

Veilig floreren op agressie

90D4G-AFOZ

Gericht op veiligheid op de werkvloer voor zowel activiteitenbegeleiders als **EVB cliënten** op SZ-groepen in de zorg

Naam	: Mark Steur
Studentnummer	: 3183661
PCN	: 376130
SB-klas	: 4D01
Module	: Afstuderen
Afstudeerrichting	: GGZ
Beoordelaar	: Frans v Mil
Onderwijsinstelling	: Fontys Hogescholen
Opleiding	: Sociale Studies
Datum	: 20-8-2020
Aantal woorden	: 17945

Samenvatting

Agressie en veiligheid zijn binnen de gehandicaptenzorg thema's die veel besproken worden, maar desondanks toch onderbelicht zijn. De agressie die zich voordoet bij mensen met een verstandelijke beperking is vaak niet gericht op de hulpverlener maar komt voort uit een gevoel van onveiligheid.

Binnen instelling X op dagbestedingslocatie Y is dit ook het geval, agressie vindt plaats terwijl het niet gezien wordt als agressie. Na een heftige escalatie moeten alle zeilen bijgezet worden om personeel op de groep te houden en de groep te blijven **bezetten**. Er heerst een onveilige sfeer en de kans bestaat dat de visie van de afdeling moet worden herzien. Mijn hoofdvraag is hier mede uit voort gekomen.

Wat heeft de sociaal agoog nodig om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek in hun dagelijkse activiteiten?

Om een antwoord op de hoofdvraag te formuleren heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met als basis het theoretisch kader. De interviews zijn afgenomen met de activiteitenbegeleider werkende binnen dagbestedingslocatie Y en regiebegeleiders die werkzaam zijn binnen SZ-groepen.

Opvallende bevindingen uit de resultaten waren dat de agressie in lage frequentie voorkwam, maar wel als heel heftig ervaren werd. Dat het coping mechanisme en het hebben van een dikke huid belangrijk is in het werk met SZ-cliënten. De beleving van agressie heel persoonlijk is en er na de interviews pas meer bewustwording was rondom normalisatie van agressie en de beleving van veiligheid.

Veiligheid is een belangrijk item binnen het onderzoek en dit blijkt ook uit de resultaten. Dit komt als een cirkel terug in het werken met de SZ-cliënten; is er een veilig werkklimaat, dan voelt de cliënt zich veiliger, zal er minder agressie plaats vinden waardoor de begeleider zich ook veiliger voelt en professioneel kan handelen. Ontbreek hier iets waardoor de cirkel wordt doorbroken dan levert dit onveiligheid op voor alle actoren in de cirkel.

De rol van de sociaal agoog zal dan ook vooral gericht moeten zijn op het positief waarborgen van deze cirkel. Enkele aanbevelingen die hiervoor zijn gedaan; het opstarten van een intervisie groep, **beroepsprofiel inzetten als meetinstrument voor hulpverleners**, sterke teambuilding, gedegen protocol rondom het aangaan van agressie confrontaties en fysieke weerbaarheid op cliëntniveau.

Alleen al door het houden van het interview is er een bewustwordingsproces ingang gezet. Het onderzoek zou in die zin bijdragen aan de probleemanalyse op macroniveau omdat deze uitkomsten meegenomen zouden kunnen worden in het kwaliteitskader, waardoor bewustwording landelijk ingezet zou kunnen worden. Het is onnodig en niet wenselijk dat personeel in de zorg voor verstandelijk beperkten heftige agressie incidenten als normaal gaan beschouwen.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek 'Veilig floreren op agressie' Het onderzoek heeft binnen instelling X op dagbestedingslocatie Y. Dit onderzoek is geschreven voor mijn afstuderen aan de Fontys Hogescholen Eindhoven voor de opleiding Sociale Studies. Van maart 2020 tot en met juni 2020 heb ik aan dit onderzoek gewerkt. Het was een interessant en leerzaam traject waar ik veel ervaring heb opgedaan binnen instelling X en rondom het thema. Ik kijk ook positief terug op de reis die ik heb gemaakt in het werken aan dit onderzoek. Met dit onderzoek heb ik niet alleen kennis opgedaan voor mijzelf, maar draagt het ook bij aan de dagbestedingslocatie Y en andere SZ-groepen, door antwoord te geven op de hoofdvraag en passende aanbevelingen te doen in de omgang met agressie en het bevorderen van de veiligheid.

Ik wil dan ook mijn dank uitspreken aan iedereen die mij hierbij geholpen heeft. In het bijzonder wil ik mij afstudeerbegeleider bedanken Frans v Mil, die mij hulp en feedback heeft gegeven bij mijn onderzoek. Daarnaast wil ik mijn afstudeergroep bedanken voor de goede samenwerking en feedback die ik heb ontvangen en wil ik mijn regiebegeleider bedanken voor de hulp en feedback. Ook wil ik alle respondenten bedanken dat ze de tijd en zin in deze corona tijd hebben kunnen vinden om deel te nemen aan het onderzoek.

En mijn gezin en familie die in de laatste 4 maanden een grote steun zijn geweest in deze drukke en ook soms lastige periode. En in het bijzonder mijn vrouw die klaar stond voor mij als ik haar nodig had en deed wat ik niet kon, waardoor ik dit onderzoek heb kunnen afronden en afsluiten.

Ik wens iedereen veel leesplezier.

Mark Steur

Veldhoven, 26-6-2020

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	7
H1: Context en probleemschets	8
1.1 Leeswijzer	8
1.2 Probleemschets	8
1.3 Probleemanalyse	8
1.3.1 Agressie in de zorg	8
1.3.2 Agressie in de gehandicaptenzorg	9
1.3.3 Ambulantisering	9
1.3.4 Visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg	9
1.3.5 Medicatie	10
1.3.6 Veranderingen in cliëntbeeld	10
1.3.7 Moeilijk verstaanbaar gedrag in de gehandicaptenzorg	10
1.3.8 Instelling X	11
1.3.9 Situatieschets van dagbestedingslocatie Y	12
1.3.10 Dagbestedingslocatie Y	12
1.4 Probleemstelling	13
1.5 Doelstelling	13
1.6 Vraagstelling	14
1.6.1 Hoofdvraag	14
1.6.2 Deelvragen	14
1.7 Begripsafbakening	14
1.7.1 Activiteitenbegeleider	14
1.7.2 Agressie en geweld	14
1.7.3 Ambulantisering	14
1.7.4 Comorbiditeit	14
1.7.5 Doelgroep Verstandelijke beperking en Psychiatrische problematiek	14
1.7.6 EVB	15
1.7.7 Kwaliteitskader	15
1.7.8 Psychofarmaca	15
1.7.9 Psychosociale arbeidsbelasting	15
1.7.10 SZ-doelgroep	15
1.7.11 Veiligheid	15
1.7.12 Verstandelijk beperkt	15
H2: Theoretisch kader	16
2.1 Leeswijzer	16

2.2 Theoretisch kader	16
2.2.1 Agressieproblematiek	16
2.2.2 Oorzaken en verloop van agressie	16
2.2.3 Levensfase psychologie Verstandelijke beperking	17
2.2.4 Veiligheid	18
2.2.5 Houdingsaspecten en handelswijze	18
2.2.6 Signaleren oplopende spanning	19
2.2.7 Coping hulpverleners	19
2.2.8 Presentiebenadering	20
H3: Methodologie	21
3.1 leeswijzer	21
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	21
3.2.1 Onderzoekspopulatie	21
3.2.2 Steekproef	21
3.2.3 Anonimiteit	23
3.3 Dataverzamelmethode	23
3.4 Meetinstrument, betrouwbaarheid en validiteit	23
3.4.1 Meetinstrumenten	23
3.4.2 Betrouwbaarheid en validiteit	24
3.5 Data-Analyse	24
H4 Resultaten	25
4.1 leeswijzer	25
4.2 Respondent	25
4.3 Resultaten deelvraag 1	25
4.3.1 Agressieproblematiek	25
4.3.2 Handelswijze en houdingsaspecten	27
4.3.3 SZ-cliënten	29
4.4 Resultaten deelvraag 2	29
4.4.1 Belemmerende factoren	29
4.4.2 Bevorderende factoren	30
4.5 Resultaten deelvraag 3	31
4.5.1 Hulpmiddelen	31
4.5.2 Randvoorwaarden	32
4.5.3 Wensen	33
4.6 Resultaten deelvraag 4	33
4.6.1 Veiligheid	33
H5 Conclusie en aanbevelingen	34
5.1 leeswijzer	34

5.2 Conclusie	34
5.2.1 Deelvraag 1	34
5.2.2 Deelvraag 2	34
5.2.3 Deelvraag 3 en 4	35
5.2.4 Beantwoording hoofdvraag	35
5.3 Aanbeveling	36
5.3.1 Opstarten intervisiegroep (feedback, open communicatie)	36
5.3.2 Sterke teambuilding	37
5.3.3 Fysieke weerbaarheid op cliëntniveau	37
5.3.4 Beroepsprofiel om hulpverleners aan te toetsen	37
5.3.5 Een gedegen afdelingsprotocol rondom nazorg voor cliënten en personeel	37
5.3.6 Een gedegen protocol rondom het aangaan van agressie confrontaties	37
H6 Discussie	38
6.1 Leeswijzer	38
6.2 Discussie	38
6.2.1 Koppeling probleemanalyse	38
6.2.2 Sterkte-zwakteanalyse	38
6.2.3 Praktische bruikbaarheid	39
H7 Literatuurlijst	40
H8 Bijlage	43
8.1 Bijlage 1, Topiclijst	43
8.2 Bijlage 2, Toestemmingsformulier	45
8.3 Bijlage 3, Codeboom	46

Inleiding

Aanleiding voor het onderzoek is een heftige escalatie die plaats heeft gevonden op dagbestedingslocatie Y. Deze was zo heftig van aard dat het thema agressie een andere betekenis kreeg voor de onderzoeker en dagbestedingslocatie Y. Na rondvragen en onderzoek gedaan te hebben blijken de thema's agressie en veiligheid vaker terug te komen. Met name dat hulpverleners in de zorg regelmatig te maken hebben met verbale en fysieke agressie (CNV Zorg & Welzijn, 2018). Daarnaast blijken hulpverleners er ook niet vreemd van op te kijken, omdat het veelvuldig voorkomt en wordt gezien als normaal (Van Beurden, 2018). Omdat de twee thema's veel vragen oproepen is er verder gekeken naar waar die agressie vandaan komt en wat dit betekent voor de cliënt en personeel. Met name het visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg springt eruit met het thema visie op goede zorg (VGN, 2017). De 4 nieuwe bouwstenen die opgesteld zijn in 2017 moeten voor kwaliteit van zorg en veiligheid zorgen door deze te optimaliseren en zo de kwaliteit van leven voor cliënten te verbeteren (Zorginstituut Nederland, 2020). Voor de onderzoeker reden om binnen instelling X te kijken hoe het hier gesteld is met de veiligheid en agressie. Het stuk moeilijk verstaanbaar gedrag en agressieproblematiek binnen de SZ¹-groep maakt het interessant om het thema binnen deze cliëntgroep te onderzoeken. Hier komt agressie voor die voor onveilige situaties zorgen voor hulpverleners en cliënt.

Het onderzoek is gehouden binnen instelling X, op dagbestedingslocatie Y. Dit is een dagbestedingslocatie voor SZ-cliënten die hier heel de week aanwezig zijn en individueel in groepsverband worden begeleid. Op de dagbestedingslocatie komen cliënten die woonachtig zijn op instelling x en die nog thuis wonen. Het aantal heftige agressie incidenten die in korte tijd hebben plaats gevonden zijn een reden om een kritische blik te werpen op dagbestedingslocatie Y gericht op personeel, visie en doelgroep om te kijken of dit nog wel een juiste combinatie is. De conclusie die hieruit getrokken wordt zou consequenties kunnen hebben voor de toekomst van de groep. De groep zou aangepast kunnen worden waardoor cliënten niet meer binnen de visie passen en andere dagbesteding zouden moeten zoeken of overgeplaatst worden.

Het onderzoek is opgebouwd in zes hoofdstukken beginnend met de context en probleemschets. Hierin wordt een gedegen probleemanalyse neergezet waaruit de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek voortvloeit en eindigt met een begripsafbakening. In hoofdstuk twee volgt het theoretisch kader waarin dieper wordt ingegaan wat de literatuur zegt over het thema agressie, veiligheid en werken met deze doelgroep. In hoofdstuk drie wordt de methodologie van het onderzoek uitgezet. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek door middel van interviews. In hoofdstuk vier zijn de resultaten van het uitgevoerde onderzoek terug te vinden en gerangschikt per deelvraag. Hoofdstuk vijf bevat de conclusie en aanbeveling naar aanleiding van de resultaten, eerst worden de deelvragen beantwoord en daaropvolgend de hoofdvraag en aanbevelingen voor de praktijk. Het wordt afgesloten met het hoofdstuk discussie waar weer teruggeblikt wordt op de probleemanalyse en er een sterkte- zwakteanalyse en praktische bruikbaarheid van het onderzoek beschreven wordt.

¹ SZ staat voor specifieke zorg uitgelegd in paragraaf 1.7.8

H1: Context en probleemschets

1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt de context beschreven van het onderzoek en de probleemschets die aan de onderzoeksvraag voorafgaat. In de probleemschets 1.2 zal kort toegelicht worden op welk probleem dit onderzoek zich richt. In de probleemanalyse 1.3 zal de urgentie en relevantie van het probleem binnen het sociaal agogisch domein beschreven worden. Het probleem wordt dan beschreven op macro-, meso- en microniveau. Waarna de probleemstelling 1.4 geformuleerd zal worden om vervolgens de doelstelling 1.5, hoofd- en deelvragen 1.6 te formuleren. In paragraaf 1.7 volgt de begripsafbakening die toegelicht zal worden.

1.2 Probleemschets

In de gehandicaptenzorg worden hulpverleners regelmatig geconfronteerd met agressie van cliënten. Dit kan leiden tot een vermindering van werkplezier, ziekteverzuim en het uiteindelijk uitvallen van hulpverleners (Inspectie SZW, 2020). **Dit betekent voor cliënten wisseling van hulpverleners, deze nieuwe gezichten kunnen leiden tot onzekere en onveilige situaties bij cliënten (Van Sprang, 2016).** Binnen organisatie X is er sprake van een zorgelijke situatie binnen een Specifieke Zorg groep, hierna SZ-groep genoemd volgens richtlijnen van organisatie X. Na verschillende agressie incidenten is een deel van de hulpverleners voor onbepaalde tijd uitgevallen en/of wil niet meer op deze groep staan. **Om dit gedeeltelijk op te vullen zijn er nu flexers ingezet op de groep. Door het incident en het uitvallen van de hulpverleners moeten er misschien beslissingen worden genomen om de richtlijnen en visie van deze SZ-groep op dagbestedingslocatie Y zo aan te passen dat de dagbesteding zich niet meer zal richten op deze doelgroep en in wezen geen SZ-groep meer zal zijn.** Hierdoor kunnen er geen nieuwe SZ-cliënten meer binnen komen en moeten de SZ-cliënten op de groep zoeken naar een nieuwe dagbestedingsplek. Binnen dagbestedingslocatie Y zitten SZ-cliënten met een ernstige verstandelijke beperking, hierna EVB genoemd. Met name de begeleiding van deze SZ-doelgroep is arbeidsintensief, omdat ze moeilijk verstaanbaar gedrag vertonen, wat voor de activiteitenbegeleiders moeilijker te interpreteren is of om de communicatie signaleren hiervan te achterhalen (Didden, 2006). Er wordt dieper ingegaan op de SZ-doelgroep in de probleemanalyse.

1.3 Probleemanalyse

1.3.1 Agressie in de zorg

De afgelopen jaren zijn er meerdere nieuwsberichten verschenen in het nieuws over het thema agressie en geweld tegen hulpverleners in de zorg. Mede hierdoor is in 2012 de regering samen met verschillende andere partijen uit de zorg gestart met het programma 'Veilig werken in de zorg' om agressie in de zorg terug te dringen (Starremans, 2019). De opzet van het actieplan is ontwikkeld om een veiliger werkklimaat te creëren in de zorg door organisaties en hun medewerkers bewuster te maken van het thema agressie (Rijksoverheid, 2012). Het actieplan 'Veilig werken in de zorg' publiceerde eind 2016 zijn laatste nieuwsbrief en is hierna gestopt. De websites met relevante informatie is actief gebleven tot 2019. Uit de werknemersenquête arbeidsmarkt zorg en welzijn 2017 komt naar boven dat 35% van de hulpverleners nog steeds vindt dat agressie in de zorg is toegenomen. Terwijl 63% van de hulpverleners vinden dat de agressie in de zorg hetzelfde gebleven is (Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, 2017). Als oorzaken wordt gegeven dat er te weinig vaste hulpverleners zijn tegenover te veel tijdelijke flexwerkers. Bovendien blijkt maar 7%, van de hulpverleners werkzaam in de gehandicaptenzorg, nog nooit met agressie in aanraking te zijn geweest (CNV Zorg & Welzijn, 2018). Uit cijfers van de werknemersenquête 2019 van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt zorg en welzijn blijkt dat de gehandicaptenzorg, samen met de jeugdzorg, het meest te maken heeft met

agressie en geweld op het werk. Zo geeft 43% van de medewerkers aan hiermee te maken te hebben (Van Der Mooren & Gielen, 2019).

1.3.2 Agressie in de gehandicaptenzorg

Elke dag werken veel hulpverleners met hart en ziel in de gehandicaptenzorg om zorg te verlenen aan mensen met een verstandelijke beperking. Hulpverleners hebben hierbij te maken met verbale en fysieke agressie (CNV Zorg & Welzijn, 2018). Cliënten met woedeaanvallen en driftbuiten, die schoppen, slaan spugen en schreeuwen. Hulpverleners kijken er niet vreemd van op dat agressie en geweld veel voor komt in deze sector (Van Beurden, 2018). Deze vormen van verbale, fysieke en ook psychische agressie zijn vormen van agressie en geweld die onder psychosociale arbeidsbelasting vallen en tot werkstress kunnen leiden (Inspectie SZW, 2020). Werkstress kan uiteindelijk leiden tot ziekteverzuim en kan uitmonden in een langdurige uitval of in de ergste gevallen arbeidsongeschiktheid (Inspectie SZW, 2020). Deze situaties kan de hulpverlener een gevoel van onveiligheid geven waardoor de motivatie om terug te keren naar het werk minder wordt en kan leiden tot meer ziekteverzuim (Van Beurden, 2018).

1.3.3 Ambulantisering

Daarnaast is er binnen de gehandicaptenzorg meer aan de hand. Het aantal cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag en gedragsproblematiek neemt toe (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Cliënten die voorheen onder de noemer GGZ vielen komen steeds vaker terecht binnen de gehandicaptenzorg. Met name deze groep heeft intensievere begeleiding nodig (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). De groei van deze groep cliënten zou deels te maken kunnen hebben met de ambulantisering en hervormingen binnen de GGZ. Het doel van deze ambulantisering is het verbeteren en effectiever inzetten van zorg en ondersteuning aan cliënten met een ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen. Met als gevolg een vermindering van klinische bedden (Kroon, et al., 2020). Gezien dit beleid zou het aannemelijk zijn dat de toestroom naar de gehandicaptenzorg alleen maar toe gaat nemen en hiermee de druk op hulpverleners ook verder verhoogt.

1.3.4 Visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg

Naast deze veranderingen zijn er ook vergaande veranderingen in de zorgstructuur ontstaan die het werken met deze doelgroep een andere wending heeft gegeven. Met de insteek dat door zorg en kwaliteit te verbeteren dit bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. Om dit goed uit te voeren is er al enige jaren het visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg dat is gebaseerd op een gedeelde visie op goede zorg (VGN, 2017). Met ingang van 2017 is er een nieuw kwaliteitskader van kracht gegaan dat loopt tot 2022. Hierin zijn leden van de VGN open en helder over de zorg en ondersteuning en werken ze op deze manier aan verbetering (VGN, 2017). Vanuit het kwaliteitskader zijn er vier nieuwe bouwstenen gemaakt die nodig zijn om de kwaliteit van zorg en veiligheid die geleverd wordt te optimaliseren (Zorginstituut Nederland, 2020). De eerste bouwsteen is dat de dialoog centraal moet komen te staan met cliënt en verwanten. Om zo passende zorg te kunnen bieden en de kwaliteit van zorg en veiligheid te verbeteren (VGN, 2017). De tweede is het blijven raadplegen van ervaringen van cliënten om vanuit deze ervaring zorg te verbeteren (VGN, 2017). De derde is zelfreflectie binnen teams en organisaties over welke zorg er geleverd wordt, wat goed gaat en wat verbeterd zou moeten worden (VGN, 2017). De vierde bouwsteen is dat er vanuit de drie eerdere bouwstenen een rapport opgemaakt wordt waar een extern visitatie team eens in de twee jaar naar gaat kijken hoe de desbetreffende organisatie de kwaliteit van zorg levert en waarborgt (VGN, 2017). Met dit beeld wil de VGN geen vergelijkingen maken van de verschillende instellingen, maar kijken hoe de instellingen zichzelf verbeteren (VGN, 2017). Meer specifiek: De gehandicaptenzorginstellingen verantwoorden zich aan de hand van dit nieuwe kwaliteitskader dat betrekking heeft op de gehandicaptenzorg die onder de Wet langdurige zorg, hierna genoemd als Wlz, valt (VGN, 2017). Binnen de Wlz spelen gemeenten een belangrijke rol in het begeleiden en ondersteunen van mensen

met een complexe zorgvraag (Rijksoverheid, 2020). De zorg vanuit de Wlz gaat om zorg met verblijf, zoals binnen een verpleeghuis of een woonvorm binnen de gehandicaptenzorg (Rijksoverheid, 2020).

1.3.5 Medicatie

Er vindt ook een afbouw en vermindering van psychofarmaca plaats binnen de gehandicaptenzorg. Hierdoor zijn er cliënten minder of geen medicatie gaan gebruiken (Van Wijck, 2016). Psychofarmaca wordt algemeen gebruikt om de stemming te verbeteren en psychotische belevingen te verminderen (Van Wijck, 2016). Deze afbouw wordt doorgezet door de in werking treden van de nieuwe wet zorg en dwang op 1 januari 2020. In de nieuwe wetgeving mogen vrijheidsbeperkende maatregelen of onvrijwillige zorg niet meer toegepast of geboden worden. Behalve als er sprake is van ernstige nadelen voor de cliënt of zijn omgeving (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Door deze wet kan gedragsmedicatie niet zomaar meer gegeven worden (Kennisplein gehandicaptensector, 2020). Deze nieuwe wet past beter bij de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dan de wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen hierna genoemd als BOPZ. Deze was voorheen meer gericht op psychiatrische ziekenhuizen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Deze veranderingen kunnen wel zorgen voor een verhoging van agressie en handelingsverlegenheid bij escalaties.

1.3.6 Veranderingen in cliëntbeeld

De zorgvraag van cliënten uit de gehandicaptenzorg is door deze maatschappelijke ontwikkelingen veranderd. Hij is complexer en vooral intensiever geworden. Er is steeds vaker sprake van comorbiditeit² tussen verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). De combinatie neemt toe en is een pittige combinatie die de zorg zwaarder maakt (VGN, 2019). Deze cliënten hebben gekwalificeerde hulpverleners nodig die de juiste deskundigheid hebben en grote betrokkenheid kunnen tonen naar deze cliënten (VGN, 2018). Volgens de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, hierna VGN, is er nu onvoldoende gekwalificeerd en geschoold personeel werkzaam met de doelgroep EVB en/of complexe zorgvragers wat mede een risico kan zijn voor een toename van onveilig gedrag (VGN, 2018). Naast de toename van cliënten met comorbiditeit is er ook een stijging van het aantal vacatures in de gehandicaptenzorg (Zorgvisie, 2018). Deze vacatures zijn niet allemaal in te vullen omdat er een personeelstekort is. Dit kan voor problemen zorgen op de werkvloer (Kiers, 2018; Visser, 2018).

1.3.7 Moeilijk verstaanbaar gedrag in de gehandicaptenzorg

De cliënten in de SZ-groepen vertonen moeilijk verstaanbaar gedrag waardoor hulpverleners moeite kunnen hebben om de juiste boodschap te ontcijferen (Didden, 2006). Voor de SZ-client kan dit grote gevolgen hebben, omdat deze zich niet begrepen, onveilig of angstig kan voelen. Dit kan resulteren in stress en/of frustratie die tot een uiting van agressie kan leiden naar hulpverleners en/of cliënt (Schuur, 2014). Agressie kan dus bij onvoldoende begeleiding en missen van signalen in verhoogde mate voorkomen. Moeilijk verstaanbaar gedrag wordt gerelateerd aan ernstige gedragsproblemen, complex gedrag en destructief gedrag (Mybarak & Tetzchner, 2008). De mate van zorg die om deze reden geleverd dient te worden is specifiek aangepast op iedere individuele cliënt. Deze specifieke zorg samen met de kans op agressie kan zowel fysiek als psychisch zwaar zijn en maakt de kans op een verhoogde werkdruk groter op SZ-groepen dan bij andere groepen (Grey, Hastings, & McClean, 2006). Het werken met SZ-groepen kan bij hulpverleners tot negatieve gevoelens, stress en uitval leiden. Dit kan een grote impact hebben op de geleverde zorg en welzijn van de cliënten. Dit kan voor een negatieve interactie/relatie leiden tussen de hulpverleners en de cliënt (Grey, et al., 2006). Het is dus van belang om rekening te blijven houden met de relatie en interactie tussen de hulpverleners en SZ-clienten. Communicatie speelt hierin een belangrijke rol. Omdat communicatie voor de SZ-doelgroep

² Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een cliënt. In paragraaf 1.7.3 wordt dit verder toegelicht.

niet vanzelfsprekend is, kan het voor hulpverleners een zoektocht zijn om de juiste manier te vinden om elkaar te begrijpen. Zeker wanneer die cliëntgebonden en persoonsafhankelijk is (Boschman, 2005). Communicatie kan hierdoor een ingewikkeld proces worden, omdat er verschillende elementen een rol spelen. Bovendien kan de communicatie op verschillende manier verlopen zoals met of zonder woorden, gebaren, bewust of onbewust (Boschman, 2005). De cliënt kan communiceren, ook al kan hij niet praten. Dit kan doormiddel van het lichaam te gebruiken, zoals het aannemen van een bepaalde houding, gebaren met handen, gezichtsuitdrukkingen, maar ook hijgen, grommen of sissen kunnen hieronder verstaan worden (Boschman, 2005). Agressie uitingen van de cliënten met een verstandelijke beperking zijn ook vormen van communicatie. Cliënten proberen op deze manier aan te geven dat er iets mis is (Van Beurden, 2018). Deze manier van communiceren kan een gevolg zijn van het niet of onvoldoende kunnen ordenen van alle prikkels die de hersenen binnen komen. Dit zorgt ervoor dat de omgeving als ware wordt ervaren als een grote chaos (Schuur, 2014). Hoe minder gestructureerd en hoe meer chaotisch de prikkels zijn die binnenkomen bij de cliënt, hoe slechter hij/zij deze kan ordenen in zijn hoofd waardoor deze informatie minder begrijpelijk wordt voor de cliënt (Schuur, 2014). Dit kan zorgen voor spanning bij de cliënt, die zich niet begrepen kan voelen, angstig, en zelfs gefrustreerd en gestrest kan zijn. Uitingen van onveiligheid die tot agressie kunnen leiden (Schuur, 2014).

1.3.8 Instelling X

De Wlz (par.1.3.4) geldt ook voor de cliënten die ondersteuning en zorg ontvangen binnen Instelling X. Deze cliëntengroep is daarnaast behoorlijk divers. Instelling X is een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking en biedt ondersteuning op verschillende vlakken zoals wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd. Ze bieden NSO (naschoolse opvang) en BSO (buitenschoolse opvang) aan voor kinderen met een verstandelijke beperking en er zijn logeerhuizen voor kinderen tot 21 jaar. De visie op deze hulpverlening van instelling X is de afgelopen jaren veranderd. De zorg en ondersteuning wordt op een breed vlak gegeven waarin de kwaliteit van zorg hoog in het vaandel staat. In de geleverde zorg staat kwaliteit van bestaan voor de cliënt centraal en word er goed gekeken naar behoeften en wensen van deze cliënten. Instelling X werkt in overeenstemming met de 4 bouwstenen van het kwaliteitskader (VGN, 2017). Dit heeft gezorgd voor de omslag naar zelforganiserende teams (Zorgvisie, 2019). Deze zelforganiserende teams hebben een teamcoach die deze nieuwe organisatievorm samen met het team vormgeeft. Zo wordt er gewerkt aan betere samenwerking binnen het team, word er een nieuwe visie ontwikkelt conform de visie van instelling X en wordt er draagvlak gecreëerd voor talenten en capaciteiten van de teamleden. Samen kijken ze hoe de zorg en kwaliteit van leven voor de cliënten verbeterd kan worden door de cliënt centraal te zetten en naar hem/haar te luisteren. Daarvanuit wordt gewerkt aan een betere samenwerking met naasten en andere disciplines. **Om goede zorg te kunnen bieden hebben hulpverleners binnen instelling X toegang tot verschillende hulpmiddelen. Een voorbeeld van een hulpmiddel is het behandelplan, en het signaleringsplan. Maar ook de Meer Mens methodiek, dit is een methodiek die als hulpmiddel ingezet kan worden** waarbij hulpverleners signalen van cliënten beter kunnen leren zien, zodat het gedrag van de cliënt beter te verklaren is en er meer begrip ontstaat voor het gedrag van de cliënt en ruimte voor eigen regie van de cliënt kan ontstaan (Erbrink, 2010). Er is binnen instelling X de afgelopen jaren ingezet op het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen en gedragsmedicatie en is er ook personeelstekort die zich vooral op de SZ-woonhuizen en dagbesteding voordoet. Hier worden nu vaker flexers en zzp'ers ingezet om de woonhuizen en dagbesteding te kunnen blijven bemensen. Voordelen hiervan zijn de waarborging van de personele bezetting, waardoor er zekerheid van zorg is en de werkdruk van de vaste hulpverleners verlaagd wordt. Daarnaast kan de inzet van flexers en zzp'ers leiden tot nieuwe inzichten en ideeën (Kennislid, 2020). Nadelen zijn dat flexers en zzp'ers moeten worden ingewerkt en de cliënten nog niet goed genoeg kennen. Cliënten zien op deze manier veel gezichten wat voor onduidelijke en ongestructureerde situaties kan zorgen (Van Sprang, 2016). Deze situaties kunnen leiden tot meer agressie bij deze groepen, zoals eerder vermeld in de probleemanalyse. Landelijk is het bekend dat er een tekort is aan hulpverleners in de zorg. Bij het UWV

is er een persbericht over verschenen waar redenen gegeven worden over krapte, zoals de zwaarte van de doelgroep en het salaris (UWV, 2019). Binnen instelling X is dit niet anders en bevindt deze krapte zich voornamelijk op de SZ (specifieke zorg) groepen.

1.3.9 Situatieschets van dagbestedingslocatie Y

Agressie naar hulpverleners in de zorg is niks nieuws en is een blijvend thema. Zo krijgen de activiteitenbegeleiders van dagbestedingslocatie Y ook te maken met de eerdergenoemde agressie vormen. Deze vormen van agressie komen dagelijks voor en kunnen verschillen in schreeuwen, tikken, spullen door de ruimte gooien en heftiger, zoals schoppen, slaan en bijten. Bij escalaties worden meldingen gemaakt door personeel via een melding incident cliënten (MIC) of melding incident medewerker (MIM). De betrokken hulpverlener moet dit zelf doen. Er is daarna altijd contact met de regiebegeleider en als de scores in de melding hoog zijn dan wordt de manager betrokken. De oorzaken van agressie kunnen verschillend van aard zijn. Zo kan er ruis ontstaan in de communicatie, kan non-verbale communicatie gemist worden en is de activiteitenbegeleider ook met andere cliënten bezig (Apol, Kalff, Reijkerk, & Uitslag, 2018). Personeel is moeilijk te vinden voor deze doelgroep en daarnaast is er uitval op de afdeling door ziekte vanwege agressie incidenten tegen activiteitenbegeleiders. Er is een activiteitenbegeleider die zich niet meer veilig voelt en niet meer wil werken op de afdeling. Enkele maanden geleden hebben twee activiteitenbegeleiders nog een incident gehad met een cliënt, die op hen af kwam stormen en vervolgens één gebeten heeft in haar gezicht. Naast het observeren van ervaringen van de activiteitenbegeleiders van deze dagbesteding heeft de onderzoeker zelf ervaren hoe het is om slachtoffer te zijn van verbaal en fysiek geweld. Een cliënt van dagbesteding Y werd agressief nadat hij aangesproken werd op zijn gedrag en daarna naar de rustruimte gestuurd. Dit ging gepaard met schreeuwen, tikken en kopstoten geven. Deze voorbeelden geven aan dat activiteitenbegeleiders van dagbestedingslocatie Y regelmatig te maken krijgen met agressie incidenten. Gevolg hiervan is dat er gesprekken zijn over het mogelijk verplaatsten van de desbetreffende cliënten en misschien zelfs wel het veranderen van de visie op de gehele SZ-groep.

1.3.10 Dagbestedingslocatie Y

Dagbestedingslocatie Y is een SZ-dagbestedingslocatie die bestaat uit een groep van negen cliënten die ieder zijn eigen werkplek heeft. Van de negen cliënten werken er zes heel de dag, twee alleen in de ochtend en één alleen in de middag. Door een scheidingswand in het midden van de ruimte werken er maximaal vier cliënten aan één kant van een ruimte. Het gaat hierbij om de doelgroep EVB-SZ (Van Trigt, 2015). SZ is een term die gebruikt wordt binnen instelling X om aan te geven dat het om cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag gaat en gerelateerd wordt aan ernstige gedragsproblemen, complex gedrag en destructief gedrag (Mybarak & Tetzchner, 2008). Binnen dagbestedingslocatie Y zitten voornamelijk cliënten die een combinatie hebben van een ernstige verstandelijke beperking met moeilijk verstaanbaar gedrag zoals gillen, onrust, agressie en apathie en met een belemmering in communicatie. Daarnaast zijn er cliënten die een verminderde visus hebben en rolstoelafhankelijk zijn (VGN, 2019). De groepssamenstelling is zo homogeen mogelijk en gebaseerd op een vergelijkbare vraag van dag invulling en zorgvraag van de cliënt. De inhoud en opbouw van het programma wordt individueel afgestemd binnen de groep. De begeleidingsstijl wordt afgestemd op het individu en uitgevoerd door zoveel mogelijk vast personeel. Op deze manier wordt er een zo duidelijk en gestructureerd mogelijk programma aangeboden wat passend is voor deze groep om de zorg en veiligheid te kunnen waarborgen voor cliënt en hulpverlener (Starremans, 2019). Wanneer cliënten overprikkeld raken zijn er rustruimtes waar cliënten zich terug kunnen trekken (Schoor, 2014). De functienaam van de hulpverlener op de afdeling is activiteitenbegeleider. Volgens het functieprofiel van deze afdeling moet je minimaal beschikken over een mbo-niveau 4 opleiding richting activiteitenbegeleider, persoonlijk begeleider of verpleegkundige. In praktijk is het een mix van deze drie aangevuld met HBO opgeleide mensen zoals pedagogen, SPH'ers en Sociaal agogen. De moeilijkheid waartegen aangelopen wordt op deze specifieke groep is dat het werken met deze

doelgroep vastloopt op een aantal punten. Namelijk (1) het uitvallen van activiteitenbegeleiders door incidenten en werkdruk, (2) activiteitenbegeleiders die invallen maar onvoldoende zijn opgeleid of ingewerkt, (3) cliënten die dermate agressieproblemen vertonen dat de veiligheid van persoon en groep in het geding komt, (4) groeiende onwil om te werken met bepaalde cliënten, (5) activiteitenbegeleiders die niet op de dagbestedingslocatie willen werken, (6) mogelijkheid van gedwongen verplaatsing van cliënten en (7) het veranderen van de richtlijnen en visie van dagbestedingslocatie Y zodat deze zich niet meer zal richten op SZ-doelgroep en in wezen geen SZ-groep meer zal zijn. Het laatste punt zou inhouden dat alle SZ-clieënten een andere dagbestedingsplek zouden moeten zoeken en hiervoor cliënten terugkomen die geen SZ zijn.

1.4 Probleemstelling

Binnen de zorg hebben er de laatste jaren veel wijzigingen plaats gevonden zowel vanuit bezuinigingen en/of wetsveranderingen. Deze zijn vooral vanuit de overheid ontstaan en daarna doorgewerkt in het zorglandschap van Nederland. De structuur is van boven naar beneden doorgelicht en aangepast. Het doorvoeren van deze veranderingen heeft voor nogal wat verschuivingen en druk gezorgd. Ook vanuit de visie op instelling X is een enorme druk gekomen op hulpverleners die de kwaliteit moeten waarborgen van de geleverde zorg. Aan de ene kant verandert het soort cliënt en nemen de cliënten met een verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en agressie toe waardoor de zorg intensiever, zwaarder en complexer geworden is. Aan de andere kant ervaren hulpverleners hierdoor meer werkdruk, hebben ze te maken met meer agressie op de werkvloer en vallen sneller uit. De kwaliteit van zorg is niet altijd te waarborgen op deze manier waardoor cliënten vaak de dupe worden. Terwijl juist de SZ-groepen met EVB doelgroep een constante en evenwichtige begeleiding nodig hebben door deskundigen die hier op juiste wijze weten in te spelen.

De situatie is zorgelijk en vraagt om verbetering. Is het realistisch om op deze wijze deze doelgroep dagbesteding te blijven aanbieden? Hoe kun je het best je hulpverleners voorbereiden op deze doelgroep? En hoe zorg je voor een situatie waarbij zowel de veiligheid van hulpverleners als cliënt gewaarborgd wordt? Allemaal binnen het kader van de gewenste zorg. Er moet gekeken worden naar welke zorg cliënten dienen te krijgen en hoe hulpverleners hieraan moeten voldoen. Wat levert deze zorg op maar ook wat heeft dit voor resultaat voor hulpverleners en cliënten. Waar hebben we mee te maken aan eventuele problemen. **En wat heeft de sociaal agoog nodig om de hulpverleners hierin te kunnen ondersteunen.**

1.5 Doelstelling

In dit onderzoek staat de professionele inzet van hulpverleners centraal. Zij zorgen voor een optimaal klimaat voor ontwikkeling en zorg, waardoor de cliënten in een veilige omgeving de beste kwaliteit van leven kunnen hebben.

Kort samengevat is de doelstelling dat deze doelgroep recht heeft op dagbesteding en daartegenover hebben hulpverleners recht op een veilige werkplek. **In het onderzoek wordt gekeken wat de sociaal agoog nodig heeft om met aandacht voor veiligheid ervoor te zorgen dat er een goede balans gevonden wordt tussen de dagbesteding van de cliënt en de werkplek van de werknemer zonder één van beide partijen tekort te doen. Vanuit dat perspectief kunnen dan aanbevelingen gedaan worden aan de hulpverleners van dagbestedingslocatie Y.** In dit onderzoek wordt uitgegaan van het perspectief van de sociaal agoog die hierin een leidende rol heeft om dit evenwicht te bewerkstelligen.

Het doel is dus niet direct het verlagen van agressie bij deze doelgroep, omdat dit een moeilijk verstaanbare en moeilijk leerbare doelgroep is. Het doel is het vergroten van veiligheid voor beiden partijen en daarmee indirect hopelijk ook de agressie te verlagen. En hiermee een langdurige situatie

te creëren voor cliënten van deze doelgroep waarmee zij het recht op zorg en participatie kunnen behouden.

1.6 Vraagstelling

Aan de hand van de doelstelling zijn de volgende hoofd en deelvragen geformuleerd.

1.6.1 Hoofdvraag

Wat heeft de sociaal agoog nodig om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek in hun dagelijkse activiteiten?

1.6.2 Deelvragen

1. Hoe ondersteunen de activiteitenbegeleiders de SZ-cliënten met agressie problematiek momenteel **en hoe ervaren ze dit?**
2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek?
3. Wat hebben de activiteitenbegeleiders van dagbestedingslocatie y nodig van de **sociaal agoog**, om de SZ-cliënten te ondersteunen en begeleiden bij hun dagelijkse activiteiten?
4. Wat zou de sociaal agoog kunnen doen om veiligheid te vergroten voor zowel hulpverleners als cliënt?

1.7 Begripsafbakening

1.7.1 Activiteitenbegeleider

De activiteitenbegeleider is een zorgmedewerker die binnen een dagbesteding activiteiten organiseert passend bij de behoeften en ontwikkelingsniveau van de cliënten. Het doel is op een zinnvolle en plezierige manier dagbesteding in te vullen voor groepen en individuen die hier complexe ondersteuning in nodig hebben (youchooz, 2020).

1.7.2 Agressie en geweld

Gedrag waarbij een ander gekwetst of pijn gedaan kan worden, dit kan gebeuren op een verbale, fysieke en psychische manier (Aronson, Wilson, & Akert, 2016).

1.7.3 Ambulantisering

Het effectiever inzetten van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoeningen door een afbouw van intramurale zorg. Er wordt voorkeur gegeven aan ondersteuning in de eigen omgeving in plaats van een instelling. Op deze manier proberen ze cliënten meer kwaliteit van leven en eigen regie te bieden. Dit zorgt voor een vermindering van klinische bedden (Kroon, et al., 2020).

1.7.4 Comorbiditeit

Dit is dat er tegelijkertijd twee of meer stoornissen en/of aandoeningen voorkomen bij een cliënt. In dit onderzoek gaat het om de combinatie verstandelijk beperkt en psychische aandoening (Dekker, Douma, Ruitend, & Koot, 2006).

1.7.5 Doelgroep Verstandelijke beperking en Psychiatrische problematiek

Dit is een groep die moeilijk te behandelen is omdat er niet altijd goed te zien is bij iemand met een verstandelijke beperking dat deze ook psychische problematiek heeft en andersom. Dit maakt een

diagnose en het uiteindelijke behandelen en werken met deze cliëntgroep moeilijk en zwaarder (Dekker, et al, 2006).

1.7.6 EVB

Dit is de doelgroep ernstig verstandelijk beperkt. Zowel vanuit de klinische en wetenschappelijke praktijk als in de maatschappij wordt bij iemand met een ernstig verstandelijke beperking de grens van een IQ onder de 50 aangehouden (Didden, Collin , & Curfs, 2008).

1.7.7 Kwaliteitskader

Het kwaliteitskader beschrijft de richting en handvaten die er zijn en komen om de zorg te ondersteunen en optimaliseren om deze veilig en verantwoord te kunnen bieden. Het kwaliteitskader is gemaakt door verschillende zorgaanbieders, cliënten en hun naasten (VGN, 2017).

1.7.8 Psychofarmaca

Dit zijn geneesmiddelen die voor een behandeling ingezet kunnen worden bij aandoeningen die psychiatrisch of psychologisch van aard zijn. De geneesmiddelen worden in het algemeen gebruikt om de symptomen en klachten te verminderen zoals psychotische belevingen. Het voorschrijven van deze geneesmiddelen wordt altijd gedaan door een specialist zoals een psychiater of huisarts. Antipsychotica is een geneesmiddel dat onder deze groep psychofarmaca valt (Van Wijck , 2016).

1.7.9 Psychosociale arbeidsbelasting

De werkplek is een omgeving waar je als hulpverlener veel aanwezig bent en die van invloed is op hoe jij je voelt als persoon. Als hier sprake is van agressie, intimidatie of pesterijen, kan dit van grote invloed zijn op het lichamelijke en psychische welbevinden en kan klachten veroorzaken op deze gebieden. Daarnaast kan een hoge werkdruk ook meespelen in het ontwikkelen van stress. Deze vallen samen in het tot stand brengen van een psychosociale arbeidsbelasting die tot uitval leiden (Inspectie SZW, 2020).

1.7.10 SZ-doelgroep

De SZ-doelgroep is de naam die organisatie X gebruikt om specifieke zorg aan te duiden. Het gaat hierbij om cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag wat gerelateerd is aan ernstige gedragsproblemen, complexe zorg en destructief gedrag (Mybarak & Tetzchner, 2008). De geleverde zorg aan deze cliënten is om die reden 'specifiek' waardoor iedere cliënt anders begeleid dient te worden.

1.7.11 Veiligheid

Het begrip veiligheid kan vele interpretaties hebben, binnen dit onderzoek gaat het begrip veiligheid over veiligheid voor cliënt en hulpverlener maar ook het bespreekbaar maken van agressie en veiligheid. Voorbeeldgedrag hierbij is het melden van incidenten, het geven van positieve feedback en het creëren van een veilig werkklimaat en omgeving (Starremans, 2019).

1.7.12 Verstandelijk beperkt

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een aangeboren of later ontwikkelde beperking in het intellectuele functioneren, het IQ is maximaal 70. Intern zijn er nog significante verschillen, dat is een reden waarom er gebruik gemaakt wordt van verschillende benamingen zoals lichte, matige of ernstige verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen ook een psychische stoornis hebben en/of lichamelijke beperking hebben en kunnen gedragsproblemen vertonen (Van Trigt, 2015).

H2: Theoretisch kader

2.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van relevant literatuuronderzoek een theoretisch kader gevormd. De thema's van dit hoofdstuk zijn gesorteerd op belangrijkheid voor het beantwoorden van de hoofdvraag;

Wat heeft de sociaal agoog nodig om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek in hun dagelijkse activiteiten? Beginnend met wat houdt die agressieproblematiek dan precies in 2.2.1 en waar komt het vandaan 2.2.2, om zo een beter begrip te krijgen over waar de activiteitenbegeleiders dagelijks mee worden geconfronteerd. Daaropvolgend een duidelijk beeld van de doelgroep 2.2.3 die schetst welke uitdagingen er zijn voor zowel cliënt als hulpverlener. In 2.2.4 wordt dieper ingegaan op de definitie en randvoorwaarden van veiligheid. In 2.2.5 zal nader worden toegelicht hoe hieraan kan worden voldaan door houdingsaspecten en begeleidingsstijl. Hierop aansluitend zal het signaleren van oplopende spanning nader worden toegelicht 2.2.6, gevolgd door effecten van agressie op hulpverleners 2.2.7. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte beschrijving van de presentiebenadering 2.2.8 die gebruikt wordt binnen instelling X.

2.2 Theoretisch kader

2.2.1 Agressieproblematiek

Als er over agressieproblematiek gesproken wordt dan gaat het met name over cliënten die impulsief zijn, een lage stresstolerantie hebben, vijandig kunnen zijn en vooral problemen hebben met het reguleren en hanteren van boosheid (Dam, Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). Zoals beschreven zijn deze cliënten zich dus in mindere mate bewust van hun spanningsopbouw naar de agressie toe die dan plots en impulsief kan voorkomen. Voor cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag die agressieproblematiek vertonen, zoals de SZ-doelgroep, is communiceren al moeilijk. Dit maakt het niet alleen moeilijk voor hulpverleners om de spanningsopbouw te signaleren maar ook een zoektocht om een goede manier te vinden om elkaar te begrijpen (Boschman, 2005).

2.2.2 Oorzaken en verloop van agressie

Dat agressie plaatsvindt kan verschillende oorzaken hebben. Net zoals je agressie kan onderscheiden in instrumentele en emotionele agressie, kan je dit ook doen met de reden waarom cliënten agressie vertonen. Agressie kan in worden gezet om bijvoorbeeld een doel te bereiken 'ik wil gehoord worden'. Je spreekt dan over instrumentele agressie die als het doel niet bereikt wordt steeds kan verergeren (Aronson, et al., 2016). Agressie kan ook plaats vinden door een opeenhoping van gebeurtenissen waar de cliënt geen invloed op heeft. In de situatie van dagbestedingslocatie Y is dit het laten wachten van een cliënt, de cliënt niet begrijpen en/of prikkels van andere cliënten bijvoorbeeld gillen. De agressie treedt dan op uit onmacht en boosheid, dit valt onder emotionele agressie ook wel frustratie agressie genoemd (Aronson, et al., 2016). Bij emotionele agressie kan het zijn dat de cliënt niet meer toegankelijk is. Ook wel bewustzijnsvernauwing genoemd, de agressie is dan niet meer een doel of persoonsgericht maar een onbewuste actie ingezet door onmacht en controleverlies waarbij alle emoties ontladen worden (Westerveld, 2011). Uit onderzoek is aangetoond dat frustratie de kans op agressie kan vergroten. Deze trend wordt ook wel de frustratie-agressie-theorie genoemd (Aronson, et al., 2016). Dat wil niet zeggen dat frustratie altijd meteen tot agressie leidt hoewel dit in de meeste gevallen wel zo is. De kans hierop is zeker groter als de frustratie een onmiskenbare onprettige ervaring is (Aronson, et al., 2016). Er zijn meerdere factoren die mee kunnen spelen in het verergeren van de

frustratie. Dit zal worden toegelicht met praktijkvoorbeelden. Zo is één van de factoren de afstand van het doel of het object dat je wilt bereiken. Hoe dichterbij dit in bereik is hoe sterker de afgunst zal zijn, dat je niet bij het doel of object kan komen (Aronson, et al., 2016). Als een cliënt de koffiekant uit de kast wil pakken omdat hij nog koffie wil hebben, terwijl het koffiemoment voorbij is, en deze blijkt achter slot en grendel te staan en de hulpverlener probeert hem hierbij tegen te houden, dan is de kans dat deze cliënt gefrustreerd raakt en agressie gaat gebruiken om tot zijn doel te komen groter. Een tweede factor is als frustratie onverwachts plaats vindt (Aronson, et al., 2016). Als een cliënt halverwege zijn programma is en ineens staat de taxi voor de deur, waardoor hij zijn programma niet kan afmaken. Dit maakt de kans groter dat er agressie plaatsvindt, omdat in zijn verwachting de taxi er nog lang niet moest zijn. Een derde factor is de grootte en de kracht van degene die de frustratie oproept, ook als de frustratie begrijpelijk, legitiem en onbedoeld is, zal de kans op agressie aanwezig zijn (Aronson, et al., 2016). De uitingen die cliënten met een verstandelijke beperking laten zien zijn vormen van communicatie die op deze manier iets duidelijk willen maken omdat er volgens hen iets niet klopt (Van Beurden, 2018). Deze manier van communicatie komt ergens vandaan en kan komen door het niet goed kunnen ordenen van prikkels die de hersenen binnen komen (Schuur, 2014). Hoe meer ongestructureerde prikkels erbinnen komen hoe groter de chaos en hoe onduidelijker de situatie voor de cliënt wordt (Schuur, 2014). Dit kan zorgen voor spanning omdat de cliënt zich niet begrepen voelt, angstig kan zijn en hiervan ook gefrustreerd en gestrest kan raken, allemaal uitingen die kunnen leiden tot agressie (Schuur, 2014). Het preventief handelen is mogelijk wanneer er inzicht is in het proces dat aan de agressie voorafgaat, zo zou de samenhang tussen de redenen, oorzaken en aanleidingen van de agressie zichtbaar moeten zijn (Schuur, 2014).

2.2.3 Levensfase psychologie Verstandelijke beperking

Een kind met verstandelijke beperking doorloopt dezelfde levensfase als een kind zonder beperking. Het verschil is dat de levensfasen bij het kind met een verstandelijke beperking langzamer verloopt (Došen, 2014). De verstandelijke beperking kan hierdoor, naast IQ, ook door mentale ontwikkelingsleeftijd geschetst worden (Došen, 2014). Mate van beperking op basis van IQ wordt als volgt beschreven:

- Zeer ernstige verstandelijk beperkt: IQ 0-20, ontwikkelingsleeftijd tot 2 jaar
- Ernstige verstandelijk beperkt: IQ 20-35, ontwikkelingsleeftijd 2-4 jaar
- Matige verstandelijk beperkt: IQ 35-50, ontwikkelingsleeftijd 4-7 jaar
- Lichte verstandelijk beperkt: IQ 50-70, ontwikkelingsleeftijd 7-12 jaar

Daarnaast wordt gekeken naar de achterstand in de persoonlijkheidsontwikkeling. Het gaat hierbij dan om meerdere aspecten binnen de psychosociale context zoals op sociaal en emotioneel gebied maar ook morele aspecten (Došen, 2014). Er wordt hierbij gebruik gemaakt van het sociaal emotioneel ontwikkelingsmodel om te kijken in welke ontwikkelingsfase iemand met een verstandelijke beperking zit (Zaal, Boerhave, & Koster, 2008). In dit sociaal emotioneel ontwikkelingsmodel worden de volgende fases beschreven:

- Fase 1- Eerste Adaptatiefase: 0 - 6 maanden
- Fase 2- Eerste Socialisatie fase: 6 - 18 maanden
- Fase 3- Eerste Individuatiefase: 18 - 36 maanden
- Fase 4- Eerste Identificatiefase: 3 - 7 jaar
- Fase 5- Realiteitsbewustwording: 7 - 12 jaar

De SZ-clienten op dagbestedingslocatie Y hebben een ernstige verstandelijke beperking met moeilijk verstaanbaar gedrag. De cliënten zouden volgens dit literatuuronderzoek een IQ hebben van tussen de 20-35 en een ontwikkelingsleeftijd van 2 tot 4 jaar. Dat zou betekenen dat ze zich in de 2^e en 3^e fase

van het emotioneel ontwikkelingsmodel begeven waarbij veiligheid en vertrouwen een belangrijke rol spelen (Zaal, et al., 2008).

Bij het geven van passende zorg is het belangrijk te herkennen wat iemand heeft. Een verstandelijke beperking kan je namelijk indelen in verschillende categorieën zoals eerder aangegeven. Naast de verstandelijke beperking zijn er nog verschillende syndromen, dementie en niet aangeboren hersenletsel (NAH). Daarnaast spelen de leeftijden en de opgebouwde levenservaring van de cliënten ook een grote rol in het geven van passende zorg (Van Trigt, 2015). De groep met een verstandelijke beperking is dus divers te noemen. De combinatie van een verstandelijke beperking en een psychische stoornis is niet nieuw, maar wordt tegenwoordig vaker ontdekt na goed onderzoek. Het is hierbij van belang aandacht te hebben voor de interactie tussen de psychische stoornis en verstandelijke beperking. Het goed samenwerken binnen meerdere disciplines en het werken met een multidimensionale benadering zorgt ervoor dat er beter naar de cliënt gekeken wordt omdat er op deze manier oog is voor alle aspecten van de cliënt zoals het ontwikkelingsperspectief en de sociale-emotionele en adaptieve functies (Došen, 2014).

2.2.4 Veiligheid

Veiligheid kan omschreven worden als een abstract begrip waar meerdere betekenissen aan gegeven kunnen worden (CCV, 2020). In de kern wordt veiligheid beschreven als de afwezigheid van bedreiging naar een ander persoon of groter, naar een organisatie of een land (CCV, 2020). In dit onderzoek gaat het met name om veiligheid voor de hulpverleners en cliënten, en hoe dit kan bijdragen aan een stabiele situatie. Veiligheid hangt daarnaast sterk samen met het veilig voelen in de werksituatie. Het handelen in lastige situaties zoals agressie incidenten benadrukt hierbij het belang van veiligheid (Schoor, 2014). Daarnaast geeft veiligheid ook een veiligheidsgevoel dat op subjectieve manier beleeft kan worden in vormen zoals het ontvangen van begrip en steun (Schoor, 2014). Dit zou dan kunnen gelden voor beide partijen, hulpverlener en cliënt. De cliënt wil begrip en steun van de hulpverlener en de hulpverlener wil dit van zijn collega's en meerdere (Schoor, 2014). Het veilig voelen zowel op de werkplek als bij collega's kan een stimulans zijn om feedback te durven geven. Wat de veiligheid onderling en in de werksituatie kan optimaliseren (Starremans, 2019).

Daarnaast bestaat er ook nog een veiligheidsbeleid dat binnen instellingen gehanteerd dient te worden. Dit zijn voorwaarden die voornamelijk in protocollen staan waarmee hulpverleners werken (Schoor, 2014). Hulpverleners hebben hierbij samen en individueel een verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, als het gaat om het werken met cliënten. Je zou het onder professionaliteit van de hulpverleners kunnen interpreteren. Juist het veiligheidsgevoel en het gezamenlijk dragen van deze (mede)verantwoordelijkheid voor de veiligheid en/of het veiligheidsbeleid van de organisatie en afdeling kan bijdragen aan een hoger veiligheidsgevoel (Schoor, 2014). Deze verantwoordelijkheid, samenwerking en collegialiteit maakt het elkaar aanspreken makkelijker omdat je in verschillende situaties op elkaar moet kunnen bouwen (Schoor, 2014). Er gewoonweg zijn voor de ander is hier een mooie toevoeging, dit geldt dan zowel voor collega's onderling als naar cliënten toe. Vanuit de presentietheorie³ van Andries Baart kan er meer veiligheid ontstaan door er te zijn voor de ander waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt en er een veilige relatie opgebouwd kan worden (Baart, 2004).

2.2.5 Houdingsaspecten en handelwijze

Voor een veilige werkomgeving en werkrelatie met de cliënt, is het van belang om deze te kunnen onderhouden. Het creëren van een veilige basis voor de cliënt begint bij het accepteren van de cliënt en zijn gedragingen (Vignero, 2018). Het gaat erom dat je de cliënt ziet zoals die is en zijn gedrag hierbij

³ Presentietheorie wordt verder toegelicht in paragraaf 2.2.8

kan accepteren in plaats van dat je het gedrag wil bestrijden. Het zien van de cliënt in zijn geheel (Došen, 2014). Door als hulpverlener de cliënt beter te zien en accepteren kan er een gedegen relatie ontstaan waarbij er vanuit de hulpverlener gestimuleerd kan worden naar initiatief in communicatie vanuit de cliënt (Došen, 2014). Dit maakt het mogelijk om te kijken wat de cliënt wil of wat er aan de hand is met de cliënt. Op deze manier kom je dicht bij de kern van de hulpvraag. Zo kan inspelen op de behoefte van de cliënt een belangrijke rol spelen in de relatievorming, net zoals nabijheid en het inspelen en/of aansluiten op het ontwikkelingsniveau en fase van de cliënt (Vignero, 2018). De hulpverlener is degene die moet kunnen aansluiten op de beleavingswereld van de cliënt. Hierbij moet bewust rekening gehouden worden met de rol die de hulpverlener vertolkt en hierbij in het oog houden van de eigen houding en gedrag (Groen, 2015). Dit geeft een vorm van voorspelbaarheid die de cliënt kan geruststellen, veilig kan laten voelen en een veilig gestructureerde werkomgeving kan bieden, hierbij is vanuit de hulpverleners ook kennis nodig over de cliënt. (Vignero, 2018).

2.2.6 Signaleren oplopende spanning

Het missen van signalen bij verstandelijk beperkte cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag kan voor deze cliënten tot ergernis leiden of het niet begrepen voelen. Dit kan voor frustratie en spanning zorgen bij de cliënt die volgens de frustratie-agressie-theorie de kans op agressie kan vergroten (Aronson, et al., 2016). Het is daarom belangrijk dat deze signalen op tijd worden opgemerkt en hier accuraat op wordt gehandeld. Dit kan door middel van het hebben van kennis over de cliënt, begeleidingsafspraken, gestructureerd dagprogramma en signaleringsplan. Het signaleringsplan is een belangrijk hulpmiddel om dit proces in gang te zetten zodat er naast bewustzijn van kenmerkend gedrag ook uniformiteit is in het handelen op signalen. (Burger, 2005).

2.2.7 Coping hulpverleners

Agressie op de werkvloer is niet fijn maar toch komt het voor. Door een homogene groepssamenstelling, begeleiding gericht op de individuele cliënt, een signaleringsplan en het afstemmen op het ontwikkelingsniveau van de cliënt proberen de activiteitenbegeleiders een veilige werksituatie te creëren die voor hulpverleners en cliënten de veiligheid kan waarborgen (Starremans, 2019). Daarnaast spelen de houdingsaspecten voor de activiteitenbegeleiders ook een belangrijke rol en moet er continue geschakeld kunnen worden van cliënt naar cliënt terwijl hierbij ook rekening gehouden dient te worden met de houding en gedragingen van henzelf. Dit is veel waar de activiteitenbegeleider rekening mee moeten houden tijdens werkzaamheden. Om op deze manier te kunnen werken en te voldoen aan richtlijnen en protocollen, moeten activiteitenbegeleiders bezitten over goede kennis, ervaring en vaardigheden (Bekkema, Veer, & Francke, 2009). Het is hierbij ook van cruciaal belang dat er een gedegen team van collega's staat met een multidisciplinair team eromheen zoals gedragskundige, psychologe, consultants, speltherapeuten artsen en medisch personeel om zo op een verantwoorde manier veilige zorg te bieden (Bekkema, Veer, & Francke, 2009). Het kan hierin ook doorslaggevend zijn voor de situatie als de activiteitenbegeleider opgewassen is tegen bepaalde omstandigheden. Dit wordt coping genoemd en wordt uiteen gesplitst in twee delen; probleemgerichte- en emotiegerichte coping (Schoor, 2014). Met probleemgerichte coping wordt bedoeld dat het probleem, de situatie aangepakt wordt. Bij succes is dit een leermoment en geeft dit een gevoel van succes, pakt het slecht uit dan kan dat resulteren in minder zelfvertrouwen en een kritische bevraging wat er misging en anders had gemoeten (Schoor, 2014). Bij emotiegerichte coping gaat het om hoe iemand zich beter gaat voelen. Het kan hierbij zijn dat het optreden of de actie van de persoon de situatie te boven ging, belangrijk is dat hierna wel de conclusie getrokken wordt dat die persoon het beste heeft gedaan wat er in die situatie mogelijk was (Schoor, 2014). Deze manier van emotiegerichte coping kan gerelateerd worden aan het corrigerend systeem. Dat gaat over het vermogen om jezelf te kunnen corrigeren en jezelf in de hand kunnen houden in een probleemsituatie. De richtlijnen, protocollen, normen en waarden die gehanteerd worden geven de grens aan wat wel en niet kan (Schoor, 2014). Als hier niet naar gekeken wordt en hiervan afgeweken wordt dan kan dat

een slecht geweten opleveren en zal het corrigerend systeem weer opnieuw beginnen. Het is in die zin ook geen goed of slecht systeem maar een manier om te kunnen blijven functioneren op korte termijn (Schuur, 2014).

2.2.8 Presentiebenadering

De Meer Mens methode die binnen organisatie X als hulpmiddel gebruikt kan worden sluit goed aan op de presentietheorie van Andries Baart die de presentie beschrijft als gewoonweg er zijn voor de ander (Baart, 2016). Om goede zorg te kunnen verlenen is er volgens de presentietheorie een goede relatie nodig tussen de hulpverlener en cliënt, deze moet centraal staan. Op deze manier kan je aansluiten en afstemmen op wat de cliënt nodig heeft voor goede zorg (Baart, 2016; Movisie, 2016). Om als hulpverlener succesvol de presentiebenadering te gebruiken heb je gedegen kennis nodig over de theorie van de presentiebenadering en je houding hierop aan kunnen passen (Baart, 2004). Vanuit de presentiebenadering is het belangrijk niet te benadrukken waar cliënten niet goed in zijn en waar ze falen maar door ze juist te wijzen op waar hun krachten zitten. De cliënt krijgt zo meer vertrouwen en zal zich gewaardeerd voelen. Presentie is hierbij belangrijk en draagt bij om zo passende zorg te bieden (Baart, 2016). Vanuit dagbesteding Y wordt dit terug gezien bij hulpverleners die langer werkzaam zijn en de cliënten goed kennen. Cliënten stellen zich bij hen beter bereikbaar op en accepteren meer van deze hulpverleners omdat er een goede professionele relatie is opgebouwd.

H3: Methodologie

3.1 leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van dit onderzoek beschreven. Om een antwoord te formuleren op de hoofd en deelvragen is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat hierin uitspraken gedaan worden over de onderzoekseenheden op basis van de onderzoeksresultaten (Baarda, 2014). Door het stellen van open vragen zullen de belevingen en verhalen van de respondenten centraal komen te staan (Verhoeven, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

3.2.1 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek wordt er onderzocht wat de sociaal agoog nodig heeft om activiteitenbegeleiders binnen organisatie X te ondersteuning bij de vergroting van veiligheid rondom begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek. Om dit te onderzoeken is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat dit beter bij de hoofdvraag past. En omdat dit onderzoek gericht is op welke mening, ervaring, belevingen, en betekenis de activiteitenbegeleiders geven aan de agressie en veiligheid tijdens de begeleiding van de SZ-groepen (Baarda, 2014). Hierdoor krijgt de sociaal agoog de informatie die hij nodig heeft om de activiteitenbegeleider op een goede manier te ondersteunen bij het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van de SZ-cliënten. Bij het vaststellen van de onderzoekspopulatie is er gekozen voor personen omdat in dit onderzoek mening, ervaring, belevingen, en betekenis worden onderzocht. Nadat de onderzoekseenheid vastgesteld is kan er gekeken worden naar de kenmerken en eigenschappen van deze eenheden. Door deze vast te stellen kan volgens de generalisatiepretentie vastgesteld worden voor wie de uitkomst van dit onderzoek gelden (Baarda, 2014). Vanuit de generalisatiepretentie kan vernomen worden dat de onderzoekspopulatie activiteitenbegeleiders zijn die met de SZ-cliënten met agressieproblematiek werken.

3.2.2 Steekproef

Omdat de onderzoekspopulatie binnen instelling X te groot is om deze allemaal te interviewen, is er gekozen voor een selecte steekproef. Dit houdt in dat de steekproef doelgericht heeft plaatsgevonden en aan een aantal voorwaarden heeft moeten voldoen waardoor er niets aan het toeval is overgelaten (Boeije, 2014). In het onderzoek wordt er onderzocht wat de sociaal agoog nodig heeft om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek. Daarom is het belangrijk dat de onderzoekspopulatie voldoet aan de kenmerken van de onderzoeksvraag. Er is specifiek gekozen om activiteitenbegeleiders te interviewen die binnen SZ-groepen werken met cliënten die agressie problematiek hebben. Hierbij is gekozen om activiteitenbegeleiders te interviewen die allen werkzaam zijn op dezelfde afdeling. Reden is dat er hierdoor verschillen in beleving belicht kunnen worden binnen een gelijkwaardige situatie. Het onderzoek is hierdoor niet generaliseerbaar maar wel vergelijkbaar aan andere afdelingen en organisaties. De onderzoekspopulatie bestaat hierdoor uit activiteitenbegeleiders werkend binnen dagbestedingslocatie Y.

Dagbestedingslocatie Y is een SZ-afdeling waar ongeveer 20 activiteitenbegeleiders werken waarvan 1 de regiebegeleider is. Van de 20 activiteitenbegeleiders werkzaam binnen deze dagbestedingslocatie zijn er 14 vast in dienst, 5 flexers en 1 stagiaire. De studieachtergronden verschillen van elkaar (MBO/HBO/verpleegkundige/persoonlijkbegeleider/activiteitenbegeleider/sociaalagoog/SPW/pedagoog), waarvan 2 mannen en 18 vrouwen waarbij de leeftijd valt tussen de 21 en 60 jaar. De tweede groep bestaat uit regiebegeleiders werkzaam binnen instelling X op SZ-groepen met

agressieproblematiek. De groep bestaat uit 5 respondenten, 2 mannen en 3 vrouwen, waarbij de leeftijd valt tussen de 24 en 53 jaar. Al deze respondenten zullen persoonlijk benaderd worden door de onderzoeker. Er is gekozen om 10 respondenten te interviewen waarbij rekening gehouden is met de man/vrouw verhouding om zo een realistische afspiegeling te krijgen van instelling X en dagbestedingslocatie Y. Hierbij is gekeken naar de verschillende achtergronden om een zo'n breed mogelijke afspiegeling te krijgen van behoeftes en kennis. Verder is er gekeken naar de ervaring van de respondenten aangaand het onderwerp om diepgaande vragen te kunnen stellen. In tabel 1 zijn de kenmerken terug te vinden van de geïnterviewde respondenten.

Tabel 1 Kenmerken respondenten

Totaal respondenten =10	Totaal respondenten =	Percentage %
Geslacht:		
Man	3	30%
Vrouw	7	70%
Leeftijd in jaren:		
21-30	3	30%
31-40	1	10%
41-50	4	40%
51-60	2	20%
Functie:		
Regiebegeleider SZ-groep	3	30%
Activiteitenbegeleider SZ-groep	7	70%
Vooropleiding:		
Verpleegkunde Mbo	1	10%
Verpleegkunde Hbo	1	10%
Activiteitenbegeleider	1	10%
SPW	3	30%
Persoonlijk begeleider SZ	1	10%
Sociale studies	1	10%
Pedagogiek	1	10%
Management HBO	1	10%
Aantal jaren werkzaam binnen organisatie X		
0-5	5	50%
5-10	0	0%
10-15	3	30%
15-20	0	0%
20-25	1	10%
26-30	1	10%
Aantal jaren werkzaam binnen dagbestedingslocatie Y		
0-5	7	70%
5-10	0	0%
10-15	1	10%
15-20	1	10%
20-25	1	10%

De enige afwijkende van deze populatie groep zijn regiebegeleiders (sociaal agoog) werkende binnen een SZ-groep met agressieproblematiek. De regiebegeleiders belichten de begeleidende kant van het

werkproces waarmee de onderzoeksvraag meer tot zijn recht komt. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de status-quo omtrent het gedrag van de SZ-cliënten aangezien deze SZ-cliënten met agressieproblemen van dit niveau moeilijk of niet te bevragen zijn en ook veranderingen niet tot nauwelijks tot stand gebracht kunnen worden met de middelen beschikbaar voor dit onderzoek. Normaal gesproken wordt er gestreefd om de cliënten te bevragen en deze resultaten mee te nemen in het onderzoek. Maar omdat het niveau en de beperking van de cliënten dit niet mogelijk maakt en ze niet in staat stelt om mee te werken aan het onderzoek, is gekozen om activiteitenbegeleiders en regiebegeleiders als onderzoekspopulatie te kiezen.

3.2.3 Anonimiteit

Om ervoor te zorgen dat de anonimiteit van de respondentengroep en organisatie gewaarborgd blijft i.v.m. privacy zijn er een aantal voorwaarden gesteld. Zo dienen alle respondenten toestemming te geven voor het afnemen van het interview en het gebruik van deze informatie in dit onderzoek. Er zal niet meer informatie vrijgegeven worden dan alleen wat essentieel is voor dit onderzoek. Dat betekent dat namen geanonimiseerd worden. Dit zal ook met de respondenten gecommuniceerd worden. Zodat de respondenten zo eerlijk mogelijk antwoord kunnen geven. Daarnaast worden de geluidopnames veilig bewaard.

3.3 Dataverzamelmethode

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek doormiddel van semigestructureerde interviews. Dit houdt in dat de onderzoeker voorafgaande aan het interview een topiclijst maakt met onderwerpen die bij de beginvragen passen en richting geven in het interview. Zo ontstaat er beperkte sturing in het interview en spreken we van een semigestructureerd interview. De onderwerpen in de topiclijst zijn gebaseerd op de hoofd en deelvragen waarmee een rode draad gevormd wordt in de interviews zodat er gericht informatie opgehaald kan worden (Boeije, 2014). Daarnaast is er in de semigestructureerde interviews ook ruimte om door te vragen naar de ervaringen, belevingen, gedachte, motieven en gevoelens van respondenten (Baarda, 2014). Deze manier van interviewen geeft meer diepgang en extra informatie en kan hierdoor tot meer en beter beantwoorden van de hoofd- en deelvragen leiden (Verhoeven, 2014). Om vertrouwen op te bouwen bij de respondent zal de onderzoeker uitleg geven over het interview en zal er een toestemmingsverklaring getekend worden voor aanvang van het interview. Het interview zal met rustige en simpele vragen beginnen zoals persoonsgegevens. Tijdens het interview zal rekening worden gehouden met de respondent door het houden aan de gestelde normen en waarden in het gesprek en zullen grenzen gerespecteerd worden.

3.4 Meetinstrument, betrouwbaarheid en validiteit

3.4.1 Meetinstrumenten

Binnen dit onderzoek is als meetinstrument de semigestructureerde interviews gebruikt. Deze worden opgenomen met geluidsapparatuur en later getranscribeerd. Er is gekozen voor half-gestructureerde interviews zodat er doorgevraagd kan worden en het interview meer diepgang krijgt. Deze manier van onderzoeken en afname van de interviews vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2014). De onderzoeker zal tijdens de interviews proberen meerdere stiltes te laten vallen om zo de respondent tijd en ruimte te geven om na te denken over het antwoord. Dit kan ruimte geven voor respondenten om uit zichzelf iets te vertellen. Daarnaast zal er gebruik worden gemaakt van een topiclijst (bijlage 1), deze is nauwkeurig samengeteld uit onderwerpen die betrekking hebben op de probleemanalyse en het theoretische kader. Voorafgaande aan alle interviews met de respondenten zal er een test interview uitgevoerd worden, om te kijken of het interview in combinatie met de

topiclijst solide en bruikbaar is. Hier zal feedback op gegeven worden die meegenomen wordt in de verbetering van de topiclijst en het uiteindelijke interview.

3.4.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen kwalitatief onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit belangrijke kenmerken. Betrouwbaarheid wordt gewaarborgd door de gestructureerde manier van informatie winnen. De validiteit van het onderzoek wordt verhoogd door het houden van een testinterview zodat er alleen topics in de lijst staan die antwoord geven op de onderzoeksvragen (Boeije, 2014). De onderzoeker heeft de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek vergoot door geluidsopnames te maken tijdens het interview waardoor verkregen informatie terug beluisterd kan worden en makkelijk te transcriberen is. De respondenten krijgen voor de start van het interview het toestemmingsformulier, voor het anoniem gebruik maken van de opgehaalde informatie van de desbetreffende respondent, wat ze voor deelname aan het onderzoek ondertekenen. Dit kan ervoor zorgen dat de respondent eerlijk en oprecht antwoord zal geven op de gestelde vragen (Baarda, 2014). Hierbij krijgen ze de topiclijst te zien zodat ze weten wat ze kunnen verwachten in het interview. De interviews vinden plaats in een afgesloten ruimte op de tijd en datum die de respondent gekozen heeft. Hierbij is gekeken naar locatie en datum, maar ook naar hoeveel tijd er is voor het interview. Dit om vertrouwen van de respondent te krijgen en voor rust en vrijheid om de tijd te pakken voor het interview. Tijdens het interview zal de onderzoeker gebruik maken van verschillende gesprekstechnieken zoals het herhalen van de antwoorden en opsommen van wat er al gezegd is door de respondent. Hierdoor kan gecontroleerd worden of deze antwoorden kloppen en maakt het onderzoek betrouwbaarder en meer valide (Baarda, 2014).

3.5 Data-Analyse

Bij de data-analyse wordt er gekeken hoe de informatie die opgehaald is gebruikt wordt voor het onderzoek. Binnen dit onderzoek worden alle interviews getranscribeerd en worden vervolgens gedecodeerd in fragmenten die allemaal gelabeld worden door middel van open codering (Boeije, 2014). Deze manier van data-analyse zorgt ervoor dat de gegevens overzichtelijker worden door het thematiseren van de verschillende fragmenten die betrekking hebben op het onderzoek (Boeije, 2014). Hierna worden de verschillende gelabelde fragmenten onderverdeeld in bij elkaar passende groepen, dit valt onder axiaal coderen (Boeije, 2014). Deze informatie wordt verwerkt in de codeboom, op deze manier kan dan gekeken worden welke respondent wat heeft gezegd en of er overeenkomsten zijn in antwoorden om zo de hoofd en deelvragen te kunnen beantwoorden. De codeboom is hieruit het eindresultaat waarbij de verschillende gelabelde fragmenten en onderwerpen onder de deelvragen gezet zijn om hier antwoord op te kunnen geven.

H4 Resultaten

4.1 leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De onderzoeksresultaten zijn verkregen via de codeboom die afkomstig is van de data geanalyseerde transcripten, afkomstig van de 10 gehouden interviews. De codeboom is terug te vinden in bijlage 3. Met deze onderzoeksresultaten wordt een koppeling gemaakt met het theoretisch kader uit hoofdstuk twee om de deelvragen en hoofdvraag te kunnen beantwoorden in hoofdstuk 5 bij de conclusie en aanbeveling. In 4.1 worden de algemene informatie van de respondenten verduidelijkt en schematisch weergegeven om zo een beter beeld te krijgen van de respondenten. Hier wordt kort beschreven wat de respondenten ervaren in het werkveld. In 4.2 wordt ingegaan op de huidige situatie en hoe de persoonlijk begeleiders de cliënten op dit moment begeleiden. Vervolgens wordt in 4.3 de belemmerende en bevorderende factoren in de begeleiding van de cliënten besproken. Daarna in 4.4 wordt besproken wat de persoonlijk begeleiders nodig hebben om de cliënten te begeleiden in hun dagelijkse activiteiten. In 4.5 wordt besproken wat de cliënten nodig hebben om hun dagelijkse activiteiten te ondernemen. Om de resultaten kracht bij te zetten is ervoor gekozen om citaten van respondenten toe te voegen.

4.2 Respondent

Voor dit onderzoek zijn 12 respondenten gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek. Hiervan hebben er 10 deelgenomen. **De 2 respondenten die hebben afgezien van deelname aan dit onderzoek deden dit vanuit privé redenen.** Van de 10 geïnterviewde respondenten hebben er 3 een functie als regiebegeleider op een SZ-woonhuis of dagbesteding. **Van de 10 responderen zijn er 8 werkzaam binnen dagbestedingslocatie Y.** Onder de 10 respondenten zijn 3 mannen en 7 vrouwen allen tussen de leeftijd van 24 en 58. De jaren dat ze werkzaam zijn op instelling X loopt uiteen van 3,5 maand tot 26 jaar. De vooropleidingen verschillen bij de respondenten, 3 hebben de opleiding SPW (sociaalpedagogisch werk) gedaan, 1 MBO-verpleegkunde, 1 hbo-verpleegkunde, 1 Persoonlijk begeleider SZ, 1 sociale studies, 1 pedagogiek, 1 activiteitenbegeleider en 1 verpleegkunde MBO met daarna HBO management. Deze gegevens staan in de tabel 1 bij paragraaf 3.3.2 beschreven.

4.3 Resultaten deelvraag 1

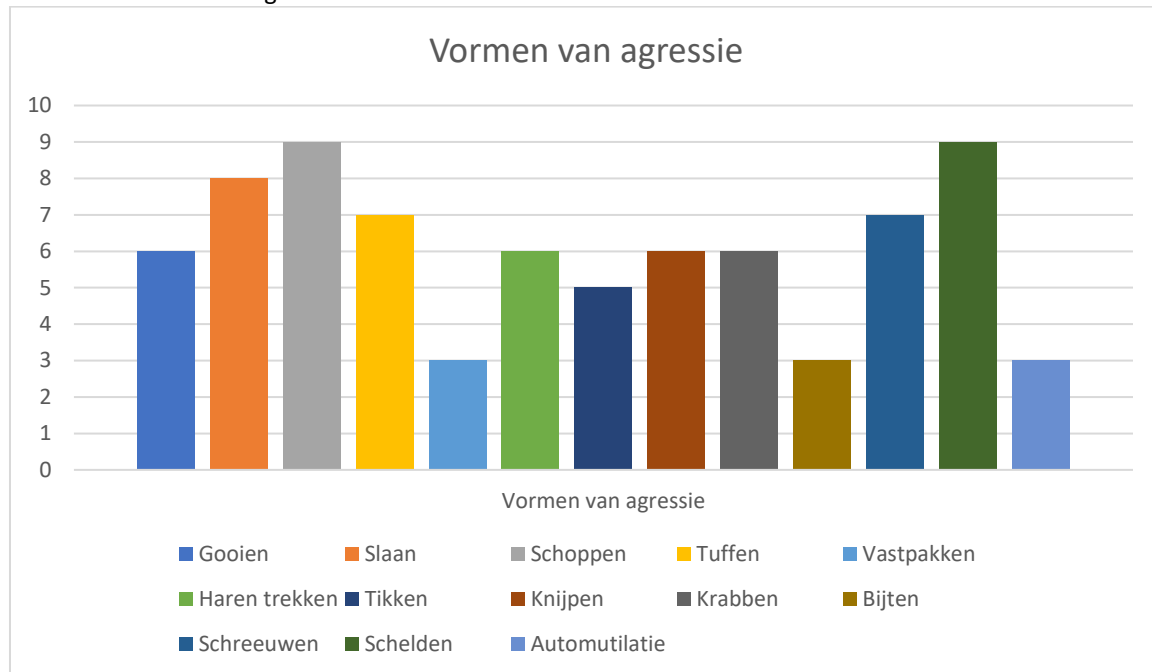
Hoe ondersteunen de activiteitenbegeleiders de SZ-cliënten met agressie problematiek momenteel en hoe ervaren ze dit?

Om antwoord te krijgen op deelvraag 1 is er onderzoek gedaan naar een aantal aspecten die hier mee te maken hebben. Eén aspect is wat agressieproblematiek voor de respondenten inhoudt en wat de oorzaken en gevolgen hiervan kunnen zijn zowel voor cliënt als respondent. Een ander aspect is de handelwijze en houdingsaspecten van de respondenten tegenover de SZ-cliënten met agressieproblematiek. Hoe is dit nu, hoe zou het moeten zijn en wat mist er. Daarnaast komt het aspect SZ-cliënten hierin terug, met name wat de respondenten zien, wat het met ze doet en hoe er gehandeld wordt naar SZ-cliënten toe.

4.3.1 Agressieproblematiek

Er is een duidelijk beeld wat voor alle 10 de respondenten agressieproblematiek inhoudt en betekent. De soorten agressie die voortkomen uit de agressieproblematiek zijn volgens alle respondenten zowel verbale, non-verbale en fysieke agressie. **In grafiek 1 is aangegeven welke vormen van agressie de respondenten mee hebben gemaakt of nu mee te maken hebben.**

Grafiek 1 Vormen van agressie



De ervaren agressie is volgens 6 respondenten in frequentie laag maar als er agressie plaats vindt meteen heel heftig. Volgens 7 respondenten ontstaat er een sneeuwbaaleffect wanneer agressie plaats vindt, waardoor andere cliënten ook onrustig/gespannen worden en eventueel agressie vertonen. Volgens de literatuur wordt dit bevestigd, SZ-clënten zijn zich minder bewust van opbouwende spanning waardoor acties plots en impulsief kunnen plaats vinden zoals door een prikkel van andere cliënten (Boschman, 2005). De respondenten geven aan dat wanneer ze bezig zijn met een agressie incident ze de signalen van andere cliënten niet op tijd kunnen signaleren. Volgens de respondenten is dit een reden voor escalatie. Dit wordt bevestigd door de literatuur vanuit de frustratie-agressie-theorie waarbij frustratie opgebouwd kan worden bijvoorbeeld door het niet begrepen of gehoord voelen wat de kans op agressie kan vergroten (Aronson, et al., 2016). Hierin geven 7 respondenten aan dat dit komt omdat de back-up die dit zou moeten waarborgen niet goed is. De respondenten die werkzaam zijn op dagbestedingslocatie Y geven aan dat de agressie die plaats vindt vaak zonder aanloop is waardoor de agressie plots en impulsief kan plaatsvinden. Deze vorm van agressie wordt door de literatuur bevestigd als emotionele agressie of ook wel frustratie agressie genoemd (Aronson, et al., 2016). Het hieronder staande citaat spreekt over hoe een agressie incident uitloopt op een sneeuwbaaleffect.

R7 "Als K ging gooien met stoelen dan ging E ook, dan zat B boven op de kast en dan stonden wij daar met zijn tweeën en iedereen werd doodsbang. Het had altijd een sneeuwbaaleffect als er één ging"

Vanuit de respondenten die werkzaam zijn op dagbestedingslocatie Y geven alle 8 aan dat de oorzaak voor deze agressie incidenten verschillende redenen hebben. Zo wordt er aangegeven dat cliënten overprikkeld kunnen raken door bijvoorbeeld geluidsprikkel, onbegrepen voelen, het missen van duidelijke structuur en voorspelbaarheid. Daarnaast geven dezelfde 8 respondenten aan dat er niet zichtbare onderliggende problemen kunnen zijn bij cliënten. Ze geven hierin ook aan dat het missen van signalen bij deze cliënten meespeelt als oorzaak voor agressie incidenten. De literatuur bevestigd dat bij preventief handelen het belangrijk is de signalen die de cliënt afgeeft op tijd te zien om de oorzaken, aanleidingen en redenen die tot agressie kunnen leiden vroegtijdig te signaleren (Schoor, 2014). Het citaat hieronder geeft voorbeelden van oorzaken voor agressie incidenten uit de praktijk aan.

R5: *“Signalen die wij gemist hebben waarin ze al opbouwende spanning laten zien. Hm pijn, een hele belangrijke hier, ja en een stukje aandacht van zie mij, hoor mij, ja dat stukje eigenlijk.”*

Goed observeren en signaleren is volgens 8 respondenten een manier om preventief te kunnen handelen. De respondenten geven het belang aan om inzicht in en kennis van de cliënt te hebben. Daarbij wordt er ook aangegeven door 8 respondenten dat de situatie niet altijd kloppend te maken is maar dat de respondenten hierin zelf wel een taak hebben om het zo kloppend mogelijk te maken. In het citaat hieronder een voorbeeld uit de praktijk.

R8: *“Iemand luistert het weerbericht en ze zeggen dat het gaat regenen en het gaat later op die dag sneeuwen. Dan klopt het beeld niet en heel irritant.”*

Agressie is niet altijd doelbewust op de respondenten gericht, volgens 6 respondenten is de agressie een onbewuste actie die wordt ingezet door onmacht zoals in een onduidelijke situatie. Volgens de respondenten is dit een manier om hulp te vragen. De respondenten geven hierin aan dat een cliënt ook iets kan willen hebben en hierdoor dwars door je heen kan lopen. De respondent staat dan toevallig in de looplijn van de cliënt en dat wat hij wil hebben, waardoor het geen bewuste actie is om de respondent pijn te doen. Dit wordt bevestigd in de literatuur aan de hand van instrumentele agressie waarbij het doel niet bereikt wordt omdat de cliënt tegengehouden wordt wat de mate van agressie kan verhogen/verergeren (Aronson, et al., 2016). Volgens 8 respondenten wordt de mate van agressie door iedereen anders geïnterpreteerd, beleefd en ervaren. Wat voor de ene als heftig ervaren wordt hoeft voor de ander niet zo te zijn. Zo wordt dat aangegeven door respondent 8 in het citaat hieronder.

R8: *“Ja wat is er moeilijk aan, iedereen heeft zijn eigen gevoel, de ene zit hoger in zijn spanning dan de ander of voelt minder of meer dan de ander.”*

Het werken met SZ-cliënten die agressie problematiek vertonen zorgt er volgens 6 respondenten voor dat er een soort van gewenning/coping ontstaat. Volgens respondent 9 is het krijgen van een dikke huid en het jezelf weerbaar maken professionaliteit. Dit wordt bevestigd door de literatuur waar gezegd wordt dat je de situatie in de hand kan blijven houden en doorslaggevend kan zijn in het eindresultaat door professioneel het hoofd te bieden aan agressie incidenten (Schoor, 2014). Het citaat hieronder geeft een voorbeeld uit de praktijk.

R9 *“Maar ja, mensen hebben wel een bepaalde gewenning van agressie, dat ze er vanuit ervaring ook een goed coping mechanisme hebben.”*

De beleving van agressie is volgens 7 van de respondenten persoonsafhankelijk en daarom juist belangrijk om dit van elkaar te weten. Deze respondenten vinden dit een onderbelicht thema. Het praten over agressie maakt zichtbaar wat los bij alle respondenten, vooral de vorm van agressie waar ze mee te maken hebben en dat er meer agressie blijkt voor te komen wanneer ze er goed over nadenken en zich er bewust van worden wat agressie inhoudt voor hen tijdens/na het interview.

4.3.2 Handelswijze en houdingsaspecten

Tijdens de interviews met de respondenten is er duidelijk naar voren gekomen welke handelswijze er gehanteerd wordt in begeleiding van de SZ-cliënten, wat hier belangrijk in is, en wat de pijnpunten hierin zijn. Er wordt door 8 respondenten aangegeven dat het belangrijk is om de cliënt goed te kennen en te weten wie ze zijn. Op deze manier kan gedrag gesignaleerd worden en kan er correct ingestapt worden op de situatie. Ze gaven aan dat het belangrijk is om goed positie in de ruimte te kiezen en dat het tevens zo belangrijk is om uit de situatie te kunnen stappen. Dit geldt zowel tijdens een escalatie als erna. Aangegeven werd dat hier niet altijd de mogelijkheid voor is. Daarnaast wordt de overdracht

door 8 respondenten gezien als het belangrijkste punt. Zo zou er een goede start van de dag gemaakt kunnen worden. Dit wordt bevestigd in de literatuur waarbij overdracht bijdraagt aan goed en preventief kunnen handelen omdat je weet hoe het met de cliënt gaat en dit niet hoeft te gokken (Schoor, 2014). **Verder vinden 4 respondenten** dat deze overdracht niet altijd goed verloopt en er hierdoor signalen worden gemist van de cliënten, die ze met een overdracht misschien wel hadden kunnen zien. Respondent 9 zegt dat het ook goed is voor cliënten om niks te hoeven doen. De respondent ervaarde meer agressie incidenten bij cliënten die van alles moesten doen wat ze niet wilden. Toen ze dit veranderde en meer keken naar de cliënt, wat die echt wilde, verminderde hiermee de agressie incidenten.

Direct handelen is belangrijk bij het werken met de SZ-doelgroep volgens 6 respondenten. Hierbij wordt genoemd het op tijd op de alarmknop duwen en hulp krijgen of bieden van en aan collega's. Uit de interviews komt naar voren dat dit vooral geldt in de situatie dat er al agressie plaats heeft gevonden of gaat vinden. **Feedback speelt een belangrijk rol volgens 9 respondenten.** Het hebben van een open communicatie zodat je elkaar kan prikkelen, motiveren en advies kan geven. Dit komt terug in de literatuur waarbij aangegeven wordt dat het geven van feedback een veiliger werkklimaat kan bevorderen (Starremans, 2019). Respondent 6 geeft dit mooi weer in het hieronder staande citaat wat zij onder feedback en open communicatie verstaat.

R6: "gewoon de grens durven aangeven bij elkaar. Niet vanuit gaan dat iemand zich er altijd even prettig bij voelt. Misschien heeft die collega net die dag hoofdpijn en die moet zich dan wel veilig kunnen voelen."

Alle respondenten geven aan dat ze naar hun collega toe stappen of zelf aan de bel trekken wanneer er iets is. Daartegenover wordt aangegeven dat ze niet weten of iedereen dit zelf ook doet. Toch blijken er pijnpunten te zijn binnen de handelswijze die gehanteerd wordt rond de zorg van de SZ-clients. Zo geven 7 van de 8 respondenten die werkzaam zijn op dagbestedingslocatie Y aan dat een pijnpunt de lage communicatie (niveau) vaardigheden van de cliënt zijn. Dit wordt bevestigd door de literatuur waarin lage communicatievaardigheden van de cliënt zorgen dat de manier van communiceren een eigen karakter heeft die zeer toegespitst is op de cliënt zelf en zijn omgeving (Nijgh, Bogerd- Van Den Brink, & Bogerd, 2015). **Soms is het moeilijk om de cliënten te lezen en begrijpen, geven 7 respondenten aan,** waardoor het ook moeilijk is om innerlijke signalen te zien van de cliënt die tot een escalatie en agressie kunnen leiden. Volgens de respondenten kan dit onveilige situaties opleveren voor cliënt en respondent. De literatuur bevestigt dit aan de hand van het emotionele ontwikkelingsmodel in fase 2 en 3 waaruit voor de cliënten de basis vooral veiligheid en vertrouwen is wat de cliënten nodig hebben (Zaal, et al., 2008). Een ander pijnpunt volgens deze 7 respondenten is het ontbreken van goede back-up. Als reden wordt de locatie gegeven waar dagbestedingslocatie y zich bevindt. Deze is op enige afstand van de andere locaties die bij de afdeling horen. Hierdoor kan back-up niet meteen aanwezig zijn en moet er altijd een aantal minuten op gewacht worden. Volgens de respondenten is de afspraak dat zij back-up in noodgevallen krijgen vanuit afdelingen die in hetzelfde gebouw zitten, omdat die snel aanwezig kunnen zijn. Respondent 3 geeft aan dat de hulpverleners van die afdelingen niet met SZ-clients werken en hier niet voor gekozen hebben. Volgens 7 respondenten zorgt dit ervoor dat er bij een eventuele escalatie getwijfeld kan worden, of back-up niet goed weet wat ze moeten doen. In het citaat een voorbeeld van wat respondent 3 vindt van de huidige situatie.

R3: "Gewoon meer ingericht zijn op SZ, als je op sz bent ingericht heb je ook back-up nodig van mensen die met SZ kunnen werken."

Het team dat op dit moment met de SZ-clients werkt is volgens 7 respondenten te klein, Dit komt nu vooral omdat er collega's zijn die niet op de groep willen of kunnen werken. Het moment dat er iemand wegvalt worden er flex-medewerkers ingewerkt. Deze kennen de cliënten niet altijd even goed wat tot

spanning kan leiden en onduidelijke situaties voor cliënten. Volgens de literatuur wordt dit bevestigd waarin nieuwe en onbekende gezichten tot ongestructureerde situaties en spanning kan leiden (Van Sprang, 2016). Een ander pijnpunt van 7 respondenten is het niet goed of direct kunnen communiceren met elkaar na een escalatie. Omdat er niet altijd uit de situatie gestapt kan worden en het praten in bijzijn van cliënten niet handig is. Volgens 8 respondenten kan gepland overleg hier een hulpmiddel in zijn zoals het teamoverleg, groepsoverleg of 1 op 1. Bij de schaalvraag hoe bekwaam de respondenten zich voelen in het werk met de SZ-clients komt er een gemiddeld cijfer van 7,6 uit.

4.3.3 SZ-clients

Tijdens de interviews met alle respondenten kwam naar voren hoe de zorg voor de cliënten is. Met name wat voor de cliënten van dagbestedingslocatie Y een trigger kan zijn en waarom ze hierop reageren. Ook het stukje nazorg bij cliënten na een escalatie is duidelijker geworden net zoals wat veiligheid voor de cliënt kan betekenen en wat verandering met cliënten kan doen. Zo werd door 6 respondenten aangegeven dat het niet kunnen verwerken van prikkels een reactie op kan leveren en dit vaak gebeurt bij onverwachte en harde geluiden. Een voorbeeld hierbij is het sneeuwbaaleffect dat plaats kan vinden na een escalatie moment. Dit levert niet alleen onduidelijke situaties op maar maakt de situatie onveilig. Tevens geven 6 respondenten aan dat het er ook aan ligt hoe jij zelf in je vel zit en hoe je naar je werk komt. Het moment dat je er niet met je hoofd bij bent om wat voor reden dan ook is een moment dat je signalen mist van cliënten. Alle 10 respondenten zijn bevraagd over nazorg van de cliënten, volgens 5 respondenten is dit een onderbelicht item. Alle respondenten geven aan dat ze niet weten of hier een protocol voor is. Volgens 6 respondenten wordt die nazorg geboden in de vorm van nabijheid bieden, vertellen wat er gebeurt en contact opzoeken met ouder en/of woonhuis. Volgens 3 respondenten is nazorg afhankelijk van de doelgroep en of er nazorg geboden moet worden en wat voor nazorg dit dan moet zijn. Hieronder een citaat uit de praktijk.

R1: "Of ze daar überhaupt iets in kunnen uiten. Ik vind dat het er wel zou moeten zijn. De optie. Maar hoe dat eruit zou moeten zijn dat is heel afhankelijk van de doelgroep natuurlijk."

Daarnaast vinden 5 respondenten dat er veiligheid geboden moet worden in het opstellen van betrouwbaar en veilig voelende hulpverleners, een vast team met hulpverleners die een goede band hebben met de cliënten en die weten wat de cliënt nodig heeft. Volgens 4 respondenten kunnen veranderingen zoals verloop van hulpverleners voor een onveilige situatie zorgen. Dit wordt bevestigd door de literatuur waarin aangegeven wordt dat voldoende bekwaam personeel kan zorgen voor een gestructureerde en duidelijker programma die bijdraagt aan meer veiligheid voor de hulpverlener en cliënt (Starremans, 2019).

4.4 Resultaten deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de begeleiding van SZ-clients met agressieproblematiek?

4.4.1 Belemmerende factoren

Door de respondenten zijn veel verschillende belemmerende factoren benoemd in de begeleiding van de SZ-doelgroep. Er komt naar voren dat volgens 5 respondenten er geen eenduidige begeleidingsstijl is. Het is goed om er voor de cliënt te kunnen zijn geeft respondent 10 aan. Dit komt terug in de literatuur volgens de presentietheorie is er een goede relatie nodig tussen hulpverlener en cliënt, omdat je zo goed kan aansluiten en afstemmen bij de cliënt wat hij nodig heeft aan zorg (Baart, 2016). De helft van de respondenten vinden het hierbij ook belangrijk als andere hulpverleners dit ook kunnen, hier werd verwezen naar het afstemmen en aansluiten op dezelfde manier. Volgens de literatuur wordt dit bevestigd. Het signaleringsplan zou ingezet kunnen worden met uniformiteit als uitkomst om betere en eenduidige zorg te bieden aan de cliënt (Burger, 2005). Volgens respondent 1

is die uniformiteit er niet in de begeleiding van de cliënten waardoor problemen kunnen ontstaan voor nieuwe hulpverleners. In het citaat hieronder wordt dit door de respondent verduidelijkt.

R1: "Zo heb ik een collega die bepaalde structuren hanteert die helemaal niet in het zorgplan staan, en daar dan geen goed argument voor kan vinden waarom ze het zo dan zou doen. "

Het hebben van een klein contract is volgens respondent 2 niet fijn omdat je minder betrokken bent met de dagbestedingslocatie en cliënten, dit zou belemmerend werken. Door 2 respondenten wordt aangegeven dat het niveau van de cliënt hierin ook meespeelt, dit maakt het zien van alle signalen moeilijker. De fysieke weerbaarheidstraining wordt door 3 respondenten aangegeven als een belemmerende factor, omdat deze niet afgestemd is op de cliënt zelf en deze veel te algemeen is. Daarnaast vinden 4 respondenten het team te klein, respondent 6 geeft dit in het citaat hieronder aan.

R6: "Een klein team, weinig speling dat kan technisch gezien natuurlijk. Maar voor ons is dat een druk. Het zijn nu 4 man die cliënt x moeten draaien en dat geeft wel een druk."

Hierbij komt ook het verloop van hulpverleners in een slechte week. Volgens 3 respondenten is dit niet fijn voor de cliënten, omdat ze zo veel verschillende gezichten zien die onvoorspelbaar kunnen zijn. De literatuur bevestigt dat dit tot spanning kan leiden bij cliënten door de onzekere factor (Van Sprang, 2016). Daarbij geven 3 respondenten aan dat ze niet heel de week op dezelfde groep zouden kunnen staan. En 3 respondenten geven aan zich niet altijd veilig te voelen bij andere collega's wat ze onzeker maakt in het werk wat ze doen. Dat niet iedereen van de afdeling met SZ-clienten kan of wil werken ervaren 5 respondenten als een belemmerende factor. Dit is een punt dat voor werkdruk bij de andere respondenten kan zorgen. Respondent 8 geeft dit aan in het volgende citaat hieronder.

R8: "Als niemand op die ruimte wil werken dan heb je maar een paar die daar kunnen werken. Dan wordt het wel heel zwaar voor die twee, drie collega's die daar wel de kar moeten trekken op die ruimte"

Een belemmerende factor die meespeelt volgens de 3 respondenten, die de regiebegeleiders functie bekleden, is dat waarschijnlijk niet alle agressie op de werkvloer gemeld wordt. Als reden wordt gegeven dat het soms kleine dingetjes zijn zoals een kleine tik of schreeuwen en dat deze dan niet "erg" genoeg zijn om te melden. Een andere reden die wordt aangegeven is dat een cliënt gedrag laat zien waar hij of zij mee bekend is en dat er om die reden niets gemeld wordt. Vanuit Respondent 10 kwam hiervoor een tip om bijvoorbeeld een bulk-melding te hebben zodat je aan het eind van je dienst kan melden hoeveel hij getikt of geschreeuwd heeft en je maar één formulier hoeft in te vullen en het wel geregistreerd staat.

4.4.2 Bevorderende factoren

Open communicatie wordt als bevorderend gezien door 7 respondenten. Hieronder valt het op elkaar ingespeeld zijn, meer veiligheid en voorspelbaarheid voor de cliënt. Respondenten geven aan dat dit zou zorgen voor een goede sfeer wat bevorderend kan werken op iedereen. Dit wordt bevestigd door de literatuur uit het theoretisch kader waarin open communicatie motiveert om anderen te prikkelen en motiveren en versterkt het geven van feedback wat voor een veiliger werkklimaat kan zorgen (Starremans, 2019). Dit is zowel een bevorderende factor als een belemmerende factor, omdat 4 respondenten van dagbestedingslocatie Y vinden dat dit niet genoeg gebeurt. Respondent 1 geeft dit in het volgende citaat aan.

R1: "ik heb het idee dat het feedback geven niet veel gedaan wordt, behalve als je erom vraagt, niet iedereen zegt iets uit zichzelf als er iets niet goed gaat."

Alle respondenten vinden dat een veilig gevoel voor de cliënt bevorderend is voor het werken met de SZ-clienten. Dit komt overeen met de theorie kijkend naar het emotionele ontwikkelingsmodel en in

welke fases de SZ-cliënten zitten, hierbij is veiligheid samen met vertrouwen een belangrijk aspect (Zaal, et al., 2008). Daarnaast geven 9 respondenten aan dat het gevoel dat je naar je werkt meebrengt meespeelt in hoe cliënten op je reageren. Het team speelt hierin een belangrijke rol volgens 4 respondenten. Respondent 9 geeft hierin aan dat het hebben van een stabiel team veiligheid geeft zowel voor de cliënt als het team waarbij er ook makkelijker een veilig band opgebouwd kan worden met de SZ-cliënten. Dit hangt sterk samen met de literatuur uit het theoretisch kader, omdat hier wordt beschreven dat het handelen in lastige situaties beter verloopt wanneer er een veilige werksituatie is gecreëerd. De theorie benadrukt hierin het belang van veiligheid (Schuur, 2014). Respondent 6 en 7 geven aan dat het snel kunnen handelen in lastige situaties fijn kan zijn en zien dit als een bevorderende factor in het werk met SZ-cliënten. Het preventief handelen om agressie te voorkomen komt vooral terug bij de 2 respondenten die regiebegeleider zijn van SZ-groepen.

4.5 Resultaten deelvraag 3

Wat hebben de activiteitenbegeleiders van dagbestedingslocatie y nodig van de sociaal agoog, om de SZ-cliënten te ondersteunen en begeleiden bij hun dagelijkse activiteiten?

4.5.1 Hulpmiddelen

Tijdens het vragen naar wat er nodig is om de SZ-cliënten te begeleiden in hun dagelijkse activiteiten kwam er uit dat 9 respondenten het nodig vinden dat je een cursus fysieke weerbaarheid hebt gehad. Dit wordt als belangrijk gezien, omdat het werken met de SZ-doelgroep door het moeilijk verstaanbaar gedrag anders is dan een reguliere doelgroep. Dit komt overeen met de literatuur over moeilijk verstaanbaar gedrag waarin aangegeven wordt dat het communiceren met deze doelgroep heel moeilijk kan zijn in vergelijking met andere doelgroepen waardoor kans op agressie vergoot (Didden, 2006). Volgens 9 respondenten is het goed voorbereid zijn op wat misschien kan komen heel belangrijk. De respondenten geven aan dat de fysieke weerbaarheid geoefend moet blijven en het je zelfverzekerd maakt. Respondent 9 geeft hierin wel aan dat we geen expert hoeven te worden, omdat voorkomen van agressie belangrijker is en geeft dit hier ook aan in het citaat.

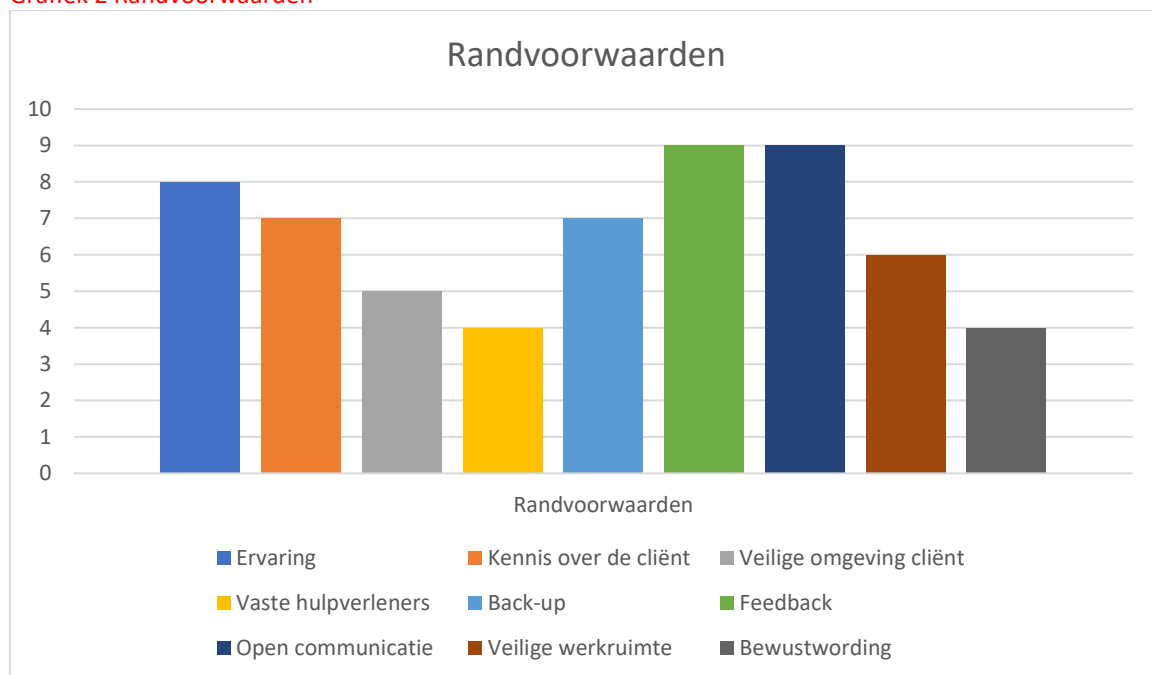
R9 "We moeten ook geen expert worden op dat gebied maar op het gebied van voorkomen dat is veel belangrijker, en je zelfverzekerd voelen."

Het signaleringsplan kan gezien worden als een belangrijk hulpmiddel volgens 3 respondenten. Volgens Respondent 1, 2 en 5 zorgt dit voor meer maatwerk omdat je het gedrag makkelijker kan signaleren en accepteren, omdat je weet waar je mee te maken hebt. De literatuur bevestigt dat acceptatie van de cliënt en zijn gedragingen een veilige basis creëert voor de cliënt (Vignero, 2018). De beeldvorming is belangrijk volgens 4 respondenten. En 8 respondenten vinden de overleg momenten zoals het teamoverleg, groepsoverleg en het 1 op 1 gesprek met de andere collega's belangrijk in de begeleiding van de cliënten. In de literatuur komt terug dat overlegstructuren en samenwerking naar een verantwoorde en veilige zorg kan leiden (Bekkema, Veer, & Francke, 2009). Door 3 respondenten wordt aangegeven dat de gedragskundige hierin een belangrijke rol kan spelen. Volgens 2 respondenten kunnen de teamcoach en de methode video interactie ook een rol spelen. Alle respondenten geven aan nazorg een belangrijk hulpmiddel te vinden. Als eerste om goed voor de collega te zorgen die het incident heeft meegemaakt en ten tweede om het incident te bespreken en hier allemaal van te leren. Hier wordt dan bedoeld op de omgang met de cliënt, wat ze volgende keer anders kunnen doen. Volgens alle respondenten is het MIM (melding incident medewerker) en MIC (melding incident cliënt) de manier om dit goed te kunnen doen, omdat er contact is met de regiebegeleider en bij een hoge score van de respondent direct contact met de manager. Respondent 10 geeft aan dat de manier omslachtig is en dat er een eenvoudiger manier zou moeten zijn voor het invullen van de meldingen. Alle respondenten weten hoe het werkt en wat de stappen hierbij zijn.

4.5.2 Randvoorwaarden

Ervaring is een randvoorwaarde om te werken met de SZ-groep voor 8 respondenten. Dit weegt mee omdat je volgens **respondent 9** sterk in je schoenen moet staan en lekker in je vel moet zitten in het werken met SZ-cliënten. Volgens respondent 3 is dat voor werken met collega's ook belangrijk, omdat je tijdens het werk feedback kan geven vanuit ervaring. Je weet wat het werk inhoudt en hoe je moet handelen. Vanuit de literatuur wordt dit bevestigd, waar gezegd wordt dat het creëren van een goede en veilige werkplek bevordert tot het geven van feedback wat op zijn beurt de werkplek weer veiliger kan maken (Starremans, 2019). Daarnaast geven 7 respondenten aan dat het belangrijk is om kennis over de cliënt te hebben. Op deze manier kan er een betere band met de cliënt opgebouwd worden en kunnen de signalen beter gezien en geïnterpreteerd worden. Dit wordt in de literatuur aangegeven volgens de frustratie-agressie-theorie die frustratie en spanning tegen kunnen gaan die meewerken in de uiteindelijke agressie (Aronson, et al., 2016). In grafiek 2 is te zien welke randvoorwaarden de respondenten belangrijk vinden om te werken met de SZ-cliënten en hoeveel respondenten dit vinden.

Grafiek 2 Randvoorwaarden



De veilige werkruimte en omgeving voor de cliënt moet voorspelbaar zijn en structuur hebben volgens de respondenten. Ze bedoelen hier dat de cliënten een eigen plek hebben, niet door elkaar heen hoeven te lopen en dat er vertrouwde gezichten zijn die een veilig programma aan kunnen bieden. De respondenten doelen verder op de ruimte in het algemeen, zoals hoe die is ingedeeld, niet te vol en te veel materialen en spullen in het open vizier waar cliënten last van kunnen hebben. Met vaste hulpverleners wordt vooral bedoeld dat het personeel niet te veel wisselt. Nieuwe gezichten kunnen voor verwarring zorgen bij cliënten wat spanning op kan bouwen. Met goede back-up bedoelen de respondenten dat de back-up aanwezig moet zijn, met SZ-cliënten kan werken en weten wat ze moeten doen. De back-up kan zorgen voor een stuk veiligheid en het los laten van zorgen of de back-up wel geregeld is. Deze basis kan voor een veilig gevoel zorgen mocht er een escalatie plaats vinden. Dit helpt daarnaast bij het accepteren van de situatie omdat de basis geregeld is (Vignero, 2018). Feedback en open communicatie scoort het hoogst en wordt door alle respondenten op 1 na, belangrijk gevonden, vooral elkaar coachen en afstemmen op de situatie en/of cliënt. Dit kan ook een contactmoment met een collega zijn. Het beter uiten van jezelf, je gevoel kwijt kunnen en je serieus genomen voelen zijn begrippen die de respondenten belangrijk vinden als het over de randvoorwaarden feedback open communicatie gaat.

4.5.3 Wensen

De fysieke weerbaarheid zoals die nu gegeven wordt biedt volgens 3 respondenten te weinig handvatten, omdat ze deze te algemeen vinden en dat de fysieke weerbaarheid meer gericht moet zijn op de individuele cliënt. Respondent 9, een regiebegeleider van een SZ-groep, geeft aan dat dit op de andere afdeling al gebeurt, omdat dit het werken met de cliënten veiliger maakt en de collega's zelfverzekerder. **Verder zouden 7 respondenten** graag meer overleg zien en meer open communicatie. Dit draagt volgens respondent 6 bij aan een veiliger gevoel en veiligere werksituatie ook voor de cliënt. Hierbij gaat het volgens respondent 6 niet alleen om feedback, maar ook om elkaar aan spreken, vragen hoe het gaat met de ander of die de cliënt kan begeleiden. Door respondent 8 wordt aangegeven dat er meer en vaker groepsoverleg en het 1 op 1 gesprek mag zijn om betere en veiligere zorg te kunnen leveren. Dit wordt bevestigd in de literatuur waarin staat dat goede afstemming en overleg kan bijdragen aan een veiliger werkklimaat voor cliënten en medewerkers (Schuur, 2014).

4.6 Resultaten deelvraag 4

Wat zou de sociaal agoog kunnen doen om veiligheid te vergroten voor zowel hulpverleners als cliënt?

4.6.1 Veiligheid

De helft van de geïnterviewde respondenten geven aan zich nu of in het verleden onveilig te hebben gevoeld in een werksituatie met SZ-cliënten. De andere 5 geven aan het onveilige gevoel te hebben gezien bij collega's. Volgens 6 van de 8 respondenten, die op dagbestedingslocatie Y, werken is het spanningsveld dat er kan hangen en de slechte back-up een reden voor het onveilige gevoel. Volgens de respondenten zijn dit factoren die kunnen zorgen voor een onveilige situatie. Dit wordt bevestigd in de literatuur dat onveilige situaties aangeven dat er een bedreiging is voor de respondenten (CCV, 2020). **Daarnaast geven 6 respondenten** aan dat de back-up niet goed geregeld is en dit kan zorgen voor een onveilig gevoel omdat er een onzekerheid is volgens de respondenten. Alle respondenten geven aan het belangrijk te vinden dat er op collega's gebouwd kan worden. Dit komt ook terug in de literatuur met name dat een veilig werkklimaat en veiligheidsgevoel teamgevoel bevordert en belangrijk is (Schuur, 2014). Volgens respondent 5 is er na een zware escalatie meer onveiligheid gevoeld, maar met het wegvallen van 2 hulpverleners weer langzaam hersteld. Dit zou volgens de respondent komen doordat er vanuit die hulpverleners minder vertrouwen was in andere collega's en de situatie. Door 3 respondenten wordt aangegeven dat niet iedereen zich veilig voelt in het werken met de SZ-cliënten. Dit zorgt ervoor dat de groep collega's die met de SZ-cliënten werken kleiner wordt en uitval tot problemen kan leiden. Door 5 respondenten wordt hierbij aangegeven dat het belangrijk is om nieuw personeel en stagiaires goed in te leren op moeilijke situaties waarin iets mis kan gaan. Volgens de respondenten is dit belangrijk om te leren hoe het alarm werkt, wat er gebeurt als je op de knop drukt en wat er allemaal omheen gedaan dient te worden. **Veranderingen zijn niet altijd goed volgens 4 respondenten en deze brengen ook onveiligheid met zich mee.** Verloop van personeel wordt aangegeven als reden van escalaties. Respondent 9 geeft in het citaat hieronder aan wat een niet stabiel team kan betekenen.

R9: "Zoals je kan zien op de woonhuizen waar veel wisselingen zijn, waar zeg maar geen stabiel team van de grond krijgen. Daar zie je ook vaak dat het slecht gaat met de cliënten."

Bij de schaalvraag hoe veilig de respondenten zich voelen komt er een gemiddelde uit van een 7,7. Met name de drie manlijke respondenten geven allen een 9 aan als het gaat om hoe veilig ze zich voelen. De cijfers van de vrouwelijke respondenten scoren lager en zijn verdeeld tussen de 5 en 8,5.

H5 Conclusie en aanbevelingen

5.1 leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op alle deelvragen en de hoofdvraag. Daarna worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijksituatie.

5.2 Conclusie

5.2.1 Deelvraag 1

Hoe ondersteunen de activiteitenbegeleiders de SZ-cliënten met agressie problematiek momenteel en hoe ervaren ze dit?

Uit de resultaten van deelvraag 1 komt naar voren dat de respondenten een goed beeld hebben van wat agressieproblematiek is en in welke mate en vorm deze voorkomt op de werkvloer. Er wordt door de respondenten aangegeven dat kennis over de cliënt belangrijk is om de aanloop naar agressie te kunnen zien in verloop en opbouw. Dit wordt als belangrijk aangemerkt en zelfs essentieel voor het werken met de SZ-doelgroep. Maar in de praktijk kunnen respondenten de signalen niet altijd goed duiden. Hierbij geven 8 respondenten aan dat juist het missen van signalen en het ontbreken van structuur en voorspelbaarheid kunnen leiden tot een toename van onveiligheid bij de cliënt wat de kans op agressie kan vergroten. Respondent 9 geeft aan dat personeel naast gedegen kennis een coping mechanisme moet hebben om bestand te zijn tegen de vele prikkels die op je af kunnen komen 'een dikke huid ontwikkelen'. Vanuit emotiegerichte coping kan het hier om een actie gaan waar iemand zich beter van kan gaan voelen. Ondanks het optreden, wordt hierna de conclusie getrokken dat die persoon het beste heeft gedaan wat er in die situatie mogelijk was (Schoor, 2014). Hierbij helpt een sterk team waarbij feedback op professionele wijze op regelmatige basis wordt ingezet en een onderling begrip van elkaars beleving en bestendigheid. Er komt vaak terug uit de interviews dat agressie door iedereen anders wordt beleefd en persoonlijk van aard is. Ondersteuning van de cliënt is nu vooral gericht op preventie. Belangrijke hulpmiddelen hierbij zijn; signaleringsplan, veilige omgeving kunnen bieden, vast team met gedegen kennis van cliënt en agressieproblematiek. Bij escalaties is er behoefte aan sterke back-up, dit is nu één van de grootste knelpunten en is niet altijd te waarborgen. 8 Respondenten geven aan dat de veiligheid van cliënten niet altijd te waarborgen is, omdat het niet altijd mogelijk is om overzicht te hebben op alle cliënten. Dit zorgt voor onveilige situaties voor cliënten waarbij de behoefte aan goede back-up terug blijft komen. Signaleren blijft een sterk terugkomend thema. De respondenten voelen zich hierin zelfverzekerd dat dit op professioneel niveau kan worden ingezet. Ze missen hierin alleen regelmatig een goede overdracht vanuit het netwerk van de cliënt waardoor eerdere signalen niet meegenomen worden in de dagbesteding. Hierdoor kunnen escalaties ongemerkt opbouwen. Door het bespreken van nazorg voor cliënten is er bij alle respondenten naar voren gekomen dat hier geen protocol voor is en dat ze het niet weten. Er wordt hierbij door veel respondenten gemeld dat het een onderbelicht item is.

5.2.2 Deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek?

Belemmerende factoren; geen eenduidige begeleidingsstijl, personeel dat te weinig uren draait om een band op te bouwen, niveau van cliënten, fysieke weerbaarheidstraining te algemeen, team dat te klein is, te veel verschillende gezichten voor de cliënt, niet bij alle collega's een even veilig gevoel, hulpverleners die weigeren te werken met bepaalde groepen of cliënten en te weinig meldingen van agressie gedrag dat plaats vindt.

Bevorderende factoren; open communicatie, prettige sfeer, feedback geven, veilig gevoel voor cliënt, humeur, teamgevoel, veilige werksituatie, band met de cliënt, snel kunnen handelen in lastige situaties en preventief handelen.

Wensen: fysieke weerbaarheid op cliëntniveau, meer overleggen met name 1 op 1 en in groepsoverleggen, het hebben van een open communicatie.

5.2.3 Deelvraag 3 en 4

Wat hebben de activiteitenbegeleiders nodig van de sociaal agoog om de SZ-cliënten te ondersteunen en begeleiden bij hun dagelijkse activiteiten?

Wat zou de sociaal agoog kunnen doen om veiligheid te vergroten voor zowel hulpverleners als cliënt?

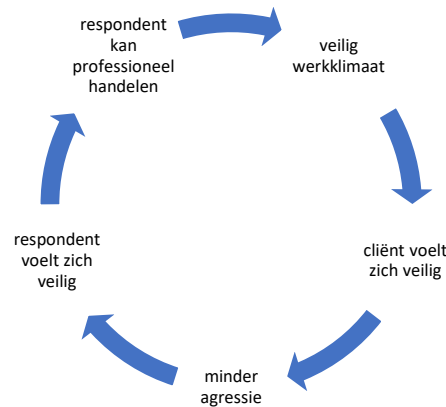
De respondenten weten over het algemeen veel hulpmiddelen te benoemen die al aanwezig zijn zoals fysieke weerbaarheidstraining, signaleringsplan, overlegmomenten, de rol van gedragskundige en teamcoach, video interactie begeleiding, nazorg en MIM en MIC-meldingen. Toch worden niet alle hulpmiddelen evenwichtig gebruikt of ingezet. Meerdere respondenten geven aan hier nog wensen in te hebben om dit uit te breiden, verdiepen of vereenvoudigen. Rond de randvoorwaarden geven de respondenten veel aan, zoals ervaring met de doelgroep, stevig in je schoenen staan, lekker in je vel zitten, feedback kunnen geven, kennis van werk en handelswijze, creëren van veilige werkplek en cliëntkennis. Het stuk ervaring en kennis van de cliënt speelt een belangrijke rol in het creëren van een veilige werkplek voor de cliënt en de respondenten. Het op tijd kunnen signaleren en inschatten van de situatie rondom de cliënt vereist ervaring en kennis over de cliënt. Het aantal agressie incidenten is laag wat het relatief veilig maakt, terwijl de mate van agressie die plaats vindt tijdens een incident fors is en wordt benoemd door de respondenten als heftig. Een terugkomend thema is feedback. Dit kan zorgen voor een veiliger gevoel tijdens de werkzaamheden waardoor respondenten zelfverzekerder over komen en handelen. Dit kan zorgen voor een veiligere en vertrouwde situatie bij cliënten. Daarnaast speelt bij het veiligheidsgevoel hetzelfde mee als bij het ervaren van agressie, dit is subjectief en word door iedereen anders beleefd ondanks dezelfde handelswijze, randvoorwaarden en hulpmiddelen. Deze zijn persoonlijk van aard en lijken ook terug te komen in persoonlijkheidskenmerken zoals het kunnen zien van de signalen en hierop reageren, zelfvertrouwen, zelfverzekerd en lef die hierin mee kunnen spelen. Zoals respondent 9 zegt dat je zelfverzekerdheid uitstraalt.

5.2.4 Beantwoording hoofdvraag

Wat heeft de sociaal agoog nodig om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek in hun dagelijkse activiteiten?

Vanuit de resultaten uit het onderzoek op de deelvragen hierboven kan een conclusie getrokken worden over de hoofdvraag van dit onderzoek. Veel respondenten zijn goed bestand tegen de agressie die plaats vindt in hun eigen optiek, maar benoemen wel dat ondanks de lage frequentie de agressie die plaats vindt als heftig ervaren wordt. Er wordt aangedragen door alle respondenten dat de beleving van agressie voor iedereen anders kan zijn. Bij doorvragen komt er ook uit dat de respondenten niet van elkaar weten hoe ze agressie ervaren. Dit is een gemis, omdat dit zou kunnen bijdragen aan het teamgevoel en het creëren van een veiligere werkomgeving. Daarnaast komt uit de resultaten dat de respondenten graag op het voorkomen (preventief handelen) van agressie willen zitten terwijl er daarnaast door alle respondenten wordt ingezet op fysieke weerbaarheid waarmee je al in het incident zit. Er zou hierbij dan meer ingezet moeten worden op het hoe je deze signalen beter kan zien, bijvoorbeeld door het kennen van de cliënt en het handhaven van **hulpmiddelen** zoals de behandelplannen en signaleringsplannen. Veiligheid is een belangrijk item binnen het onderzoek dit

komt ook uit de resultaten. Zoals in figuur 1 te zien komt dit als een cirkel terug in het werken met de SZ-cliënten; bij een veilig werkklimaat, voelt de cliënt zich veiliger, zal er minder agressie plaats vinden waardoor de respondent zich ook veiliger voelt en professioneel kan handelen. Ontbreekt hier iets in waardoor de cirkel wordt doorbroken dan levert dit onveiligheid op voor alle actoren in de cirkel. Deze cirkel is door de onderzoeker ontworpen aan de hand van de verworven data van dit onderzoek.



Figuur 1 de cirkel van veilig floreren op agressie door M. Steur

Om de veiligheid te kunnen waarborgen in de cirkel heeft de sociaal agoog het volgende nodig; een groot genoeg vast team die met SZ-cliënten kan en wil werken, inzicht in de cliëntpopulatie, open werkcultuur en vertrouwen (open communicatie), goed doorlopende zorgplannen, signaleringsplannen en goede afspraken rondom randvoorwaarden zoals back-up, handelingswijze en werkwijze met cliënten. Daarnaast zou er meer gebruik gemaakt kunnen worden van alle bestaande hulpmiddelen zoals het correct invullen van de meldingen van agressie incidenten maar ook hulp van gedragskundige, teamcoach en consultants. Er zou gezocht kunnen worden naar een vorm van nazorg waarbij de cliënten meer in beeld zijn. Dan zou er een plan/visie ontwikkeld kunnen worden op afdelingsniveau. Er moet daarnaast meer aandacht komen voor agressie en veiligheid door hier meer over te praten binnen het team, hoe dit te waarborgen is en hoe het nu gewaarborgd wordt. Met name dat respondenten pas na het interview aangaven zich meer bewust te zijn van de mate van agressie en veiligheid van henzelf en de cliënten wil veel zeggen. Het zou ingezet kunnen worden als een vast thema binnen team overleggen die vaker terugkomen of een klein groepje die dit als aandachtspunt behandelen, zodat zij hiermee aan de slag kunnen gaan en dit terugkoppelen in het teamoverleg. Met name het vertrouwen in elkaar bij collega's en cliënten is belangrijk.

5.3 Aanbeveling

5.3.1 Opstarten intervisiegroep (feedback, open communicatie)

Vanuit de resultaten en conclusie komt naar voren dat er behoefte is om samen te komen. In de aanbeveling is dit punt meegenomen in de vorm van een intervisiegroep. Tijdens de bijeenkomsten worden er werksituaties besproken waarin knelpunten voorkomen met agressie. Onder leiding van de sociaal agoog worden deze werksituaties besproken aan de hand van de volgende aspecten; wat is het probleem, wat is het gedrag van de cliënt, wat is het gedrag van de activiteitenbegeleider, vind er agressie plaats, wat vindt men van die agressie, hoe wordt er gehandeld zodat het goed is voor de cliënt en de activiteitenbegeleider. Door deze aspecten op deze volgorde te bespreken binnen de intervisiegroep kan er meer bewustzijn gecreëerd worden over het thema agressie en wat dit betekend per individu, ook bij de cliënt. Zo wordt er oplossingsgericht gekeken vanuit de groep hoe er het beste gehandeld kan worden ten aanzien van de handelsaspecten en handelwijze uit de theorie. Het hele proces dat opgang wordt gebracht met de intervisiegroep zet iedereen samen aan het denken. De

sociaal agoog kan het proces sturen, stimuleren en helpen wanneer ze vastlopen. Het is raadzaam om de intervisie groep elke maand terug te laten komen voor een half jaar zodat er meerdere casussen besproken kunnen worden en er een beter bewustzijn kan ontstaan over deze aspecten.

5.3.2 Sterke teambuilding

Vanuit de wens van respondenten voor meer en beter overleg komt de aanbeveling voor een sterke teambuilding. Hier kan de visie van de afdeling besproken worden aan de hand van input van de activiteitenbegeleiders. Hier kan de profielschets besproken worden. De teambuilding zorgt voor een sterker team, een team met een open communicatie waarin iedereen hetzelfde wil.

5.3.3 Fysieke weerbaarheid op cliëntniveau

Er wordt op dit moment fysieke weerbaarheid gegeven die als te algemeen ervaren wordt. Vanuit respondenten komt een behoefte naar fysieke weerbaarheid die op individueel vlak is gericht. Dit zou door de sociaal agoog en gedragskundige ingezet kunnen worden. Hierbij zouden de zorgcoördinator van de desbetreffende cliënt en eventueel ouders in meegenomen kunnen worden.

5.3.4 Beroepsprofiel om hulpverleners aan te toetsen

In de resultaten en de conclusie komt terug dat er weinig activiteitenbegeleiders werkzaam zijn binnen de SZ-doelgroep. Ook zijn er binnen dagbestedingslocatie Y activiteitenbegeleiders die niet met de SZ-cliënten werken. De aanbeveling luidt om binnen het team het beroepsprofiel te analyseren en aan te passen op de doelgroep SZ. Hulpverleners van dagbestedingslocatie Y kunnen hieraan getoetst worden. Dit kan zowel voor vast en nieuw personeel als groeimodel gezien worden.

5.3.5 Een gedegen afdelingsprotocol rondom nazorg voor cliënten en personeel

Nadat er een incident heeft plaats gevonden is het van belang dat er goede nazorg geleverd wordt aan de hulpverlener en cliënt. Het is daarom van belang om naast het nazorgprotocol van organisatie x ook binnen de afdeling een protocol op te stellen. Hier staan stappen in die binnen de afdeling genomen kunnen worden. Bijvoorbeeld een incident schets of turfmodel die aan de hand van een hoge score besproken kan worden binnen het team. Dit verhoogt betrokkenheid, gaat normalisatie van agressie tegen, maakt het bespreekbaar en er kunnen concrete doelen uitvoert vloeien. Daarnaast kan er een nazorgprotocol komen concreet voor cliënten met hierin hoe te handelen en welke acties er ingezet kunnen worden.

5.3.6 Een gedegen protocol rondom het aangaan van agressie confrontaties

Het bieden van duidelijke en hanteerbare veiligheidsmaatregelen zoals een gedegen protocol rondom agressie en veiligheid kan uitkomsten bieden. Fysieke weerbaarheid zou hier onderdeel van kunnen uitmaken. Er wordt door de respondenten aangegeven dat een veilige werkruimte belangrijk is. Vanuit dit document kan per ruimte aangegeven worden wat er in de ruimte staat hoeveel ruimte er tussen cliënten zou moeten zijn, waar de uitval mogelijkheid zijn en welke ruimten voor ontspanning kunnen zorgen. De werking van het alarm en vervolg stappen bij escalatie zijn hierbij belangrijk net zoals een goed uitgewerkt back-up plan, zodat wanneer er iets mis gaat je ook kan reflecteren wat er mis is gegaan. Dit zou de sociaal agoog kunnen uitwerken samen in overleg met de activiteitenbegeleiders van zowel dagbestedingslocatie Y als andere afdelingen. Dit zou bij kunnen dragen aan een veiligere werkruimte, veiliger gevoel en een beter werkbaar ruimte.

H6 Discussie

6.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt de discussie besproken van dit onderzoek.

6.2 Discussie

6.2.1 Koppeling probleemanalyse

Uit de probleemanalyse op macroniveau komt naar voren dat er binnen de gehandicaptenzorg hulpverleners veelvuldig last hebben van agressie gericht op hen en omgeving. Hulpverleners kijken hier niet vreemd van op. (Van Beurden, 2018). Ook is er vanuit het visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg een duidelijk beleid dat binnen Nederland uitgedragen wordt binnen de gehandicaptenzorg waar agressie en veiligheid in terug komt. Binnen het praktijkonderzoek komt de frequentie van agressie terug alleen is deze relatief laag, maar incidenten die plaats vinden worden als zeer heftig ervaren. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat niet alle vormen van agressie gemeld worden. Alle respondenten geven aan dat ze na het interview pas zijn gaan nadenken over agressie en wat dit voor hen echt betekent in de praktijk. Hiermee kan gesteld worden dat alleen al door het houden van het interview er een bewustwordingsproces ingang is gezet. Het onderzoek zou in die zin bijdragen aan de probleemanalyse op macroniveau omdat deze uitkomsten meegenomen zouden kunnen worden in het kwaliteitskader waardoor bewustwording landelijk ingezet zou kunnen worden. Het is onnodig en niet wenselijk dat personeel in de zorg voor verstandelijk beperkten heftige agressie incidenten als normaal gaan beschouwen.

Vanuit de probleemanalyse op mesoniveau wordt er gesproken over uitval van hulpverleners en personeelstekort waardoor cliënten in de knel komen te zitten. Door een onveilige werksituatie kan werkstress ontstaan wat kan leiden tot ziekteverzuim en uit kan monden in langdurige uitval of zelfs arbeidsongeschiktheid (Inspectie SZW, 2020). Vergelijkbare instellingen zouden profijt kunnen halen uit het onderzoek. Ondanks dat het onderzoek is uitgevoerd op kleine schaal binnen instelling X en op de doelgroep SZ-cliënten gericht is, kunnen de conclusies en aanbevelingen ook van hoge interesse zijn voor andere vergelijkbare instellingen die werkzaam zijn met agressieproblematiek om de veiligheid te waarborgen en personeel te kunnen behouden.

In de probleemanalyse op microniveau wordt er meer verduidelijking gegeven over instelling X en de SZ-doelgroep binnen dagbestedingslocatie Y. Met name de begeleiding, veiligheid en agressie worden hierin besproken. De doelstelling van dit onderzoek is waarschijnlijk niet haalbaar omdat lopende het onderzoek al gebeurtenissen in gang zijn gezet om deze groep te veranderen. Hierdoor komen de SZ-cliënten toch buitenspel te staan. Maar gezien het feit dat de organisatie met deze doelgroep wel vervangende opvangmogelijkheden moet realiseren geeft dit een hoopvol toekomstbeeld dat dit onderzoek ingezet kan worden voor een gedegen basis voor het opstarten van een nieuwe veilige basis.

6.2.2 Sterkte-zwakteanalyse

Er is naar het onderzoek gekeken met een kritische blik, waaruit zowel sterke als zwakke punten beschreven zijn in deze paragraaf. De betrouwbaarheid is hier een sterkte in het onderzoek. Met name omdat deze op verschillende manieren gewaarborgd is. Door een selecte steekproef te hanteren binnen dagbesteding locatie Y is er niks aan het toeval over gelaten. Dit heeft voor een duidelijk teambeeld gezorgd waarbij de individuele respondenten zich in dezelfde situatie bevinden. Daarnaast zijn er drie respondenten uitgekozen die een leidende functie bekleden binnen een SZ-groep wat het perspectief van de sociale agoog belicht. Een zwakte is dat cliënten niet bevraagd zijn vanwege de afwezigheid van hun mondigheid en hun ontwikkelingsniveau. Met meer tijd en beschikking tot meer

personeel om de cliënten te observeren, door bijvoorbeeld een gedragsdeskundige, was er op zijn minst een interpretatie mogelijk geweest. Daarnaast zijn in dit onderzoek actoren zoals ouders niet meegenomen wat het perspectief eenzijdiger maakt.

Een sterk punt is het ethisch handelen tijdens het onderzoek. Met name de anonimiteit van het onderzoek voor de respondentengroep en organisatie. De respondenten zijn vroegtijdig op de hoogte gesteld van het onderzoek, het soort interview en de vragen die gesteld werden. Waarna ze voor de start van het interview een toestemmingsformulier hebben ondertekend met de privacy en anonimiteitsregels. Dit heeft de respondenten vertrouwen gegeven om vrijuit te praten en tijd te nemen voor het onderzoek. In het toestemmingsformulier stond hoe de privacy en anonimiteit gewaarborgd zou worden. De interviews zijn gehouden in een afgesloten ruimte waarbij voldoende tijd is genomen zodat de onderzoeker en respondent alle tijd hadden om het interview rustig af te nemen. Een ander sterk punt zijn de semigestructureerde interviews, waarbij een topiclijst is gebruikt die gemaakt is aan de hand van het theoretische kader die gericht zijn op de hoofd en deelvragen. Op deze manier heeft de topiclijst meer richting kunnen geven in het onderzoek. De semigestructureerde interviews hebben ervoor gezorgd dat er doorgevraagd kon worden en er meer ingegaan kon worden op de respondenten wat voor meer validiteit heeft gezorgd. De interviews zijn getranscribeerd waarbij de getranscribeerde documenten bijdragen aan de interne validiteit. Een zwakte is dat er eigenlijk een discussiegroep georganiseerd had moeten worden maar door omstandigheden, vanwege het corona virus, dit niet gelukt is.

Een sterk punt is de feedback vanuit de presentatie aan de hand van de onderzoeksresultaten. Vanuit de feedback kwam naar voren dat de gepresenteerde onderzoeksresultaten herkenbaar waren net als de conclusie. Omdat er tijdens de presentatie tijd was om vragen te stellen en met elkaar in gesprek te gaan, creëerde dit ruimte voor dialoog tussen de gegadigden. Omdat de onderzoeksresultaten op de groep waren gefocust, bleken de eventuele aanbevelingen ook aan te slaan. En is er de wil om echt iets te gaan doen met dit onderzoek. Het opstarten van een intervisie groep werd gezien als een pre en iets waar ze snel mee wilden starten, omdat hier iets ontbreekt in het team rondom de zorg en veiligheid van cliënten op het gebied van agressie.

6.2.3 Praktische bruikbaarheid

Het literatuuronderzoek en literatuur uit de probleemanalyse kan praktisch gebruikt worden voor informatiedoeleinden om te informeren over de doelgroep. Bijvoorbeeld nieuwe medewerkers en stagiaires zouden hier hun inzichten uit kunnen halen, net als sociaal agogen die leidinggevende functies hebben binnen de doelgroep SZ. De aanbevelingen zijn praktisch inzetbaar, realistisch en haalbaar uit te voeren in de praktijk. Het onderzoek draagt bij aan het praktijkprobleem waarbij de resultaten uit het onderzoek generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie activiteitenbegeleiders, dit punt draagt bij aan de externe validiteit.

H7 Literatuurlijst

- Apol, G., Kalff, S., Reijkerk, L., & Uitslag, M. (2018). Communicatie is essentieel. In G. Apol, S. Kalff, L. Reijkerk, & M. Uitslag, *Conflicthantering en mediation* (pp. 23-36). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. (2017, 9 1). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werknemersenquête 2017*. Opgeroepen op 3 21, 2020, van rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/09/01/onderzoeksprogramma-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-werknemersenquete-2017>
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2016). agressie en agressief gedrag. In E. Aronson, T. D. Wilson, & R. M. Akert, *Sociale psychologie* (pp. 420-445). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. (2004). *Een theorie van presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2016). *De zorgval analyse, kritiek en uitzicht*. Amsterdam: Thoeis.
- Bekkema, N., Veer, A., & Francke, A. (2009, 1 1). *Verantwoord richtlijngebruik door begeleiders in de gehandicaptenzorg*. Opgeroepen op 4 24, 2020, van Nivel: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/verantwoord-richtlijngebruik-door-begeleiders-de-gehandicaptenzorg>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren van kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Boschman, M. (2005). *Communiceren met mensen met een verstandelijke handicap*. Soest: Nelissen.
- Burger, G. (2005). Het plannen van zorg. In G. Burger, *Verplegen van verstandelijk gehandicapten* (pp. 74-78). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- CCV. (2020, 4 4). *Wat is veiligheidsbeleving?* Opgeroepen op 5 27, 2020, van hetccv: <https://hetccv.nl/onderwerpen/veiligheidsbeleving/wat-is-veiligheidsbeleving/>
- CNV Zorg & Welzijn. (2018, 5 24). *9 op de 10 medewerkers in de gehandicaptenzorg heeft last van agressie*. Opgeroepen op 4 6, 2020, van zorg en welzijn: <https://zorgenwelzijn.cnvconnectief.nl/nieuws/9-op-de-10-medewerkers-in-de-gehandicaptenzorg-heeft-last-van-agressie/>
- Dam, A., Tilburg, C., Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dekker, M., Douma, J., Ruitend, K., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden, *In perspectief Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-38). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische problemen en licht verstandelijke beperking. In R. Didden, *Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking* (pp. 3- 20). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Didden, R., Collin, P., & Curfs, L. (2008). Definities en voorkomen. In W. Vandereycken, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie deel 1 Basisbegrippen* (pp. 614-616). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Erbrink, J. (2010). *Meer Mens, Methodisch Werken Aan Kwaliteit Van Leven*. Den Bosch: Wolfaert Uitgevers.
- Grey, I., Hastings, R., & McClean, B. (2006). Staff Training and Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1-5.
- Groen, M. (2015). *Reflecteren: de basis, Op weg naar bewust en bekwaam handelen*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Inspectie SZW. (2020, 4 3). *Agressie en geweld*. Opgeroepen op 4 20, 2020, van inspectieszw: <https://www.inspectieszw.nl/onderwerpen/agressie-en-geweld>

- Kennisland. (2020, 2 10). *De realiteit en waarde van flexwerk in de zorg*. Opgeroepen op 4 15, 2020, van rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/02/10/de-realiteit-en-waarde-van-flexwerk-in-de-zorg>
- Kennisplein gehandicaptensector. (2020, 4 5). *kennispleingehandicaptensector*. Opgeroepen op 5 9, 2020, van Zorg en dwang: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/zorg-en-dwang/wet-zorg-dwang>
- Kiers, B. (2018). In de regio moet het gebeuren. *Zorgvisie*, 16-19.
- Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., De Lange, A., Boumans, J., & Oud, M. (2020, 4 4). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Opgeroepen op 4 4, 2020, van trimbos: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1650-landelijke-monitor-ambulantisering-en-hervorming-langdurige-ggz>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 3 5). *Wet zorg en dwang*. Opgeroepen op 5 18, 2020, van dwanginezorg: <https://www.dwanginezorg.nl/wzd>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 9 30). *Programma Volwaardig leven*. Opgeroepen op 5 2, 2020, van rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/30/programma-volwaardig-leven>
- Movisie. (2016, 12 22). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Opgeroepen op 4 19, 2020, van movisie: <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Mybarak, E., & Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 316-332.
- Nijgh, L., Bogerd- Van Den Brink, M., & Bogerd, A. (2015). Ondersteunen van de cliënt. In L. Nijgh, M. Bogerd- Van Den Brink, & A. Bogerd, *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking* (pp. 76-82). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Rijksoverheid. (2012, 3 22). *Actieplan Veilig Werken in de Zorg*. Opgeroepen op 5 3, 2020, van rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/03/22/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg>
- Rijksoverheid. (2020, 2 17). *Kamerbrief over Complexe zorgvragen*. Opgeroepen op 5 12, 2020, van rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/02/17/kamerbrief-over-complexe-zorgvragen>
- Rijksoverheid. (2020, 4 5). *Verpleeghuizen en zorginstellingen*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Schuur, G. (2014). *Omgaan met agressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Starremans, S. (2019). Agressie, we zijn er klaar mee. *Nursing*, 18-25.
- UWV. (2019, 3 11). *Tekort aan zorgpersoneel biedt kansen voor werkzoekenden*. Opgeroepen op 5 22, 2020, van UWV: <https://www.uwv.nl/overuwv/pers/persberichten/2019/tekort-aan-zorgpersoneel-biedt-kansen-voor-werkzoekenden.aspx>
- Van Beurden, P. (2018). Veiligheid geboden. *Zorgvisie*, 16-19.
- Van Der Mooren, F., & Gielen, W. (2019, 9 1). *Werkgeversenquête 2019*. Opgeroepen op 5 14, 2020, van azwinfo: <https://www.azwinfo.nl/publicaties/werkgeversenquete-2019/>
- Van Sprang, A. (2016). Cognitieve functioneringsproblemen. In A. Sprang V, *Orthopedagogiek Een eerste oriëntatie* (pp. 168-184). Amsterdam: Boom.
- Van Trigt, M. (2015). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Inleiding en ziektebeelden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Wijck, F. (2016). Alle pijlen gericht op terugdringing van psychofarmaca. *Bijzijn XL*, 18-21.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma.

- VGN. (2017, 5 15). *Gehandicaptenzorg kwaliteitskader visiedocument*. Opgehaald van Zorginzicht: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/gehandicaptenzorg-kwaliteitskader-visiedocument>
- VGN. (2017, 5 1). *Kerndocument 1 Kwaliteitskader 2017- 2022*. Opgeroepen op 4 12, 2020, van VGN: <https://www.vgn.nl/documenten/kerndocument-1-kwaliteitskader-2017-2022>
- VGN. (2018, 5 12). *Aanpak personeelstekorten noodzakelijk voor veilige werkplekken*. Opgeroepen op 5 24, 2020, van vgn: <https://www.vgn.nl/nieuws/aanpak-personeelstekorten-noodzakelijk-voor-veilige-werkplekken>
- VGN. (2019, 12 11). *Competentieprofiel EMB.pdf*. Opgeroepen op 4 17, 2020, van vgn: <https://www.vgn.nl/documenten/competentieprofiel-embpdf>
- VGN. (2019, 12 18). *'Hoe stoer ook, je kunt je toch onveilig voelen'*. Opgeroepen op 1 5, 6, van VGN: <https://www.vgn.nl/nieuws/hoe-stoer-ook-je-kunt-je-toch-onveilig-voelen>
- Vignero, G. (2018). *De draad tussen client en begeleider, emotionele ontwikkeling als inspiratiebron in de begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap*. Apeldoorn, België: Garant.
- Visser, J. (2018). Werken aan tevreden personeel. *Zorgvisie*, 32-35.
- Westerveld, T. (2011). *Omgaan met agressie kun je leren*. Amsterdam: Academic Service.
- youchooz. (2020, 6 1). *Wat ga je doen in dit beroep?* Opgeroepen op 8 1, 2020, van www.youchooz.nl: <https://www.youchooz.nl/beroepen/activiteitenbegeleider/wat-ga-je-doen>
- Zaal, S., Boerhave, M., & Koster, M. (2008, September 1). *Sociaal-emotionele ontwikkeling - Fasen en bijbehorende begeleidingsstijl*. Opgeroepen op 5 3, 2020, van kennisplein gehandicaptensector: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/verstandelijke-beperking/sociaal-emotionele-ontwikkeling-fasen-begeleidingsstijl>
- Zorginstituut Nederland. (2020, 2 24). *Gehandicaptenzorg*. Opgeroepen op 4 12, 2020, van Zorginzicht: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/gehandicaptenzorg>
- Zorgvisie. (2018, 8 27). *Werkgelegenheid zorg stijgt, jeugdzorg blijft achter*. Opgeroepen op 5 23, 2020, van zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/werkgelegenheid-zorg-stijgt-jeugdzorg-blijft-achter/>
- Zorgvisie. (2019, 7 26). *'Verandering van organisatie, gedrag en cultuur essentieel voor zelfsturing'*. Opgeroepen op 6 2, 2020, van Zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/verandering-van-organisatie-gedrag-en-cultuur-essentieel-voor-zelfsturing/>

H8 Bijlage

8.1 Bijlage 1, Topiclijst

<u>Thema</u>	Vragen/deelaspecten
<u>Opening interview</u>	• Uitleg geven over het onderzoek - Huidige stand van zaken hoe agressie beleefd wordt. - Welke hulpmiddelen zijn er, worden nu ingezet en herkent. - Toekomst, hoop, kansen, wensen en mogelijkheden omtrent dit onderwerp. • Zijn er eventuele onduidelijkheden of vragen bij de respondenten?
Persoonsgegevens	• Geslacht • Leeftijd • Vooropleiding • Hoe lang werk je bij instelling X? • Hoe lang werk je bij dagbestedingslocatie Y? • Wat zijn je ervaringen buiten dagbestedingslocatie Y
Agressieproblematiek	• Wat verstaat de respondent onder agressieproblematiek? • Wat houdt dit in voor de respondent? • Wat betekent dit voor de cliënt? • Hoe ziet agressie eruit binnen dagbestedingslocatie Y -> bij ruimte 1? • Waar denk je dat agressie problematiek vandaan komt? • Situatie op de groep?
Vormen van agressie	• Wat voor vormen van agressie ben je in je werkzaamheden tegengekomen? • Wat voor vormen van agressie is de respondent op dagbesteding locatie tegengekomen-> ruimte 1? • Vind de respondent dat er veel agressie plaats vindt binnen dagbestedingslocatie Y ->ruimte 1? • Wat doet dit met cliënten?
Oorzaak agressie	• Wat kan een oorzaak zijn van agressie binnen de cliëntenpopulatie van instelling X -> dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1? • Wat zou er te doen zijn aan de oorzaken van deze agressie?
Gevolg van agressie	• Wat zijn gevolgen van de agressie uit de cliëntenpopulatie? • Wat doet dit met de clientgroep binnen ruimte 1? • Wat voor gevolgen heeft dit voor de respondent?
Nazorg van agressie	• Wat wordt en kan er allemaal gedaan worden nadat de agressie heeft plaats gevonden. • In wat voor vorm heeft de respondent hier ooit mee te maken gehad? • Wat is er vanuit organisatie X allemaal mogelijk aan nazorg? • Wat voor nazorg is er bij cliënten? -> dader en omstanders.

Hulpmiddelen	• Wat weet de respondent allemaal over de hulpmiddelen die ingezet kunnen en worden binnen organisatie X -> dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1? • Zijn de hulpmiddelen helpende voor de vorm van agressie waar de respondent mee te maken heeft? • Wat zijn de eventuele tips die de respondent heeft, andere hulpmiddelen, andere aanpak?
Ervaring	• Wat voor ervaring heeft de respondent met agressie? • Wat voor ervaring heeft de respondent met agressie binnen instelling X -> dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1? • Wat heeft de respondent hier mee gedaan, hulp van organisatie of daarbuiten? • Huidige situatie binnen ruimte 1? • Wat zijn eventuele mogelijkheden op dit gebied? • Hoe wordt de respondent voorbereid op agressie vanuit instelling x -> dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1?
Veiligheid	• Wat betekent veiligheid voor de respondent/client? • Hoe weerhoudt dat zich op dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1 • Zijn er veranderingen in veiligheid en waar heeft dit invloed op? • Wat doet de mate van veiligheid met de respondent in de werksituatie? • Wat heeft de respondent nodig om zich veilig te voelen binnen de werkzaamheden? • Wat als deze veiligheid er niet is? • Wat heeft de respondent nodig van organisatie X om zich veilig te voelen -> dagbestedingslocatie Y -> ruimte 1 • Randvoorwaarden
Veranderingen binnen dagbestedingslocatie Y	• Wat zijn de grootste veranderingen van de afgelopen periode binnen dagbestedingslocatie y die invloed zouden kunnen hebben op het gedrag en de daarbij komende agressie van de cliënten? • Wat is de reden van deze veranderingen?
Organisatie	• Wat doet instelling x op dit moment rondom het thema agressie? • Wat zijn de middelen, visie vanuit de organisatie? • Waarom sluit de visie van instelling x wel of niet aan bij de visie van de respondent?
Schaalvraag	• Van 1 tot 10, Hoe bekwaam vindt de respondent zich om te werken met de doelgroep sz? • Hoe veilig voelen respondenten zich van schaal 1 op 10?
Afsluiting	• Eventuele vragen van de respondent • Afsluiting

8.2 Bijlage 2, Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier interview

Toestemmingsformulier (Informed consent) voor deelname aan het interview.

- Deelname aan dit interview is op vrijwillige basis waarvoor tijdig een afspraak is gemaakt.
- Informatie over het onderzoek is voor afname van het interview gegeven.
- Het interview wordt opgenomen met geluidopname, de gegevens van het interview worden alleen gebruikt voor het onderzoek en worden na afronding van het onderzoek vernietigd.
- De interviewer/onderzoeker verplicht zich tot geheimhouding van privacygevoelige informatie.
- Het interview is anoniem, er worden geen namen of andere gegevens gebruikt van de respondent in het onderzoek.
- Tijdens de afname van het interview mogen ten alle tijden vragen gesteld worden aan de interviewer.
- Tijdens de afname van het interview mogen vragen onbeantwoord blijven als de respondent geen antwoord weet of geen antwoord wil geven.

Door het ondertekenen van dit toestemmingsformulier geef ik toestemming voor deelname aan dit interview en dat ik voldoende geïnformeerd ben over deelname aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:
Handtekening:

Datum: __/__/__

Naam onderzoeker:
Handtekening:

Datum: __/__/__

8.3 Bijlage 3, Codeboom

Codeboom

Hoofdvraag:

Wat heeft de sociaal agoog nodig om activiteitenbegeleiders te ondersteunen in het vergroten van de veiligheid tijdens de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek in hun dagelijkse activiteiten?

Deelvraag 1

Hoe ondersteunen de activiteitenbegeleiders de SZ-cliënten met agressie problematiek momenteel en hoe ervaren ze dit?

Thema	Code	Sub code	Benoemd door respondenten
Agressie	Soorten en Definitie	Verbaal en non-verbale agressie, Fysieke agressie, gooien, slaan, schoppen, tuffen, vastpakken, haren trekken, Schelden, Tikken	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
	Automutilatie		R6, R9, R10
	Agressie zonder aanloop		R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8
	Oorzaken	Onbegrepen voelen, geen structuur/voorspelbaar, niet zichtbare onderliggende problemen, missen van signalen, Geluidsprikkels/overprikkeling,	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8,
	Effect	Sneeuwbal effect op andere cliënten	R1, R3, R5, R7, R8, R9, R10
	Voorkomen	Observeren, signaleren en preventief handelen	R1, R2, R4, R5, R6, R9, R8, R10
	Ervaring/beleving	Frequentie is laag, maar als er agressie is dan is het heftig	R1, R2, R6, R7, R8, R10,

Handelswijze		Niet bewust op de persoon gericht	R3, R4, R5, R6, R8, R10
	Gewenning/coping agressie		R1, R2, R4, R7, R9, R10
	Voorkomen	Overdracht, signaleren van gedrag, Positie in de ruimte, uit situatie stappen, preventief handelen, inzicht in de cliënt	R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10
	Luisteren naar cliënt	Cliënten hoeven niks (geen moet)	R9,
	Direct handelen	Alarmknop, Spanning, hulp van collega's	R1, R2, R4, R5, R6, R7
	Nazorg	MIC en MIM, Gesprek betrokken hulpverleners	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
	Pijnpunten	Lage communicatie (niveau)vaardigheden cliënt, Het niet aan zien komen van escalaties door prikkels bij cliënten die niet gezien worden door hulpverleners, Geen goede back-up, Het niet kunnen praten met collega's op het moment zelf na een escalatie, kleine groep hulpverleners dat op de groep kan en wil werken, Locatie, veilig voelen bij collega's, Niet altijd uit de situatie kunnen stappen	R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8
	Persoonsafhankelijk	De mate van agressie is persoonsafhankelijk en heeft niet één maat.	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9, R10

Cliënten	Feedback	Belangrijk	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10
		Gebeurd niet genoeg, geen tijd	R1, R5, R6, R8
		Moet je kunnen geven	R2, R3, R5, R7, R9
			R2, R3, R6, R8,
	Overdracht	Belangrijk,	R2, R3, R6, R8,
		Gebeurd niet altijd genoeg,	
	Reactie/trigger	Prikkels niet kunnen verwerken, komen harder binnen, onveilige situatie	R1, R3, R5, R6, R7, R8,
		Niet lekker in je werk staan is trigger voor cliënt	R1, R3, R4, R5, R7, R8,
	Nazorg	Nabijheid bieden, zeggen wat er gebeurt, contact woonhuis, ouders,	R2, R3, R4, R5, R6, R8,
		Geen nazorg cliënt, wel belangrijk, onderbelicht	R1, R4, R5, R6, R10
	Veiligheid	Afhankelijk van de doelgroep	R1, R4, R10
	Verandering	Betrouwbaar en veilig voelend hulpverleners, vast team, goede band met cliënt	R2, R4, R5, R9, R10
			R3, R6, R9, R10

Escalatie, verloop van
hulpverleners,

Deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de begeleiding van SZ-cliënten met agressieproblematiek?

Handelswijze	Wensen	Fysieke weerbaarheid op de individuele cliënt	R2, R4, R9,
		Meer overleg, open communicatie, tijd	R1, R2, R3, R5, R6, R8, R10
	Pijnpunten	Fysieke gesteldheid, uitstraling, stevig in je schoenen staan	R1, R9, R10
		Het alleen kunnen staan in situaties	R3, R4, R7, R8,
	Beleving	Vervelend en schuldig voelen voor de cliënt als het mis gaat.	R1, R10

Deelvraag 3 en 4

Wat hebben de activiteitenbegeleiders van dagbestedingslocatie y nodig van de sociaal agoog, om de SZ-cliënten te ondersteunen en begeleiden bij hun dagelijkse activiteiten?

Wat zou de sociaal agoog kunnen doen om veiligheid te vergroten voor zowel hulpverleners als cliënt?

Hulpmiddelen	Fysieke werkbaarheid	Handig bij escalatie, zelfverzekerder, blijven oefenen,	R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10
	Signaleringsplan	Maatwerk, soort gedrag, beter anticiperen,	R1, R2, R5,
	Beeldvorming		R2, R4, R5, R8,

	Overleg	Teamoverleg, Groepsoverleg, 1 op 1, Eigen verantwoording	R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10
	Gedragskundige		R4, R7, R8,
	Teamcoach		R3, R4,
	Video interactie begeleiding (VIB)		R3, R8,
	Nazorg/EMDR		R4, R5, R6, R9,
Randvoorwaarden	Ervaring	Sterk voelen in het werk dat je doet, Feedback,	R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9, R10
	Kennis over de cliënt		R2, R3, R4, R6, R7, R9, R10
	Veilige omgeving cliënt	Voorspelbaar, structuur	R1, R4, R5, R6, R9,
	Vast hulpverleners	Belangrijk,	R2, R4, R9, R10,
	Back-up	Kennen hulpverleners, cliënt, situatie, wat ze moeten doen	R1, R3, R4, R5, R8, R9, R10
	Feedback	Afstemmen, coaching, contactmoment	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10

Veiligheid

Open communicatie	Beter uiten van gevoel, serieus genomen,	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10
Veilige werkruimte	Ruimte, materialen, tafels, stoelen, kasten	R3, R5, R6, R7, R8, R9
Bewustwording	SZ-cliënten, opletten, aanvoelen, lijntje houden,	R3, R4, R9, R10
Werksituatie	Spanningsveld, slechte back-up	R1, R3, R5, R6, R7, R8,
Op je collega's kunnen bouwen, Veilige groep	Vertrouwen, veiligheid, Sterker voelen, Kloppende programma's, vertrouwen in collega's,	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10

Hulpverleners

Werkdruk	Niet iedereen wil/kan werken met de SZ-groep en voelt zich veilig,	R3, R5, R8,
	Keus om met sz te werken	R9, R10
Beleving Agressie	Bij iedereen anders	R1, R2, R3, R6, R8, R9, R10
Inwerken hulpverleners	Inwerken op als het mis gaat, wat dan? Alarm, wie moet je bellen,	R1, R3, R6, R8, R10
	Goede afstemming,	

	Team		R3, R4, R5, R7, R9, R10
Belemmerende	Begeleiden vanuit eigen ervaring	Geen eenduidige begeleiding	R1, R6, R8, R9, R10
	Klein contract	Minder betrokken,	R2,
	Lage niveau van cliënt	Signalen missen,	R2, R3,
	Fysieke weerbaarheid		
	Back-up niet geborgd	Niet op cliënt niveau,	R2, R4, R9,
	Niet iedereen kan en wil met de SZ-clënten	Niet fijn,	R2, R3, R4, R5, R8, R9
	Klein team		R3, R5, R8, R9, R10
	Hulpverlenerssverloop		
	Niet heel de week kunnen werken op dezelfde groep		R2, R3, R6, R8, R3, R9, R10
	Niet veilig voelen bij collega's	Bij een slechte week	R2, R4, R8,
	Niet alle agressie wordt gemeld		R5, R6, R10

			R5, R9, R10
		Verbale agressie, wel belangrijk, (tip bulkmelding)	
Bevorderende	Open communicatie	Op elkaar ingespeeld, veiligheid cliënt, voorspelbaarheid cliënt, goede sfeer,	R1, R2, R3, R4, R6, R9, R10
	Veilig voor cliënten		R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
	Cliënten voelen je aan, voel jij je goed dan voelen ze zich veiliger		R3, R4, R6, R7, R9, R10
	Het team		
	Het kleine geluk bij cliënten		R3, R4, R9, R10,
			R5, R8, R9, R10
	Snel handelen		
	Fit fort he job		R6, R7,
	Voorkomen van agressie	Open, alert zijn, waar stel jij je op, ogen in je rug,	R9, R10
	Gemixt team		R9, R10
	Goed gevoel naar je werk	Man/vrouw, denker/doeners,	R2, R8, R9, R10

R1, R2, R3, R4,
R5, R6, R8, R9,
R10