

# Registratie Agressieve Incidenten in de gehandicaptenzorg



Agressief gedrag door : <input type="checkbox"/> naam cliënt _____ <input type="checkbox"/> andere agressor, nl _____	Naam melder _____	Afdeling: _____
Incident nr.: _____	Datum: __ / __ / _____	Tijdstip (uur.min): ____ . ____

Dit formulier wordt ingevuld door medewerkers die agressief gedrag hebben waargenomen. Onder agressief gedrag wordt verstaan: **elk verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag dat dreigend is of daadwerkelijke fysieke schade aanricht (aan de cliënt zelf, anderen of objecten) (naar: Morrison, 1990).** Wanneer een cliënt agressief gedrag heeft vertoond, dient de naam van de cliënt, de datum en het tijdstip waarop het agressieve incident plaatsvond te worden genoteerd. Daarnaast moet er in elk van de vijf kolommen tenminste één kruisje worden gezet.

1.Provocatie/aanleiding	2.Door cliënt gebruikte middelen	3. Doelwit van de agressie	4.Consequentie(s) voor slachtoffer(s)	5.Maatregelen om agressie te stoppen
geen aanwijsbare provocatie <input type="checkbox"/>	verbale agressie <input type="checkbox"/>	niets / niemand <input type="checkbox"/>	geen <input type="checkbox"/>	geen <input type="checkbox"/>
<b>PROVOCATIE DOOR:</b>	<b>GEBRUIKSVORWERPEN:</b>	object(en) <input type="checkbox"/>	<b>OBJECTEN:</b>	gesprek met cliënt <input type="checkbox"/>
andere cliënt(en) <input type="checkbox"/>	stoel <input type="checkbox"/>	andere cliënt(en) <input type="checkbox"/>	beschadigd, vervanging niet noodzakelijk <input type="checkbox"/>	cliënt afleiden <input type="checkbox"/>
verzoek tot verrichten van bepaalde taken <input type="checkbox"/>	glas / servies <input type="checkbox"/>	cliënt zelf <input type="checkbox"/>	beschadigd, vervanging noodzakelijk <input type="checkbox"/>	contact beëindigd/ weggegaan <input type="checkbox"/>
cliënt wordt iets niet toegestaan <input type="checkbox"/>	andere objecten, nl.: _____ _____	medewerker / teamlid <input type="checkbox"/>	<b>PERSONEN:</b>	orale medicatie <input type="checkbox"/>
hulp bij ADL <input type="checkbox"/>	<b>DELEN VAN HET LICHAAM:</b>	andere personen <input type="checkbox"/>	voelden zich bedreigd <input type="checkbox"/>	parenterale medicatie <input type="checkbox"/>
lichaamsnabijheid <input type="checkbox"/>	handen (slaan, stompen) <input type="checkbox"/>		pijn < 10 min <input type="checkbox"/>	met kracht tegengehouden <input type="checkbox"/>
onverwachte situatie(s) <input type="checkbox"/>	handen (hand-tastelijkheden) <input type="checkbox"/>		pijn > 10 min <input type="checkbox"/>	naar kamer gestuurd <input type="checkbox"/>
verandering van activiteit <input type="checkbox"/>	voeten (trappen) <input type="checkbox"/>		zichtbare verwondingen <input type="checkbox"/>	afzondering (deur op slot) <input type="checkbox"/>
drank en/of drug-gebruik <input type="checkbox"/>	tanden (bijten) <input type="checkbox"/>		behandeling noodzakelijk <input type="checkbox"/>	seperatie (deur op slot) <input type="checkbox"/>
verzoek van medewerker aan cliënt om medicatie te nemen <input type="checkbox"/>	anders, nl.: _____ _____		behandeling door arts noodzakelijk <input type="checkbox"/>	fixatie <input type="checkbox"/>
horen van slecht nieuws <input type="checkbox"/>	<b>GEVAARLIJKE OBJECTEN OF METHODEN:</b>			andere maatregelen, nl.: _____ _____
andere aanleidingen, nl.: _____ _____	mes <input type="checkbox"/>			
	wurgpoging <input type="checkbox"/>			
	anders, nl.: _____ _____			

# Registratie agressieve incidenten

## 1. Beschrijf kort wat er gebeurd is

(In geval van verbale agressie: wat zei of riep de cliënt ?)

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Waar vond het incident plaats?

.....

.....

## 3. Hoe ernstig was het incident volgens u?

(gaarne een kruisje zetten op de plek die uw mening het beste weergeeft)

Dit agressieve incident was:



## 4. Waren er, tijdens het incident, voldoende collega's in de buurt ?

- Ja
- Nee

## 5. Waren er van tevoren al signalen die konden duiden op gevaar voor agressie?

- Ja
- Nee (sla volgende vraag over)

## 6. Welke waarschuwingssignalen heeft u waargenomen?

.....

.....

.....

.....

.....

## 7. Heeft u behoefte aan een nagesprek over dit onderwerp?

- Ja
- Nee