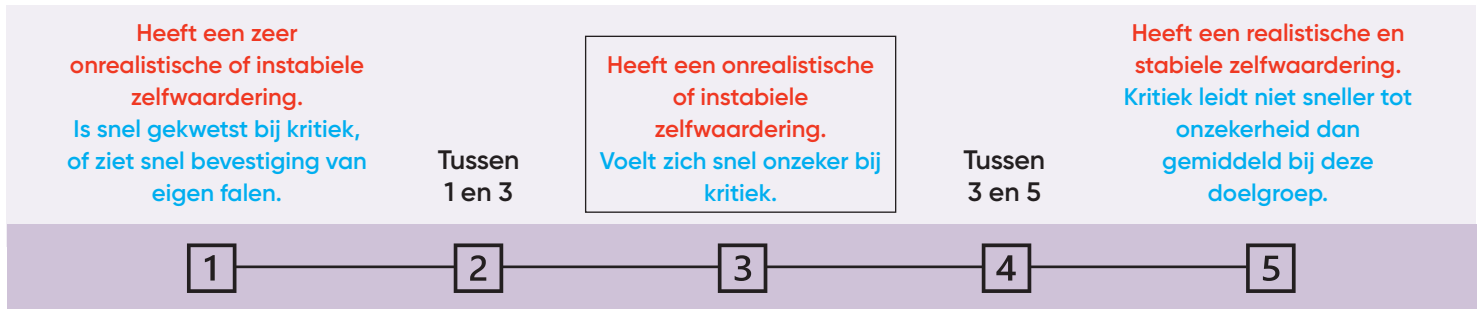
** Spanningsregulatie gaat hier om jezelf helpen om stress te verminderen zoals: ontspanningstechnieken toepassen, rust nemen, afleiding zoeken, hulp vragen.

16.2 Zelfwaardering

Gevarieerde aspecten:

1 - Mate van onrealistische of instabiele zelfwaardering*

2 - Gevoeligheid voor kritiek



*Een onrealistische of instabiele zelfwaardering komt tot uiting in onzekerheid, zichzelf dom voelen, anderen beter vinden, zichzelf naar beneden halen, van mening zijn te falen, niks te kunnen of mislukt te zijn, of in het zichzelf overschreeuwen.

16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten

Afgrenzing van andere items:

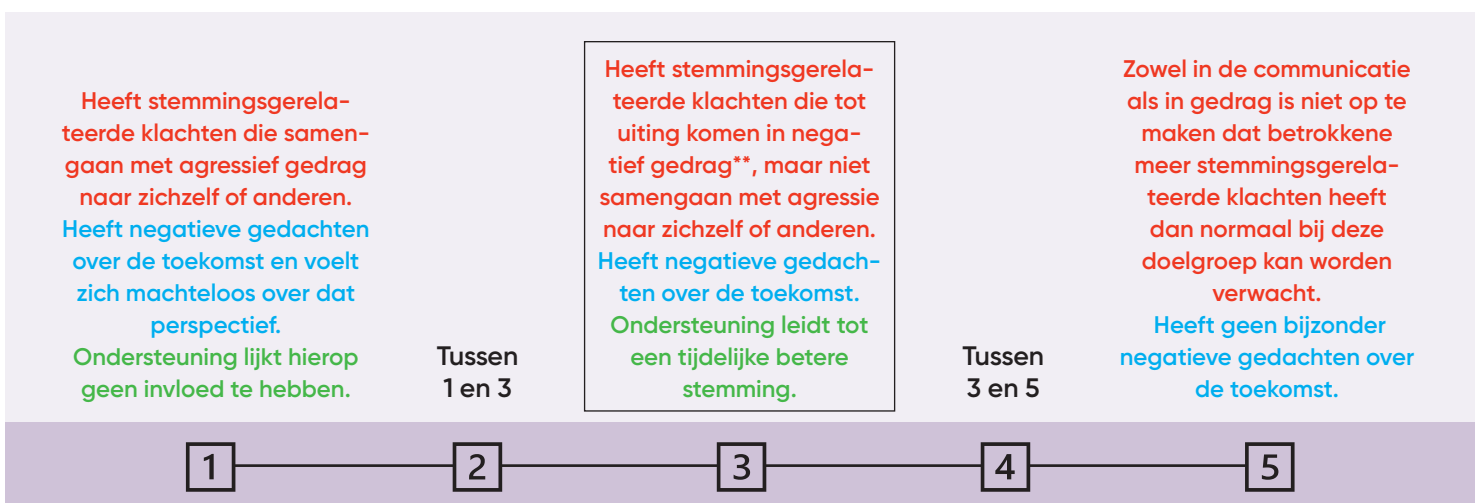
- Zelfwaardering wordt hier buiten beschouwing gelaten. Dit wordt gescoord bij item 16.2.
- Of gedachten over de toekomst overeenkomen met de visie van de zorgverlener wordt gescoord bij schaal 3

Gevarieerde aspecten:

1 - Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten*

2 - Gedachten over de toekomst, perspectief

3 - In hoeverre de stemming van betrokkene positief beïnvloedbaar is met ondersteuning



* Stemmingsgerelateerde klachten zijn bijv.: verdrietige gevoelens, moedeloosheid over de toekomst, geen plezier of voldoening beleven, schuldig voelen, suïcidale gevoelens.

** Negatief gedrag is bijv.: prikkelbaar reageren, confrontatie zoeken, zich niet aan afspraken houden.

16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten

Afgrenzing van andere items:

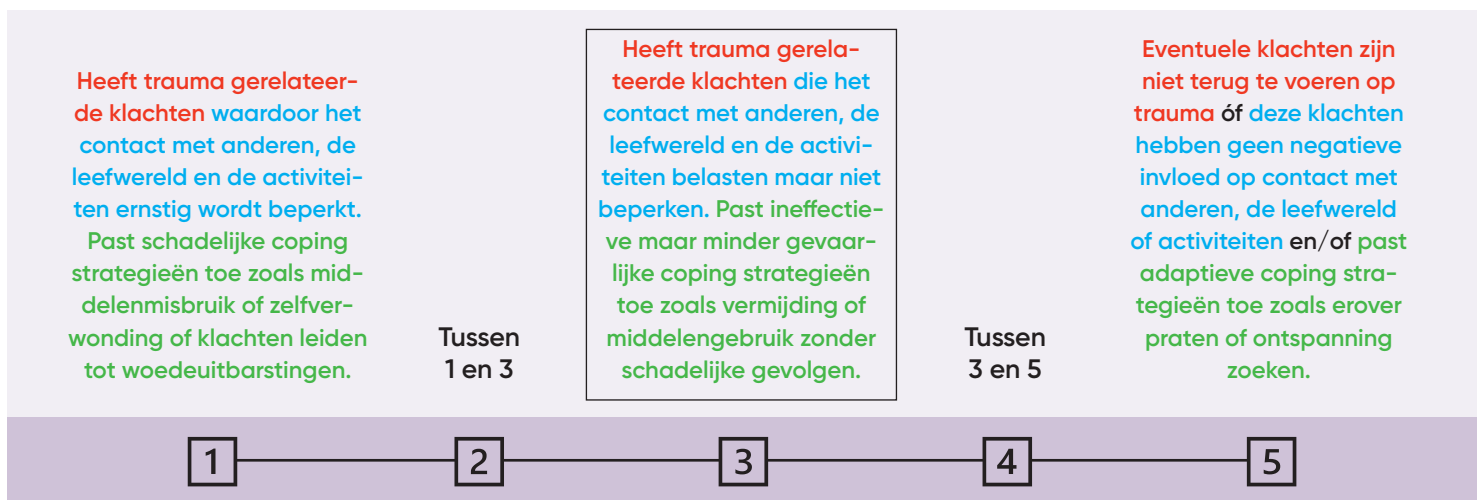
- Depressieve symptomen door trauma worden hier buiten beschouwing gelaten. Deze worden gescoord bij item 16.3.
- Angstklachten die niet gerelateerd zijn aan trauma worden meegenomen bij item 16.5.

Gevarieerde aspecten:

1 - Aanwezigheid van trauma gerelateerde klachten*

2 - Beperking van contact met anderen, leefwereld en activiteiten door trauma gerelateerde klachten

3 - Ineffectieve coping strategieën zoals vermijding, middelenmisbruik, zelfverwonding



* Trauma gerelateerde klachten zijn: opdringende herinneringen of dromen, dissociatie, lijdensdruk of fysiologische reacties bij prikkels die aan de gebeurtenis doen denken, overdreven waakzaamheid of schrikreacties, gevoel van vervreemding, cognitieve verstoring zoals het niet herinneren van belangrijke aspecten of overdreven negatieve overtuigingen die afgeleid zijn van de gebeurtenis.

16.5 Ineffectieve coping bij internaliserende problemen

Afgrenzing van andere items:

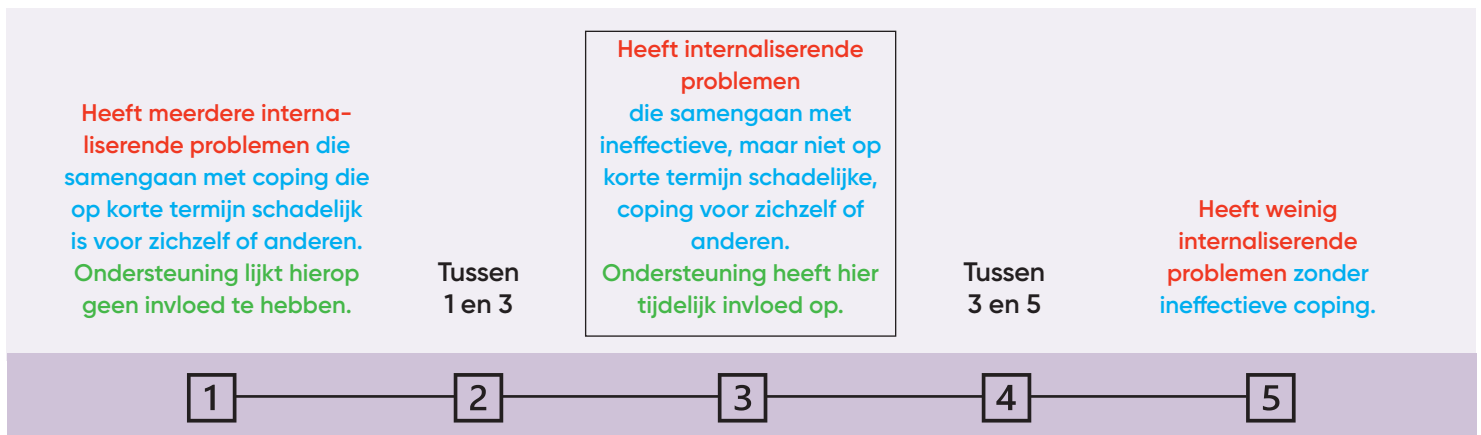
- Coping gedrag wordt gescoord bij schaal 6. Hier gaat het om psychische coping strategieën.
- Cliënten die weinig internaliserende problemen hebben, maar wel agressie of regel overtredend gedrag vertonen scoren hier een 5. Dit gedrag wordt gescoord bij diverse andere items waaronder 4.3, 6.1, 6.2, 6.3.

Gevarieerde aspecten:

1 - Mate van internaliserende problemen

2 - De mate van ineffectieve coping *

3 - In hoeverre de coping positief beïnvloedbaar is door ondersteuning



* Coping strategieën waar anderen last van hebben of leiden tot gedrag dat schadelijk is voor de cliënt zelf. Dat kan zowel voortkomen uit vermijding (waaronder eetproblemen, middelenmisbruik of zelfverwonding), of uit overcompensatie (waaronder prikkelbaar reageren, de confrontatie zoeken of regel overtredend gedrag)

Scoringsformulier DROS 2.0

Naam cliënt:

Naam beoordelaar:

Datum:

Risicovariabele	Item	Score	Totaal
1. Probleembesef / probleeminzicht	1.1 Verantwoordelijkheid nemen		
	1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen		
	1.3 Acceptatie van eigen beperkingen		
2. Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg		
	2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg		
3. Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling	3.1 Noodzakelijke zorg		
	3.2 Overige aspecten		
4. Medewerking aan de behandeling / begeleiding	4.1 Inzet voor verandering		
	4.2 Consequente inname van medicatie		
	4.3 Volgen van regels en afspraken		
	4.4 Openheid		
5. Antisociale attitudes	5.1 Attitude tegenover fysiek geweld		
	5.2 Egocentrisme		
	5.3 Attitude tegenover antisociaal gedrag		
	5.4 Attitude tegenover maatschappelijke conventies		
6. Copingvaardigheden	6.1 Coping met conflicten		
	6.2 Coping met risicovolle drang		
	6.3 Coping met overige stressoren		
7. Vijandigheid	7.1 Vijandige waarneming en houding		
	7.2 Verongelijkheid en wrok		
	7.3 Wraakgevoelens		
8. Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	8.1 Seksuele preoccupatie		
	8.2 Seksuele misinterpretatie		
	8.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag		

9. Impulsiviteit	9.1 Ondoordachtheid		
	9.2 Prikkelhonger		
10. In stand houden van stabiliserende structuren	10.1 In stand houden van pro sociale contacten		
	10.2 Onderhouden van zinvolle daginvulling		
11A. Zelfredzaamheid A: Zelfverwaarlozing / zelfzorg	11.A 1. Hygiëne		
	11.A 2. Voeding		
	11.A 3. Dag – nachtritme		
11B. Zelfredzaamheid B: Functionele schoolse vaardigheden	11.B 1. Lezen en schrijven		
	11.B 2. Rekenen		
	11.B 3. Klok kijken en tijdsbesef		
12 Sociale vaardigheden en gedrag	12.1 Basale sociale vaardigheden en gedrag		
	12.2 Samenwerkingsvaardigheden		
13 Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken	13.1 Zucht naar middelen of gokken		
	13.2 Attitude tegenover problematisch middelengebruik/ gokken.		
	13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/ gokken		
14 Psychotische symptomen	14.1A Risicoverhogende psychotische symptomen: Wanen/waanachtige ideeën		
	14.1B Risicoverhogende psychotische symptomen: Hallucinaties		
	14.2 Psychotische kwetsbaarheid		
15 Sociaal netwerk	15.1A Criminogene netwerkliden: Aantal en intensiteit		
	15.1B Criminogene netwerkliden: Identificatie en beïnvloedbaarheid		
	15.2 Steun		
	15.3 Netwerkstressoren		
16 Internaliserende risicofactoren	16.1 Stressklachten		
	16.2 Zelfwaardering		
	16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten		
	16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten		
	16.5 Ineffectieve coping bij internaliserende problemen		



trajectum

de Borg 