

Profileringsproject

Omgaan met agressie in de ambulante begeleiding

Een onderzoek door **Dané Martens**

AnaCare, 2016/2017
In opdracht van **Fontys Hogeschool Pedagogiek**
2224015



IN OPDRACHT VAN



&



BEGELEIDERS

Laura mulder (Fontys)
Lotte van Aalst (anaCare)

Beoordelaars

Eerste beoordelaar: [Joanne Hermans](#)
Tweede beoordelaar: Laura Mulder

AUTEUR

Dané Martens
Studentnummer: 2224015
Uitstroomprofiel: Jeugdzorg

VOORWOORD

Voor u ligt het profileringsproject van Dané Martens dat in opdracht van Fontys Hogeschool geschreven is. De volgende onderzoeksvraag zal onderzocht worden: 'Op welke manier kunnen medewerkers van anaCare omgaan met agressie van licht verstandelijk beperkte cliënten binnen de ambulante zorg'. Het onderzoek is uitgevoerd op mijn afstudeerstage bij anaCare in Echt. Deze scriptie is bestemd voor de hulpverleners van anaCare. Andere organisaties die zich willen verdiepen in een onderzoek naar de hanteerbaarheid van agressie in de jeugdzorg kunnen dit profileringsproject gebruiken.

In de aanbeveling zal een passende interventie beschreven zijn die aansluit bij de behoeften van de ambulante medewerkers van anaCare omtrent de hantering van agressie van Licht Verstandelijk Beperkte cliënten. Deze interventie is tot stand gekomen door een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Met deze aanbeveling kan anaCare overwegen om de aanbevelende interventie in te zetten.

Als laatste wil ik graag mijn dank uitspreken naar mijn stagebegeleidster, Lotte van Aalst, voor haar vertrouwen in mij en de verkregen feedback op mijn profileringsproject. Daarnaast wil ik mijn PP-docent, Laura Mulder, bedanken voor haar enorm flexibele begeleiding en de heldere feedback. Hierdoor heb ik dit profileringsproject kunnen uitvoeren.

Mijn collega's bij anaCare dienen ook nog een dank voor hun tijd en ruimte voor mijn interviews en vragenlijsten. Ik wens u veel leesplezier,

Dané Martens

Tilburg, 17 mei 2017

SAMENVATTING

Agressie is een uiting die bij ieder mens voorkomt. Echter is deze bij LVB een stuk complexer en moeilijk te begrijpen. Voor de medewerkers van anaCare is het dan ook niet eenvoudig om met deze agressie om te gaan en deze in een bepaalde context te plaatsen. Om deze reden is er onderzoek gedaan naar de agressiehantering van LVB. AnaCare is een zorginstelling in Limburg en biedt o.a. gespecialiseerde ambulante begeleiding aan ouders/verzorgers met opvoedvragen. Dit kan zowel in het vrijwillige als gedwongen kader zijn. LVB zijn een complexe doelgroep en hebben een andere manier van begeleiding nodig dan de cliënten zonder beperking. De ambulante medewerkers krijgen regelmatig met agressie van LVB cliënten te maken en moeten hier bekwaam mee om kunnen gaan. Ze werken ambulant, waardoor de medewerker kwetsbaar is. Na een uitgebreide oriëntatiefase is de onderzoeksvraag helder geworden en de daarbij aansluitende doelstelling. De gekozen doelstelling luidt: 'Eind juni 2017 is er voor de medewerkers van anaCare inzichtelijk op welke manier ze kunnen omgaan met agressie van LVB ouders in het ambulante kader'. De hierop aansluitende onderzoeksvraag luidt: 'Op welke manier kunnen medewerkers van anaCare omgaan met verbale en non-verbale agressie bij het bieden van ambulante begeleiding aan licht verstandelijk beperkte ouders?'.

Door middel van literatuurstudie is er onderzoek gedaan naar de agressieregulatie van de LVB, de beroepscode van de jeugdzorgwerker en verschillende methodieken met betrekking tot agressiehantering. Vervolgens is de persoonlijke behoefte van de medewerkers in kaart gebracht door een combinatie van vragenlijsten en interviews. Dit maakt het praktijk onderzoek zowel kwalitatief als kwantitatief en wordt er diepte- en breedteonderzoek gedaan. Uit de resultaten en conclusies is gebleken dat vrijwel elke medewerker behoefte heeft aan handvaten bij de omgang met verbale agressie van LVB cliënten in de ambulante begeleiding. Opvallend is dat enkele medewerkers aangeven behoefte te hebben aan handvaten met betrekking tot non-verbale agressie en willen leren hoe ze cliënten fysiek mogen begrenzen. Uit zowel de beroepscode als het beleid van anaCare is echter gebleken dat de medewerkers van anaCare ten alle tijden uit situaties met agressie moeten stappen en ze geen recht hebben om cliënten fysiek te begrenzen. Uit o.a. deze uitspraken is geconcludeerd dat er te weinig kennis is over beleid, beroepscode en verwachtingen bij de omgang met agressie.

Met de resultaten en antwoorden op deze deelvragen, kan de hoofdvraag beantwoord worden. Het antwoord op de hoofdvraag luidt: 'Door middel van de aanbevelingen kan er adequaat en verantwoord met de verbale en non-verbale agressie van LVB worden omgegaan. Deze aanbevelingen betreffen o.a. de PAC-methode, een methodiek die aansluit bij de visie van anaCare en de medewerkers leert om adequaat om te gaan met agressie van LVB cliënten in de ambulante hulpverlening. Daarnaast kan er een lezing door MEE worden gegeven om meer kennis over LVB op te doen en zo meer inzicht te krijgen over de agressieregulatie van deze doelgroep cliënten. Ten slotte wordt er nog een training omtrent de beroepscode van de jeugdzorgwerker aanbevolen. In deze training wordt geleerd vanuit welke code de jeugdzorgwerker hoort te handelen en op welke manieren deze mag ingrijpen bij agressie of andere conflicten. Wanneer deze aanbevelingen worden nageleefd, kan de doelstelling van het onderzoek worden bereikt'.

INHOUDSOPGAVE

In opdracht van	1
&	1
Begeleiders.....	1
Auteur	1
Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Contextbeschrijving.....	5
1.2 Aanleiding tot onderzoek.....	5
1.3 Praktijkprobleemk.....	6
1.4 Maatschappelijke ontwikkeling	7
2. Onderzoeksopzet.....	8
2.1 doelstelling.....	8
2.2 Onderzoeksvraag.....	8
2.3 Deelvragen	8
3. Onderzoeksmethode	9
3.1 Onderzoekstype	9
3.2 Methode van dataverzameling.....	9
3.3 Respondenten	9
3.4 Analysemethode.....	10
4. Literatuur onderzoek.....	11
4.1 <i>Wat is kenmerkend bij de agressieregulatie van licht verstandelijk beperkte cliënten?</i>	11
4.2 <i>Wat mag er vanuit de beroepscode van de pedagogisch medewerker binnen de jeugdzorg verwacht worden met betrekking tot de omgang van agressie bij licht verstandelijk beperkte cliënten?</i>	13
4.3 Welke effectieve methodieken bestaan er met betrekking tot de omgang met agressie van licht verstandelijk beperkte cliënten binnen de ambulante zorg?	15
5. Praktijkonderzoek	18
inleiding in het praktijkonderzoek	18
5.1.1 Onderzoeksdesign en dataverzameling van het interview	18
5.1.2. Data analyse van het interview	19
5.1.3 Resultaten uit het interview.....	20
5.2.1 Onderzoeksdesign en dataverzameling.....	23
5.2.2. Data analyse	24
5.2.3. Resultaten uit de vragenlijsten	24
6. Conclusie, aanbevelingen en evaluatie.....	27
6.1 Conclusie	27
6.2 Aanbevelingen	29
6.3 evaluatie.....	30
Literatuur.....	31
Bijlage 1: 6 x W probleemanalyse	33
Bijlage 2: topiclijst interview.....	34
Topic-lijst half gestructureerd interview met voorbeeldvragen.....	34
Bijlage 3: Vragenlijst.....	35

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Vervolgens zullen de maatschappelijke relevantie en de context worden beschreven. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met de doelstelling, onderzoeksvraag en deelvragen.

1.1 CONTEXTBESCHRIJVING

Het onderzoek zal worden uitgevoerd binnen mijn huidige stage instelling anaCare. AnaCare is een jeugdzorgorganisatie, gelegen in Echt. Hun missie is om kwetsbare cliënten ondersteuning te bieden bij wonen, opvoeden en participatie binnen de maatschappij. AnaCare heeft ongeveer 300 cliënten. Dit aantal schommelt erg, omdat er cliënten zijn die voor korte periode begeleiding krijgen, zoals bij omgangsregelingen in scheidingen, maar er zijn ook cliënten die langer in zorg zijn of terugkomen. De organisatie richt zich op hulpverlening in situaties waar ouders of verzorgenden hulp nodig hebben om hun kinderen veilig te laten opgroeien en biedt zorg op maat (Anacare, 2016). De hulp en begeleiding wordt aangepast aan wat de cliënten nodig hebben. Dit kan ambulante hulp zijn, maar ook hulp op de locatie van anaCare in Echt. De doelgroep is erg breed en verschilt tussen ouders, grootouders, kinderen, cliënten of anderen binnen het systeem. Een groot deel van de cliënten staan onder toezicht van een gezinsvoogd van de William Schrikker Groep of Bureau Jeugdzorg en zullen onze hulp moeten accepteren. Er wordt ook gewerkt vanuit het vrijwillige kader, zoals opvoedingsondersteuning bij autisme of kinderen met een beperking. Deze cliënten komen binnen door bijvoorbeeld het CJG, het consultatiebureau of de gemeente (Anacare, 2016).

AnaCare biedt hulp binnen de volgende sectoren:

- Ambulante gespecialiseerde begeleiding
- Wonen met begeleiding
- Begeleide bezoekenregeling
- Begeleide omgangsregeling

Binnen de ambulante sector speelt er vaak veel agressie binnen casuïstiek. De veiligheid van de cliënten, medewerkers en zorgverleners staan bij anaCare hoog in het vaandel. Een keer in de zes weken worden dan ook interviews en teambesprekingen georganiseerd. Hier moet elke medewerker van anaCare verplicht aan deelnemen. Binnen deze interviews worden vooral thema's als agressie en geweld door middel van spelletjes of kaarten besproken. Zo wilt de organisatie zicht krijgen op de risicovolle situaties binnen de casussen en wordt er bewustwording gecreëerd voor het belang van het thema. Binnen elke casus werken een aantal medewerkers samen, het aantal is afhankelijk van de grootte van de indicatie. Deze medewerkers organiseren samen werkbesprekingen om informatie uit te wisselen en gaan naar de cliënten toe of begeleiden de omgangs- of bezoekenregeling. Binnen de ambulante begeleiding is de meeste agressie zichtbaar. In het beleid staat nadrukkelijk dat agressie naar medewerkers toe gemeld moet worden in een MIM (Melding Incident Medewerker) en onderlinge agressie tussen cliënten gemeld moet worden in een MIC (Melding Incident Cliënt). Er zitten meerdere medewerkers binnen een casus, maar deze wisselen zich af en dus zijn de medewerkers (bijna) altijd individueel op huisbezoek. De organisatie wilt niet dat er meer dan 1 persoon aan begeleiding zit bij de cliënten, omdat de meeste cliënten aangeven zich hierbij niet op hun gemak voelen. Doordat medewerkers kwetsbaar zijn en zich binnen het werken niet in hun vertrouwde omgeving bevinden, is het van belang dat ze weten hoe ze snel en adequaat kunnen handelen bij incidenten.

1.2 AANLEIDING TOT ONDERZOEK

Gedurende mijn stage bij anaCare is me opgevallen dat het onderwerp 'agressie' een grijs gebied is voor de medewerkers en zij niet weten wat ze met dit onderwerp aan moeten. De directrice heeft er daarom voor gekozen om dit onderwerp uitgebreid tijdens de interview bijeenkomsten te bespreken en meer bewustwording te creëren. Tijdens deze interviewbijeenkomsten is duidelijk geworden dat iedereen verschillend met agressie omgaat en er voor de meeste medewerkers niet inzichtelijk is hoe ze bij dit soort situaties moeten handelen. Bij verbale en non verbale agressie gelden dezelfde regels en staat in het beleid vermeld dat beiden niet getolereerd worden. Echter blijkt uit de praktijk dat dit té vaak voor komt en dus niet uitvoerbaar blijkt. Er worden dagelijks dreigingen en andere vormen van agressie naar de hulpverlening geuit, waarvan cliënten zich vaak niet beseffen dat ze fout zitten. Dit uit zich in onbegrip. Er wordt vaak door cliënten

benoemd dat agressie in eigen huis wel mag, omdat ze vinden dat ze alles mogen zeggen en doen in hun eigen huis. Het valt me op dat veel medewerkers van mening zijn dat agressie bij ons vak hoort en dat je hier mee moet leren omgaan. Elke medewerker werkt individueel ambulante. De medewerker is niet in zijn vertrouwde omgeving en dus kwetsbaar. De grenzen van de medewerkers van anaCare liggen niet allemaal op één lijn en dus voelt de ene medewerker zich sneller bedreigd, dan de andere medewerker. Dit uit zich in het feit dat daardoor veel medewerkers geen MIM (Melding Incident Medewerker) melding maken van een vorm van agressie binnen het werkveld, terwijl in het beleid benadrukt wordt dat elke vorm van agressie gemeld moet worden. Samen met een aantal andere ambulante medewerkers heb ik een congres over agressie mogen bijwonen en heb ik opgemerkt dat er veel jeugdzorgorganisaties met een probleem omtrent agressie kampen. Op de vraag: waar grenst de zorg? kan niemand een duidelijk antwoord geven. Vanuit de gemeente zijn er afspraken gemaakt dat organisaties als anaCare hun risicovolle casussen moeten overdragen aan een expertiseteam. Doordat er niet duidelijk inzichtelijk is waar het probleem nu precies lag, zijn er een aantal interviews afgenomen. Er zijn voornamelijk ambulante medewerkers ondervraagd, maar ook de psycholoog die de nazorg na incidenten verzorgt. Uit deze gesprekken is naar voren gekomen dat de medewerkers zich onzeker en onbekwaam voelen bij incidenten en niet weten hoe ze moeten handelen. Ook weten ze niet welke agressie methode effectief is en aansluit bij de behoefte en manier van werken van de organisatie, waardoor er momenteel geen enkele methode wordt toegepast.

1.3 PRAKTIJKPROBLEEMK

Het probleem binnen anaCare is dat er medewerkers zijn die zich niet veilig voelen binnen het ambulante werk en niet weten hoe ze moeten handelen wanneer er een vorm van agressie door cliënten geuit wordt. De casuïstiek wordt steeds complexer, maar de medewerkers krijgen momenteel geen methodieken aangereikt om met deze casuïstiek om te gaan. De medewerkers willen tools en handvaten krijgen bij de omgang met agressie, zodat ze zich zekerder en bekwaam voelen in deze situaties en deze zelf kunnen aanpakken. Met name de begeleiding van Licht Verstandelijk Beperkte (hierna genoemd: LVB) ouders gaat gepaard met meer vragen en onduidelijkheid omtrent agressie. Na een kort onderzoek naar de behoefte van de organisatie is duidelijk geworden dat het probleem niet ligt bij de bewustwording van agressie. Hier wordt volgens de medewerkers genoeg aan gedaan door bijvoorbeeld interviews en teambesprekingen. Ook hebben de meeste medewerkers er vrede mee dat ze met een doelgroep werken waarbij veel agressie voorkomt, maar hebben ze geen kennis over de omgang hiermee. Volgens het beleid van anaCare mag er geen vorm van agressie, zowel verbaal als fysiek, getolereerd worden, maar is dit in het praktijk moeilijk na te streven. De vraag vanuit de organisatie en de medewerkers is dus het adequaat handelen bij agressie. Een onderzoek van Wielemaker (2009) haakt in op de intensiteit van de begeleiding. Een hogere intensiteit van zorg gaat samen met meer agressie en problematiek. Hoe hoger de indicatie binnen de gedwongen hulpverlening, hoe meer agressie dit bij de meeste cliënten oproept. Volgens Wielemaker (2009) roept agressie binnen het gezin/systeem agressie op bij de andere schakels van het gezin/systeem en nemen de kinderen dit gedrag over. Dit wordt ook terug gezien in de praktijk. Een groot aantal cliënten krijgt een grotere indicatie doordat de problematieken complexer worden. Hoe groter de indicatie, hoe meer verzet van de ouders. Dit gaat gepaard met dreigingen en agressie naar de hulpverlening.

In de literatuur zijn er meerdere definities van agressie. Niet alle vormen van agressie zijn negatief, maar in dit onderzoek zal het voornamelijk over negatieve agressie gaan, omdat deze het meest voorkomt in de ambulante begeleiding met LVB cliënten. Agressie wordt in veel gevallen in verband gebracht met antisociaal gedrag (Coie & Dodge, 1998). Hieronder verstaat men al het gedrag waarbij mensen worden benadeeld en waarbij normen, waarden en basisvoorwaarden worden overtreden. Daarnaast is agressie een subjectief aspect, omdat agressie door iedereen anders wordt ervaren. Zelf zal ik me toespitsen op de volgende omschrijving van 'agressie': Agressie is grensoverschrijdend gedrag dat bewust of onbewust schade toe brengt aan personen, zichzelf en/of de materiele omgeving. Hieronder behoren fysieke agressie, maar ook verbale agressie, zoals dreigementen, schelden of schreeuwen (Ghaye, 2005).

1.4 MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING

Doordat agressie in de jeugdzorg groot in de media wordt benoemd, stijgt het gevoel van onveiligheid bij mensen en vooral bij de mensen werkzaam in deze sector. Risicomanagement is een actueel, maatschappelijk thema waar steeds meer aandacht voor is. Er zijn meerdere incidenten voorgevallen, waardoor zorgorganisaties zich steeds meer bewust zijn van de noodzaak tot het managen van agressie (Tilburg, 2004). Agressie van een cliënt kan aanleiding zijn om de zorg tijdelijk of definitief te stoppen. Binnen de Jeugdzorg zijn geen overkoepelende brancheafspraken over het beëindigen van de hulpverlening. Maatgevend voor de omgang met geweldsincidenten zijn gedragscodes, de Arbowet en het agressie protocol (duidelijk over agressie, 2016). Ook wordt agressie binnen de hulpverlening in verband gebracht met conflicten binnen het team van pedagogische medewerkers, arbeidsuitval, het ontstaan van een burn-out en verloop onder het personeel. Een andere risicofactor is de traumatische ervaring van de medewerker. Deze ervaring verhoogt de kans op negatieve tegenoverdracht, waarmee het risico op agressief gedrag van de cliënten toeneemt (Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008; Ten Wolde & Koorenhof, 2006). Sinds januari 2017 worden de gezinnen waarin extreem agressief gedrag te zien is, overgedragen aan het Landelijk Expertise Team Jeugdbescherming. Dit team is gespecialiseerd in dit soort extreme problematieken en hebben een nauw samenwerkingsverband met alle zorginstellingen in Nederland (Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2017). De laatste jaren heeft het ouderschap van mensen met een LVB veel discussie binnen de maatschappij en politiek opgeroepen. Het is een veelbesproken thema, maar gaat met name over de vraag hoe om te gaan met de kindervens van deze mensen (De beer, 2011). Omdat het een ethische kwestie blijft en veel LVB mensen kinderen hebben, is het van belang dat de hulpverlening weet hoe ze hulp en ondersteuning moeten bieden aan deze ouders. Onderzoek wijst uit dat niet elke LVB ouder problemen heeft met opvoedvaardigheden. Een deel van deze ouders functioneert prima en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Echter is er een groot deel van de LVB ouders waarvan er sprake is van beperkingen binnen de opvoeding. Deze beperkingen hebben negatieve uitkomsten als gevolg voor het kind (Wade et al., 2008). Deze gezinnen kampen vaak echter met meer bijkomende problemen zoals armoede, geweld en gebrek aan sociale steun (Feldman, 1994). Er is een verschil binnen het omgaan met agressie en geweld van LVB cliënten en de cliënten zonder beperking. Het hanteren van agressie bij cliënten met een LVB gaat gepaard met meer problemen dan bij cliënten zonder LVB. Cliënten met een LVB hebben een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 en 85. Deze LVB brengt vaak beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen met zich mee, zoals beperkte sociale vaardigheden en moeite met communicatie die van invloed kunnen zijn op de opvoeding. Kinderen van ouders met een LVB worden dan ook grootgebracht met een aantal risicofactoren zoals verschillende soorten gedragsproblemen (Coren et al., 2011). Voor LVB ouders is het moeilijk om onze keuzes met betrekking tot de veiligheid van hun kinderen te begrijpen. Ze kunnen zich vaak moeilijk in ons verplaatsen en hebben niet de capaciteiten om het kind voorop te stellen. Doordat ze onze goede bedoelingen moeilijk plaats kunnen geven, wordt er met regelmaat agressie naar de medewerkers geuit. Het NJI (2014) benoemt dat hulpverleners in de jeugdzorg vanuit een bepaalde basishouding met LVB ouders moet werken. Het is hierbij van belang dat de hulpverlener ouders als partner beschouwd. Hierbij moet de hulpverlener niet alleen naar de risicofactoren kijken, maar ook naar de sterke punten en deze bespreekbaar maken. Ook hoort binnen deze basishouding een flexibele aanpak en het bieden van continuïteit in de hulpverlening.

2. ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk zal het doel van dit onderzoek beschreven worden. Vanuit het doel heb ik er een onderzoeksvraag geformuleerd, die is opgedeeld in deelvragen. Deze deelvragen zullen aan de hand van literatuur en praktijk onderzoek beantwoord worden.

2.1 DOELSTELLING

Eind juni 2017 is er voor de medewerkers van anaCare inzichtelijk op welke manier ze kunnen omgaan met agressie van LVB ouders in het ambulante kader.

2.2 ONDERZOEKSVRAAG

Op welke manier kunnen medewerkers van anaCare omgaan met verbale en non-verbale agressie bij het bieden van ambulante begeleiding aan licht verstandelijk beperkte ouders?

2.3 DEELVRAGEN

1. Wat is kenmerkend bij de agressieregulatie van licht verstandelijk beperkte cliënten?
2. Wat mag er vanuit de beroepscode van de pedagogisch medewerker binnen de jeugdzorg verwacht worden met betrekking tot de omgang van agressie bij licht verstandelijk beperkte cliënten?
3. Welke effectieve methodieken bestaan er met betrekking tot de omgang met agressie van licht verstandelijk beperkte cliënten binnen de ambulante zorg?
4. Wat is er volgens medewerkers van anaCare nodig in de omgang met agressie van licht verstandelijk beperkte cliënten?

3. ONDERZOEKSMETHODE

3.1 ONDERZOEKSTYPE

Het praktijkonderzoek zal exploratief van aard zijn en zich vooral richten op de kwalitatieve gegevens. Het doel van dit exploratief onderzoek is het beter leren begrijpen van het probleem van de organisatie en de behoefte van de medewerkers in kaart brengen. Hiervoor wordt er diepteonderzoek gedaan door middel van interviews en vervolgens kwantitatief breedteonderzoek gedaan door middel van vragenlijsten. Middels de interviews wordt er naar diepte in de antwoorden gezocht en door middel van de vragenlijsten wordt er vervolgens onderzocht of er meer ambulante medewerkers binnen de organisatie overeenkomende antwoorden hebben om zo een bredere groep te bereiken. Het praktijkonderzoek is deductief van aard, omdat er wordt onderzocht met de literatuurstudie als uitgangspunt. Hierdoor zijn er al aannames, theorieën en bevindingen en zullen deze worden getoetst in de praktijk. De dataverzameling is voor een groot deel kwalitatief omdat de nadruk op de informatie en kennis ligt en niet zozeer op de cijfers (Saunders, Lewis & Thornhill, 2015). Hierin wordt de behoefte van de medewerkers ondervraagd door middel van interview en een vragenlijst. Als eerste worden er 5 willekeurige ambulante medewerkers geïnterviewd, vervolgens worden de interviews uitgewerkt en gecodeerd. Vanuit de belangrijke responsen wordt een vragenlijst opgesteld. 15 andere willekeurige ambulante medewerkers zullen deze vragenlijst invullen en vervolgens zal ik de resultaten gaan onderzoeken. Bij dit onderzoek kunnen de respondenten, dus de medewerkers van anaCare, me nieuwe inzichten geven die bruikbaar kunnen zijn bij het inzichtelijk krijgen van de behoeften omtrent de omgang met agressie. De begrippen zullen geoperationaliseerd worden, zodat verschillen in interpretatie voorkomen wordt (Baarda, 2014).

3.2 METHODE VAN DATAVERZAMELING

Door middel van vragenlijsten en individuele, semi-gestructureerde interviews zal er praktijkonderzoek uitgevoerd worden. Hierbij zullen meerdere medewerkers van anaCare bevestigd worden. De interviews zullen afgebakend zijn, maar geven wel ruimte voor eigen beleving. Ik heb voor een combinatie van vragenlijsten en interviews gekozen, zodat ik én een grote groep medewerkers kan bereiken door middel van de vragenlijsten én diepgang krijg door middel van 5 interviews. Er is gekozen voor individuele interviews, omdat agressie een gevoelig onderwerp is en het mogelijk is dat medewerkers hier niet in bijzijn van anderen over willen praten en hun dit dus afremt tijdens het beantwoorden van de vragen (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2015). Als eerste zullen de interviews met vijf ambulante medewerkers worden afgenomen en aan de hand van deze uitkomsten worden de topics van de vragenlijsten opgesteld. Op deze manier kan er worden nagegaan of de antwoorden voor meer medewerkers gelden. De vragen en antwoorden van het interview liggen niet van te voren vast, maar de onderwerpen wel (Berkers, 2000). Bij de vragenlijsten, zullen de vragen voor iedereen hetzelfde zijn. Het zal een combinatie van open en gesloten vragen zijn. Zo zijn sommige vragen niet met een 'ja' of 'nee' te beantwoorden, dus zal er een kleine toelichting bij gevraagd worden. Moeilijke begrippen zullen van te voren geoperationaliseerd worden, zodat ze voor de respondent helder zijn. In de interviews zijn de respondenten vrij om vanuit hun eigen beleving te redeneren en antwoord te geven, maar moeten niet afdwalen van het onderwerp. Er zullen een paar trefwoorden van te voren genoteerd worden, die aan bod komen tijdens het onderwerp.

3.3 RESPONDENTEN

De respondenten van mijn interviews en vragenlijsten zullen de ambulante medewerkers van anaCare worden. Zij zijn het meest betrokken bij de problematieken omtrent agressie en kunnen me een duidelijk zicht geven op de problematiek en de behoefte omtrent de omgang met agressie. Er worden willekeurig vijf ambulante medewerkers uitgekozen voor de interviews, dus de antwoorden zijn niet van te voren voorspelbaar. Wel zal ik twee medewerkers interviewen die ook voor een deel in het Wonen Met Begeleidingshuis (WMB) werken, om te kijken of hier nog verschillen zitten. Vervolgens worden vijftien andere ambulante medewerkers bevestigd middels een vragenlijst. De topics uit de vragenlijsten komen voort uit de analyse van de interviews. Uit de vragenlijsten zal blijken of de antwoorden op één lijn liggen met de interviews of dat er hele andere antwoorden komen. In de aanbeveling zal zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de behoeften van alle respondenten.

3.4 ANALYSEMETHODE

Na het afnemen van het interview, worden als eerste de interviews getranscribeerd en gecodeerd. Er wordt deductief geanalyseerd en dus top-down gewerkt. Als eerste worden alle interviews gecodeerd. Hierbij zullen waardevolle uitspraken en vervolgens gegevens uit de literatuur en praktijk aan elkaar gekoppeld en vertaald worden in een algemene categorie. Daarna wordt er een hiërarchie bepaald. In deze fase wordt gekeken welke codes veel voorkomen en welke niet. Ten slotte worden verbanden en patronen vastgesteld en gekeken of er opvallende combinaties in de responsen aanwezig zijn. Aan de hand van de belangrijke responsen worden de topics van de vragenlijsten gemaakt. Er wordt met voorkennis uit het literatuuronderzoek een interview opgezet, waardoor de aannames in het interview gecontroleerd worden. Op deze manier wordt er een duidelijk beeld gevormd waar de behoeften van de medewerkers liggen en of deze met de verkregen literatuur overeenkomen. De samenhang tussen de antwoorden uit de interviews en vragenlijsten zullen uiteindelijk de deelvraag beantwoorden. De uitkomsten worden op het einde beschreven in de resultaten. (Berkers, 2000).

4. LITERATUUR ONDERZOEK

In dit hoofdstuk zullen de literatuur deelvragen aan de hand van een literatuuronderzoek beantwoord worden.

4.1 WAT IS KENMERKEND BIJ DE AGRESSIEREGULATIE VAN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTE CLIËNTEN?

Soorten agressie

Bij LVB is de agressie niet zwart-wit in te delen en spelen er meer factoren mee. Agressie- en prikkelregulatie spelen hierbij een grote rol in. Deze deelvraag zal vanuit de vorm- en functiebenadering geschreven zijn, waarbij de vorm van agressie benoemd wordt en vervolgens de functie van deze vorm van agressie. Er wordt gesproken van een functie wanneer er een samenhangend verband is tussen agressie en bekrachtigende factoren. Allereerst zal ik ingaan op de verschillende vormen van agressie van die we bij de LVB cliënten van anaCare zien. Zo is er *frustratieagressie*, waarbij de cliënt zijn onmacht uit als agressie. Onze cliënten hebben soms het gevoel dat ze heen en weer worden gestuurd, niet de juiste hulp krijgen of dat we ze niet begrijpen en dit kan verschillende soorten agressie tot gevolg hebben. Ze beschikken niet voldoende over communicatieve vaardigheden om hun begeleiding in te lichten over hun behoeften, wensen en problemen. Hierbij kunnen de emoties in korte tijd hoog oplopen (Ghaye, 2005). Doordat LVB een beperkte sociaal-emotionele ontwikkeling hebben, kunnen ze slecht met frustratie en onduidelijkheid omgaan. Ook Serruys (2005) schrijft dat onduidelijkheid kan zorgen voor chaos in het hoofd van de LVB. Wij, als ambulant begeleiders, kunnen deze duidelijk vaak niet geven, waardoor er onrust ontstaat bij de LVB. Een verhelderend praktijkvoorbeeld is een casus waarin meerdere begeleiders zitten. Doordat elke dag andere begeleiding over de vloer komt, worden er elke dag andere tips of uitspraken gedaan door de begeleiding wat kan zorgen voor veel onduidelijkheid en de LVB niet meer weet naar wie hij/zij moet luisteren. Ook andere ketenpartners zorgen voor onduidelijkheid. Zo kan een consultatiebureau, huisarts, maar ook bureau jeugdzorg andere tips dan wij als begeleiding geven. Er ontstaat hierdoor onzekerheid die gecompenseerd moet worden door 'balans-herstellend' gedrag. Dit kan zich in verschillende vormen uiten, waaronder agressie. De reactie van de begeleiding op deze agressie kan leidend zijn voor meer agressie of juist rust (Serruys, 2005). Bepaalde agressieve of andere problematische gedragingen kunnen de functie hebben om de emotionele balans in evenwicht te houden. Het komt veel voor dat begeleiding de LVB alleen aanspreken op probleemgedrag, maar niet op positief gedrag. De LVB kan zich verworpen voelen en de emotionele balans met de begeleiding kan verstoord zijn. Dit kan zich uiten in positief of negatief gedrag. Zo kan de LVB zich boos en onbegrepen voelen, maar kan de LVB ook de balans willen herstellen door positief geladen gedrag dat een positieve emotionele respons bij de begeleider uitlokt. Volgens de Beer (2011) zijn emoties als haat, liefde en verdriet voor mensen met een LVB moeilijk te definiëren, waardoor het voor LVB lastig is om adequaat op deze emoties te reageren. Ook het herkennen van eigen emoties is voor hen erg lastig. Hierbij draait het om het herkennen van emoties en het bewust en adequaat reageren op eigen emoties en die van anderen. Empathie is een emotie die achterblijft bij LVB, waardoor ze zich moeilijk kunnen voorstellen hoe een ander zich voelt. Ze kunnen hierdoor niet nadenken over de gevolgen van de ander bij hun uiting van agressie. Ze hebben hiernaast een gebrekkige zelfsturing, waardoor ze hun eigen gedrag moeilijk kunnen sturen. Dit leidt ertoe dat de emoties die de LVB voelt, direct wordt omgezet in gedrag en kunnen ze niet oorzaak-gevolg denken. Ook blijft bij LVB, door het beperkte werkgeheugen, het taalgebruik en taalbegrip achter en begrijpen ze minder goed wat er gezegd wordt. Dit zorgt ervoor dat gevoelens verbaal uitdrukken vermoeilijkt wordt en er uit frustratie vaak scheldwoorden gebruikt worden (De Beer, 2012). Daarnaast is er *functionele of instrumentele agressie*, waarbij LVB agressie inzetten om hun zin te krijgen. De cliënt ziet agressie hierbij als machtsmiddel en wilt zijn doel bereiken door middel van agressievormen zoals intimideren, dreigen of fysiek contact. Deze vorm van agressie kan voor de LVB een vorm van overleven zijn geworden. Deze uitingen zijn veelal gegroeid door socialisatie of opvoeding. Wanneer instrumentele agressie niet werkt, kan dit overslaan in frustratieagressie (Schoor, 2005). In de praktijk wordt instrumentele agressie veel gebruikt door cliënten. Ze weten vaak niet dat de ambulant hulpverleners alleen uitvoeren en de gezinsvoogd beslissingen maakt, maar doordat wij bij hen over de vloer komen, wordt de agressie naar ambulante hulpverlener geuit. Er wordt bedreigd of gechanteerd. De ambulant hulpverlener is werkzaam in de buurt van zijn/haar woonplaats, waardoor het mogelijk is dat cliënten je kennen of je achtergrond weten. Wanneer hiervan sprake is, gebruiken cliënten dit om hun zin te krijgen en dreigen ze bijvoorbeeld door te zeggen dat ze je op gaan zoeken. Dit is een duidelijke vorm van instrumentele agressie die in de ambulante hulpverlening veel terug te zien is. Agressie kan ook andere functies hebben zoals een zelfsturende functie, een vermijdende of ontsnappende functie of een aandachttrekkende functie. In deze gevallen wordt agressie als middel ingezet om een persoonlijk doel te bereiken (Didden, Duker & Seys, 2003). Volgens Serruys (2005) kan probleemgedrag, zoals agressie, bij LVB opgedeeld worden in copinggedrag en signaalgedrag. Copinggedrag, wat aansluit bij cognitie, valt onder gedrag dat een oplossing inhoudt voor een problematische situatie. Door copinggedrag kan de LVB controle op zijn omgeving en stressoren uitoefenen en zich staande houden. Door de omgeving wordt dit gezien als een ongecontroleerd, maar voor de LVB is dit een manier om de angst te onderdrukken en zijn doel te bereiken. Volgens Janssen, Schuengel en Stolk (2002) ervaren LVB een grote hoeveelheid stress in hun leven. Dit komt doordat mensen van buitenaf vaak hoge verwachtingen van hen hebben, ze vervolgens te hoge eisen aan zichzelf stellen en vervolgens deze hoge verwachtingen

niet waar kunnen maken. Ze hebben een onrealistisch zelfbeeld en het overschatten en onderschatten van zichzelf is hierbij een veelvoorkomend gevolg. Dit is te verklaren door gebrek aan zelfkennis en vermogen om naar zichzelf te kijken en een slechte zelfmonitoring (Venenberg, in Durinck & Racquet, 2003). Veel situaties waarin LVB verkeren, worden door hen stressvol en oncontroleerbaar ervaren. De coping heeft vaak een zeer negatieve lading en uit zich in agressief gedrag. Voor hen is het dus moeilijk om zelfstandig met deze stress om te gaan. Bij signaalgedrag, dat aansluit bij emotie, wordt de omgeving uitgedaagd om het probleem in te schatten en er een oplossing voor te vinden. Dit wordt gezien als een soort pre-communicatie. Door signaalgedrag wordt er aangetoond dat er een probleem is, zonder zelf strategieën te kunnen bedenken of te communiceren over het probleem. Het gevaar van signaalgedrag is dat het gedrag niet tijdig door begeleiding wordt herkend, waardoor de LVB verplicht wordt om dit gedrag te versterken tot het problematisch en agressief gedrag wordt. Serruys (2005) beschrijft dat het vaak voorkomt dat LVB zich op straat en in het publiekelijk goed gedragen en dit gedrag goed kunnen onderdrukken, maar als ze thuis komen er een ontlading komt en alle spanning eruit komt. Dit is dan ook het risico van ambulant werken. Cliënten voelen zich thuis in hun comfort zone en gooien vaak alles wat ze de hele dag (of langer) hebben opgekropt eruit. De hulpverlener komt in het territorium van de LVB cliënt. Hierdoor heeft de LVB een machtspositie. Het is dan van belang dat hulpverleners weten hoe ze hiermee om moeten gaan. Een begeleider die onzekerheid, twijfel en angst uitstraalt word geassocieerd met onveiligheid en zal door de LVB getoetst moeten worden. Begeleiders weten vaak niet het evenwicht te vinden en gaan de LVB streng controleren en openen dus zo een strijd om de macht die uitmondt in probleemgedrag of agressie bij de LVB. Het is opvallend dat agressie van LVB vaak gericht is naar mensen met een positieve betekenis. Het kan hierbij een vraag naar bescherming zijn.

Biologische aspecten

Bij een LVB spelen echter meerdere aspecten mee wanneer het gaat om de regulatie van agressie en is hier meestal een samenhang van verschillende aspecten in terug te zien. Een *biologisch aspect* bij het reguleren van agressie is een bijkomende organische afwijking van het centrale zenuwstelsel. Deze biologische afwijking, in combinatie met een genetische stoornis, kan zorgen voor ernstige gedragsproblemen bij LVB. Zo kunnen genetische afwijkingen leiden tot hersenbeschadigingen en daarmee samengaan probleemgedrag. Het gaat hierbij om kenmerken als pervasieve hyperactiviteit, impulsiviteit, prikkelbaarheid, angst, emotionele instabiliteit en over-arousel in reactie op lichte prikkels (Venenberg, in Dykens, 1996). Bij LVB met een bijkomende genetische afwijking wordt vaak probleemgedrag zoals woede uitbarstingen, zelfverwonding en hyperactiviteit gezien.

Daarnaast verloopt de informatieverwerking van LVB anders dan bij mensen zonder beperking. Van Nieuwenhuizen e.a. (2006) hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop LVB informatie verwerken aan de hand van het sociaal informatieverwerkingsmodel. Deze geeft inzicht in de weg naar respons of actie. Er is nog geen zekerheid, maar er wordt vermoed dat de laatste stappen van dit model bij LVB worden overgeslagen. Deze laatste stappen betreffen het controleren van impulsen, waardoor LVB passiever of vijandiger reageren op bepaalde sociale situaties. Ze denken vaak niet oorzaak-gevolg na en zijn daardoor impulsief in hun acties en beslissingen. Hierdoor zijn ze niet adequaat in hun oplossingen en verkiezen ze daardoor vaak voor agressie en passieve oplossingen boven andere oplossingen (Van Nieuwenhuizen e.a., 2006). Door deze verstoorde informatieverwerking, geven LVB in sommige gevallen verkeerde verklaringen aan hun gedrag. (Ponsioen, 2001). In de praktijk is dit erg herkenbaar gedrag en wordt er veelal agressie als oplossing voor problemen gekozen. Doordat LVB impulsief reageren kunnen ze bij bijvoorbeeld slecht nieuws geen controle houden en reageren ze daardoor vaak agressief, zonder stil te staan bij de gevolgen van hun acties. Ook dreigementen zijn een veelvoorkomende respons op slecht nieuws. LVB hebben hierbij niet het besef dat ze iets verkeerd doen en kunnen de impact op de hulpverlener niet inschatten.

Sociale aspecten

Ook hechtingsproblematieken kunnen een indirecte oorzaak zijn van agressie. Verstoorde hechtingsrelaties hebben mogelijk veel invloed op het ontstaan van gedragsproblematieken. Bij LVB ouders die zelf een verstoorde hechtingsrelatie hebben met hun ouders of geen veilige thuisbasis hebben gehad, is de kans groot dat zij ook moeite hebben met sensitief reageren op hun kinderen. Het gevolg voor kinderen hierbij is dat zij moeite hebben met het inschatten van de aanwezigheid van ouders en daardoor deze afweert. In de ergste vorm kan het kind gedesorganiseerd gehecht zijn en erg kwetsbaar zijn. Deze hechtingsstoornis heeft een verhoogd risico op gedragsproblemen (Venenberg, in Schuengel & Janssen, 2006). Een verwaarlozing van het sociaal-emotionele kan tot probleemgedrag leiden. Zo is emotionele behoefte aan nabijheid en begrenzing vaak cruciaal en ziet men dat probleemgedrag wortelt in de sociaal-emotionele behoeften. Als laatste zijn er nog *sociale* factoren die gedragsproblematieken of agressie tot gevolg kunnen hebben. Conflicten met anderen, over- en onderstimulering van de omgeving, trauma's, moeilijkheden bij het aangaan van relaties etc. gaat soms erg lastig, waardoor LVB vaak slechte ervaringen met het contact met hun omgeving hebben. Een voorbeeld hiervan zijn te hoge of onjuiste verwachtingen van hun omgeving. Mede door deze slechte ervaringen hebben veel LVB een negatief beeld van anderen en hun omgeving en kiezen ervoor om ook met negatief gedrag en negatieve reacties te communiceren. Hierdoor houden LVB vaak nog maar een klein sociaal netwerk over (Dekker et al., 2006). Zo kan agressief gedrag ook geuit worden wanneer een LVB wilt kijken of de begeleiding hem dan 'in de steek laat'. Dit is een manier van aftasten hoe betrouwbaar de begeleiding is en komt meestal voor bij cliënten die al een hoop begeleiders hebben gehad (Serruys, 2005). Deze LVB worden continu

gevraagd om flexibel te zijn en met de verschillende begeleidingsstijlen en verwachtingen om te kunnen gaan. Dit vraagt een voortdurend peilen van de omgeving en kost de LVB veel inspanning.

4.2 WAT MAG ER VANUIT DE BEROEPSCODE VAN DE PEDAGOGISCH MEDEWERKER BINNEN DE JEUGDZORG VERWACHT WORDEN MET BETREKKING TOT DE OMGANG VAN AGRESSIE BIJ LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTE CLIËNTEN?

Een beroepscode bevat normen en beginselen die bij de uitoefening van het beroep, in dit geval jeugdzorgwerker, gehanteerd dienen te worden. Het gaat hierbij om gedragsregels waarnaar gehandeld dient te worden bij het werken met cliënten, collega's en anderen. De beroepscode geeft inzicht in de waarden en normen die binnen het beroep gehanteerd worden. Het einddoel is hierbij het waarborgen van de kwaliteit van de zorg. Ik zal in deze deelvraag niet alleen de beroepscode van de jeugdzorgwerker analyseren, maar ook andere beroepscodes die betrekking hebben op het begeleiden van LVB cliënten (Rothfusz, 2012).

Wat betreft de beroepscode voor de pedagogisch medewerker kan volgens Phorza (2009) worden gesteld dat zij interveniëren daar waar een wisselwerking plaatsvindt tussen mensen en hun omgeving. Het gaat hierbij voornamelijk over interacties met het gezin of instellingen. De pedagoog staat dicht bij het individu en legt de nadruk op individuele hulpverlening. De manier van werken met de cliënt kan verschillen per persoon. Zo kan men de problemen van een cliënt oplossen of de cliënt ondersteunen bij het oplossen van zijn problemen. Autonomie staat in deze beroepscode dan ook centraal. Volgens de NVO kenmerkt een waardig pedagoog zich door iemand die zorgvuldig, vanuit professionele competentie handelt en verantwoordelijkheid neemt voor alle personen met wie hij/zij professioneel in contact komt (ISFW, 2004). De basisbeginselen van waaruit een pedagoog werkt zijn dan ook: deskundigheid, zorgvuldigheid, vertrouwelijkheid, verantwoordelijkheid en collegialiteit. Niet alle medewerkers van anaCare voelen zich competent en deskundig genoeg om met agressie om te gaan. Bij de oriëntatiefase van dit profileringsproject zijn meerdere medewerkers bevraagd naar hun omgang met agressie van LVB cliënten. De meerderheid gaf hierbij aan dat ze 'maar wat doen' en hun handelen niet kunnen onderbouwen. Volgens Phorza (2009) moet er gewaakt worden voor de deskundigheid van de pedagogisch medewerker. Deze mag niet gebruikt worden voor belangen die in strijd zijn met de doelstelling van de medewerker. Zowel de beroepscode van de pedagoog als de social-worker, kenmerkt zich door de volgende elementen:

- Legitimatie: verantwoordelijkheid nemen en vertegenwoordigen van eigen ethiek en identiteit.
- Deskundigheid: beschikken over professionele competentie, zowel kennis als het vermogen tot empathie en assertiviteit.
- Integriteit: zorgvuldig handelen
- Motivatie: zich laten leiden door respect voor de mens en gericht zijn op het belang en welzijn van de ander.

Als we gaan kijken naar de omgang met agressie kan er gesteld worden dat men ten alle tijden moet kunnen verantwoorden hoe men handelt en dit kan onderbouwen. De pedagoog moet ten opzichte van de cliënt, zijn sociale omgeving en andere professionals bereid zijn om haar keuzes te *legitimeren*. Volgens Van der Laan (1992) zijn er drie gebieden waarop je het handelen moet legitimeren:

1. het subjectieve terrein: Dit is het domein van de persoonlijke ervaring. Hierbij gaat het erom of je meent wat je zegt en of je eerlijk en betrouwbaar in moeilijke situaties bent.
2. Het sociale terrein: Dit is het domein van waarden en normen. Hierbij gaat het erom of je de juiste waarden en normen toepast in je werk en hoe de sociale verhoudingen tussen professional en cliënt zijn.
3. Het objectieve terrein: Dit is het domein van de methoden, de feiten en de vakkennis. Hierbij gaat het om waarheid en deskundigheid.

Bij het ambulant werken van onze medewerkers is het van belang dat er altijd in het achterhoofd gehouden wordt dat cliënten beïnvloedt worden door onze manier van handelen. Dit is niet eenvoudig, omdat er gewerkt wordt binnen een bepaalde context die de handelingsmogelijkheden beperken en het denken beïnvloeden. Een onderdeel van het legitimeren is het aangeven van grenzen. Als ambulant medewerker is men zelf verantwoordelijk voor de keuzes die gemaakt worden. Volgens

CMV (2009) kan een sociaal-agogische medewerker zijn eigen functioneren plaatsen in een brede maatschappelijke context, met inbegrip van doelstellingen en opvattingen. Hij leert door middel van 'reflection in action' hoe er adequaat met onverwachte en onvoorspelbare situaties moet worden omgegaan.

Naast legitimatie is er al besproken dat *deskundigheid* ook een belangrijk element is in de beroepscode. De deskundigheid moet continu op peil worden gehouden. Binnen anaCare is het verplicht om congressen bij te wonen, zoals 'omgaan met agressie'. Daarnaast worden er ook trainingen en cursussen aangeboden voor alle medewerkers. Hierin wordt de kennis van alle medewerkers getoetst en bijgeschoold. Er wordt vanuit de beroepscode van Phorza (2009) verwacht dat, naast congressen, de medewerkers deelnemen aan supervisie/intervisie bijeenkomsten om zo te kunnen reflecteren op persoonlijk handelen. Bij anaCare wordt hier veel in geïnvesteerd en wordt er elke maand een intervisiebijeenkomst georganiseerd. Hierin worden o.a. thema's als agressie besproken. Vervolgens is vertrouwen ook een belangrijk element bij het handelen naar de beroepscode. Onder *integriteit* wordt verstaan dat de medewerker geen misbruik maakt van de vertrouwensrelatie en dat de grenzen tussen persoonlijk en professioneel erkend worden. Eerlijkheid en oprechtheid spelen hierbij een grote rol. Het komt voor dat medewerkers een uitzondering maken, omdat ze denken dat ze weten wat er nodig is voor het welzijn van een cliënt. Er mag geen agressie of seksuele intimidatie van de medewerker getolereerd worden, ook al heeft de medewerker agressieve gevoelens naar een cliënt. Daarnaast betekent integriteit ook dat medewerkers zich aan afspraken houden. Soms kan het makkelijk zijn om conflicten te vermijden om ellende te voorkomen, maar cliënten weten dan niet waar ze aan toe zijn. Hierbij is er natuurlijk een uitzondering wanneer de eigen veiligheid in het geding komt. Volgens het beleid van anaCare (2017) mogen hulpverleners ten alle tijden de begeleiding stopzetten als eigen veiligheid in het geding komt. Hier is geen duidelijke richtlijn voor en hangt dus af van de ervaring van de hulpverlener. Als de begeleiding wordt stopgezet, is het de bedoeling dat de kinderen van de cliënt niet meegenomen worden en er voor eigen veiligheid wordt gekozen. Dit wordt in de praktijk echter niet altijd nageleefd, vanwege het grote verantwoordelijkheidsgevoel voor de kinderen. Het laatste element is *motivatie*. De motivatie van de medewerkers is bij de meesten gericht op het welzijn en belang van de ander. Daarbij is het ook belangrijk dat men zelf goed functioneert. Wanneer er gewerkt wordt met LVB cliënten is het van belang dat er niet alleen voor hen, maar de medewerkers ook goed voor zichzelf zorgen. Elke medewerker heeft iets anders nodig om zijn/haar werk goed te kunnen uitvoeren. Een veilige werkomgeving draagt hier bij de meesten aan bij. Daarom wordt er nauw contact gehouden met het kantoor en worden bij risicovolle casuïstiek korte lijntjes gehouden met collega's en wordt er na afloop geëvalueerd. Medewerkers zijn vaak bij moeilijke situaties betrokken, waarbij het niet altijd duidelijk is of men voor de cliënt of voor zichzelf moeten kiezen. De medewerker hoeft het gedrag van de cliënt niet altijd goed te keuren. Vanuit de beroepsethiek van Rothfus (2012) wordt gesteld dat de zelfbeschikking, autonomie en het vermogen om zelf na te denken en zelf te bepalen wat de cliënt wilt met zijn/haar leven centraal moet staan. Tegenwoordig worden cliënten zelf verantwoordelijk gesteld voor hun acties en hoort de medewerker afstand te nemen van de rol van 'opvoeder' van de cliënt. Echter beschrijft IFSW (2004) dat wanneer het gedrag van cliënten bepaald wordt door omstandigheden of door onbeheersbare krachten, ze niet verantwoordelijk hiervoor zijn. Als een cliënt agressie vertoont, kan de medewerker ervoor kiezen om de wilsvrijheid van de cliënt te vergroten. Hierbij kan de medewerker de cliënt laten inzien dat er alternatieve handelingsmogelijkheden zijn. Ook kunnen de gevolgen van hun handelingen worden besproken. De houding van de hulpverlener kan cruciaal zijn in situaties van agressie. De hulpverlener dient te beschikken over een dosis zelfvertrouwen en moet weten wat de oorzaak van een conflict is. Als de hulpverlener dit weet, kan deze rationeel nadenken over een actie. Schuur (2009) geeft aan dat het bij de beroepshouding van belang is dat de hulpverlener de cliënt een spiegel voorhoudt. Rustig en kalm reageren is hierbij essentieel. Deze manier van werken wordt 'geweldloos' genoemd. Hierbij wordt agressie niet uit de weg gegaan, maar wordt er op zo'n manier mee om gegaan, dat een verdere escalatie wordt voorkomen. Het gaat hierbij om voorbeeldgedrag en het versterken van de eigenwaarde van de cliënt. Het vertoonde gedrag wordt afgewezen, maar niet de cliënt zelf. Het is volgens filosoof Kant (1978) van belang dat medewerkers niet alles voor de cliënt voorkauwen, maar ze zelf over hun handelingen laten nadenken. De autonomie van de cliënt wordt vergroot als de kwaliteit van zijn handelingskeuze wordt verbeterd. Zo kan een cliënt in het vervolg goed geïnformeerd en doordacht een beslissing nemen. Daarnaast is het van belang dat er wordt geïnvesteerd in de eigen kracht van de cliënt, zodat deze zich staande kan houden wanneer medewerkers hen belemmeren. Kant (1978) stelt ook dat er een verschil is tussen autonomie en zelfbeschikking. Een LVB cliënt is niet altijd in staat om een weloverwogen keuze voor zijn handelingen te maken en daarbij verder te kijken dan zijn eigen belangen. Een cliënt is wilsbekwaam als hij de situatie kan inschatten en de gevolgen van een besluit kan overzien. Volgens IFSW (2004) worden de eigen keuzes van de cliënt bevorderd, mits deze niet de belangen van anderen schaden. Als de belangen van anderen in het

geding zijn, mag de vrijheid van de cliënt door de medewerker begrensd worden. Rothfus (2012) geeft aan dat het van belang is om met cliënten over agressie te praten en daarbij niet te snel naar de politie te stappen, omdat ze de hulpverlener dan niet meer als veilig en betrouwbaar ervaren. De hulpverlener moet hierbij de cliënt helpen om op een andere manier met zijn boosheid om te gaan. Echter kan de schade van anderen beperkt worden als de hulpverlener wél ingrijpt. Daarbij is het een ethische afweging die de hulpverlener zelf moet maken. Bij hulpverleners staat het recht om de kinderen te beschermen voorop. Hulpverleners hebben een wettelijk meldrecht wanneer er agressie plaatsvindt binnen een gezin. Hulpverleners kunnen twee fouten maken bij het ingrijpen. Paternalistisch zijn houdt in dat de hulpverlener ingrijpt, waarbij hij dit niet zou moeten doen. Hierbij wordt er niet gegaan naar de autonomie van de cliënt. Daarnaast ben je nalatig wanneer er niet ingegrepen wordt, maar dit wel noodzakelijk is. Door overleg met collega's kan de hulpverlener een weloverwogen besluit nemen bij dit soort moeilijke keuzes. Volgens de beroepscode van de maatschappelijk werker (NVMW, 2010) mag de hulpverlener buiten het medeweten en toestemming van de cliënt handelen wanneer de hulpverlener zelf of de ander ernstig wordt bedreigd. In alle gevallen dient hierbij overlegd te worden met beroepsgenoten of andere deskundigen. Met bedreigd levensbelang wordt gevaar zoals geweld of andere risico's bedoeld. Kortdurende dwang mag volgens de wetgeving worden toegestaan als hiermee een gevaarlijke situatie wordt voorkomen. Dit komt echter nauwelijks voor bij de anaCare. Drang is een manier om een cliënt te belonen of te straffen voor bepaald gedrag, door in te spelen op gevoelens of door bepaalde informatie achter te houden. Ook hierbij geldt dat de hulpverlener deze keuzes moet kunnen verantwoorden. Elke sociaal-agogisch werker mag uitsluitend dwangmiddelen of beperkende maatregelen zoals afzonderen, isoleren, straffen, vasthouden, vastbinden toepassen als laatste middel om gevaar voor de cliënt, voor anderen of voor zichzelf af te wenden (Schoor, 2009). Bij het overmeesteren of weerhouden van geweld dient de hulpverlener te werken vanuit betrokkenheid, oprechtheid en zorg en niet vanuit een beheersing of overmacht mentaliteit. Het is van belang dat er tijdens deze fysieke methoden rustig en kalm tegen de cliënt gepraat wordt. Met betrekking tot het zwijgrecht mag de hulpverlener ten alle tijden zijn zwijgplicht verbreken indien er ernstige schade voor de cliënt of anderen voorkomen kan worden (Phorza, 2004). Bij sociaal kwetsbare cliënten zoals LVB is de kans op agressief gedrag groot. Hulpverleners hebben de verantwoordelijkheid om te doen wat binnen hun mogelijkheid ligt om agressie van cliënten te voorkomen. Wanneer zij dit niet doen, kan hen nalatigheid worden verweten. De agressie van LVB cliënten is in de meeste gevallen naar de hulpverlener toe gericht. Vooral als deze een positie heeft waarbij er keuzes voor de cliënt worden gemaakt. Als hulpverlener kun je bij agressie niet je eerste impuls volgen door bijvoorbeeld terug te slaan of te schelden of ervoor zorgen dat je de cliënt nooit meer tegenkomt. Het is een morele kwestie wanneer je niet weet of je het eigen belang voor het belang van een agressieve cliënt mag laten gaan. Binnen het ambulante werk mag je een cliënt niet op straat zetten, omdat de werkplek het huis van de cliënt is. Er is niet wettelijk beschreven of een cliënt recht op hulp heeft, wanneer hij zich agressief gedraagt. Wel heeft elke hulpverlener recht op goede en veilige werkomstandigheden. De werkgever hoort zorg te dragen voor voldoende personeel en dat er voorzieningen zijn die de veiligheid bevorderen. Binnen het ambulante werk van anaCare hoort het brengen van slecht nieuws en andere zaken waar de cliënt het vaak niet mee eens is. Daardoor kan een werkgever voorzorgsmaatregelen nemen, zodat escalatie voorkomen kan worden. Het is van belang dat een hulpverlener het protocol kent en dus weet hoe hij in deze situaties moet handelen. In noodsituaties is het van belang dat er met collega's gecommuniceerd wordt (Rothfus, 2012).

4.3 WELKE EFFECTIEVE METHODIEKEN BESTAAN ER MET BETREKKING TOT DE OMGANG MET AGRESSIE VAN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTE CLIËNTEN BINNEN DE AMBULANTE ZORG?

De uitingen van agressie bij LVB is vaak van te voren te voorspellen. De LVB begint in de meeste gevallen te transpireren, krijgt een snelle polsslag, natte handen, hyperventilatie, urineren, diarree of begint te trillen. De professionele houding van de hulpverlener kan dan ook van groot belang zijn en om een verdere escalatie te voorkomen. De omgang van de hulpverlener met de agressie is bij elke uiting anders, waardoor het van belang is dat er duidelijk is welke soort agressie welke begeleiding nodig heeft. Alle methodieken zijn het erover eens dat een professionele houding zich kenmerkt door de uitstraling van rust, kalmte en zelfvertrouwen. Uit meerdere wetenschappelijke onderzoeken wordt gesteld dat de hulpverlener deskundig moet zijn op gebied van LVB en gespreksvoering (Schoor, 2009). Op dit gebied schieten de medewerkers van anaCare momenteel nog te kort. Het is bij LVB belangrijk dat ze niet als persoon worden afgewezen, maar wel het agressieve gedrag wat ze

vertonen. Door een overtuigende en niet-vernederende manier van reageren op de houding van de LVB kan de agressie beperkt worden. Schuur (2009) staat voor een geweldloze houding van de hulpverlener, waarbij agressie wordt vermeden. Een misopvatting bij deze methodiek is dat men denkt dat de situatie uit de weg wordt gegaan, maar dat is niet zo. De emoties van de cliënt worden zeer serieus genomen en er wordt uitgegaan van een gelijkwaardigheid tussen cliënt en hulpverlener. De hulpverlener blijft verbaal of non-verbaal in contact met de cliënt en probeert deze te kalmeren. Hierdoor worden gewetensconflicten, door niet met dezelfde agressie te reageren, voorkomen. Ook wordt de zelfdiscipline van de hulpverlener vergroot. Het gedrag van de LVB cliënt mag niet de reactie van de hulpverlener bepalen. Hierdoor geeft de hulpverlener het goede voorbeeld. Bij een LVB cliënt kan het in dit soort situaties helpen om de LVB zwijgend aan te kijken of korte, duidelijke vragen stellen. De rustige uitstraling van de hulpverlener kunnen een spiegelend effect op de cliënt hebben, met als gevolg de imitatie van dit gedrag door de cliënt (Gemert & Minderaa, 2000). Schuur (2009) geeft aan dat spiegelneuronen een goede werking kunnen hebben bij het tegengaan van agressie van cliënten. Spiegelneuronen zijn neuronen die verantwoordelijk zijn voor de eigenschappen als empathie, intuïtie en vertrouwen. Spiegelneuronen zorgen ervoor dat op het moment dat iemand naar je lacht, je automatisch terug lacht. Deze neuronen beïnvloeden dus de motorische activiteit van de mens. Bij LVB is het echter zo dat ze sociaal-emotioneel beperkt zijn en deze emoties moeilijk kunnen interpreteren. De spiegelneuronen zijn bij hen verstoord, waardoor de werking ervan gering is. Het kopiëren van gedrag van de LVB door de hulpverlener kan wel effectief zijn. Door bijvoorbeeld bepaalde handbewegingen te imiteren, kan de LVB herkenning en erkenning bij de hulpverlener terug zien. Dit kan ombuiging van spanning tot gevolg hebben (Gemert & Minderaa, 2000). Binnen de ambulante begeleiding van LVB staat volgens Twint & van Kouwen (2011) de begeleidingsrelatie centraal. Een methodiek die hierop aansluit is de Affectief Bewuste Benadering (ABB). Binnen deze methodiek is het belangrijk dat de begeleider bewust is van de eigen emoties, maar ook van de emoties en het emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt. De cliënt en begeleider geven elkaar bewust en onbewust emotionele signalen, die zij op hun eigen manier interpreteren. Door zoveel mogelijk bewustzijn te creëren van cognitie en emotionele ontwikkelingsniveau kan de kwaliteit van begeleiding geoptimaliseerd worden. Kennis over LVB en hun emotionele ontwikkeling en sociale redzaamheid is belangrijk om deze methodiek goed toe te kunnen passen. Ook is het van essentieel belang dat de begeleider kennis van de hechtingsgeschiedenis van de cliënt heeft. Allereerst wordt er gebouwd aan een wederzijds vertrouwen. Vervolgens wordt er structuur aangebracht en een gezamenlijk doel opgesteld. Om agressie aan te kunnen pakken, moet er volgens de ABB eerst een goed contact tussen begeleider en cliënt zijn. Momenteel wordt hier nog niet doelbewust aan gewerkt binnen anaCare. De begeleider moet een veilige basis zijn waar de cliënt bij terug kan vallen. Er worden bij deze methodiek verbale en non-verbale gespreksvaardigheden aangeleerd. De begeleider wordt zich bewust gemaakt van eigen stemgebruik, lichaamshouding en fysieke contactname (Twint & van Kouwen, 2011). Deze methodiek is alleen uitvoerbaar als een cliënt maar één of twee begeleiders heeft, zodat er een band opgebouwd kan worden. Gedragsmodificatie is een begeleidingsmanier die niet aansluit bij de visie van anaCare. Dit is volgens de Graaff (1999) een veel toegepaste methode bij het begeleiden van LVB cliënten. Bij deze methoden wordt gedrag bestraft of beloond, waarbij alleen de cliënt moet veranderen en niet de hulpverlener. Het gaat hierbij om het toepassen van inzichten vanuit de leertheorie (Van Osch, 1995). De leertheorie beschrijft dat gedrag een uiting is van allerlei omgevingsfactoren. Het vertoonde gedrag is een respons op alle prikkels. Bij deze methode wordt er niet gekeken naar de oorzaak van het gedrag en wordt het gedrag zonder naar de oorzaak te kijken veranderd. Dit past niet binnen de beroepscode van de jeugdzorgwerker en is dus geen methode die binnen het werkveld past. In tegenstelling tot gedragsmodificatie, wordt bij de PAC-methode en bij de methode Heijkoop (1993) gekeken vanuit het perspectief van de LVB. Het doel is om het zelfvertrouwen van de LVB te versterken, zodat er probleemgedrag voorkomen kan worden. Volgens deze methodes komt agressie voort uit het verliezen van het zelfvertrouwen. De PAC-methode richt zich op het begrijpen van de agressieregulatie van de LVB. Heijkoop richt zich niet op de diagnostiek van de LVB, maar op het scherper in beeld krijgen van het probleemgedrag, dit doet hij door middel van video-analyses met de begeleiders. Dit is nodig om vervolgens een beeld te krijgen hoe er gehandeld moet worden. De methode bestaat uit de volgende drie onderdelen die de basis vormen:

- een beeld krijgen van de spanningsniveaus
- het probleemgedrag als versterker van zichzelf
- de vier kernpunten van de cliënt: vertrouwen, invloed op omgeving, omgaan met probleemgedrag en emotioneel evenwicht.

Daarnaast biedt de methode ARGOS, ontwikkeld door medewerkers van de Garante Groep, handvatten voor begeleiders om LVB cliënten met een hechtingsstoornis en hun agressie om te gaan. Er wordt geprobeerd zicht te krijgen op de mechanismes die het agressieve gedrag veroorzaken. Ze gaan uit van gebieden waaruit hulpvragen ontstaan:

- De cliënt heeft *angst*. Iedereen wordt door de cliënt als een bedreiging gezien.
- *Relaties*: de cliënt ervaart diepere of affectieve relaties als bedreigend.
- *Geweten*: de gewetensontwikkeling van de cliënt is beperkt.
- *Overlevingsgedrag*: de cliënt houdt zich staande door constante controle te willen houden.
- *Stress*: de cliënt heeft veel last van stress, wat zich in veel gevallen uit door agressie.

Volgens deze methode is het belangrijk dat bij de ambulante begeleiding respect wordt geboden voor de privacy van de cliënt. De cliënt blijft baas in eigen huis en dus kan het handig zijn om een vaste ruimte te hebben waar de begeleiding plaats vindt. Daarnaast zet de methode in op voorspelbaar gedrag van de begeleider. Als een begeleider de ene dag een sturende en strenge rol inneemt en de andere dag een vriendschappelijke rol, kan dit verwarrend voor de cliënt zijn. Bij anaCare biedt elke begeleider een andere manier van begeleiding aan en dus kan dit erg verwarrend en onvoorspelbaar voor de cliënt zijn. Ook moeten de regels voor iedereen overzichtelijk en helder zijn. Als een cliënt weet wat de regels en grenzen zijn, kan hij zich er ook aan houden. Het past daarnaast ook bij het ontwikkelingsniveau van een LVB dat de cliënt bij goed gedrag een sociale beloning kan krijgen, zoals een high five. Het is niet de bedoeling dat dit uitloopt tot een beloning-straf systeem. Als laatste is het belangrijk dat begeleiders zelfvertrouwen en controle uitstralen. Hier profiteert zowel begeleider als cliënt van. Onzekere personen worden door de ogen van een LVB gezien als een bedreiging (Heijstek & Koelewijn, 2014).

5. PRAKTIJKONDERZOEK

INLEIDING IN HET PRAKTIJKONDERZOEK

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de ambulante hulpverleners met verschillende soorten agressie te maken krijgen en elke soort agressie een andere hantering vraagt. De deelvraag die in het praktijkonderzoek is beantwoordt luidt als volgt: 'Wat is er volgens medewerkers van anaCare nodig in de omgang met agressie van licht verstandelijk beperkte cliënten?'. Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden zijn de behoeften van de medewerkers met betrekking tot de omgang met agressie van LVB in kaart gebracht. De ambulante hulpverleners hebben in het praktijkonderzoek zelf aangegeven waar hun behoeftes liggen en op welk gebied ze nog handvatten nodig hebben om beter met agressie van LVB cliënten om te kunnen gaan. Uit de interviews en de vragenlijsten kan geconcludeerd worden of deze behoeftes op één lijn liggen of dat deze uiteenlopend zijn. Door middel van diepte interviews, is in het eerste deel van het praktijkonderzoek doorgevraagd naar de behoefte van de medewerkers. Vervolgens wordt het praktijkonderzoek breed getrokken door meer medewerkers te bevragen door middel van een vragenlijst. De interviews zijn semigestructureerd opgesteld en hebben mogelijkheden gegeven voor eigen invulling en diepte in de antwoorden van de respondenten. Aan de hand van de resultaten is er een vragenlijst opgezet, om een bredere groep respondenten te bereiken. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur, zijn bevraagd in de praktijk door middel van interviews. Aan de hand van de responsen van deze interviews, zijn de topics voor de vragenlijsten opgesteld met bijbehorende vragen om meer duidelijkheid te creëren. Uit deze vragenlijst is gebleken of de resultaten uit de interviews overeenkomen met de resterende ambulante medewerkers. Na het in kaart brengen van de resultaten is een conclusie geschreven en een passende aanbeveling uitgewerkt. Deze aanbeveling geeft antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek.

De onderzoeksmethode, dataverzameling, data analyse en resultaten van de interviews en de vragenlijsten zullen in chronologische volgorde beschreven zijn en in de conclusie aan elkaar gekoppeld worden. Hiervoor is gekozen, omdat het onderzoek in de praktijk ook op deze manier is uitgevoerd. In paragraaf 5.1.1. zal het onderzoeksdesign en de dataverzameling van het interview verder worden toegelicht. Vervolgens wordt in paragraaf 5.1.2 de data analyse beschreven. De resultaten van de interviews zijn in paragraaf 5.1.3 toegelicht. Vervolgens zal er, in dezelfde volgorde als het interview, het onderzoeksdesign, de dataverzameling, de analyse en de resultaten van de vragenlijsten beschreven zijn. Deze staan beschreven in paragraaf 5.2. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een algemene conclusie met betrekking tot zowel interviews als vragenlijsten in hoofdstuk 6. Hierin zijn de resultaten uit de interviews en vragenlijsten geïnterpreteerd. Vervolgens zal in paragraaf 6.2 de passende aanbevelingen beschreven zijn. Ten slotte wordt het onderzoek met een evaluatie in paragraaf 6.3 afgesloten. Hierin wordt een sterkte-zwakke analyse gedaan en de betrouwbaarheid van het onderzoek beschreven.

5.1.1 ONDERZOEKSDESIGN EN DATAVERZAMELING VAN HET INTERVIEW

Bij het bepalen van de onderzoeksmethode wordt volgens Verhoeven (2011) gekeken naar het type onderzoek en de onderzoeksvraag die gesteld wordt. In dit geval wordt er een kwalitatief onderzoek gedaan naar de behoefte van de medewerkers. Het interview bestaat voor een groot deel uit open vragen en wordt individueel afgenomen. Er is van te voren geen tijdsbestek gegeven en dus hebben de respondenten ruimte gekregen om op hun eigen tempo en manier de vragen te beantwoorden. Een andere reden hiervoor is het gevoelige onderwerp en de verwachting dat de respondenten veel hierover te vertellen hebben. Wel is er enige richting gegeven, zodat de respondent niet te veel afwijkt van de vraag. Aan de hand van een topiclijst zijn de vragen gesteld. Deze topiclijst vloeit voort uit de belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek, die aansluiten bij de praktijk deelvraag. In het eerste deel van het interview wordt de definitie van agressie en LVB bepaald, zodat er eenduidigheid omtrent deze begrippen ontstaat. Vervolgens wordt er gevraagd naar de persoonlijke ervaring met agressie van LVB cliënten. Dit gedeelte binnen het interview is nog erg ongestructureerd en krijgt de respondent de vrijheid om over het thema te praten. Agressie is een beladen thema, waardoor er voor is gekozen om individuele diepte-interviews af te nemen. Vervolgens wordt er gevraagd naar de rol van de hulpverlener in situaties met agressie. Ik vraag naar hun eigen interpretatie en geef ruimte voor eigen invulling van deze rol. Als de vraag niet goed wordt begrepen, geef ik indien nodig een aantal voorbeelden van mogelijke rollen. Vervolgens wordt het huidige contact met collega's binnen anaCare bevraagd. Hier wordt later in het interview op terug gekomen bij de behoefte bevraging. Als laatste wordt in het eerste deel van het interview gevraagd naar de kennis over zaken als LVB, beleid van de organisatie en de beroepscode van de hulpverlener. Op deze manier wordt gekeken in hoeverre de respondenten hier al kennis over hebben en

kan een mogelijke interventie hierop aansluiten. In het tweede deel van het interview wordt de behoefte van de medewerkers bevraagd.

Betrouwbaarheid en validiteit van het interview

Voordat de medewerkers van anaCare zijn bevraagd, is er eerst een proefinterview met een stagiaire afgenomen om te kijken of moeilijkheden waren in de bevraging en of er dingen op de voorhand nog moeten worden aangepast. Ook is er op deze manier gekeken of alle begrippen helder zijn voor de respondenten. Dit interview is niet opgenomen. De vijf interviews die volgden zijn wel via spraakopnames opgenomen en vervolgens uitgebreid getranscribeerd. Tijdens de interviews zijn begrippen als 'agressie' en 'LVB' in de inleiding uitgelegd, zodat er eenduidigheid over deze ontstaat. Er is voor gekozen om alle interviews in dezelfde spreekkamer van anaCare te af te nemen. De spreekkamers zijn op 'bezet' gezet, zodat er geen onderbrekingen waren tijdens het interview. Aan alle respondenten zijn dezelfde topics bevraagd. Het precieze verloop van de vragen verschilt hierin wel. Deze zijn afhankelijk van de responsen van de respondenten. Zo wordt er bij één interview al heel snel over het beleid van anaCare gepraat, waardoor ik dit topic dus eerder heb benoemd in het interview.

Operationalisatie van het interview

Er is voor gekozen om een aantal begrippen verder toe te lichten, zodat elke respondent dezelfde definitie van dit begrip gebruikt in de antwoorden. Zo is er, zoals hierboven vermeld, in de inleiding van het interview vermeld dat gebruikt wordt gemaakt van de term 'agressie' en 'LVB', omdat deze term enorm breed kunnen worden opgevat en iedereen hier mogelijk een andere definitie voor heeft. Er is bij de term agressie verteld wat eronder wordt verstaan en welke handelingen onder agressie vallen. Vervolgens wordt er toegelicht wat een LVB cliënt is, het IQ van deze en vanuit welke organisatie anaCare deze cliënten krijgt. Hierdoor kunnen de respondenten zich een beter beeld bij de cliënten vormen en dit beeld gebruiken bij hun antwoorden. Vervolgens worden er gedurende het interview nog een aantal begrippen verder toegelicht. Zo wordt er in eerste instantie een topic benoemd en als de respondent hier toelichting over nodig heeft, geef ik ze deze in een vorm van een voorbeeld. Zo wordt er gevraagd naar de behoefte aan preventieve, actieve of curatieve methodieken. In eerste instantie wacht ik het antwoord van de respondent in om niet te veel voor hen in te vullen en indien nodig licht ik deze toe.

Respondenten

Er is gekozen om vijf willekeurige ambulante medewerkers van anaCare te interviewen. De respondenten zijn voornamelijk vrouwen, omdat er nauwelijks mannen in de organisatie werkzaam zijn. De respondenten zijn zowel part-time als full-time medewerkers en hebben een zeer uiteenlopende werkervaring.

5.1.2. DATA ANALYSE VAN HET INTERVIEW

Aan de hand van de audio-opname, zijn de interviews getranscribeerd. De interviews zijn vervolgens deductief geanalyseerd. De topics uit het interview vloeien voort uit de belangrijkste zaken van het literatuuronderzoek. Er is gekeken welke topics aansluiten bij de deelvraag en deze zijn in het interview opgenomen. Aan de hand van deze topics zijn vragen gesteld aan de medewerkers. Vervolgens zijn de interviews getranscribeerd en zijn er codes gekoppeld aan de topics uit het interview. Er is gekeken naar de frequentie van verschillende antwoorden. Deze zijn gemarkeerd in geel en onder een gemeenschappelijke code gezet. Dit is in elke transcriptie op dezelfde manier gedaan. In de eerste kolom staat het hele transcript. In de tweede kolom staan de codes. Er zijn geen nieuwe, aanvullende topics uit het interview voortgekomen.

5.1.3 RESULTATEN UIT HET INTERVIEW

De resultaten zijn beschreven aan de hand van de topics die in het interview bevraagd zijn. De resultaten zijn opgedeeld in twee delen. In het eerste deel van het interview, waarin de kennis van de respondent vooral werd bevraagd en het tweede deel van het interview, waarin de behoefte van de respondent werd bevraagd.

Verbale agressie

Alle respondenten hebben aangegeven het meest met verbale agressie in aanraking te komen. Één respondent geeft aan hier niet van te schrikken en dit niet als agressie te ervaren. Zo zegt ze: 'Ik weet wel dat dreigingen en schelden ook agressie is, maar ik schrik hier niet van en mij doet het dus niet heel veel'. De vier overige respondenten vinden verbale agressie wel al over hun persoonlijke grens gaan. Ze benoemen dat er regelmatig dreigingen naar hen worden geuit of er wordt geschreeuwd naar hen. Alle respondenten hebben benoemd dat ze leeftijdsdiscriminatie niet als bedreigend zien en hier goed mee om kunnen gaan. Een respondent heeft benoemd dat ze ziet dat de verbale agressie van LVB vaak overslaat in non-verbale agressie. Er is bij twee van de vijf respondenten onduidelijkheid over wanneer zij een melding moeten maken van verbale agressie, omdat dit volgens hen in een grijs gebied valt en niet altijd zo bedoeld is door de LVB cliënt. Een respondent benoemt dat 'wat voor de een agressie is, is dat voor de ander nog niet' en dat ze meer begrip wilt hebben voor de cliënt zijn milieu en afkomst, omdat verbale agressie vaak een 'normale' manier van praten voor de LVB is.

Non verbale agressie

Binnen anaCare hebben vier van de vijf respondenten niet te maken gehad met non-verbale agressie. Een enkele respondent heeft wel eens fysiek ingegrepen bij een cliënt binnen de ambulante begeleiding van anaCare. Dit was echter wel bij een kind en niet een LVB ouder. Er is bij vier van de vijf respondenten onduidelijkheid over de verwachtingen met betrekking tot het fysiek begrenzen bij non-verbale agressie. Zo vragen zij zich af of dit mag en hoe ze zichzelf het beste kunnen beschermen. Een van de respondenten benoemt: 'Ik heb geluk met mijn lengte en deze kan ik goed inzetten bij het fysiek ingrijpen, ik zou graag willen weten hoe ik dan een cliënt mag vastpakken en willen leren hoe ik professioneel kan ingrijpen'.

Rol van de hulpverlener

Alle respondenten geven aan naar hun gevoel te luisteren in situaties met agressie. Ze handelen niet volgens een bepaalde methodiek, maar handelen naar hun gevoel. Wel stemmen drie van de respondenten hun handelen af bij de cliënt en de situatie. Ze stemmen hun rol af bij de behoefte van de cliënt. Zo benoemt één respondent dat ze voor de ene cliënt een praatpaal is en dat ze de andere cliënt juist met rust moet laten in deze situaties. Een andere respondent geeft aan dat 'wat je als professional mag, vaak in strijd staat met je oergevoel' en ze hier moeite mee heeft. Ze geeft aan dat ze deze situaties met agressie van LVB niet uit de weg wilt gaan en daardoor er bijna nooit voor kiest om uit de situatie te stappen, maar dit wel hoort te doen. Het moeilijke ervan is volgens deze respondent dat de kinderen van de LVB ouder erbij zijn en ze deze niet met de ouder achter wilt laten. Ook wordt er door een respondent benoemd dat als ze met agressie van een LVB ouder te maken krijgt, ze deze cliënt probeert te begeleiden en de agressie probeert te beperken en een verdere escalatie wilt voorkomen. Hoe ze dit doet, hangt af van de cliënt. Drie respondenten geven aan dat ze bij LVB hun grenzen heel duidelijk en eenvoudig aan geven om aan te sluiten op het niveau van deze cliënt en als deze hier niet mee akkoord gaat, ze uit de situatie stappen. Als laatste geven twee van de bevraagde respondenten aan dat ze zich ten alle tijden proberen te verplaatsen in de LVB ouder. Ze geven aan dat ze vaak het gevoel hebben dat de cliënt niet begrepen wordt en met zijn manier van praten en communiceren heel andere bedoelingen heeft dan agressie uiten. Zo proberen ze de achterliggende gedachte en oorzaak hiervan eerst te bekijken en gaan dan pas in op de agressie. Ze geven aan dat ze het zien als hun taak om de cliënt een soort van op te voeden. Zo geeft een van deze respondenten aan dat ze een voorbeeld voor de cliënt wilt zijn door op een normale rustige manier met de cliënt te communiceren.

Overleg, contact en afstemming met collega's

Alle respondenten geven aan dat ze redelijk tot goed contact met hun collega's hebben. Daarnaast geven vier van de vijf respondenten aan wel liever meer intervisie momenten met elkaar te hebben en dan het liefst in kleine vaste groepjes. Twee respondenten benoemen het jammer te vinden dat ze zo weinig contact met collega's hebben en het fijn zouden vinden als er meer intervisie momenten zouden zijn. Eén respondent geeft daarbij aan dat ze graag zou willen dat coördinatoren hierbij kunnen aansluiten om hun aan te horen en advies te geven. Twee van de respondenten werken ook in het WMB (Wonen Met Begeleiding) en geven aan dat ze hier met een heel hecht team werken en er veel meer terugkoppeling is dan in de ambulante begeleiding. Verder geven vier van de respondenten aan dat er altijd collega's klaar staan om te ventileren en dat ze altijd elkaars verhaal aan kunnen horen. Dit wordt als zeer prettig ervaren. Twee van de respondenten vertellen dat ze een vast 'maatje' binnen het team van anaCare hebben, die ze altijd bellen als er een situatie met agressie of dergelijks is voorgevallen. Ze hebben dan een luisterend oor en advies nodig en bellen dan deze vaste persoon. Daarnaast geeft een respondent aan dat de overdracht beter zou mogen zijn. Ze geeft aan dat ze wel eens een casus overgedragen heeft gekregen en er dan geen werkbespreking plaatsvindt, waardoor ze zonder genoeg informatie naar de cliënt moet gaan. Hier is toen een situatie voorgevallen en deze respondent wist hier niet goed in te handelen. Een andere respondent heeft regelmatig feedback gesprekken met coördinatoren betreft haar handelen en geeft aan dit als zeer prettig en leerzaam te ervaren. Als er complexe situaties met cliënten zijn voorgevallen, gaat deze respondent naar een van de coördinatoren en bespreekt de situatie en haar handelen. Twee respondenten benoemen dat ze niet over manier van agressie hantering bij de LVB cliënten overleggen en dat iedere medewerker zijn eigen manier van hantering gebruikt. Ze zien hier dan ook de kracht van in en geven aan dit op deze manier als effectief te ervaren. Eén respondent zit in de meeste casuïstiek alleen, waardoor ze weinig ondersteuning van collega's ervaart. Ze geeft aan behoefte te hebben aan meer contact met intervisie team. Deze respondent zegt vervolgens: 'Ik zou graag meer intervisiemomenten willen hebben, omdat ik in de meeste casuïstiek alleen zit en dus weinig contact met collega's heb, dit mis ik wel. De intervisies zijn maar eens per zes weken, maar dit vind ik erg weinig'.

Oorzaak agressie

Vier van de bevroegde respondenten geven aan het van belang te vinden om de oorzaak van de geuite agressie van de LVB cliënt te achterhalen. Ze geven aan dat ze vaak niet weten waar deze vandaan komt, maar dit wel graag willen weten om hier op in te spelen. Zo geeft een van de respondenten een voorbeeld uit de praktijk waarbij een LVB cliënt dreigend naar de hulpverlener praat, maar achteraf dit niet zijn intentie bleek. Zo geeft de respondent aan dat 'wat voor ons agressie is, is voor de cliënten vaak een normale manier van communiceren, die ze vanuit hun opvoeding en omgeving hebben meegekregen'. De respondent geeft vervolgens aan dat ze wenst dat iedereen meer zou kijken naar de achterliggende oorzaak van agressief gedrag en iedereen zich meer moet verplaatsen in de LVB. Ze benoemt dat er rekening gehouden kan worden met de emotionele toestand van de LVB cliënt na bijvoorbeeld een gesprek met de gezinsvoogd of na de uitspraak van een rechtbank en dat het hierbij van belang is dat de medewerker weet hoe hiermee om moet worden gegaan. Zo benoemt de respondent: 'Ik wil graag weten waarom de cliënt boos is, want dan kan ik er iets mee. Ik houd er meestal rekening mee als een cliënt een gesprek heeft gehad met Bureau Jeugd Zorg of een andere instelling'. Een andere respondent geeft daarentegen aan dat ze niet kijkt naar de oorzaak en van geen enkele cliënt agressie goedkeurt. Ze kijkt wel hoe ze deze cliënt hiermee kan helpen, maar geeft bij elke soort agressie haar eigen grenzen aan.

Beleid en beroepscode

Alle respondenten geven aan deels te weten wat er in het beleid van anaCare staat en hoe het protocol werkt na de uiting van agressie van een cliënt naar een medewerker. Zo geven ze aan dat ze dan een MIC-melding moeten maken, maar dit in de praktijk vaak niet doen. Ze geven aan dit pas te doen, als de situatie voor hen bedreigend is. Een respondent benoemt dat ze altijd verantwoording van haar handelen af kan leggen en dit ook erg belangrijk vindt. Vier van de respondenten geven aan niet te weten wat er in de beroepscode van de pedagogisch medewerker staat. Ze geven allen aan dat het voor hen nog onduidelijk is op welke manier ze mogen ingrijpen bij agressie en wat er mag en niet mag. Een respondent benoemt niet te weten waar de grens met betrekking tot agressie ligt en wanneer er uit de situatie gestapt mag worden.

Preventief handelen

Twee van de respondenten geven aan dat ze niet weten hoe de LVB reageert en ze dus niet preventief kunnen werken. Na de vraag of er in elke casus een preventief veiligheidsplan moet worden opgesteld zegt de respondent het volgende: 'Als je meteen bij elke casus van te voren een veiligheidsplan opstelt, ga je al met een bepaald gevoel naar binnen'. Ze vertelt verder dat ze blanco en zonder vooroordelen naar de cliënt wilt gaan en denkt dat medewerkers al angstig naar de cliënt toe gaan als hier te veel preventief mee wordt gewerkt. Ze benoemen hierbij dat het voor hen niet werkend is om op voorhand een methodiek aangereikt te krijgen, omdat ze toch gevoelsmatig werken en agressie niet voorkomen kan worden. Zo benoemt een respondent dat agressie bij deze doelgroep hoort en je er mee moet leren werken. Wel wensen vier van de respondenten meer kennis over de agressieregulatie van LVB, zodat ze hier beter op in kunnen spelen. Ze willen graag weten wat er in het hoofd van deze cliënten omgaat en hoe zij ze kunnen kalmeren. Twee respondenten benoemen dat ze graag een betere overdracht willen met betrekking tot het verkrijgen van nieuwe casuïstiek. Ze geven aan dat het soms handig zou zijn als ze een diagnose van een cliënt weten, zodat ze hun taalgebruik en handelen hierop aan kunnen passen. Ook geeft een van deze respondenten aan dat ze zo veel mogelijk van te voren probeert in te schatten, vooral in situaties waar vaker agressie voor komt. Ze geeft aan dat ze het van belang vindt dat dit bespreekbaar wordt gemaakt met collega, maar ook met cliënt en zo met de cliënt een plan op kan stellen. Zo zegt deze respondent het volgende: 'Ik denk dat op het moment dat agressie komt, dat je dan al aan de late kant bent. Dus ik denk dat we daar nog wel iets in kunnen. Er worden wel veiligheidsplannen van te voren geschreven, maar ik denk zeker niet dat het verkeerd is om in een intake te vragen hoe het met de agressie van de cliënt zit en dan kan je er dus eerder op inspelen en agressie misschien in bepaalde situaties wel kan voorkomen'. Een andere respondent geeft aan niet te hoeven weten wat de diagnose etc. van een cliënt is en handelt naar haar gevoel. Als laatste benoemt een cliënt het fijn te vinden om basale veiligheidstips regelmatig te herhalen zoals: wat wordt er mee naar binnen genomen bij een cliënt thuis, waar ga je zitten bij een risicovol gesprek met een cliënt en wat bespreek je en wat niet etc.

Actief handelen

Drie van de respondenten benoemen dat ze graag meer willen weten over fysiek ingrijpen. Ze geven aan niet te weten hoe ze fysiek mogen begrenzen en of ze een cliënt mogen vastpakken. Ze willen hier graag meer kennis en handvaten voor en zich bewust worden van wat ze kunnen inzetten bij een situatie met agressie. Een andere cliënt geeft aan dat ze het vooral belangrijk vindt om te weten wat er bij de cliënt omgaat en dus haar kennis over LVB in kan zetten. Zo geeft ze aan dat ze wilt leren communiceren met de LVB cliënt in situaties met agressie. Drie respondenten geven aan dat agressie toch niet voorkomen gaat worden en handvaten wensen met betrekking tot het handelen als de agressie voorkomt. Een cliënt zegt hierover het volgende: 'Ik denk dat agressie soms wel goed is, ik denk dat iedereen boosheid heeft en op den duur gaan ze toch knallen, dus dan kan je maar beter weten hoe je ermee om moet gaan als zoiets gaat gebeuren want voorkomen gaat het toch niet dus'.

Curatief handelen

Een meerderheid van vier respondenten geeft aan tevreden te zijn met de reflectie momenten na het voorvallen van een complexe situatie. Ze geven aan dat ze veel reflecteren in intervisie bijeenkomsten. Een respondent geeft aan dat ze regelmatig met een coördinator reflecteert over haar handelen in een voorgevallen situatie en hierin nieuwe handvaten krijgt aangereikt. Wel geven twee van de respondenten aan het fijn te vinden als er meer intervisie plaats zou vinden, zodat ze meer met collega's kunnen reflecteren en zo ook kunnen leren van anderen.

Leervoorkeur

Drie respondenten geven aan het liefst een methodiek te gebruiken die preventief, actief en curatief werkt en dus alle drie deze aspecten behandelt. Een meerderheid van drie respondenten geeft aan het beste te leren van een training. Een respondent benoemt dat ze hierdoor actiever en bewuster bezig is en de informatie op die manier beter blijft hangen. Een andere respondent benoemt dat ze een hekel heeft aan rollenspellen en daarom liever voor een lezing kiest. Ook een andere respondent benoemt het liefste informatie te verkrijgen door middel van een lezing. Ze geeft aan dat ze op deze manier de informatie rustig op zich in kan laten werken. Daarnaast vindt deze respondent een cursus en training vaak rommelig en onserius.

5.2.1 ONDERZOEKSDESIGN EN DATAVERZAMELING

Naar aanleiding van de resultaten uit het interview, is er voor gekozen om in de praktijk nog de breedte in te gaan door middel van vragenlijsten. Dit deel van het praktijkonderzoek is kwantitatief, omdat er wordt gekeken naar het aantal medewerkers met dezelfde behoefte als de respondenten uit het interview. Er wordt deels gevraagd naar de kennis van de medewerkers en deels naar de behoefte. Er is gekozen voor een vragenlijst, om zo een groot aantal medewerkers te bevragen te betrekken in het onderzoek. Volgens Gill en Johnson (2002) kan door middel van een vragenlijst de karakteristieken van een grote groep personen in kaart worden gebracht. Het gaat hierbij niet om de persoon individueel, maar om de groep als geheel. Er is voor gekozen om vijftien ambulante medewerkers te bevragen. Er is voor gekozen om de vragenlijst per werkmail te versturen. In de mail staat een korte inleiding. Hierin wordt verteld waar vragenlijst voor is, waar deze over zal gaan, de duur van het invullen en dat deze vragenlijst anoniem zal worden opgenomen in de resultaten. Volgens Dilman (2007) is het van belang dat dit beknopt wordt uitgelegd, zodat de respondent weet wat het doel van de vragenlijst is. Bovenaan de vragenlijst worden als eerste een aantal algemene vragen gesteld zoals de leeftijd, aantal jaren werkzaam en het geslacht. Bij een opvallende frequentie in de antwoorden, kan er zo worden gekeken of dit bijvoorbeeld leeftijdsafhankelijk is. De topics die in de vragenlijst bevestigd worden, komen voort uit de literatuur en de interviews. Uit de analyse van de interviews zijn geen andere, aanvullende topics gekomen. Het betreft de volgende topics: verbale/non-verbale agressie, beleid en beroepscode, overleg, contact en afstemming met collega's, behoefte bevestiging. Per topic worden er een aantal vragen gesteld. Het eerste deel van de vragenlijst gaat vooral over de kennis en de reguliere handelingen en vervolgens wordt er naar de behoefte van de medewerkers gevraagd. Alle antwoorden zijn meerkeuze, omdat tijdens dit gedeelte van het praktijkonderzoek de breedte van de organisatie wordt bekeken en er tijdens de interviews al de diepte is ingegaan. De meerkeuze vragen verschillen tussen lijstvragen, categorievragen, schaalvragen en stellingen. Bij een aantal antwoorden is ook het antwoord 'neutraal' als keuze erbij vermeld. Deze kan de respondent kiezen als hij geen mening over de stelling of vraag heeft. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat alle antwoorden gekozen kunnen worden en staat er bij een aantal vragen vermeld dat meerdere antwoorden mogelijk zijn.

Betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst

Er is voor gekozen om de begrippen 'agressie' en 'LVB' kort te omschrijven aan het einde van de pagina om hier wederom eenduidigheid over te creëren. Het is hierbij van belang dat de respondenten mijn vragen zo begrijpen zoals ze zijn bedoeld. Andersom geldt dit hetzelfde. Zo moeten de antwoorden van de respondenten door mij begrepen worden als de respondent deze bedoelt. Daarom is er voor gesloten vragen met meerkeuze antwoorden gekozen. Op die manier is de vragenlijst objectiever te analyseren. Als eerste is er door stagiaires een oefen-vragenlijst ingevuld en heb ik hier kritiek en feedback op ontvangen. De vragen die onduidelijk zijn heb ik aangepast, zodat deze voor iedereen duidelijk zijn en de vragen voor iedereen op dezelfde manier over komen. De respondenten hebben de vragenlijsten via hun werkmail ontvangen. Deze hebben ze vervolgens ingevuld en naar mijn werk mailterug gestuurd. Gezien de grootte van het onderzoek, kan niet iedereen bij het interview betrokken worden en zijn er willekeurig vijftien medewerkers bevestigd. De bevestigde onderwerpen komen voort uit het literatuuronderzoek en interview. De vragenlijst is 4 pagina's lang en duurt ongeveer 10 minuten. Hierdoor vraagt het geen lange concentratie van de respondent en kan de aandacht er bij worden gehouden.

Operationalisatie van de vragenlijst

Een voorwaarde van het analyseren van kwantitatieve data is dat begrippen geoperationaliseerd worden. Op deze manier is er eenduidigheid over de begrippen en interpreteert elke respondent het begrip op dezelfde manier. Hierbij wordt het principe 'reductionisme' gevolgd. Vraagstukken worden zo eenvoudig mogelijk gereduceerd zodat ze als geheel beter begrepen worden (Saunders, Lewis & Thornhill, 2015). Voor het gemak is ervoor gekozen om bovenaan de vragenlijst te vermelden dat de antwoorden die niet van toepassing zijn, doorgestreept mogen worden. Dit is een functie die op elke computer mogelijk is. De begrippen 'agressie' en 'LVB' zijn gedefinieerd. In de titel van de vragenlijst staan er * of ** bij de begrippen. Onderaan de pagina staan deze sterretjes herhaald, gevolgd door de definitie van de begrippen. Op die manier interpreteert elke respondent de begrippen op dezelfde manier.

Respondenten

Er is gekozen om vijftien willekeurige ambulante medewerkers te bevragen. De respondenten zijn allen ambulante medewerkers van anaCare. De werkervaring is erg uiteenlopend, net zoals de leeftijd en de opleiding. De respondenten zijn wederom part-timers en full-timers. De medewerkers hebben van mij op hun werk mail een email ontvangen met de vraag of zij de vragenlijst in willen vullen. De respondenten hebben hier vijf werkdagen de tijd voor gehad.

5.2.2. DATA ANALYSE

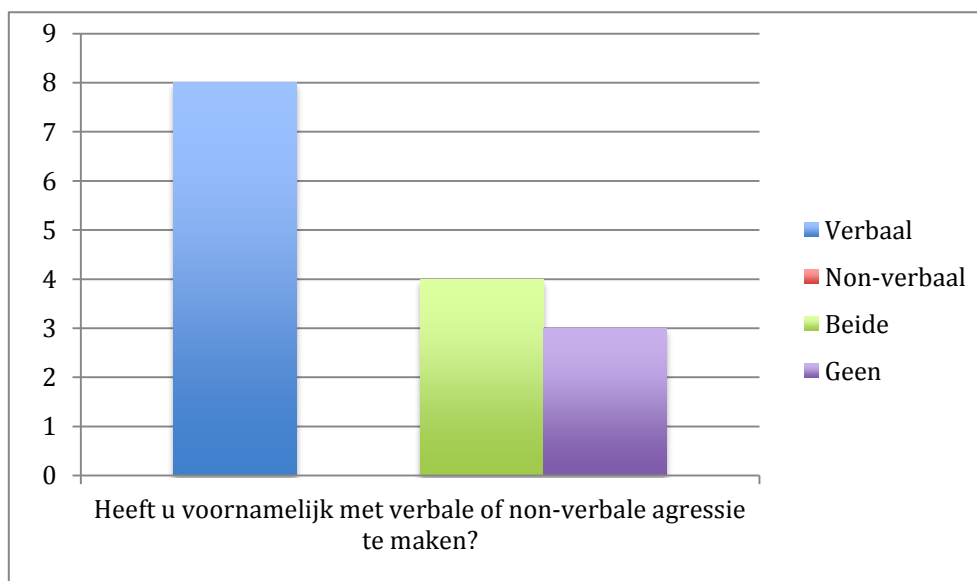
De antwoorden uit de vragenlijsten zijn allemaal meerkeuze, waardoor de data analyse objectiever is en de antwoorden goed te vergelijken zijn. De topics die in de vragenlijst aan bod komen, vloeien voort uit de literatuur en de interviews. Hierdoor is de analyse deductief. Na het afnemen van de vragenlijsten zijn de antwoorden per vraag geturfd en geteld. De antwoorden van de belangrijkste hoofdvragen per topic zijn in Excel opgenomen. Hier is vervolgens een grafiek van gemaakt. Op deze manier is in één oogopslag duidelijk wat de meerderheid van de medewerkers heeft geantwoord. De antwoorden van de resterende vragen zijn in de resultaten bij het topic erbij vermeld.

5.2.3. RESULTATEN UIT DE VRAGENLIJSTEN

Verbale/Non-verbale agressie

Vijftien respondenten geven aan 0 tot 3 keer per week met agressie te maken te hebben. Bij de vraag of de respondenten zich wel eens onveilig hebben gevoeld geeft een meerderheid van acht respondenten aan dat ze zich af en toe onveilig voelen. Vier respondenten geven daarentegen aan zich nooit onveilig te voelen tijdens hun ambulante werk met LVB cliënten. Bij de vraag 'Heeft u voornamelijk met verbale of non-verbale agressie te maken?' antwoord een grote meerderheid dat ze voornamelijk met verbale agressie te maken hebben, zie tabel 1. Geen enkele respondent geeft aan dat ze voornamelijk met non-verbale agressie te maken hebben. Vier respondenten hebben met zowel verbale als non-verbale agressie te maken en drie respondenten geven aan met geen van beide te maken te hebben.

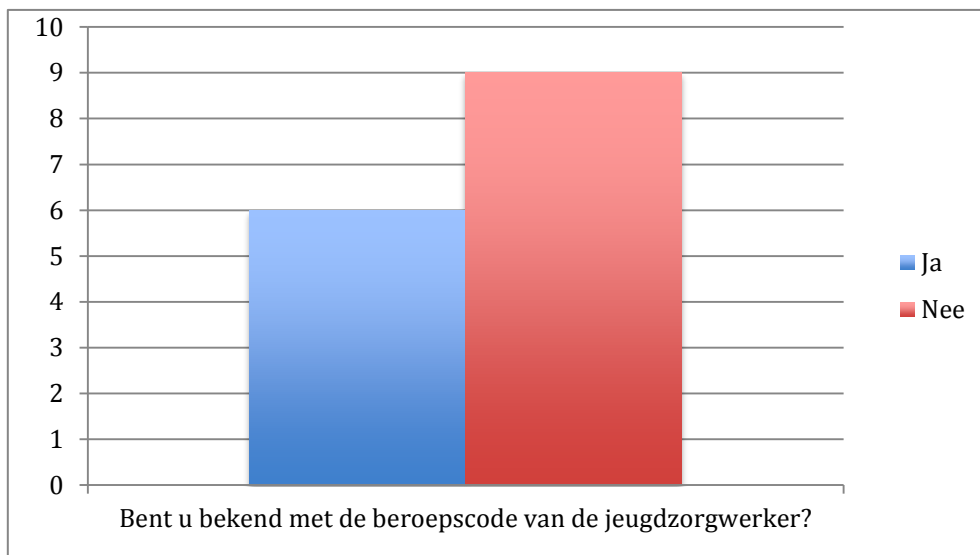
Tabel 1. *Verbale/Non-verbale agressie.*



Beleid en beroepscode

Een meerderheid van de respondenten geeft aan niet bekend te zijn met de beroepscode van de pedagogisch medewerker. Daarentegen is een grote meerderheid van elf respondenten wel bekend met het protocol en de stappen die ondernomen dienen te worden na een situatie met agressie van een cliënt naar de medewerker toe. Acht van de respondenten geven aan dat de verwachtingen vanuit de beroepscode en het beleid van anaCare met betrekking tot hun rol bij de omgang van agressie van cliënten helder is. Voor zeven van de respondenten is dit gedeeltelijk duidelijk. Eén respondent benoemt dat ze weet vanuit welke normen en waarden ze moet handelen, maar niet op welke manier ze als professional mag ingrijpen bij agressie. Een andere respondent benoemt dat ze niet weet wat er van haar verwacht wordt als professional.

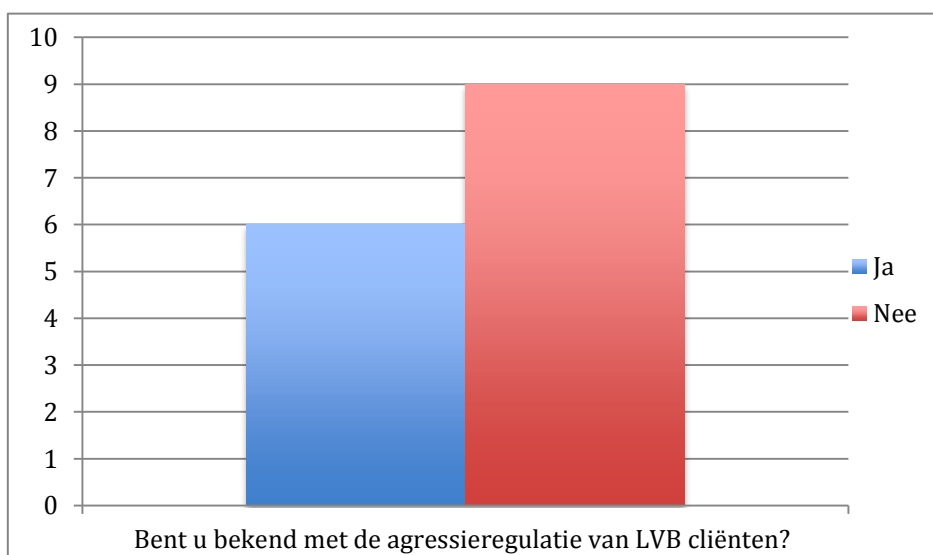
Tabel 2. *Beroepscode*



Rol van de hulpverlener

Bij dit onderdeel zijn als eerste drie stellingen voorgelegd. De respondenten hebben hier kunnen kiezen tussen de antwoorden: eens, neutraal of oneens. Vervolgens is het onderdeel afgesloten met twee lijstvragen. Een merendeel van tien respondenten geeft aan zijn handelen, in situaties met agressie, af te stemmen op de cliënt. Daarnaast geeft wederom een merendeel van tien respondenten aan zijn handelen in deze situaties af te stemmen op de situatie. Bij de vraag of de respondent in situaties met agressie volgens zijn eigen visie en/of methode handelt, geven enkel twee respondenten aan dit te doen. Acht respondenten geven daarentegen een neutraal antwoord en vijf respondenten zijn het met de stelling oneens. Opvallend is dat een grote meerderheid van veertien respondenten aangeven de oorzaak van agressie bij een LVB cliënt te willen achterhalen. In tabel 3 is te zien dat een meerderheid van negen respondenten aangeeft niet bekend te zijn met de agressieregulatie van LVB.

Tabel 3. *Agressieregulatie*



Overleg,

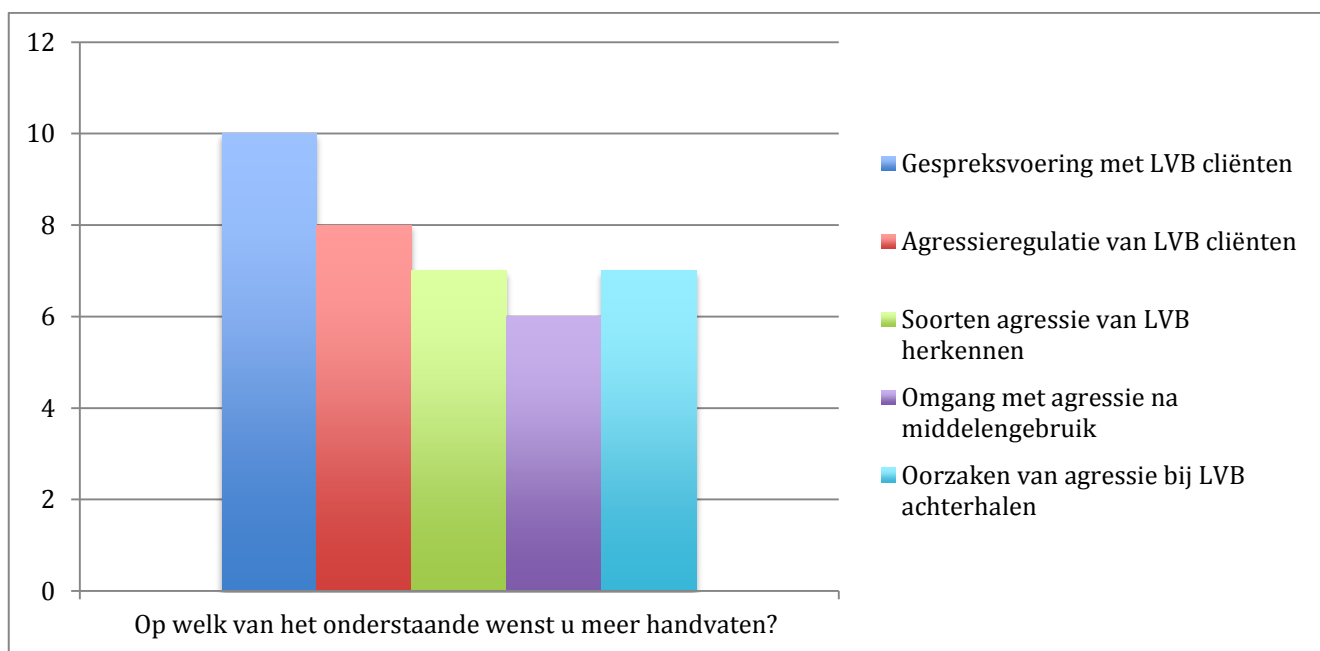
contact en afstemming met

Alle respondenten geven het contact met collega's na conflict situaties een cijfer tussen de zes en tien. Een kleine meerderheid van acht medewerkers wenst meer contactmomenten met collega's. Alle respondenten geven ook de huidige intervisiebijeenkomsten een cijfer tussen de zes en tien. Een meerderheid van negen respondenten wensen meer intervisiemomenten met collega's.

Behoeftbevestiging

Een grote meerderheid van tien respondenten is niet bekend met een methodiek rondom de hantering van agressie van LVB cliënten. De overige respondenten geven aan gewerkt te hebben met methodieken als de PAC-methode, O-M-A en DDC. Een meerderheid van elf respondenten heeft behoefte aan handvaten bij de omgang met agressie van LVB cliënten. Wederom elf respondenten geven aan behoefte te hebben aan kennis omtrent de agressieregulatie van LVB. Een meerderheid van negen respondenten geeft daarnaast behoefte te hebben aan handvaten omtrent de hantering van verbale en non-verbale agressie. Vijf respondenten geven aan alleen behoefte te hebben aan handvaten omtrent de hantering van verbale agressie en een enkele respondent wenst alleen handvaten voor de hantering van non-verbale agressie.

Tabel 4. *Persoonlijke behoefte per medewerker*



In tabel 4 wordt een overzicht weergegeven van de persoonlijke behoeften van de respondenten. Bij deze vraag was vermeld dat er meer antwoorden gekozen mogen worden en dus hebben de respondenten meerdere keuzes mogen maken. Tien respondenten wensen onder andere om meer handvaten te krijgen met betrekking tot de gespreksvoering met LVB cliënten. Bij de vraag of de respondenten het liefst preventief, actief en/of curatief werken geeft een meerderheid aan dat ze alle drie de stappen even belangrijk vinden. Vijf respondenten kiezen voor preventief en een enkele respondent voor curatief. Bij de vraag of de respondenten het behoefte hebben aan een training, cursus, lezing of iets dergelijks hebben zij aan kunnen geven waarom zij hiervoor kiezen. Negen respondenten geven aan het meeste behoefte aan een training bij het verkrijgen van nieuwe informatie of handvaten. Een respondent heeft gekozen voor lezing en vijf respondenten voor cursus. Twee respondenten die voor een cursus hebben gekozen geven als reden aan dat de informatie op deze manier beknopt en overzichtelijk wordt weergegeven en daarom het meeste behoefte aan een cursus hebben. Twee medewerkers hebben aangegeven het liefst intensief, in verband met collega's een training te volgen en hierbij te oefenen door middel van rollenspellen. Een andere respondent heeft hierbij vermeld dat ze een training het beste kan toespitsen op haar persoonlijk handelen en hier dus de meeste behoefte aan heeft.

6. CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN EVALUATIE

6.1 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zullen de conclusies aan de hand van het literatuuronderzoek en de resultaten uit de interviews en vragenlijsten getrokken worden. De conclusie is voortgekomen uit de resultaten van zowel de literatuur als de praktijkvragen en geeft antwoord op de hoofdvraag.

Op welke manier kunnen medewerkers van anaCare omgaan met verbale en non-verbale agressie bij het bieden van ambulante begeleiding aan licht verstandelijk beperkte ouders?

Door middel van het beantwoorden van alle deelvragen, kan er een algemene conclusie met betrekking tot de hoofdvraag worden getrokken. Zoals uit het literatuuronderzoek gebleken is, is agressie bij LVB een veel voorkomend en complex probleem. Er zijn echter verschillende verklaringen voor dit gedrag, die zijn uitgewerkt in de eerste deelvraag. Zo spelen er bij de agressieregulatie van LVB cliënten veel interne en externe factoren mee. Ze hebben een sociaal-emotionele achterstand en dit gaat in veel gevallen gepaard met moeite met oorzaak-gevolg denken en het achterblijven van empathie waardoor agressie vaak onbedoeld wordt ingezet als middel. Ook het achterblijven van de taalontwikkeling en het beperkte werkgeheugen kan ervoor zorgen dat de LVB zich niet goed kan uitdrukken en dit doet met schelden of schreeuwen. Door de gebrekkige zelfsturing van de LVB worden gevoelens en emoties, direct omgezet in gedrag, zonder hier eerst over na te denken. Daarnaast is agressie bij LVB in te delen in frustratieagressie en functionele agressie. Frustratieagressie komt vooral voort uit te hoge verwachtingen uit de omgeving, die deze LVB niet waar kan maken. Dit levert veel stress op en uit zich in frustratieagressie. Functionele agressie wordt door LVB ingezet als doel, namelijk het krijgen van hun zin. Agressie wordt hierbij gezien als machtsmiddel en er wordt gebruikt gemaakt van dreigingen of chantage. Daarnaast zijn er nog biologische factoren die meespelen bij het reguleren van agressie van LVB. Zo is er mogelijk een organische afwijking binnen het centrale zenuwstelsel en gaat deze vaak gepaard met een genetische stoornis die zorgt voor ernstige gedragsproblemen. Ook is het controleren van impulsen een stap dat vermoedelijk wordt overgeslagen, waardoor de LVB passief en agressief op bepaalde situaties reageren. Het is duidelijk dat deze doelgroep een specifieke manier van begeleiding vereist en medewerkers die met deze LVB cliënten te maken krijgen hier adequaat mee om moeten kunnen gaan. Wat er precies verwacht mag worden van deze medewerkers is uitgewerkt in deelvraag twee. Hierin wordt de beroepscode onder de loep genomen en onderzocht vanuit welke normen en waarden de pedagogisch medewerker hoort te handelen bij de omgang met agressie. Naar aanleiding van dit onderzoek naar de beroepscode van de pedagogisch medewerker, kan er geconcludeerd worden dat deze voornamelijk de nadruk legt op het individu en de individuele hulpverlening. De manier van werken met de cliënt kan verschillen per persoon. Autonomie staat hierbij centraal. Bij de omgang met agressie moet de professional zich ten alle tijden kunnen verantwoorden en onderbouwen waarom men op een bepaalde manier handelt. De pedagogisch medewerker is zelf verantwoordelijk voor de keuzes die gemaakt worden. Hij leert door middel van reflectie hoe er adequaat met onverwachte en onvoorspelbare situaties moet worden omgegaan. Wanneer er agressie door een LVB cliënt wordt vertoond, moet de hulpverlener kalm en rustig blijven en een voorbeeld rol innemen. Hiermee kan de hulpverlener de cliënt laten inzien dat er alternatieve handelingsmogelijkheden zijn. Het is van belang dat een LVB cliënt zelf over zijn handelingskeuze leert nadenken. De eigen keuzes van de cliënt worden bevorderd, mits deze niet de belangen van anderen schaden. Over het algemeen mag een ambulante hulpverlener niet fysiek ingrijpen bij agressie, maar moet deze uit de situatie stappen. Uitsluiten bij noodsituaties mag de hulpverlener kortdurende dwang worden toegestaan. Opvallend is dat in de praktijk gevraagd is naar de behoeften van de medewerkers bij de omgang met agressie. Meerdere medewerkers hebben benoemd dat ze graag handvaten wensen bij de omgang met fysieke agressie en willen leren hoe ze fysiek mogen ingrijpen. Uit de beroepscode blijkt echter dat in de ambulante hulpverlening niet fysiek mag worden ingegrepen en ook het beleid van anaCare benadrukt dat de medewerker uit dergelijke situaties moet stappen. Naar aanleiding van deze resultaten is de aanbeveling gekomen om de medewerkers van anaCare meer kennis over de beroepscode bij te brengen door middel van een beroepscode training. Daarnaast is er bij de laatste deelvraag onderzoek gedaan naar effectieve methodieken met betrekking tot de omgang met agressie van LVB cliënten binnen de ambulante zorg. Er zijn verschillende methodieken naast elkaar gelegd en de werkzame elementen binnen deze methodieken zijn beschreven. Uit meerdere wetenschappelijke onderzoeken wordt gesteld dat hulpverleners deskundig moeten zijn op gebied van gespreksvoering en LVB. Uit de resultaten van het praktijkonderzoek is dan ook naar voren

gekomen dat bij een meerderheid van de respondenten hier de behoefte ligt. Daarnaast kan er geconcludeerd worden dat een geweldloze houding, een houding is die in meerdere methodieken terug komt. Agressie wordt hierbij vermeden, maar de emoties van de cliënt worden zeer serieus genomen. Het gedrag van de LVB cliënt mag niet de reactie van de hulpverlener bepalen. Hierdoor geeft de hulpverlener het goede voorbeeld. Spiegelen en imiteren zijn elementen die in meerdere methodieken worden gebruikt. Door handbewegingen of andere uitdrukkingen te imiteren, kan de LVB herkenning en erkenning bij de hulpverlener terug zien. Op deze manier kan spanning worden omgebogen. Om agressie aan te kunnen pakken, moet er volgens verschillende methodieken eerst een goed contact en vertrouwen tussen begeleider en cliënt zijn. Uit deelvraag 2 is dan ook gebleken dat de pedagogisch medewerker vanuit deze band met de cliënt moet werken. Het is dan ook bij alle methodieken van belang dat de hulpverlener kennis heeft van LVB en hechtingsrelaties en er kan worden gekeken vanuit het perspectief van de LVB. Het doel van deze methodieken is zelfvertrouwen van de LVB versterken, zodat probleemgedrag zo veel mogelijk kan worden voorkomen. Ten slotte kan er gesteld worden dat LVB duidelijkheid nodig hebben met betrekking tot regels en grenzen. Als de LVB weet wat de algemene regels en grenzen zijn, kan hij zich er ook aan houden. De meeste methodieken werken dan ook vanuit de beroepscode, waardoor er veel elementen uit de beroepscode in de methodieken terug te zien is. Nadat er is onderzocht op welke manier de agressieregulatie van de LVB verloopt, wat er vanuit de beroepscode verwacht mag worden met betrekking tot de hantering van agressie en de effectieve methodieken bij de omgang met agressie, is er praktijkonderzoek gedaan naar de behoefte van de medewerkers. Zoals eerder vermeld is het vanuit de beroepscode van belang dat er kennis is met betrekking tot de doelgroep, in dit geval de LVB. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat een meerderheid van de respondenten wenst meer kennis over LVB en de agressieregulatie te krijgen. Daarnaast wensen zij handvaten bij de gespreksvoering en kennis over de LVB. Zo kan er rekening worden gehouden met de factoren die meespelen bij deze agressie en kan de medewerker meer op het niveau van de cliënt begeleiden. De respondenten krijgen het meest te maken met verbale agressie, waardoor er bij de aanbeveling is gezocht naar methodieken of interventies die voornamelijk hierbij aansluiten. Met betrekking tot het contact met collega's geeft een meerderheid aan behoefte te hebben aan meer contact en intervisiemomenten te hebben met hun collega's. In de beroepscode staat dan ook dat dit van groot belang is bij de ambulante hulpverlening. Korte lijntjes en regelmatige contactmomenten zorgen voor reflectie op gedrag, waardoor men van elkaar kan leren. Met betrekking tot de soort methodiek wordt er geconcludeerd dat een meerderheid van de respondenten zowel preventief, actief als curatief wilt handelen. De meeste methodieken bieden dan ook alle drie de elementen aan in hun methodiek. Ook vanuit de beroepscode is gesteld dat het van belang is dat medewerkers zowel preventief, actief als curatief kunnen werken en dus voorbereid zijn op conflictsituaties, weten hoe ze op het moment zelf moeten handelen en vervolgens reflecteren met collega's of andere professional.

6.2 AANBEVELINGEN

PAC-methode

Tijdens het literatuur onderzoek heb ik een gesprek gehad met de oprichter van de PAC-methode. Hij heeft me verteld hoe deze methodiek in elkaar steekt. Het fijne aan deze methodiek is dat deze goed toe te passen is in de ambulante begeleiding van LVB cliënten. De PAC-methode richt zich op elke vorm van agressief gedrag, ongeacht de mogelijke onderliggende intenties. Kennis van onderliggende intenties kan wel de keuze van de interventie bepalen. De PAC-methode is vooral gericht op frustratie-agressie en deels op functionele agressie. De methode richt zich op zowel preventieve, actieve als curatieve aanpak van agressie. Het doel is dan ook zoveel mogelijk voorkomen dan wel bekorten van ongewenst agressief gedrag en te leren van ervaringen. De methodiek gaat zowel in op het verbeteren van de begeleiding, als het verbeteren van het gedrag van de cliënt. Hiervoor is een goede interpretatie van gedrag nodig, een adequate reactie op gedrag en aandacht voor onderliggende mechanismen. De PAC-methode kan worden bijgebracht door middel van een lezing, maar ook op een intensievere wijze, zoals een cursus of training. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat een meerderheid van de medewerkers behoefte heeft aan een training en dus is mijn aanbeveling dan ook dat deze methodiek in de vorm van een training wordt gegeven. Zodra er gewerkt wordt met de PAC-methode, kunnen de medewerkers van anaCare bekwaam en adequaat met agressie van LVB cliënten in de ambulante zorg omgaan.

Beroepscode

Door middel van kennis over de beroepscode ontstaat er meer zelfvertrouwen en ruimte om in te grijpen in een vroeg stadium. Op deze manier vindt er minder handelsverlegenheid plaats en weten de medewerkers op welke manier zij wel en niet mogen ingrijpen. Door middel van een training omtrent de beroepscode en tuchtrecht kunnen medewerkers hun handelen verantwoorden en werken volgens de beroepscode van de jeugdzorgwerker.

Kennis LVB

Door meer kennis over LVB is het mogelijk om dreigend gedrag in een vroeg stadium al te herkennen en binnen een andere context te begrijpen. Hierdoor kunnen de medewerkers passende zorg bieden en elke cliënt begeleiden op zijn/haar niveau en ontwikkeling. Dit kan door middel van een lezing over LVB door een ervaren hulpverlener van MEE.

Intervisie

Meerdere medewerkers hebben aangegeven er moeite mee te hebben dat er weinig contact met collega's is. Dat is natuurlijk niet helemaal te voorkomen wegens het ambulant werken, maar kunnen er wel meer intervisie bijeenkomsten plaats vinden om op deze manier meer te reflecteren met collega's. Medewerkers hebben aangegeven dat zij meer intervisies wensen en op deze manier in kleine groepjes elkaar feedback geven op voorgevallen situaties. Zo kunnen de medewerkers van elkaars handelen leren. Ook is er aangegeven dat zij het fijn vinden als hier een coördinator bij aanwezig is, die hen hierin stuurt.

6.3 EVALUATIE

In dit hoofdstuk zal ik toelichten wat het onderzoek heeft opgeleverd, voor wie het relevant is en zal ik reflecteren op de sterke en zwakke punten betreft de kwaliteit van het onderzoek.

Betekenis en bruikbaarheid

Dit profileringsproject is geschreven in opdracht van anaCare. Er is ten alle tijden uitgegaan van anaCare en diens ambulante medewerkers en betrokken cliënten, bij zowel praktijk- als literatuuronderzoek. Dit onderzoek biedt dan ook richtlijnen voor de ambulante medewerkers van anaCare bij de omgang met agressie van LVB cliënten. In de aanbevelingen zal daarnaast ook een aanbeveling gericht zijn voor de cliënten. Hier kunnen de medewerkers hen van op de hoogte brengen. Het literatuuronderzoek zal naast anaCare, ook bruikbaar zijn voor andere instellingen, op macro-niveau, die met LVB cliënten werken. Ze kunnen hierbij kennis opdoen over de agressieregulatie van LVB, de beroepscode van de pedagogisch medewerker en effectieve methodieken bij de hantering van agressie. Daarnaast zal anaCare gebruik kunnen maken van de aanbevelingen en is het praktijkonderzoek voornamelijk bruikbaar op meso-niveau. Wanneer bovenstaande aanbevelingen zullen worden voldaan, kan de doelstelling behaald worden. Deze doelstelling luidt als volgt: Eind juni 2017 is er voor de medewerkers van anaCare inzichtelijk op welke manier ze kunnen omgaan met agressie van LVB ouders in het ambulante kader.

Sterkte-zwakteanalyse

In de praktijkopzet is beschreven hoe de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd wordt. Zo is er met zo veel mogelijk factoren rekening gehouden om het onderzoek zo objectief mogelijk te maken. Er zijn veel medewerkers bevraagd en er is zowel in de breedte, als in de diepte praktijkonderzoek gedaan. Zo is er gebruik gemaakt van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en zijn er zowel interviews als vragenlijsten afgenomen. Als eerste zijn er vijf medewerkers geïnterviewd en vervolgens is er nagegaan waar de behoefte van vijftien andere medewerkers liggen middels vragenlijsten. Ook is er zonder voorkennis van de respondenten praktijkonderzoek gedaan, waardoor deze niet met een bepaalde intentie zijn bevraagd en de antwoorden objectief zijn. Persoonlijk ligt het sterkste punt van dit onderzoek in de uitgebreide oriëntatie. Zo is er al een klein onderzoek vooraf gedaan om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te formuleren. Hiervoor zijn meerdere gesprekken met het hoofd van de organisatie, coördinatoren en medewerkers gevoerd om helder te krijgen aan wat voor soort onderzoek zij behoefte hebben en waar de vraag van de organisatie ligt. Daarnaast sluiten de aanbevelingen goed aan bij de behoefte van de medewerkers en de effectieve methodieken en interventies uit het literatuuronderzoek. Helaas is het in de praktijk niet altijd haalbaar om een volledig objectief onderzoek neer te zetten. Zo is er, ondanks de combinatie van de interviews en de vragenlijsten, maar een beperkt aantal medewerkers bevraagd en is dus niet iedereen betrokken bij het onderzoek, wat betekent dat hun mening niet gehoord is.

LITERATUUR

- Anacare. (2016). *ORG-003 Beleidsplan Missie en Visie 2016*. Echt.
- AnaCare. (2016). *ORG-003 Beleidsplan Missie en Visie 2016*. Echt: anaCare.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Belie, E., & Hove, G. v. (2009). *Ouderschap onder druk*. Apeldoorn: Maklu.
- Bilo, R. (2012). *Pediatrie en kinderpathologie*. Nederlands Forensisch Instituut.
- Coren, E., Thomae, M., & Hutchfield, J. (2011). Parenting training for intellectually disabled parents: A cochrane systematic review. *Research on Social Work Practice*.
- duidelijk over agressie*. (2016). Opgeroepen op 2012, van duidelijk over agressie: <http://www.duidelijkoveragressie.nl/nuttige-links/stoppen-zorg-en-dienstverlening-door-de-jeugdzorgorganisatie>
- FCB. (2015). *FCB*. Opgeroepen op 2015, van FCB Werkgevers en werknemers. Samen werken aan ontwikkeling: <https://www.fcb.nl/arbocatalogus/jeugdzorg/agressie/aanpak-beleid>
- Feldman, R. (2009). *Ontwikkelingspsychologie*. In R. Feldman, *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education .
- Fontaine. (2013). *De plancyclus in het sociaal-agogische werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum .
- gemeenten, V. N. (2017). *Landelijk Expertise Team Jeugdbescherming is inzetbaar*. Opgehaald van <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdbescherming-en-jeugdreclassering/nieuws/landelijk-expertise-team-jeugdbescherming-is-inzetbaar>
- Groot, C. d., & Vlaardingerbroek, P. (2015). *Wij rechters willen een wet tot verplichte anticonceptie*. Amsterdam: NRC.
- Heerink, M., Pinkster, S., & Bratti, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Joha, D. (2004). *Ouders met een verstandelijke beperking. Een praktijkstudie*. Utrecht: LKNG/NIZW.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gent, J., & Kersten, M. (2006). *Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Een overzicht van methodieken*. Den Haag: Lemma.
- Lange, R. d., Schuman, H., & Montessori, N. (2011). *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Plomp, T., & Nieveen, N. (2007). *An Introductional to Educational Design Research*. Enchede: SLO, Netherlands Instituut for Curriculum Development.
- Quick-Schuyt, J. (2012). *Vader en moeder: ongeschikt*. Zembla.
- Rights, U. N. (1989). *Convention of the Rights of the Children*. New York: Office of the High Commissioner.
- Rijksoverheid. (2016). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning WMO*. Den Haag.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson.
- Tilburg, E. v. (2004). *Agressie. Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten*. Antwerpen: Garant.

Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.

Wilson, S., McKenzie, K., Qualyle, E., & Murray, G. (2013). A systemetic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: Care, Health and Development*.

Woittiez, I., L. Putman, E. E., & Ras, M. (2013). Zorg beter begrepen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek / Digitaal* .

Yntema, P. (2016). Losgelaten, losgeslagen. Zembla.

Zoon, M., & Foolen, N. (2014). Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders? *NJI* .

BIJLAGE 1: 6 x W PROBLEEMANALYSE

wat is het probleem?

Het probleem binnen anaCare is dat er medewerkers zijn die niet weten hoe ze moeten handelen wanneer er een vorm van agressie tegen hun geuit wordt. Doordat de medewerkers er wel voor het kind willen zijn, stellen ze niet hun eigen veiligheid voorop en besluiten ze in de praktijk vaak niet uit de situatie te stappen. De medewerkers willen tools en handvaten krijgen bij de omgang met agressie, zodat ze zich zekerder en bekwaam voelen in deze situaties en deze zelf kunnen aanpakken.

Wie is er bij betrokken?

De medewerkers van anaCare, de cliënt en de organisatie van anaCare.

Wanneer ontstaan?

Er is altijd al onduidelijkheid omtrent het thema agressie geweest. Voor veel medewerkers is het een grijs gebied, waarvan ze niet weten of het bij het vak hoort en tot welke mate ze dit moeten tolereren. Volgens de organisatie mag er bij agressie zorg geweigerd worden, maar binnen de praktijk wordt er zelden zorg geweigerd.

Waarom is het een probleem?

Omdat medewerkers niet adequaat hun werk kunnen uitvoeren wanneer ze zich niet veilig voelen of bekwaam voelen binnen het werk. De medewerkers moeten weten hoe ze met de doelgroep om moeten gaan, zodat ze sterker in hun schoenen gaan staan en zekerder worden.

Waar doet het probleem zich voor?

Binnen het ambulante werk van anaCare. Er wordt individueel gewerkt en vanuit de cliënten thuis, waardoor medewerkers erg kwetsbaar zijn.

Wat is de voorgeschiedenis, aanleiding, oorzaak van het probleem?

Het lijkt erop dat de casussen steeds complexer worden en de multi-problem gezinnen groeien. AnaCare neemt steeds zwaardere casussen aan, maar de medewerkers krijgen geen trainingen of methodiek aangereikt om met deze doelgroep te werken. Wel wordt het thema veel besproken binnen de organisatie om de medewerkers bewust te maken, maar zijn er geen handvaten om ook daadwerkelijk met deze situaties om te gaan.

BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEW

TOPIC-LIJST HALF GESTRUCTUREERD INTERVIEW MET VOORBEELDVRAGEN

“ WAT IS ER VOLGENS MEDEWERKERS VAN ANACARE NODIG IN DE OMGANG MET AGRESSIE VAN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTE CLIËNTEN? ”

Algemene inleiding van het interview

Definitie agressie en LVB

- Definitie van LVB toelichten en kenmerken van LVB ouders benoemen

Persoonlijke ervaring met agressie binnen werkveld

- Persoonlijke ervaringen met agressie van LVB ouders
- Succeservaringen en ‘faalervaringen’ en de oorzaak hiervan

Rol hulpverlener

- Eigen interpretatie van respondent over persoonlijke rol bij agressie van een cliënt
- Huidige handelingen bij agressie door anaCare en door respondent zelf

Verloop contact en afstemming met collega's

- Contact na incidenten
- Intervisie

LVB

- In hoeverre heeft respondent kennis over LVB
- Behoeften van LVB cliënten m.b.t. begeleiding van agressie
- Moeilijkheden bij omgang met agressie van LVB cliënten
- Is er een opvallende frequentie in deze agressie?

Beleid en beroepscode

- Is de respondent bekend met het beleid en beroepscode omtrent agressie vanuit cliënt
- Verantwoorden van handelingen

Behoefte bevraging

- Eerdere ervaring met methodiek omtrent agressie van LVB cliënten
- Behoefte aan elementen voor verbaal of non-verbale agressie
- Werkzame tools zijn bij agressie hantering en niet-werkzame elementen?
- Behoefte aan preventieve, actieve en/of curatieve methodiek? Indien nodig → uitleg
- Aan welke manier van leren is er behoefte → cursus, training, lezing etc.
- Persoonlijke behoefte bij de hantering van agressie van LVB → gespreksvoering, fysiek begrenzen, meer kennis over LVB en ontwikkelingsniveaus etc, soorten agressie herkennen, zelfreflectie etc.
- Meest wenselijke manier van agressie hantering van LVB cliënten voor anaCare

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST

Vragenlijst

Agressie* bij Licht Verstandelijk Beperkte Cliënten**

Gelieve de antwoorden die niet van toepassing zijn doorstrepen.

ALGEMEEN

Geslacht:

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Leeftijd:.....

Functie binnen anaCare:

Aantal jaren werkzaam binnen anaCare:

VERBALE EN NON-VERBALE ARESSIE

1. Hoe vaak heeft u gemiddeld per week te maken met agressie?
 - ☐ 0 tot 3 keer
 - ☐ 3 tot 5 keer
 - ☐ vaker dan 5 keer

2. Voelt u zich wel eens onveilig tijdens uw werk met LVB cliënten?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Af en toe

3. Heeft u voornamelijk met verbale of non-verbale agressie te maken?
 - ☐ Verbaal
 - ☐ Non-verbaal
 - ☐ Beide
 - ☐ Geen van beide

BELEID EN BEROEPSCODE

1. Bent u bekend met de beroepscode van de jeugdzorgwerker?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Gedeeltelijk
2. Bent u bekend met het protocol van anaCare en de stappen die ondernomen dienen te worden na een situatie met agressie van een cliënt naar u toe?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
3. Zijn de verwachtingen vanuit de beroepscode en het beleid van anaCare van uw rol bij de omgang met agressie van cliënten helder?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Gedeeltelijk, namelijk

ROL VAN DE HULPVERLENER

Hieronder volgen een aantal stellingen. Kunt u invullen in hoeverre u het met deze stellingen eens bent?

1. Indien er sprake is van agressie bij een cliënt, stem ik mijn handelen af op de specifieke cliënt
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Mee oneens
2. Indien er sprake is van agressie bij een cliënt, stem ik mijn handelen af op de situatie
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Mee oneens
3. Indien er sprake is van agressie bij een cliënt, handel ik volgens mijn eigen visie en methode
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Mee oneens
4. Vindt u het van belang om de oorzaak van agressie van LVB cliënten te achterhalen?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
5. Bent u bekend met de agressieregulatie van LVB cliënten?
 - ☐ Nee, ik ben hier nog niet mee bekend
 - ☐ Ja, ik ben ermee bekend

OVERLEG, CONTACT EN AFSTEMMING MET COLLEGA'S

1. Welk cijfer geeft u uw contact met collega's na conflict situaties met cliënten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Heeft u behoefte aan meer contactmomenten met collega's?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Welk cijfer geeft u de huidige intervisiebijeenkomsten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Heeft u behoefte aan meer intervisiebijeenkomsten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

BEHOEFTE BEVRAGING

1. Bent u bekend met methodieken rondom hantering van agressie bij LVB?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → ga door naar vraag 4

2. Heeft u wel eens gebruikt gemaakt van methodieken rondom hantering van agressie bij LVB?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → ga door naar vraag 4

3. Welke methodieken rondom hantering van agressie bij LVB heeft u in uw handelen wel eens toegepast?

.....

.....

.....

4. Heeft u behoefte aan handvaten bij de omgang met agressie van LVB cliënten?

- ☐ Ja → ga door naar vraag 5.
- ☐ Nee → ga door naar vraag 8.

5. Heeft u behoefte aan meer kennis over de agressieregulatie van LVB cliënten?

- ☐ Ja, ik zou hier graag meer over willen weten
- ☐ Nee, ik weet voldoende en kan hier goed mee omgaan

6. Heeft u behoefte aan tools voor de omgang met verbale of non-verbale agressie bij LVB cliënten?

- Verbale agressie
- Non verbale agressie
- Beiden
- Geen van beiden

7. Op welk van het onderstaande wenst u meer handvaten? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- Gespreksvoering met LVB cliënten
- Agressieregulatie van LVB cliënten
- Soorten agressie van LVB herkennen
- Omgang met agressie na middelengebruik
- Geen van bovenstaande

8. Werkt u het liefst preventief, actief en/of curatief?

- Preventief, ik wil graag agressie voorkomen of beperken
- Actief, ik weet hoe ik op het moment zelf moet handelen
- Curatief, ik vind het belangrijk om te reflecteren en situaties na te bespreken met collega's.
- Ik vind alle drie de stappen even belangrijk

9. Bij welke manier van het verkrijgen van informatie heeft u persoonlijk het meeste behoefte?

- Een lezing, omdat
- Een training, omdat
- Een cursus, omdat
- Anders, namelijk

*Alle bewuste en onbewuste schade die een cliënt een medewerker toebrengt. Dit kunnen o.a. dreigingen, discriminatie, schelden, kleineren, slaan of schoppen zijn.

** De cliënten met een IQ tussen de 50 en 85. Binnen anaCare staan deze cliënten vaak onder toezicht van een gezinsvoogd van de William Schrikker Groep en/of krijgen hulp van MEE.