

Procedurele betrouwbaarheid van de behandeling van chronische voedselweigering

SAMENVATTING

Dit onderzoek richt zich op de nauwkeurigheid oftewel procedurele betrouwbaarheid waarmee behandelaars het SLIK-programma voor de behandeling van chronische voedselweigering bij kinderen en jeugdigen (Seys, Duker & Rensen, 2010) ten uitvoer brengen. Een tiental kinderen met ernstige vormen van voedselweigering en acht behandelaren nemen deel aan het onderzoek. Naast het bovengenoemde doel zijn er ad hoc nog een zestal praktische onderzoeksvragen geformuleerd. De antwoorden op deze vragen kunnen het behandelproces verbeteren en versnellen. Aan de hand van een honderdtal eetsessies wordt vastgesteld dat de gemiddelde procedurele betrouwbaarheid van het verloop van de eetsessies 75% bedraagt. Dit wijst op het bestaan van afwijkingen in de uitvoering van de eetsessies. Andere, minder belangrijke, aspecten van de eetsessies leverden hogere scores van procedurele betrouwbaarheid op. In de discussie worden maatregelen gesuggereerd die de kwaliteit van de SLIK-procedure kunnen verbeteren.

1 Inleiding

In alle sectoren van de samenleving worden handelingen, die verricht worden door professionals, gestuurd door procedures of protocollen. Procedures zijn ontworpen om exact te worden opgevolgd, tenzij er in voorzien is om daar van af te wijken. Procedures kunnen weergegeven worden in een tekst, maar ook visueel in een stroomdiagram. Bedoelde of onbedoelde afwijkingen van procedures kunnen ineffectiviteit, schade of gevaar

opleveren. Niettemin kunnen dergelijke afwijkingen vaak informatie geven over de validiteit van een procedure, waarna aanpassingen van de procedure volgen. Redundante handelingen kunnen wegge laten worden, terwijl ontbrekende handelingen ingevoegd kunnen worden. Kwetsbaar voor afwijkingen zijn procedures die langdurig toegepast worden, waarbij professionals uit verschillende disciplines en met verschillende opleidingsniveaus betrokken zijn en procedures die veel common sense-elementen bevatten. Pogingen om de mate van nauwkeurigheid in het toepassen van een procedure te schatten zijn bekend als 'procedurele betrouwbaarheid' en 'integriteit van behandeling' en genieten sinds enkele decennia wetenschappelijke belangstelling (bijv. Billingsley, White & Munson, 1980; Gresham, Gansle & Noell, 1993). In het onderwijs en de opvoeding van mensen met een verstandelijke handicap zijn er talrijke procedures voorhanden, zoals voor toilettraining (bijv. Duker, 2000), het trainen van verbaal (bijv. Sundberg & Partington, 1998) en non-verbaal communicatief gedrag en de behandeling van zelfverwondend gedrag met electro-aversie therapie (Duker & Didden, 1998), waarbij procedurele betrouwbaarheid (PB) van belang is. Een procedure die kwetsbaar lijkt voor lage PB is de behandeling van voedselweigering (VW), gezien de eerdergenoemde overwegingen. De procedure, bekend als het SLIK-programma (Slikken Leren bij Kinderen met beperkingen), is effectief gebleken in vergelijking met andere behandelingen

(Didden, Seys & Schouwink, 1999; Seys, Duker & Rensen, 2010). Ook de registratie van VW geniet een acceptabele tot hoge betrouwbaarheid (Seys & Duker, 2010). De behandeling van VW in onderhavig centrum wordt uitgevoerd door gekwalificeerde behandelaars die meerdere malen per dag sessiegewijs de maaltijd aan een cliënt toedienen conform het SLIK-programma (Seys, Duker & Rensen, 2010).

BA = behandelafpraak
 BA'n = behandelafspraken
 MDO = multidisciplinair overleg
 PB = procedurele betrouwbaarheid
 S&M = setting en materialen
 VS = voedselschema
 VS's = voedselschema's
 VW = voedselweigerings

Afhankelijk van individuele kenmerken van de cliënten en de effecten van de uitvoering worden behandelafspraken (BA'n) en voedselschema's (VS's) aan het SLIK-programma toegevoegd, dan wel gewijzigd. Dit wordt mondeling vastgesteld tijdens het wekelijkse multidisciplinair overleg (MDO) en vervolgens door de behandelverantwoordelijke gerapporteerd als richtlijn voor de eetsessies. Zie Figuur 1 voor schematische weergave van de samenhang tussen genoemde elementen. Toepassing van het SLIK-programma in de praktijk heeft aanleiding gegeven tot het formuleren van de volgende vragen:

- In welke mate en opzicht(en) worden de tijdens het MDO besproken wijzigingen correct overgebracht op de

BA'n/VS's?

- Hoe nauwkeurig worden de BA'n/VS's via het protocol uitgevoerd tijdens de eetsessies?
- Zijn er verschillen tussen cliënt-behandelaar-dyades (zie 2.1 Deelnemers) in de uitvoering van eetsessies?
- Zijn er verschillen in gemiddelde PB tussen de verschillende tijdstippen waarop de eetsessies dagelijks uitgevoerd worden?

Relatief veel tijd wordt in onderhavige organisatie besteed aan het MDO. De vijfde onderzoeksvraag betreft dan ook het effect van het MDO op de kwaliteit van de eetsessies:

- Verandert de PB in functie van het uitvoeren van een MDO?
- Is er een verband tussen het aantal BA'n en PB?
- Hoe zijn fouten in de uitvoering van het SLIK-programma in de tijd verdeeld?

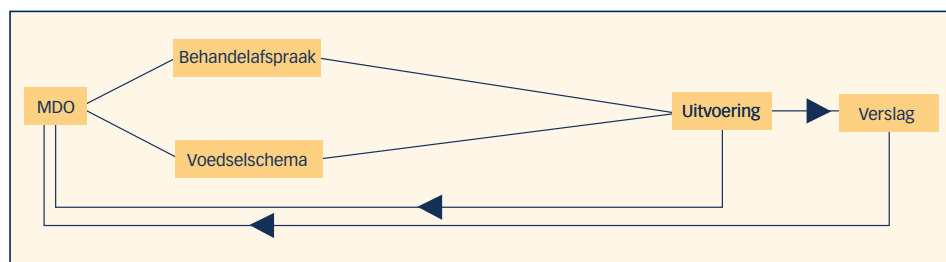
En ten slotte:

- Is er een relatie tussen de fase waarin de uitvoering van het SLIK-programma met een cliënt zich bevindt en de hoogte van de PB?

2 Methode

2.1 Deelnemers

Tien kinderen, in de leeftijd van 1.7 tot 8.7 jaar, zijn intern in behandeling voor VW. Hun functioneren varieert van matige verstandelijke handicap tot normaal functio-



Figuur 1 **Diagram van Stappen in de Constellatie van Overleg, Uitvoering en Verslag door Behandelaars in de Behandeling van Voedselweigerings**

nerend. Er zijn 7 jongens en 3 meisjes. VW bij hen is in overeenstemming met de criteria van DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Acht behandelaars (MBO/HBO-niveau) voeren 5 dagen per week meerdere keren per dag de eetsessies uit. De cliënten bevinden zich in onderscheiden fasen (zie Seys, Duker & Rensen, 2010) van de eetbehandeling. De deelnemers worden naïef gehouden met betrekking tot de doelstelling van het onderzoek. De sessies worden uitgevoerd in aparte kamers en, in de laatste fasen, in de woonkamer van het centrum.

2.2 Procedure

De behandeling van VW van iedere cliënt is ingebed in een van de fasen van het SLIK-programma. Daarnaast wordt wekelijks, naar aanleiding van het MDO, voor iedere cliënt een BA (zie Bijlage 1 voor een voorbeeld) en een VS (Zie Bijlage 2 voor een voorbeeld) vastgesteld of gewijzigd (zie Fig. 1). Deze worden in de status/klapper van de cliënt gedaan en (kunnen) worden geraadpleegd, voorafgaand aan de eetsessie door de behandelaar. Na afloop van de sessie wordt een (kort) verslag gemaakt, dat kan worden gebruikt voor het MDO. Omdat iedere cliënt meerdere behandelaars heeft, maar 1 behandelverantwoordelijke, zijn er in de uitvoering van de eetsessies 2 typen van dyade:

- a cliënt-behandelverantwoordelijke voor deze specifieke cliënt
- b niet-client-behandelverantwoordelijke.

2.3 Registratie

Twee typen van registratie worden uitgevoerd:

- a een kwalitatieve beoordeling van de BA'n/VS's op de aan-/afwezigheid van:
 - 1 onnauwkeurigheden (instructie is onduidelijk, inexact, ambivalent) en
 - 2 contradicties (afpraak is strijdig met de impliciete of expliciete richtlijnen van het SLIK-programma, c.q. de gedragsanalyse) en
- b sessieregistratie (zie Bijlage 3 voor het registratieformulier). Hierbij worden 3

categorieën gescoord:

- 1 voorbereiding
- 2 setting en materialen (S&M) en
- 3 sessieverloop (Bijlage 3).

Vorbereiding en S&M worden eenmalig per sessie gescoord. Voor sessieverloop worden de relevante categorieën per hap gescoord. Er worden in totaal 100 eetsessies geregistreerd over een periode van 21 weken. Bij sessieregistratie is gescoord of een BA/VS tijdens een sessie correct (+), dan wel incorrect (-) uitgevoerd/toegepast is. Betrouwbaarheid wordt berekend door percentage correct te delen door de som van percentage correct en incorrect en dit te vermenigvuldigen met 100.

2.4 Betrouwbaarheid

In 15 % van de sessies wordt betrouwbaarheid voor uitvoering vastgesteld. De sessies worden met video opgenomen en door een tweede observator, onafhankelijk van de eerste, gescoord. Overeenstemming tussen beoordelaars wordt berekend door het aantal overeenkomsten te delen door de som van overeenkomsten plus verschillen, maal 100. Er is een 96 % overeenstemming tussen beide observatoren. Voor de kwalitatieve beoordeling van het overbrengen van het tijdens het MDO vastgestelde naar de BA'n/VS's is het uitvoeren van betrouwbaarheid achterwege gelaten.

3 Resultaten

Met betrekking tot het overbrengen van door het MDO vastgestelde naar BA'n/VS's, als eerste onderzoeksvraag, wordt in 46 % van de BA'n gevonden dat een cliënt intermitterend beloond moet worden, maar een verhouding tussen response en beloning (bijv. VR5) wordt nooit gegeven. Tevens wordt in BA'n nooit vermeld, maar ook nooit empirisch vastgesteld, wat belonend zou zijn voor een cliënt. Omschrijvingen als 'zelfbepalend gedrag', 'aanhoudend verzet', 'kleine hoeveelheid' en 'te lang' komen in 39 % van de BA'n voor, maar worden

nooit omschreven. In 91 % van de BA'n ontbreekt hoe gehandeld moet worden wanneer een cliënt braakt, terwijl braken een veel voorkomend probleem is bij personen met VW. Bij verzet tijdens de maaltijd ontbreekt in 60 % van de BA'n hoe een behandelaar hier op moet reageren, terwijl verzet eveneens frequent voorkomt. In 39 % van de BA'n ontbreken instructies hoe een eetsessie beëindigd moet worden. In 74 % van de BA'n worden instructies vermeld die strijdig zijn met het SLIK-programma, bijvoorbeeld dat de behandelaar de cliënt moet 'afleiden' bij verzet tijdens de sessie. Het overbrengen van het door het MDO vastgestelde naar de VS's is in 100 % van de eetsessies correct. Aangaande de tweede vraag in hoeverre VS's/BA'n tijdens de sessies correct uitgevoerd worden is de PB voor de categorie voorbereiding 85 %. Gemiddeld heeft een cliënt 3 BA'n in deze categorie. Gevonden is dat 1 % van de sessies te vroeg en 32 % van de sessies te laat gegeven worden. Soort en hoeveelheid voeding en drinken is in respectievelijk 4 en 3 % van de gevallen incorrect. De totale PB voor de categorie S&M is 87 %. Gemiddeld heeft een cliënt 6 BA'n in deze categorie. Voor iedere cliënt staat vermeld

- a waarmee het te eten en te drinken krijgt
- b waar de eetsessie gegeven wordt en
- c hoe de cliënt zit ten opzichte van de behandelaar.

In 97 % van de sessies is het instrument waarmee de cliënt te eten/drinken krijgt correct. In 92 % van de sessies is de afge-

sproken locatie van de eetsessie correct. In 94 % van de sessies is de zitplaats van de cliënt correct. De PB voor de categorie sessieverloop is 75 %. Gemiddeld heeft een cliënt 8 BA'n in deze categorie. In 60 % van de eetsessies ontbreekt de wijze waarop de start van de eetsessie de cliënt meegedeeld moet worden. Hiervoor worden wijzen gebruikt variërend van een mondelinge aankondiging tot een combinatie van mondelinge aankondiging met een picto en een gebaar. Dit wordt in slechts 29 % van de eetsessies correct uitgevoerd. Bij de beëindiging van de eetsessie dient in 61 % van de gevallen materieel beloofd te worden. Dit is in 51 % van de gevallen gedaan. Het daadwerkelijk door de behandelaars uitgevoerde percentage intermitterend belonen varieert dan ook van 0 tot 100 % (gemiddeld: 40). Met betrekking tot de derde vraag, namelijk of de 2 typen van dyades verschillen in percentage PB toont de toepassing van de nonparametrische Mann Whitney-U toets (2-zijdig) dat er geen significante verschillen zijn tussen beide dyaden bij voorbereiding ($U = 791, p = .528$), S&M ($U = 858, p = .90$) en sessieverloop ($U = 784, p = .521$). Tabel 1 toont de PB, totaal en per categorie en cliënt voor beide dyaden. Iedere cliënt krijgt 5 eetsessies per dag. De tijden van de eetsessies zijn tussen 8.00 en 8.30, 9.45 en 10.45, 11.15 en 12.30, 13.45 en 15.00, en 15.45 en 17.30 uur.

Aangezien op het eerste tijdstip slechts 3 en op het laatste tijdstip slechts 5 eetsessies zijn geregistreerd, worden deze voor de

Tabel 1 **Percentages Procedurele Betrouwbaarheid voor alle Cliënten, beide Dyaden, voor Voorbereiding, Setting & Materialen, Sessieverloop en Totaal**

Cliënt	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Dyade	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Voorbereiding	89	73	-	94	92	75	83	89	-	81	89	95	67	97	79	83	-	61	92	83
Setting & materialen	100	93	-	93	100	90	100	81	-	88	89	80	100	100	55	69	-	96	73	64
Sessieverloop	75	80	-	85	75	69	100	85	-	86	86	60	100	100	66	67	-	76	55	47
Totaal	86	86	-	92	91	79	95	83	-	86	88	81	92	99	66	72	-	82	68	59
Aantal Sessies	3	5	0	12	3	10	2	6	0	11	2	10	2	10	6	6	0	6	4	2

vierde vraag - zijn er verschillen in gemiddelde PB voor onderscheiden tijdstippen - buiten beschouwing gelaten. De nonparametrische one-way ANOVA Kruskal-Wallis test (2-zijdig) toont dat er geen significante verschillen zijn tussen de 3 tijdstippen voor voorbereiding' ($H = 2.866$; $df = 2$; $p = .239$) en S&M ($H = 2.82$; $df = 2$; $p = .244$). Voor sessieverloop is het verschil bijna significant ($H = 5.759$; $df = 2$; $p = .056$). Tijdens het wekelijkse MDO wordt de behandeling per cliënt geëvalueerd en worden eventueel veranderingen in BA'n/VS's aangebracht. Wat is het effect van dit wekelijkse overleg op de PB van de eetsessies? De Kruskal-Wallis test toont dat er geen significante verschillen zijn in PB tussen de dagen voor voorbereiding ($H = 2.916$; $df = 4$; $p = .572$), S&M ($H = 2.806$; $df = 4$; $p = .591$) en sessieverloop ($H = 1.222$; $df = 4$; $p = .874$). Als antwoord op de zesde vraag 'is er een verband tussen het aantal BA'n en de PB' zijn correlaties berekend met de nonparametrische Spearman toets voor rangorden. De correlatie tussen het percentage PB voor voorbereiding en het aantal BA'n is niet significant ($r = -.102$, $p = .312$), tussen het percentage PB voor S&M en het aantal BA'n is niet significant ($r = -.153$, $p = .192$) en tussen het percentage PB voor sessieverloop en het aantal BA'n is eveneens niet significant ($r = -.137$, $p = .173$). De correlatie voor het totaal PB is evenwel significant ($r = -.392$, $p = .000$) en laat zien dat naarmate het aantal BA'n toeneemt de PB afneemt. Afgevraagd wordt - als zevende vraagstelling - of fouten tijdens de eetsessies door weglatingen random in de tijd optreden of niet. De prestaties onder 14 willekeurig uitgekozen BA'n zijn onderworpen aan de nonparametrische Wolf-Wolfowitz Runs test (Siegel, 1956, p. 52 e.v.). Hieruit blijkt dat fouten in de uitvoering van BA'n met betrekking tot het reageren op gewenst gedrag en verzet, met respectievelijk $R = 25$; $p = .008$ en $R = 4$; $p = .033$, niet random over de sessies optreden, maar belangrijk toe- of afnemen. Om, ten slotte, te onderzoeken of de PB verandert of stabiel blijft naarmate de behan-

deling van VW vordert, zijn de eetsessies ingedeeld in 6 fasen van het SLIK-programma:

- a voedingsacceptatie en -variatie met slang en spuit
- b kleine hoeveelheden voeding eten met de lepel en voedingsvariatie
- c eten in de sessiekamer zittend op schoot van behandelaar met de lepel en langzaam de hoeveelheden voeding verhogen
- d eten in de sessiekamer op de stoel met de lepel en langzaam verhogen van de hoeveelheden voeding
- e eten op de groep aan tafel, verhogen van de hoeveelheden voeding en leren drinken, en
- f volledig orale voeding, generalisatie naar betrokkenen.

Uit de Kruskal-Wallis test blijkt dat er alleen een significante toeneming van PB is voor voorbereiding ($H = 11.06$; $df = 4$; $p = .026$).

4 Discussie

Deze studie toont aan dat eetsessies uitgevoerd om het SLIK-programma toe te passen bij 10 kinderen met ernstige voedselweigeren op een procedureel betrouwbare wijze plaatsvinden. De resultaten tonen evenwel een aantal verbeterpunten. Zoals getoond vormen behandelafspraken een kwetsbaar onderdeel van de effectiviteit en wellicht ook de efficiëntie van het programma. De waarschijnlijke oorzaken hiervoor zijn onduidelijkheden in de communicatie tijdens het multidisciplinaire overleg (MDO), onvolledigheid, gebrek aan detail, vergeten van informatie door de behandelaars na het raadplegen van de BA/VS, gebrek aan kennis van gedragstherapeutische procedures en wetenschappelijke studies op het gebied van voedselweigeren bij de behandelaars, ambivalenties en onnauwkeurigheden van de aanwijzingen en andere fouten die optreden in de informatieketen. Het vaststellen van

PB is een belangrijk instrument voor het verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van een gedragstherapeutische behandeling. Onderzoek laat zien dat de kwaliteit van de geboden trainingssessies kan toenemen door het toepassen van o.m. feedback (Arco, 2008; Van Vonderen & De Bresser, 2005), in het bijzonder on-the-job feedback. Hierbij wordt tijdens de uitvoering van de sessie (verbale) feedback door een supervisor aan de behandelaar verstrekt. Zo zou deze vorm van feedback bij de eerste trials/happen van een sessie een gunstig effect kunnen hebben op de rest van de eetsessie. Aan de wijze waarop de feedback wordt verstrekt dienen strenge eisen gesteld te worden: zo dient feedback vergezeld te worden van positieve waardering, met name vanuit het management (Arco, 2008). Voorts dient het MDO als instrument voor de bijsturing van eetsessies ter discussie gesteld te worden. Hoewel het MDO geen nadelig effect heeft, wegen de kosten ervan niet op tegen de eventuele winst. Op common sense-gronden kan men al vermoeden dat de temporale en fysieke afstand tussen de uitvoering en de uitkomst van een reeks eetsessies en de bespreking ervan groot is, te groot om effectief en efficiënt te zijn. Er zijn enige tekortkomingen van deze studie te melden. Ten eerste: data-analyse is ten uitvoer gebracht op slechts 100 sessies bij 10 verschillende cliënten. De vraag in hoeverre dit een adequate steekproef is van de populatie is vooralsnog onduidelijk. Ten tweede: de vraagstellingen van onderha-

vig onderzoek zijn pragmatisch en atheoretisch. Daardoor ontbreekt een conceptueel kader, waarin resultaten en hypothesen elkaar kunnen vinden. Ten derde: het effect van individuele verschillen tussen behandelaars is geen onderwerp van onderzoek geweest, hoewel de indruk is dat dit een belangrijke bron van variatie is. Vermoed wordt overigens dat, naast de bestaande afspraken vanuit de gedragstherapeutische procedure en behandelafspraken, zoals geformuleerd door het MDO, meer facetten van de veelal complexe interactie tussen cliënt en behandelaar tijdens de sessies een rol spelen, zoals spreekvolume van de behandelaar, toonhoogte van de spraak, het aantal uitingen en het moment waarop deze plaatsvinden, frequentie en verdeling over de tijd van oogcontact van behandelaar met cliënt, de lichaamshouding en bewegingen van de behandelaar, etc. Deze facetten zijn in onderhavig onderzoek niet verdisconteerd, maar kunnen dat in de toekomst wel worden. Tot slot zij opgemerkt dat trainingssessies, waaronder eetsessies, een onderwerp van onderzoek is dat toenemende aandacht begint te krijgen (zie Van Vonderen, 2011) en dat micro-analyse van de complexe interacties en sequenties tussen cliënten/trainees en hun behandelaars/therapeuten een belangrijke bijdrage kunnen gaan leveren aan de kwaliteit en effectiviteit van dienstverlening aan in hun ontwikkeling bedreigde kinderen met eetproblemen.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. APA. Washington, D.C.
- Arco, L. (2008). Feedback for improving staff training and performance in Behaviour treatment programs. *Behavior Interventions*, 23, 39-64.
- Billingsley, F., White, O.R. & Munson, R. (1980). Procedural reliability: A rationale and example. *Behavioral Assessment*, 2, 229-241.
- Didden, R., Seys, D. & Schouwink, D. (1999). Treatment of chronic food refusal in a young developmentally disabled child. *Behavioral Interventions*, 14, 213-222.
- Duker, P.C.C. (2000). *Behandelingsstrategieën bij Enuresis & Encopresis*. Bohn Stafleu van Loghum.

- Duker, P.C.C. & Didden, R. (1998). *Behandelingsstrategieën voor Zelfverwondend gedrag*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Gresham, F.M., Gansle, K.A. & Noell, G.H. (1993). Treatment integrity in applied behaviour analysis with children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 257-263.
- Seys, D.M. & Duker, P.C.C. (2010). De Seyshuizen Observatieschaal Voedselweigerig (SOV): Overeenstemming en validiteit. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 367-376.
- Seys, D.M., Duker, P.C. & Rensen, J.H.M. (2010). Effect van het SLIK-programma op voedselacceptatie bij kinderen met voedselweigerig. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 78, 184-189.
- Siegel, S. (1956). *Nonparametric statistics for the behavior sciences*. McGraw-Hill.
- Sundberg, M. & Partington, J. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities (Version 7.1) [computer manual]*. Pleasant Hill, Calif.: Behavior Analysts.
- Van Vonderen, A. (2011). *The role of feedback and self-management during training of children with intellectual disability*. Academisch Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van Vonderen, A. & De Bresser, A. (2005). The effect of supervisory feedback, self-recording, and graphic feedback on trainer behavior during one-to-one training. *Behavioral Interventions*, 20, 273-284.

OVER DE AUTEURS



Daniel Seys is GZ-psycholoog en in 1987 gepromoveerd op kwaliteit van zorg bij mensen met een verstandelijke handicap. Na zijn aanstelling aan de Radboud Universiteit Nijmegen en de Winckelsteegh is hij vanaf 2009 programmaleider van de Seyscentra/Pluryn, centra voor behandeling van eetproblemen en zindelijkheid.
E-mail: dseys@pluryn.nl



Fay Tolenaars is orthopedagoog en verbonden aan de Seyscentra.



Pieter Duker is emeritus hoogleraar, GZ-psycholoog, als onderzoeker verbonden aan de Seyscentra en als consultant werkzaam voor de centra voor consultatie en expertise (CCE) voor de toepassing van electro-aversie therapie.

Bijlage 1 Behandelafpraak L. 7/12/2010

L. krijgt de sessie aangeboden in de sessiekamer.
Wanneer je L. komt ophalen voor de sessie hem vertellen dat hij meegaat om te eten en deze boodschap even bij hem laten doordringen.
L. mag een speeltje wat hij in zijn handen heeft meegenomen meenemen; deze moet hij dan in de sessiekamer op tafel neerleggen.
Bij binnenkomst in de sessiekamer ga je samen met L. een beloning zoeken; deze wordt op tafel klaargelegd.
Voor aanvang krijgt hij een slabber om; hem hiermee laten meehelpen.
L. op de triptrapstoel laten klimmen; hij krijgt eten aangeboden gezeten in een stoel.
L. krijgt eten met een brede lepel.
Vooraf aan het eten krijgt L. eerst het drinken.
Het drinken wordt aangeboden in een open beker; hij mag dit zelf opdrinken.
Het aantal slokken registreren.
Wanneer L. verzet laat zien (hoofd wegdraaien, lepel wegslaan, hand voor de mond houden) L. in eerste instantie waarschuwen, erop aanspreken. Wanneer dit niet werkt dan L. vasthouden en de eerste hap weer gewoon aanbieden.
Als L. tussen de trials door veel aan het huilen is, 'neen', 'vies' o.i.d. roept, dit wordt als disruptief gescoord.
L. wordt om de 5 happen materieel beloond, bij alle sessies (ook de vla).

Bijlage 2 Voedingsschema F. 16/2/2011

08.00 uur	Sessie 1: 100 gr Bambix pap, met beetje Roosvicee, met brede lepel.
08.15	110ml Neocate Advance + 2 schepjes Fantomalt + ½ zakje Forlax, pompstand 400, naspuiten met 10cc water.
10.00	Sessie 2: 125 gr fruit, met brede lepel.
10.15	90 ml Neocate Advance + 2 schepjes Fantomalt, pompstand 400, naspuiten met 10 cc water.
12.00	Sessie 3: 100 gr Bambix pap, met beetje Roosvicee, met brede lepel.
14.45	Sessie 4: 100 gr vla, met brede lepel.
15.00	140 ml Neocate Advance + 2 schepjes Fantomalt, pompstand 400, naspuiten met 10 cc water.
16.45	Sessie 5: 100 gr mix, met brede lepel.
17.00	115 ml Neocate Advance + 2 schepjes Fantomalt, pompstand 400, naspuiten met 10 cc water.
19.00	Medicatie: 10mg Losec + ½ zakje Forlax, 50 ml Neocate Advance + 2 schepjes Fantomalt, doorspuiten en naspuiten met 10 cc water.

Bijlage 3 Registratieformulier

Naam: S.	Hoeveelheid en soort voeding volgens schema:
Behandelaar:	
Dyade:	Daadwerkelijke hoeveelheid en soort voeding:
Datum en tijd:	
Voorbereiding	
Hoeveelheid voeding	
Tijd: 8.15u / 10.15u / 12.15 / 14.15u / 16.30u	
Soort voeding	
Setting en materialen:	
Brede lepel	
Geen slabber	
Op een stoel zonder beugel	
Groep	
Registreren mbv een dagregistratieformulier	
Drinken uit een gewone beker	
Geen knalgroene mix	
Sessieverloop:	
Na het drinken S. eten geven	
Een sessie van 175 gram voeding duurt minimaal 10 minuten	
Wanneer S. braakt, altijd de uitgebraakte hoeveelheid in nieuwe voeding teruggeven	
Verbale aansturing bij het drinken	
Bij een grote slok sociaal belonen	
Tussendoor regelmatig verbaal belonen tijdens het eten	
Bij zuchten/wegslikken door S. geef je haar een minihapje, daarna even afleiden	
Bij braken rechtop zetten	
Bij braken oogcontact vermijden	
Negeer zelfbepalend gedrag (te heet, suiker in de pap, zelf doen, etc.)	
Leid S. af van zelfbepalend gedrag door over iets anders te praten	
Bij verzet S. afleiden, door over iets heel anders te gaan praten	
Bij aanhoudend verzet S. 1x waarschuwen dat ze vastgepakt wordt als zij niet hapt	
Na waarschuwen zonder resultaat haar vastpakken en zeggen 'als je hapt, laat ik je los'	

Digitale overdrukken

De Schatkamer van onze websites www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl en www.agiel-orthopedagogiek.nl verwijst voor alle artikelen alleen nog maar naar www.100jaarorthopedagogiek.nl.

Met andere woorden: via deze sites kunnen geen artikelen meer benaderd worden: de échte Schatkamer is nu www.100jaarorthopedagogiek.nl.

Abonnees hebben hier toegang tot alle gescande artikelen - tot een jaar voor de huidige datum -.

Daarvoor dient u in te loggen.

U klikt hiervoor in de menubalk



rechtsboven op login
en vervolgens

Gebruikersnaam *

Vul uw 100jaar orthopedagogiek gebruikersnaam in.

Wachtwoord *

Geef het wachtwoord dat bij uw gebruikersnaam hoort.

geeft u uw 'Gebruikersnaam' en 'Wachtwoord' in en klikt op de knop 'Inloggen'.

Om uw *Wachtwoord* te verkrijgen dient u **zelf contact met ons op te nemen**.

Stuur een mail aan secretariaatagiell@gmail.com met in de **subject-/onderwerpregel** 'Aanvraag wachtwoord'.

Zet **in de mail** de Gebruikersnaam waar u gebruik van wilt maken en zorg dat de overige gegevens vermeld worden waardoor wij kunnen controleren of u abonnee bent.

U krijgt vervolgens uw Wachtwoord gemaïld.

Door de controlestappen en de aanmaak kan het enkele dagen duren voor u antwoord krijgt. In plaats van het sturen van een E-mail kunt u ook gebruikmaken van de knop 'Contact' in de menubalk.

U ziet dan

Contact

U kunt contact opnemen met Agiel, de uitgeverij van het Tijdschrift voor Orthopedagogiek, door onderstaand formulier te gebruiken

Naam *

E-mail *

Adres

Postcode

Woonplaats

Beschrijving *

verstuur

Bij Beschrijving typt u 'Aanvraag wachtwoord' in en vermeldt u uw gewenste *Gebruikersnaam*.

Mocht u een artikel oproepen terwijl u niet ingelogd bent dan krijgt u een melding.

eigenaardige mogelijkheden aan het onderwijs deze kinderen verbonden – welke mogelijkheden uiteraard den onderwijzer der gewone school niet bekend zijn door de ervaring gerechtigd tot die uitspraak, dat aan den onderwijzers deze kinderen geheel andere eischen behooren gesteld te worden dan aan den onderwijzer der gewone school; spreekt als haar overtuiging uit, dat het in het belang van dit onderwijs is, bij een vacature voor hoofd ener school voor zwakzinnige kinderen een keuze te doen uit de personen, die in zoodanige scholen hun praktische opleiding hebben genoten.

Op
nod
aan
daa
ge
vom
leen
lich
sch

Om de artikelen te kunnen lezen dient u een abonnement te hebben op het Tijdschrift voor Orthopedagogiek. Abonnees kunnen contact opnemen met de administratie via de keuzemogelijkheid 'Contact' in bovenstaand menu om hun gebruikersnaam en wachtwoord aan te vragen. Dit wordt vervolgens per e-mail toegezonden.
Om een abonnement te nemen kunt u gebruik maken van de keuzemogelijkheid Tijdschrift in het menu.
Om in te loggen maakt u gebruik van de keuzemogelijkheid Login.
Voor geïnteresseerden die geen abonnement hebben of wensen bestaat de mogelijkheid om op jaarbasis tien-euro-klit te worden waardoor men toegang krijgt tot het complete archief. Na storting van dit bedrag worden per e-mail de toegangsgegevens toegestuurd.
Om u hiervoor aan te melden klikt u hieronder op 'OK' waarna een scherm geopend wordt om uw gegevens te verstrekken.

OK Annuleren

- Sch
Tijdschrift der Vereeniging van Onderwijzers en Artsen, 1, 2-6.
Bekijk het artikel
- Vos, G. J. (1909). Eenige opmerkingen over het Zaakonderwijs in de eerste 3 leerjaren in scholen voor achterlijke kinderen. Tijdschrift der Vereeniging van Onderwijzers en Artsen, 1, 17-23.
Bekijk het artikel
- Kohler, D. (1909). Vakonderwijs voor zwakzinnigen. Tijdschrift der Vereeniging van Onderwijzers en Artsen, 1, 49-55.
Bekijk het artikel

1921 1923
1930 1933
1938 1939
1940 1947
1944 1955
1962 1963
1970 1971
1978 1979
1986 1987
1994 1995
2002 2003
1996-2000 niet meer