

Universiteit Utrecht



**Visie Op Aanpak van Behandelaars van Agressief Gedrag bij Jongeren met Licht  
Verstandelijke Beperking in de Residentiële Jeugdhulpverlening**

Universiteit Utrecht

Sen, E 5638771

Sen, E. 5630002

Kraaij, M. 5622018

**Docent:** Dr. P. Baar

**Tweede beoordelaar:** Dr. Corrie Tijsseling

**Cursus:** Bachelorthesis Agressie van peers en victimisatie

**Cursuscode:** 200600042

**Cursusjaar:** 2014/2015

**Datum:** 4 juli 2015

### Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de visie op aanpak van behandelaars met betrekking tot agressief gedrag door LVB jongeren in residentiële hulpverlening. Voor dit onderzoek zijn 18 behandelaars binnen eenzelfde instelling, waaronder één stagiaire geïnterviewd over hun visie op aanpak van de behandelaars op agressief gedrag. Er werd gebruik gemaakt van een open interview en de gegevens zijn kwalitatief geanalyseerd. Uit de interviews blijkt dat de behandelaars eenduidig zijn in de definitie van agressie. Wat betreft het handelen, blijkt dat de behandelaars meer preventief handelen dan curatief. Hierbij vinden behandelaars het belangrijk cliëntgericht te werken en een voorbeeldfiguur te zijn voor de jongeren. De behandelaars vinden het belangrijk te reflecteren en evalueren na een escalatie. Dit laat zien dat de behandelaars bewust handelen. Dit onderzoek heeft aangetoond dat behandelaars, hoewel ze trainingen aangeboden krijgen, behoefte hebben aan zowel collegiale als organisatorische ondersteuning om beter agressie aan te pakken binnen de instelling.

*Sleutelwoorden:* agressie, residentiële hulpverlening, behandelaars, licht verstandelijk beperkte jongeren, visie, aanpak, begeleidingsstijl en trainingen

### Abstract

The aim of this study was to map the vision approach of practitioners regarding aggressive behavior by aggressive behavior by mildly mentally impaired youngsters in residential care. For this research are 18 treatment providers within an institution, including one trainee interviewed about their views on tackling the practitioners on aggressive behavior. There has been used an open interview and the data were analyzed qualitatively. The interviews show that the treatment providers are unanimous in the definition of aggression. Regarding the actions that the treatment providers act more preventive than curative. These practitioners find that it is important to work client-oriented and be a role model for the youngsters. The treatment providers believe it is important to reflect and evaluate after an escalation. This shows that the providers act consciously. This study has shown that the providers, although they are offered training, need both collegiate and organizational support to aggression to better address within the institution.

*Keywords:* aggression, residential child care, treatment provider, slightly mentally impaired youngsters, vision, approach, coaching style, and training

### Agressie bij Jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking

Agressief gedrag van jongeren binnen verschillende settings is een bekend verschijnsel, evenzo in de residentiële jeugdhulpverlening. Minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport [VWS] heeft extra geld beschikbaar gesteld voor de aanpak van agressie in de zorg en de jeugdzorg. Volgens Schippers is agressie tegen behandelaars onacceptabel en heeft iedereen recht op een veilige werkplek (Rijksoverheid, 2013). Aansluitend op minister Schippers geeft Hans Bruning van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aan dat hij graag zou zien dat behandelaars aangifte doen tegen ernstig agressieve cliënten. Bruning nuanceert het 'altijd' aangifte doen echter wel. Hij geeft aan dat het wel relevant en helpend dient te zijn voor de aanpak en behandeling van de cliënt. Het is niet de eerste keer dat deze discussie gevoerd wordt. In de jaren tachtig werd ook al gesproken over aangifte doen tegen ernstig agressieve cliënten. Van hieruit blijkt dat agressie naar behandelaars een groot maatschappelijk probleem is en er onderzoek nodig is naar de visie op aanpak van behandelaars op agressief gedrag werkend met licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren met agressieproblemen (Sweers, 2009).

Agressie komt veel (40%) voor bij LVB jongeren (Einfeld, & Tonge, 1996; Van Nieuwenhuizen et al., 2006). Het gaat om jongeren met een intelligentie quotiënt tussen de 50 en 85 die in een residentiële jeugdhulpverlening verblijven (Zoon, 2013). Hier wordt zorg geboden, vrijwillig of gedwongen, aan kinderen en jongeren tussen de 0 en 23 jaar met afwijkende problemen (Boendermaker, Van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013; De Lange, 2014). LVB jongeren hebben vaak lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, een sociale achterstand, opvoedingsmoeilijkheden, socialisatie en een tekort in de executieve functies waardoor ze een probleemsituatie eerder oplossen met agressie (Crocker, Prokic, Morin, & Reyes, 2014; De Beer, 2011; Dickson, Emmerson, & Hatton, 2005; Tsiouris, Kim, Brown, & Cohen, 2011; Van Nieuwenhuizen et al., 2006).

Ook binnen behandelcentra lopen situaties vaak uit de hand door agressief gedrag bij jongeren. Dit gedrag heeft een negatief effect op zowel de ontwikkeling van de jongeren als de relatie tussen de behandelaar en cliënt. Dit is allemaal extra belastend voor de behandelaars in hun sociale, beroeps- en educatieve integratie (Cooper et al., 2009). In deze thesis wordt de visie op aanpak van behandelaars onderzocht met betrekking tot het agressieve gedrag van LVB jongeren. LVB jongeren hebben een extra ondersteuning en een specifieke aanpak nodig (Van Nieuwenhuizen et al., 2006). De afgelopen jaren hebben diverse zorginstellingen interventies aangepast en verder ontwikkeld die voldoen aan de specifieke problematiek van jongeren met een LVB. Echter is de effectiviteit van behandel aanbod nog weinig onderzocht

(Van Nieuwenhuizen et al., 2006). In het competentieprofiel dat ontwikkeld is door VGN voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) komen de visie en aanpak van behandelaars naar voren. Er kan gedacht worden aan provocatief gedrag en grensoverschrijdend gedrag. De aanpak en visie voor de behandelaars bij deze crisis en conflicthantering dient dan preventief van aard te zijn. De behandelaar dient de psychische en sociaal-emotionele gesteldheid te kunnen signaleren en escalerend te werk te gaan in bejegening en communicatie. Adequaat handelen is van groots belang. Kennis van psychiatrische problemen is een vereiste (Competentieprofiel SG(L)VG, 2009).

De doelstelling van deze studie is het in kaart brengen van de visie op de aanpak van behandelaars met betrekking tot agressief gedrag door LVB jongeren in residentiële hulpverlening. Visie wordt beschreven als de definitie en overeenstemming van agressief gedrag door behandelaars en de waarneming van agressief gedrag door behandelaars. Wat betreft de aanpak van behandelaars op agressief gedrag binnen residentiële jeugdhulpverlening wordt in het huidige onderzoek gekeken naar de persoonlijke aanpak op agressief gedrag van behandelaars gericht op twee subtypes. Het bovenstuur en de ondersteun-begeleidingsstijl. Bij het bovenstuur begeleidingsstijl heeft de behandelaar de regie en bepaald wat het beste is voor de cliënt. Bij de ondersteun-begeleidingsstijl werkt de behandelaar met de ideeën en het initiatief van de cliënt (De Shazer & Dolan, 2009; Miller & Rollnick, 2011). Ook wordt er binnen deze thesis gekeken naar de programma's die gericht zijn op agressief gedrag bij LVB jongeren en de effectief ervaren benaderingswijzen door de behandelaars. Agressie wordt gedefinieerd als incidenten waar behandelaars zijn *mishandeld*, *bedreigd* of *aangevallen* onder omstandigheden in verband met hun werk (Franz, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010). Het is elk gedrag dat een ander persoon wordt aangedaan met als doel *schade* te veroorzaken. De dader is zich er van bewust dat zijn of haar gedrag schade toebrengt aan anderen (Bushman, & Anderson, 2001).

Omdat agressief gedrag invloed heeft op de aanpak van begeleiders wordt deze relatie in de huidige studie onderzocht. De vraagstelling van deze studie is: Wat is de visie op de aanpak van agressief gedrag door behandelaars bij jongeren met een LVB in residentiële jeugdhulpverlening? De eerste onderzoeksvraag van deze studie heeft betrekking op de definitie volgens de behandelaars van agressief gedrag van LVB jongeren. Verwacht wordt dat er een verschil is in het waarnemen van agressie door behandelaars (Hermsen et al., 2014; Tzafrir et al., 2013). Behandelaars binnen residentiële jeugdhulpverlening lopen meer risico op agressie en geweld zoals verbale agressie (93%), fysieke aanvallen (56%), bedreigingen (29%) en seksuele intimidatie (Alink, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn,

2014; Harris, & Leather, 2012; Koritsas, Coles, & Boyle, 2010). Bovendien is er een verschil in het waarnemen van agressie door behandelaars wat het risico vergroot om geconfronteerd te worden met agressief gedrag (Schuengel, Kef, Damen, & Worm, 2010). Zo definiëren behandelaars agressief gedrag als: cliëntbehoefte, hulpeloosheid en interpersoonlijk (cliënten vertonen agressie als ze het gedrag van de behandelaar als oneerlijk interpreteren). Ook definiëren behandelaars agressie als onterecht gedrag wat leidt tot opoffering van jezelf als behandelaar (Tzafrir, Enosh, & Gur, 2013).

De tweede onderzoeksvraag gaat over hoe de behandelaars agressief gedrag van LVB jongeren persoonlijk aanpakken. M.b.t. persoonlijke aanpak kunnen er twee begeleidingsstijlen in acht genomen worden. Bij de bovenstuur-begeleidingsstijl bepaalt de behandelaar wat er nodig is voor de ontwikkeling op verbaal en non-verbaal niveau, de behandelaar is de deskundige (De Shazer & Dolan, 2009; Miller & Rollnick, 2011). Bij de ondersteun begeleidingsstijl richt de behandelaar zich tot de cliënt, cliënt-perspectief. De cliënt heeft de regie en draagt eigen ideeën aan voor de ontwikkeling op verbaal en non-verbaal niveau (De Shazer & Dolan, 2009; Miller & Rollnick, 2011). Verwacht wordt dat beide begeleidingsstijlen gehanteerd worden, daarnaast wordt verwacht dat agressief gedrag van de jongeren de huidige aanpak van behandelaars zal veranderen. Uit onderzoek van Tzafrir en anderen (2013) blijkt dat de behandelaars een nieuwe aanpak ontwikkelen nadat ze geconfronteerd zijn met agressie. Na blootstelling aan agressie reageren sommige behandelaars met pijn en woede terug (Harris, & Leather, 2012) en heeft het onprettige gevolgen zoals fysieke en psychische schade, werkonderbreking en verlies van het vertrouwen in de eigen competenties (Taylor, Novaco, Gillmer, & Thorne, 2002). De houding van behandelaars ten aanzien van de jongere wordt negatief beïnvloed wat leidt tot minder kwalitatief werk (Tzafrir et al., 2013). Een goed kwalitatieve werk begint met zorg (opbouwen van een vertrouwensrelatie), betrokkenheid, verantwoordelijkheid (professionele afstand houden/grenzen stellen) en het centraal stellen van de cliënt (de beperkingen van de jongere erkennen) (Hermsen, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2014; Tzafrir et al., 2013). Naast deze factoren kan het verloop van behandelaars mede een reden zijn tot agressief gedrag bij LVB jongeren. Dit heeft er mee te maken dat de jongeren onveilig gehecht zijn en moeite hebben met wisseling van personeelsleden (Collot d'Escury, 2007).

De derde onderzoeksvraag gaat over in hoeverre de behandelaars steun ondervinden vanuit het team en organisatie met betrekking tot het agressieve gedrag van de jongeren. Verwacht wordt dat behandelaars zich bewust zijn van hun eigen handelen en dat agressie binnen het team wordt besproken. Daarnaast wordt verwacht dat de organisatie diverse

trainingen biedt aan de behandelaars om ze bekwamer te maken voor agressie. Binnen de residentiële setting is het pedagogische handelen van de begeleiding van groot belang en vormt de kern van het pedagogisch klimaat. Het vormt de basisvoorwaarde voor een veilig en stabiel klimaat (Douma, 2011). Kenmerkend hiervoor is: emotionele steun en sensitieve responsiviteit; autonomie en ruimte scheppen voor leren en ontwikkelen; structureren en grenzen stellen; informatie geven en uitleggen; begeleiden van interacties tussen jongeren; en stimuleren en ondersteunen van interacties tussen kind en ouders (Douma, 2011; Jongepier, Struijk, & Van der Helm, 2010). Begeleiders dienen zich daarom bewust te zijn van hun handelen en gedrag voor het opbouwen van een goede werkrelatie met de jongeren waardoor het welzijn en de ontwikkeling van de jongeren bevorderd worden (Jongepier et al., 2010). Naast de rol van de behandelaars zijn ook de organisatorische factoren zoals de aanwezigheid van managers, samenwerking binnen teams (consistentie over de aanpak, rolverdeling, communicatie) en het geven van waardering aan behandelaars van invloed op de kwaliteit van de geboden zorg (Boendermaker et al., 2013). Nabijheid van het team en organisatorische betrokkenheid reduceren de agressie op behandelaars (Harris, & Leather, 2012; Tzafirir et al., 2013; Demir, Rodwell, & Flower, 2014).

De vierde onderzoeksvraag gaat over de factoren die invloed hebben op de mate van blootstelling aan agressie van de behandelaars. Verwacht wordt dat de persoonsfactoren van de behandelaar invloed heeft op het functioneren als behandelaar. Factoren die van invloed kunnen zijn op agressie bij LVB jongeren door behandelaars zijn bijvoorbeeld de onzekerheid van een behandelaar, de emotionele intelligentie, de mate van zelfstandigheid, hoeveelheid stress die de behandelaar aan kan, flexibiliteit en creativiteit in probleem oplossend vermogen, humor, relativiseringsvermogen, standvastigheid, besluitvaardigheid en enthousiasme (Embregts, & Van der Kamp, 2007; Geus, & Gennep, 2004). Er kan gezegd worden dat gebrek aan emotionele intelligentie van de behandelaar een belangrijke rol speelt. Emotionele intelligentie legt de nadruk op de emotionele, persoonlijke en sociale aspecten van de intelligentie (Gerits, 2003). In de kern komt emotionele intelligentie neer op het herkennen, begrijpen en beschrijven van emoties. Een beter ontwikkelde emotionele intelligentie vergroot de kans op een gewenste reactie in stressvolle situaties (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman, & Derksen, 2011) en is daarom een cruciale factor in de begeleiding van jongeren met een LVB. De houding van de begeleiding hangt samen met het ontstaan en in stand houden van gedragsproblematiek bij jongeren met een LVB. Daarnaast veroorzaken het aanhouden van probleemgedrag bij deze jongeren, het er niet in slagen het probleemgedrag te beïnvloeden en het moeite hebben het gedrag te begrijpen, ook voor stress. Ook is te zien dat persoons-en

omgevingsfactoren te benoemen zijn als factoren die de behandelaars blootstellen aan agressie. Hierbij zijn de ontevredenheid met het werk en stress te noemen als oorzaken van blootstelling (Harris, & Leather, 2012). Over de gewenste kenmerken van begeleiders van jongeren met een LVB en bijkomende problematiek is tot nu toe veel onderzoek verricht (Douma, 2011; Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg, & Muusse, 2010). In de zorg voor jongeren met een LVB is het belangrijk dat er wordt aangesloten bij de specifieke kenmerken van jongeren met een LVB (Douma, 2011).

De vijfde en laatste onderzoeksvraag van deze studie neemt de benaderingswijzen die door behandelaars effectief worden gezien in acht. De laatste jaren is een aantal interventieprogramma's ontwikkeld om de kennis en vaardigheden van begeleiders te trainen. Gebleken is dat gedragsveranderingen bij begeleiding vooral tot stand komen als in de interventie informatie wordt gegeven over probleemgedrag voordat dit optreedt en wordt teruggekeken naar reacties op het gedrag, bijvoorbeeld door middel van videofeedback (Grey, Hastings, & McClean, 2007, Harchik et al., 2001), zodat wordt ingespeeld op de wisselwerking tussen cliënt en omgeving. Het dialoog-project ofwel 'de Dialoog', is een in 2009 opgezet project dat plaatsvindt bij jongeren en hun begeleiders binnen residentiële settings. Boukes en Kocken (2009) nemen aan dat jongeren door middel van het voeren van een dialoog respect en erkenning ervaren en het gevoel krijgen er te mogen zijn. Aan de hand van een casus en het naspelen van (spanningsvolle) dagelijkse situaties wordt geoefend hoe hier mee om te gaan: de begeleiders dienen zich steeds bewust te zijn van de achterliggende mechanismen en hoe hun eigen houding, zowel verbaal als non-verbaal, hier van invloed op is. Hierbij krijgen begeleiders tips om de jongeren op empathische wijze sturing te kunnen geven. Verwacht wordt dat programma's waarbij dialoog, casus behandeling en evaluatie, het naspelen van situaties, (video) feedback en het krijgen van tips centraal staan effectief zullen zijn. Belangrijk daarbij is om je geduldig op te stellen, te herhalen, (positieve) alternatieven voor gedrag aan te bieden, je taalgebruik aan te passen en duidelijkheid, regelmaat en voorspelbaarheid aan te brengen in het leven van alledag (Douma, 2011).

Tevens blijkt uit onderzoek van Došen, Gardner, Griffiths, King, & Lapointe (2007) dat de integratieve benadering van Došen veelal wordt gehanteerd binnen de zorg voor LVB jongeren. Het model geeft weer dat de psychiatrische problematiek bij LVB jongeren het resultaat is van de samenkomst van biologische, psychologische, sociale en ontwikkelingsfactoren. Daarnaast geeft Došen aan dat het alleen effectief is wanneer de interventies de condities die psychisch leed veroorzaken kunnen verwijderen, het aanleren of vernieuwen van vaardigheden gericht op omgang met het probleem en er toegekomen wordt

aan de basale behoeften van de jongeren. Naast de integratieve benadering is de Cognitieve Gedrag Therapie (CGT) ook een benaderingswijze die gehanteerd kan worden bij LVB jongeren (Boendermaker et al., 2013; Garret, 1985; Taylor, Lindsay, & Willner, 2008). Uit onderzoek blijkt dat CGT en de integratieve benadering een positief gewenst effect heeft op LVB jongeren met problemen op agressie, woede en geweld. Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013; Taylor, Lindsay et al., 2008). Verwacht wordt dat beide benaderingen effectief zullen zijn indien het toegepast wordt binnen de locaties, omdat er namelijk gestreefd wordt naar het centraal stellen van de probleembeleving van de jongere met de daarbij horende gedragsverandering gericht op het laten nadenken over denkfouten, automatische gedachten en kerngedachten (Došen et al., 2007; Naast deze programma's, is het creëren van een goede orthopedagogische basiszorg onmisbaar. Dit kan alleen tot stand gebracht worden wanneer de personele training en ondersteuning wordt geboden (Boendermaker et al., 2013).

## **Methode**

### **Participanten**

In totaal zijn er 18 begeleiders (mannen en vrouwen in de leeftijd van 26 – 55 jaar oud) van X geïnterviewd. Dit betreft de pedagogische medewerkers binnen twee locaties van X, Tilburg en Breda. Locatie Tilburg heeft 11 jongeren en een wisselend aantal begeleiders in verband met het opnieuw opzetten van het team. Locatie Breda heeft 24 jongeren en ook een wisselend aantal begeleiders omdat men er ook veel invalkrachten heeft. De begeleiders beschikken over minimaal een MBO-niveau 4 diploma. Er zijn ook mensen werkzaam met een afgeronde HBO of Universitaire studie. Al deze opleidingen zijn in een sociaalpedagogische richting (Pedagogiek, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Sociaal Pedagogisch Hulpverlener, Orthopedagogiek, Toegepaste Psychologie). Het aantal jaren werkzaam binnen woonlocaties verschilde van 0 jaar tot 10 jaar met een gemiddelde van 3 jaar werkervaring. De begeleiders werden niet willekeurig geselecteerd. Er was sprake van een gemak steekproef. Bij deze vorm van steekproeftrekking gaat het er niet om dat het een juiste steekproef is voor de hele populatie. Het is een casestudy, omdat er slechts één object van studie is, namelijk de organisatie. Statistische is niet het doel. Het gaat er meer om dat de interviews kunnen worden afgenomen (Neuman, 2012). Hierbij hebben we rekening gehouden om de mensen te interviewen die aanwezig waren en bereid waren om geïnterviewd te worden. Wegens de diversiteit bij de respondenten wordt de inhoudelijke generalisatie vergroot (Baarda et al., 2013). We hebben een werkplek gevonden die gemakkelijk te bereiken was. Eén auteur van deze studie was werkzaam binnen de instelling, waardoor het



bereiken van participanten voor ons geen problemen heeft opgeleverd (Neuman, 2012).

### **Open interview**

Binnen een kwalitatief onderzoek wordt er door middel van een open interview gegevens verzameld die van kwalitatieve aard zijn om de problemen in een situatie, gebeurtenissen en personen te interpreteren. Hierbij staat betekenisverlening van verzamelde data centraal (Baarda, 2014). Bij een open interview zijn vooraf geen antwoordmogelijkheden vastgesteld (Baarda et al., 2013). Het betreft een interview met enkele open vragen met als doel het interview richting te geven en antwoord te krijgen op de gestelde onderzoeksvragen. De topics die de doelstelling zullen beantwoorden waren: (1) Hoe definiëren de behandelaars het agressief gedrag van LVB jongeren? (bijv, Wat is uw definitie van agressie?); (2) In hoeverre heeft het agressieve gedrag van LVB jongeren invloed op de persoonlijke aanpak van behandelaars? (bijv, Heeft het agressieve gedrag van LVB jongeren invloed op uw persoonlijke aanpak?); (3) Hoe ondervinden de behandelaars steun vanuit het team en organisatie m.b.t. het agressieve gedrag van LVB jongeren? (bijv, Biedt de organisatie activiteiten om u vatbaar te maken tegen het agressieve gedrag van LVB jeugdigen?); (4) Welke factoren hebben invloed op de mate van blootstelling aan agressie van de begeleiders? (bijv, Zijn er situaties die u kwetsbaarder stellen tegen het agressieve gedrag van LVB jongeren?); (5) Welke benaderingswijzen blijken effectief te zijn bij LVB jongeren met agressief gedrag? (bijv, Zijn er specifieke handelingen van u voor de aanpak van het agressieve gedrag van LVB jeugdigen?). Door gebruik te maken van open vragen is de mogelijkheid tot verdieping gewaarborgd om erachter te komen wat er speelt, wat bijdraagt aan interne validiteit. Middels een gestructureerde gespreksintroductie, regelmatig samen te vatten en antwoorden te herhalen is de betrouwbaarheid van het interview verhoogd

### **Procedure**

Voordat we zijn begonnen met het afnemen van de interviews hebben we door middel van een cursus een introductie gekregen over kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hierin is uitgelegd hoe de interviewafnames plaats moeten vinden en hoe de analyse ervan vastgelegd moet worden. Het benaderen van de respondenten is op verschillende wijze gegaan. De eerste stap was de teammanager vragen om toestemming. Na uitleg van het onderzoek gaf de teammanager aan dat zij op één voorwaarde graag zou willen meewerken. De teamleden die graag een steentje wilden bijdragen aan het onderzoek, zouden dit zodanig moeten plannen dat het niet ten koste van de dienst ging. De respondenten zijn via de mail op de hoogte gebracht en er zijn een aantal respondenten direct benaderd. Daarnaast is het op de locatie van Tilburg ook nog besproken in de teamvergadering. De teammanager heeft zich met het

benaderen van de respondenten verder niet bezig gehouden en liet de leiding volledig bij ons. De begeleiders namen allen deel op een vrijwillige basis. De interviews werden op een rustige plek zoals het kantoor afgenomen waar geen prikkels en andere collega's bij aanwezig waren. Gemiddeld duurden de interviews een half uurtje of net iets korter en is individueel afgenomen en opgenomen. Naderhand hebben we de interviews letterlijk uitgeschreven. De deelnames zijn zowel op vrijwillige basis als het vragen om toestemming gebeurd. Alvorens het interview is er een introductie gegeven aan de respondent. Hierbij is de doelstelling, structuur en inhoud van het interview uitgelegd. Tevens is de respondent van anonimiteit verzekerd. Zowel tijdens het benaderen van de respondenten als tijdens het interview is de respondenten aangegeven dat de persoonlijke gegevens van zowel de geïnterviewde als de jongeren anoniem blijven. Verder zijn gesprekken opgenomen met als doel de verkregen informatie op een juiste manier te kunnen analyseren, wat ook bijdraagt aan de interne validiteit. Daarnaast is er sprake van betrouwbaarheid. Alle interviews worden namelijk onder dezelfde omstandigheden en op dezelfde manier afgenomen bij de respondenten. Aan het einde van het interview is de respondent bedankt voor zijn/haar tijd. Tevens is gevraagd naar zijn/haar mening met betrekking tot de inhoud van het interview.

### **Analyse**

Er is te werk gegaan met de kwalitatieve analysemethode van Baarda et al., (2013). Via analytische inductie, door het systematisch vergelijken van uitspraken, is per onderzoeksvraag gekomen tot kernlabels die in principe een concreet antwoord geven op betreffende vraag. Allereerst is de tekst gefragmenteerd. Op deze manier kon er eerst gecodeerd worden op inhoud. Ieder aspect van de onderzoeksvragen kwam hierin aan de orde. Daarna is er te werk gegaan met de labelrijen op inhoud en zijn er kernlabels gecreëerd door de labelrijen te dimensioneren en is elke label voorzien van een code. Tevens is het belangrijk om zo dicht mogelijk op het uitspraakniveau te labelen en is hierbij betekenisverlening centraal gesteld. Hierdoor wordt de interne betrouwbaarheid vergroot (Baar, 2002). De interviews werden allemaal op dezelfde wijze uitgevoerd en daarnaast werden de begrippen op een zelfde wijze geoperationaliseerd.

### **Resultaten**

De resultatensectie bestaat uit de belangrijkste resultaten die per doelstelling is geanalyseerd. Achter de citaten worden de respondentnummers weergegeven. Er wordt gebruik gemaakt van percentages om duidelijk te maken om hoeveel respondenten het gaat. Echter mag dit niet waargenomen worden als sluitend data.

### **Definitie**

Allereerst is er gekeken in hoeverre de definitie van de behandelaar overeenkomt met de definitie van Franz, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus (2010) en Bushman, & Anderson (2001). Alle behandelaars hebben de verbale en fysieke agressie als definitie benoemd. ‘... van bedreigen tot slaan, kan ook non- verbaal zijn, als ze zo dicht voor jou gaan staan, intimiderend proberen te zijn’ (respondent 3). Instrumentele agressie en bedreigen is 42% benoemd. ‘Als de cliënt naar mij dreigend is geweest’ (respondent 4). ‘Als ze bijvoorbeeld iets willen... dan worden ze agressief’ (respondent 2). Zodoende blijkt dat respondenten agressie als een gedrag zien waarbij er schade wordt gericht aan anderen. Echter is er geen eenduidigheid door behandelaars in de definitie van Bushman, & Anderson (2001). Wel gaf 8% aan dat het om een impulscontrole gaat en dat de cliënt aangeleerd gedrag laat zien. Ook gaf 8% aan dat het een controleverlies is. Hierop valt op dat 8% van de behandelaars benoemde dat het niet gericht is op behandelaars en dat het gaat om het niet kunnen omgaan met agressie. Maar daarnaast gaf 8% juist aan dat het om bewust pijn doen gaat. We weten dus niet of de behandelaars vinden dat de jongeren zich er van bewust zijn dat zijn of haar gedrag schade toebrengt aan anderen.

### **Persoonlijke aanpak**

Uit de resultaten kwam naar voren dat 83% van de behandelaars preventief te werk gaan. Dit houdt in dat zij cliëntgericht werken. Binnen elke interview benoemde de behandelaar dat de persoonlijke aanpak per jongeren verschillend is. Tijdens een escalatie handelen de behandelaars meer curatief. Dit heeft voornamelijk te maken dat zij de regie willen behouden en bepalen wat er gaat gebeuren omdat zij de veiligheid van iedereen willen waarborgen. ‘Je hebt voor iedere cliënt vaak wel een andere aanpak, maar dat is niet afhankelijk van de agressie die ze laten zien’ (respondent 8). Ook gaf 50% van de behandelaars aan dat ze leren van hun fouten en 67% benoemde de spanningsbouw te herkennen van de jongeren. ‘Ik leer iedere keer van de escalaties en zo weet ik wat ik per jongere kan doen en hoe ik buiten de escalaties goed met ze om kan gaan’ (respondent 10). De spanningsopbouw uit zich in het niet meer reageren op vragen, niet meer willen conformeren en een andere manier van praten. Duidelijk is dat het bij de spanningsopbouw gaat om de gedragsverandering, en de verandering van patronen veroorzaakt door interne en externe prikkels. ‘Ze krijgen prikkels van buiten of van binnen waar ze niet mee om kunnen gaan en dat moeten ze op een bepaalde manier uiten, die frustratie of die boosheid’ (respondent 3).

Nog een belangrijke bevinding is dat 33 benoemde direct te handelen. 'Ik ben iemand die het meteen aanpakt zal ik maar zeggen, gisteren bijvoorbeeld met X, ik duik er meteen bovenop' (respondent 7). De helft van de behandelaars benoemde het bieden van veiligheid als de-escalerend werken. '... en een veilige basis te creëren' (respondent 12). En 42% van de behandelaars benoemde dat ze een voorbeeldfiguur zijn voor de jongeren en daarmee het agressieve gedrag van de jongeren konden verminderen. Wat betreft de consistentie over de aanpak kwam naar voren dat 67% het belangrijk vond dat er eenduidigheid was in de aanpak. Als reden geven ze aan dat dit het welzijn en de ontwikkeling van de jongeren bevordert zoals dit ook blijkt uit theorie van Jongepier en anderen (2010). Wat betreft de persoonsfactoren bleek dat onmacht een belangrijke rol speelt in het functioneren als behandelaar. '... en ik voelde me machteloos' (respondent 4). Drieëndertig procent vond dat het niet altijd mogelijk is om agressie aan te pakken zoals je dat had gewild. Alsook vond 33% dat het te maken heeft met de tekortkoming die je hebt als behandelaar. 'Je weet het niet als behandelaar' (respondent 6). Opvallend is dat emotiebegrip zoals Gerits (2003) dit beschrijft door 8% is benoemd. Echter kan hierbij de spanningsbouw herkennen bijgehaald worden. Dit werd door 75% benoemd. Hierbij benoemden de behandelaars dat ze aan de mimiek en houding van de jongeren zagen of de jongeren agressief werden.

### **Effectief ervaren programma's/ benaderingswijzen**

Alle behandelaars benoemden dat je na een conflict met een jongere opnieuw een start moet maken. 'Voor mij is het eindpunt als er een escalatie is gebeurd en de cliënt is naar mij heel dreigend geweest waardoor hij naar zijn kamer is gestuurd'. 'Dan is het voor mij al eigenlijk afgesloten wanneer de cliënt weer rustig is' (respondent 4), 'Nieuwe slag nieuwe kansen' (respondent 8). Behandelaars (33%) benoemden consequent handelen als een effectieve benaderingswijze. Ook gaven 33% aan dat het geven van een duidelijke verwachting voor positieve gedragsverandering zorgt bij de jongeren. 'Door te vertellen wat ik van ze verwacht, welk gedrag ik wil zien en ik ben voorstander van oorzaak- gevolg' (respondent 6). Een neutrale houding aannemen werd ook als een effectieve benaderingswijze benoemd door 33% van de behandelaars. 'Ik probeer altijd zo neutraal mogelijk te blijven.' 'Soms hoop ik dat het gedrag hiermee uitdooft' (respondent 12). Positief bekrachtigen werd door 75% en evalueren door 67% benoemd. Bij positief bekrachtigen noemden de behandelaars vooral het geven van complimenten en waardering. 'Toch complimenten geven wanneer het echt goed gaat, blijven positief benaderen, grapjes maken, sfeer creëren waarbij gezelligheid hoog staat zodat ze gewenst gedrag laten zien' (respondent 10).

Over de effectieve programma's bleek dat de psycho- motorische therapie (PMT) als

het meest (67%) gehanteerde effectieve therapievorm werd gezien door de behandelaars bij jongeren met agressief gedrag. Uit de literatuur bleek dat de CGT een effectief programma is om agressie aan te pakken bij LVB jongeren. Opvallend is dat CGT door 8% is benoemd. De vijfdaagse leergang agressie cursus werd door 58% benoemd. Tijdens deze cursus komt theorie en praktijk naar voren en dient iedereen voor aanvang van werken met LVB jongeren deze cursus gevolgd te hebben. Ook agressietrainingen worden er gegeven. Drieëndertig procent van de behandelaars gaven aan deze te hebben gevolgd en hier baat bij hebben gehad. ‘Ik kom uit een heel andere doelgroep waar we amper met agressie te maken hebben.’ ‘Dat krijg je tijdens deze cursus wel te horen en dat wist ik gewoon niet.’ Echter heeft een agressietraining ook zijn aandachtspunten volgens een behandelaar. ‘Weet je die agressietrainingen hier, die zijn gericht op de grepen en dan ben je eigenlijk reactief bezig.’ ‘Ik zou juist het proactieve willen zien in een training.’ Eveneens werd door 25% van de behandelaars humor en signaleren als een effectieve benaderingswijze benoemd.

### **Bespreking agressieve voorvallen**

Het bespreken van een agressief voorval binnen het team werd door behandelaars als onmisbaar gezien om je veilig in een team te voelen. De behandelaars noemden hierbij vooral het nabespreken, evalueren, feedback, reflecteren van een agressief voorval en uitgebreid stilstaan bij agressie. Tweeënveertig procent vond dat er gereflecteerd moest worden na een voorval. ‘Je hebt dan een escalatie of er valt iets voor je en dan moet je dat samen evalueren en reflecteren’ (respondent 6). ‘Na een escalatie is het tijd voor feedback’ (respondent 12). Vijfentwintig procent van de behandelaars vond het belangrijk dat er casuïstiek te werk gegaan moest worden en trainingen moesten worden gegeven op de locatie. ‘Onder andere dat nabespreken, maar ik denk dat het ook heel belangrijk is om bijvoorbeeld tijdens teamdagen bepaalde casussen eruit te halen en daarin te kijken wat het met iedereen doet’ (respondent2). Zevenenzestig procent benoemde dat er geëvalueerd moest worden om agressie te bespreken. ‘Als ik kijk naar als we agressie hebben gehad en dat we doen evalueren en dat we dan kijken naar wat beter gekund had en wat wel goed ging, dan denk ik dat we daar veel van leren’ (respondent 11). Echter benoemde 8% één dat er geen veiligheid is binnen het team waardoor er niet goed over agressieve voorvallen besproken kon worden. ‘Het bespreken van agressie doe ik op dit moment niet zo goed omdat er nog te weinig veiligheid is binnen het team en iedereen zich aangevallen voelt’ (respondent 5). Ook is er tijdens dit onderzoek één stagiaire geïnterviewd. Over het bespreken van agressieve voorvallen vond de stagiaire dat er nog weinig aanbod was. ‘Ik vind dat ze het aanbod voor stagiaires beter kunnen doen.’ ‘Er werd benoemd van je mag meedoen maar vervolgens werd er niks mee gedaan’ (respondent 4).

### Discussie

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de visie op aanpak van behandelaars met betrekking tot agressief gedrag door LVB jongeren in residentiele hulpverlening. De eerste onderzoeksvraag richtte zich op het definiëren van agressief gedrag door behandelaars. Uit ons onderzoek is gebleken dat er overeenstemming is in het definiëren van agressief gedrag volgens de definitie van Franz, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus (2010). Alle behandelaars noemden het verbale en fysieke agressie als definitie. Hiernaast werden eveneens andere vormen van agressie benoemd. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de behandelaars zich tijdens het interview meer hebben gefocust op de aanwezige vormen van agressie, hoewel ze in hun werk er niet bij stil staan. Het is echter opvallend dat er tegen verwachting in de behandelaars de definitie van Bushman, & Anderson (2001) niet hebben benoemd. Maar liefst 8% hebben aangegeven dat het om een impulscontrole gaat en 8% benoemde dat het bewust door de jongeren werd gedaan. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat de behandelaars het agressieve gedrag van de jongeren toeschrijven aan de beperking die de jongeren hebben.

Binnen de tweede onderzoeksvraag is de invloed van het agressieve gedrag van de jongeren op de persoonlijke aanpak van de behandelaar bestudeerd. Naar verwachting passen alle behandelaars hun huidige aanpak aan na een escalatie. Alle behandelaars gaven aan te leren van een escalatie. Evalueren en reflecteren op eigen handelen werd door meer dan de helft van de behandelaars gedaan na een agressief voorval. Opvallend is dat 8% vond dat er niet goed werd gereflecteerd. Als reden werd gegeven dat er onvoldoende veiligheid was binnen het team waardoor er niet openlijk besproken kon worden over bepaalde dingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is het minder dagen werken en een minder intieme band hebben met de teamleden. Ook werd er aangegeven dat niet iedereen tijdens vergaderingen en bijeenkomsten aanwezig konden zijn. Dit kan ertoe leiden dat je niet altijd op de hoogte wordt gesteld van de besproken zaken waardoor je als collega het gevoel krijgt dat je er niet bij hoort. Ook werd er verwacht dat de subtypes bovenstuur en ondersteun- begeleidingsstijl beiden naar voren zouden komen. Dit is niet het geval. Uit de resultaten komt naar voren dat de behandelaars voornamelijk de ondersteun-begeleidingsstijl hanteren. Dit houdt in dat ze meer preventief te werk gaan dan curatief. Opvallend is dat er ook behandelaars waren die direct een consequentie op het gedrag opzetten en de confrontatie aangaan. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat behandelaars na blootstelling aan agressie met pijn en woede terug reageren (Harris, & Leather, 2012) en minder vertrouwen krijgen in eigen competenties

(Taylor, Novaco, Gillmer, & Thorne, 2002). Het gevolg is dat ze tijdens een volgende escalatie harder aanpakken.

De derde onderzoeksvraag was hoe de behandelaars steun ondervonden vanuit het team en organisatie m.b.t. het agressieve gedrag van de jongeren. Verwacht werd dat de behandelaars zich bewust waren van hun eigen handelen en dat agressie binnen het team besproken werd. Het pedagogisch klimaat vormt de basisvoorwaarde voor een veilig en stabiel klimaat (Douma, 2011). Om een goede werkrelatie op te bouwen dienen de behandelaars zich bewust te zijn van hun eigen handelen (Jongepier et al., 2010). De helft van de behandelaars hebben aangegeven te leren van hun fouten. Dit uit zich dan vervolgens in het nabespreken van het voorval. Behandelaars vonden het lastig om met een agressiesituatie om te gaan wanneer er te weinig personeel aanwezig was. Ook werd er aangegeven dat een agressief voorval niet altijd even goed besproken werd omdat er onveiligheid werd ervaren binnen het team. Hieruit kunnen we afleiden dat het pedagogisch klimaat de basisvoorwaarde vormt voor een veilig en stabiel klimaat (Douma, 2011). Alsook werd verwacht dat de organisatie diverse trainingen zou bieden om de behandelaars handelingsbekwaam te stellen tegen het agressieve gedrag van de jongeren. Organisatorische factoren zoals de aanwezigheid van managers, samenwerking binnen teams (consistentie over de aanpak, rolverdeling, communicatie) en het geven van waardering aan behandelaars heeft invloed op de kwaliteit van de geboden zorg (Boendermaker et al., 2013). De cursus vijfdaagse leergang agressie werd bij aanvang van de functie aangeboden. Meer dan de helft van de behandelaars gaven aan hier profijt van te hebben.

De vierde onderzoeksvraag ging over de factoren die invloed hebben op de mate van blootstelling aan agressie. Naar verwachting hebben persoonsfactoren van de behandelaar invloed op het functioneren van de behandelaar. Behandelaars vonden onmacht de voornaamste factor om met agressie geconfronteerd te worden. Ook gaven behandelaars aan dat het een tekortkoming is van henzelf. Opvallend is dat de emotionele intelligentie van de behandelaar zoals Gerits (2003) dit beaamt onvoldoende naar voren is gekomen. In de kern komt emotionele intelligentie neer op het herkennen, begrijpen en beschrijven van emoties. Binnen dit onderzoek hebben behandelaars aangegeven de spanningsbouw te herkennen van de jongeren. Dit is in vergelijking met de definitie van emotionele intelligentie volgens Gerits (2003). We kunnen dus concluderen dat behandelaars beschikken over de emotionele intelligentie en daardoor beter kunnen reageren in stressvolle situaties. Ook kunnen we concluderen dat de mate van zelfstandigheid een belangrijke factor is hoewel dit niet is benoemd door de behandelaars. Echter hebben behandelaars aangegeven zich veiliger te

voelen wanneer ze ondersteuning kregen vanuit het team. We kunnen dus concluderen dat de mate van zelfstandigheid een rol speelt in het functioneren als behandelaar.

De vijfde en de laatste onderzoeksvraag ging over de effectieve benaderingswijzen en programma's volgens de behandelaars. Verwacht werd dat programma's waarbij dialoog, casus behandeling, evaluatie, het naspelen van situaties, (video) feedback en het krijgen van tips effectief ervaren werden. Uit de interviews bleek dat casus behandelingen niet werden uitgevoerd. Behandelaars gaven aan het fijn te zullen vinden als er casuïstiek te werk gegaan zou worden. Aangezien ook uit de literatuur van Douma (2011) blijkt dat het casuïstiek te werk gaan de begeleiders bewuster maakt in hun handelen, kan dit als aanbeveling worden gegeven. Naar verwachting waren meer dan de helft van de behandelaars tevreden over de aanpak m.b.t. het uitwisselen van informatie door te reflecteren, evalueren en het nabespreken. Daarnaast bleek uit literatuur dat de integratieve benadering en de CGT effectief zijn bij LVB jongeren met problemen op agressie, woede en geweld (Boendermaker et al., 2013; Garret, 1985; Taylor, Lindsay, & Willner, 2008). Tegen verwachting in werd de CGT maar door één behandelaar benoemd als effectieve benadering. Opvallend is dat dezelfde behandelaar heeft aangegeven dat CGT binnen de instelling wordt gehanteerd. Zo kunnen we concluderen dat niet alle behandelaars op de hoogte zijn van de toegepaste therapieën. Een verder onderzoek kan zich richten op in hoeverre therapieën binnen de instelling gehanteerd wordt door de behandelaars. Ook kan er onderzocht worden hoe de behandelaars de therapieën aangeleerd krijgen vanuit de organisatie. De integratieve benadering van Došen, Gardner, Griffiths, King, & Lapointe (2007) geeft aan dat de problematiek van LVB jongeren een combinatie is van biologische, psychologische, sociale en ontwikkelingsfasen. In de benadering van LVB jongeren is het dus belangrijk rekening te houden met deze factoren. Uit de interviews kwam naar voren dat maar liefst twee behandelaars planmatig handelen door de signaleringsplannen voor per cliënt te gebruiken. Deze behandelaars benoemden dat je preventief te werk kunt gaan wanneer je de uitgeschreven signaleringsplannen hanteert. Een verder onderzoek kan zich richten op de signaleringsplannen binnen de instelling. Belangrijk is te achterhalen of deze ook daadwerkelijk door de behandelaars worden gehanteerd en hoe de biologische, psychologische, sociale en ontwikkelingsfactoren, zorgvuldig in kaart worden gebracht en vervolgens wordt gehanteerd binnen de praktijk.

De Algemene vraagstelling van dit onderzoek was de visie op aanpak van behandelaars m.b.t. het agressief gedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking in kaart te brengen. Uit de resultaten bleek dat de behandelaars cliëntgericht handelen van belang vinden in hun aanpak. Hierbij gaven de behandelaars aan preventief te willen werken



i.p.v. curatief. Ook gaven meer dan de helft van de behandelaars aan dat veiligheid bieden noodzakelijk is bij LVB jongeren door duidelijkheid te creëren en je af te stemmen op de jongeren. Hierbij benoemden de behandelaars ook de spanningsopbouw te herkennen. Dit kan hetzelfde beschouwd worden als het herkennen van de emotionele intelligentie. De behandelaars herkennen, begrijpen en beschrijven de emoties van de jongeren. Ze zien aan het gedrag en mimiek van de jongeren of het lekker in zijn/ haar vel zit. Daarnaast benoemden de behandelaars het belang van het reflecteren en evalueren. Dit heeft vervolgens invloed op de persoonlijke aanpak van de behandelaars. De behandelaars gaven aan te leren van een agressieve situatie mits dit wordt besproken binnen het team. Wanneer de behandelaars reflecteren op hun eigen handelen en de situatie nabespreken worden ze bewust van hun aanpak. Een belangrijk aandachtspunt wat gerelateerd is aan de visie op aanpak van de behandelaars is het krijgen van cursussen en trainingen. Uit de resultaten bleek dat er agressietrainingen worden aangeboden vanuit de organisatie. Echter benoemden de behandelaars meer behoefte te hebben aan casuïstiek werken. Zodoende is de organisatorische betrokkenheid van invloed op de visie op aanpak van de behandelaars.

### **Methodische kanttekeningen**

Een belangrijke kanttekening is het dimensioneren van de labels geweest. Coderen op inhoud werd naar behoren uitgevoerd. Echter werd er naderhand opgemerkt dat de labelrijen concreter gedimensioneerd moest worden. Zodoende kwamen de labels met elkaar in overeen zoals de label emotionele intelligentie en de label spanningsopbouw herkennen. Deze twee labels beduiden inhoudelijk hetzelfde waardoor er tijdens de resultatensectie werd gezocht naar de desbetreffende label. Aandachtspunt is dus om beter op uitspraak niveau te labelen. Tijdens het afnemen van de interviews probeert de interviewer aanvullende vragen te stellen om meer gedetailleerde informatie te krijgen. Hierbij kan de interviewer doorvragen als de respondent niet duidelijk is geweest in zijn of haar verhaal (Baar, & Wubbels, 2013). Zodoende werd er tijdens het analyseren van de interviews opgemerkt dat er wat hiaten aanwezig waren. Het viel op dat wanneer er doorgevraagd zou worden er belangrijke informatie verkregen kon worden.

### **Implicaties**

Omdat tijdens dit onderzoek een klein onderzoeksgroep aanwezig was zijn de onderzoek data niet representatief voor een grotere populatie (Baarda et al., 2013). Daarnaast bestond de doelgroep uit één stagiaire waardoor de gegevens niet generaliseerbaar zijn. Volgens de stagiaire is het aanbod voor stagiaires niet voldoende om op een adequate manier om te kunnen gaan met agressiesituaties. Het wordt onvoldoende besproken met de stagiaire

waardoor zij zichzelf niet betrokken voelt binnen het team. Een mogelijke aanbeveling is dat er in een verder onderzoek het niveau- en functiever schillen van de behandelaars binnen residentiële instelling in acht worden genomen. Alsook stagiaires dienen de aangeboden cursussen en trainingen consequent op te volgen. Het doel hiervan is om de stagiaires in hun leerproces te ondersteunen zodat ze een ontwikkeling doormaken.

Binnen dit onderzoek is de visie op aanpak van behandelaars onderzocht. De resultaten geven weer dat er eenduidigheid is in hoe deze jongeren aangepakt dienen te worden. Echter blijkt uit interviews dat er binnen de instelling CGT wordt aangeboden. Opvallend is dat dit door maar één respondent is benoemd. Een mogelijke aanbeveling is dat de volgende onderzoekers de toegepaste trainingen binnen residentiële hulpverlening nader in acht nemen. Hierbij is het van belang te achterhalen in hoeverre de behandelaars op de hoogte zijn van de aanwezige trainingen. Ook wordt aanbevolen dat de onderzoekers verschillende locaties (andere teams) bevragen binnen eenzelfde instelling. Dit om de vergelijking te kunnen maken en de verschillen in aanpak meer helder te krijgen om vervolgens de visie op aanpak beter in kaart te kunnen brengen. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat de behandelaars meer praktische ondersteuning moeten krijgen vanuit de organisatie en team. Hierbij denken de behandelaars aan casuïstiek werken. Het werken met LVB jongeren vraagt extra van de behandelaars. Hierbij is het noodzakelijk dat er niet alleen bij aanvang maar gedurende het hele werklev en ondersteuning aan behandelaars geboden wordt binnen residentiële jeugdhulpverlening.

## Referentielijst

- Alink, L. R. A., Euser, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2014). A challenging job: Physical and sexual violence towards group workers in youth residential care. *Child and Youth Care Forum*, 43(2), 243-250.  
doi:10.1007/s10566013-9236-8
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135231
- Baar, P. L. M. (2002). *Training kwalitatieve analyse voor pedagogen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Baar, P., & Wubbels, T. (2013). Peer aggression and victimization: Dutch sports coaches' views and practices. *The Sport Psychologist*, 27, 380-389. Verkregen van <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/237555/baar.pdf?sequence=1>
- Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek. *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Boendermaker, L., Van Rooijen, M., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt?* Geraadpleegd op 20 maart 2015  
[http://www.nji.nl/nl/Watwerkt\\_ResidentieleJeugdzorg.pdf](http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_ResidentieleJeugdzorg.pdf)
- Boukes, J., & Kocken, G. (2009). *Training Dialoog (1)*. Utrecht: Amstelduin/Lijn 5.
- Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (2001). Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review*, 108(1), 273-279.  
doi:org/10.1037/0033-295X.108.1.273
- Collot d'Escury, A. (2007). Lopen jongeren met een licht verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met justitie? *Kind en Adolescent*, 28, 128-137.  
doi:10.1007/BF03061031
- Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(3), 217-232. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x
- Crocker, A. G., Prokic, A., Morin, D., & Reyes, A. (2014). Intellectual disability and co-occurring mental health and physical disorders in aggressive behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(11), 1032–1044. doi: 10.1111/jir.12080

- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- De Shazer, S., & Dolan, Y. V. O. N. N. E. (2009). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Demir, D., Rodwell, J., & Flower, R. L. (2014). Antecedents and consequences of workplace aggression in the allied health context. *Social Work in Health Care, 53*(3), 250-267. doi:10.1080/00981389.2013.873517
- Dickson, K., Emmerson, E., & Hatton, C. (2005). Self-reported anti-social behavior: Prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(11), 820-826. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00727.x
- Došen, A. Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., & Lapointe, A., (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk: Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperking en probleemgedrag*. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep, 2007. Geraadpleegd op 28 februari 2015, <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Verdieping-Richtlijnen-en-principes-probleemgedrag-gehandicaptenzorg.html>
- Douma, J. (2011). *Handreiking Pedagogisch Klimaat: Een praktijk – theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk kenniscentrum LV Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research, 40*(2), 99-109. doi: 10.1111/j.1365-2788.1996.tb00610.x
- Embregts, P., & Van Der Kamp, W. (2007). Begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen: Reacties op videobeelden. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg, 33*, 132-145.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany: A cross sectional retrospective survey. *BioMedCentral Health Services Research, 51*(10). doi:10.1186/1472-6963-10-51
- Garret, C. J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 22*(4), 287-308.

- Geraadpleegd op 28 februari 2015,  
[http://www.worldcat.org.proxy.library.uu.nl/title/effects-of-residential-treatment-on-adjudicated-delinquents-a-meta-analysis/oclc/4769498708&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org.proxy.library.uu.nl/title/effects-of-residential-treatment-on-adjudicated-delinquents-a-meta-analysis/oclc/4769498708&referer=brief_results)
- Gerits, L. (2003). *Who cares? Personality profiles of nurses taking care of clients with severe behavior problems* (Doctoral dissertation). Nijmegen: Radboud University.
- Geus, R., & Genep, A. van, (2004). *Gewoon er bij: Woonvoorzieningen voor mensen met lichte cognitieve beperkingen en ernstige psychische en/of gedragsproblemen*. Utrecht: NIZW/LKNG Nederlands Jeugdinstituut.
- Grey, I. M., Hastings, R., & McClean, B. (2007). Issues in staff training in working with clients with challenging behaviors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 1*, 1-5. doi: 10.1111/j.1468-3148.2006.00359.x
- Harchik, A. E., Anderson, M., Thomson, R., Forde, K., Feinberg, L., Rivest, S., & Luiselli, J. K. (2001). Evaluation of a participatory, competency-based model of staff training in a community habilitative setting. *Behavioral Interventions, 16*, 1-13. doi:10.1002/bin.77
- Harris, B., & Leather, P. (2012). Levels and consequences of exposure to service user violence: Evidence from a sample of UK social care staff. *British Journal of Social Work, 42*, 851–869. doi:10.1093/bjsw/bcr128
- Hermesen, M. A., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Frielink, N. (2014). The human degree of care. Professional loving care for people with a mild intellectual disability: An explorative study. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(3), 221–232. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01638.x
- Jongepier, N., Struijk, M., & Helm, P. van der (2010). Pedagogisch handelen in de residentiële jeugdzorg: De uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat. *Jeugd en Co Kennis, 4*(1), 9-18. doi: 10.1007/BF03089308
- Koritsas, S., Coles, J., & Boyle, M. (2010). Workplace violence towards social workers: The Australian experience. *British Journal of Social Work, 40*(1), 257–271. doi:10.1093/bjsw/bcn134
- De Lange, M. (2014). *Residentiële jeugdhulp*. Geraadpleegd op 20 maart 2015, <http://www.nji.nl/Residentiele-jeugdhulp>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2011). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013, juli 13). *Rijksbrede aanpak loverboy problematiek*. Geraadpleegd op 23 maart 2015, file:///C:/Users/Ebru%20Sen/Downloads/lp-v-j-0000003711%20(2).pdf

- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nieuwehuizen, van, M., Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2007). Sociale informatieverwerking van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Kind en Adolescent*, 28, 97-103. doi: 10.1007/BF03061027
- Neuman, W. L. (2012). *Understanding Research*. Boston: Pearson Education.
- Rijksoverheid (2013, september 13). *Meer geld Schippers tegen agressie in de zorg*. Geraadpleegd op 26 februari 2015, <http://www.rijksoverheid.nl>
- Schuengel, C., Kef, S., Damen, S., & Worm, M. (2010). 'People who need people': Attachment and professional caregiving. *Journal of Intellectual Disability Research* 54, 38–47. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01236.x
- Sweers, A. (2009) *Doe aangifte van agressie gehandicapten*. Geraadpleegd op 23 maart 2015, van <http://www.zorgwelzijn.nl/Gehandicaptenzorg/Nieuws/2009/4/Doe-aangifte-van-agressie-gehandicaptten-ZWZ013922W/>
- Taylor, J. L., Lindsay, R. L., & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 723-733. doi: 10.1017/S1352465808004906
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 151-165. doi: 10.1046/j.1468 3148.2002.00109.x
- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T., & Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: A large-scale survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(7), 636-649. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01418.x
- Tzafrir, S. S., Enosh, G., & Gur, A. (2013). Client aggression and the disenchantment process among Israeli social workers: Realizing the gap. *Qualitative Social Work*, 14(1), 65-85. doi:10.1177/1473325013509827
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2009) *(SG)LVG Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen*. Utrecht: VGN.

- Zijlmans, L. J. M., Embregts, P. J. C. M., Gerits, L., Bosman, A. M. T., & Derksen, J. J. L. (2011). Training emotional intelligence related to treatment skills of staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 219-230. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01367.
- Zoon, M. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking?* Geraadpleegd op 20 maart 2015, [http://www.nji.nl/nl/Watwerkt\\_LVB.pdf](http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_LVB.pdf)

## Bijlagen

### *Bijlage 1: Labelen*

#### **1a. Coderen op inhoud**

##### **1. Definitie**

###### **1.1 Agressie**

- 1.1.1 Verbaal
- 1.1.2 Fysiek
- 1.1.3 Opzettelijk
- 1.1.4 Proactief
- 1.1.5 Reactief
- 1.1.6 Instrumenteel

Veel woede (1,1)	A
Niet om kunnen gaan met woede (1,1)	A
Verbale agressie (1,1), (1,2), (2,1)	B
Fysieke agressie (1,1), (1,2), (2,1), (3,2)	C
Gericht op anderen (2,1)	D
Niet op behandelaars gericht (2,1)	D
Onveilige situatie (3,2)	E
Bedreigen (3,2)	B
Ongecontroleerde agressie (3,2)	A
Manipuleren (3,2)	F
Instrumentele agressie (2,2)	G
Seksuele agressie (4,2)	H

###### **1.2 Visie**

- 1.2.1 Overeenstemming
- 1.2.2 Waarneming

###### **1.3 Aanpak**

- 1.3.1 Persoonlijke aanpak

1.3.2 Benaderingswijzen

1.3.3 Programma's

1.3.4 Registratie

## 2. Signaleren

### 2.1 Sociaal emotionele gesteldheid

Manier van praten (1,2)	A
Slecht luisteren (1,2)	B
Niet mee eens zijn (1,2)	B
Gezag niet accepteren (1,2) (2,2)	B
Irritatie naar een ander (1,2)	C
Spanningsopbouw herkennen (2,2), (3,2)	D
Interne/ externe prikkels (3,2)	C

### 2.2 Adequaat handelen

Ombuigen (1,2)	A
Niet fysiek ingrijpen (1,2)	B
Negeren (1,2), (3,3)	C
Bewust ander onderwerp openen (1,2)	A
Kennis over handelen (1,2)	D
Direct handelen (3,3)	E
Signaleringsplannen (2,5)	F

### 2.3 Kennis van psychopathologie

Verdieping agressievraagstukken (3,3)	A
---------------------------------------	---

## 3. Invloed op persoonlijke aanpak

### 3.1 Emotionele steun

3.1.1 Autonomie

3.1.2 Stimuleren interacties kind en ouder

### 3.2 Pedagogisch klimaat

3.2.1 Bewust handelen

3.2.2 Structureren

3.2.3 Informeren

Niet altijd de zin geven (2,2)	A
Leren van situaties (1,2)	B
Clientgericht handelen (1,3), (2,3), (2,4) (3,3), (2,6), (3,6)	C
Lage expressed emotion (2,3)	D
Veiligheid beiden (2,3), (3,3), (2,6), (3,6)	D
De-escalerend werken (1,4)	D



Voorbeeldfiguur (1,6) D

### 3.3 Organisatorisch

3.3.1 Invloed managers

3.3.2 Samenwerking

Trainen van collega's in agressie (3,3) (2,5) A

Scholing bij start functie (3,3) A

Manager op de werkvloer (3,4) A

## 4. Steun

### 4.1 Collegialiteit

Te weinig personeel (1,2) A

Vertrouwd gevoel (1,3) B

Steun uit agressie trainingen (1,4) B

Uitgebreid stil staan bij agressie (1,4) C

Kennis delen (3,4) C

Collega's ondersteuning bieden (2,6) B

Empathie (7,4) D

### 4.2 Organisatorische betrokkenheid

Verbetering kijk op agressie (1,4) A

Cursus vijfdaagse leergang agressie (2,4) B

Casuïstiek te werk gaan (2,4), (3,3) B

Toepasbaarheid van de wet (2,5) B

Facilitaire ondersteuning (2,5) C

Trainingen op locatie (3,3) B

### 4.3 Duidelijke visie

Eenduidigheid (2,4), (3,4), (2,6) A

## 5. Beïnvloedende factoren

### 5.1 Persoonlijkheidsfactoren

5.1.1 Onzekerheid

5.1.2 Zelfstandigheid

5.1.3 Stressbestendigheid

5.1.4 Probleemoplossend vermogen

5.1.5 Humor

5.1.6 Relativeringsvermogen

5.1.7 Enthousiasme

Conflict vermijdend (1,2)	A
Tekortkoming van de behandelaar (3,3), (3,4)	A
Onmacht (1,5)	A

## 5.2 Emotionele intelligentie

5.2.1 Herkennen

5.2.2 Begrijpen

5.2.3 Beschrijven

De emotie niet herkennen, begrijpen en beschrijven (3,5)	A
--	---

## 5.3 Omgevingsfactoren

5.3.1 Werktevreedenheid

Onvoldoende steun van collega's (2,5), (3,5)	A
--	---

## 6. Effectieve benaderingen

**6.1 Reflectie**

**6.2 Herhaling**

**6.3 Interactie**

**6.4 Erkenning**

**6.5 Empathie**

**6.6 Interventies**

Neutraal blijven (2,3)	A
Duidelijke verwachting (2,3)	B
Reflectie (2,4)	C
Inspelen op gedrag (1,4)	D
De-escalerend werken (1,4)	B
Judo (1,5)	E
Opnieuw beginnen (1,5), (2,6), (3,5)	F
Positief bekrachtiging (1,5), (2,6)	F
Humor (1,5)	F
Niet zo maar straffen (1,5)	F
EMDR (2,6)	E
PMT (2,6)	E
Sensorische therapie (2,6)	E
Grenzen stellen (2,6)	B
Sociale Vaardigheid Training (3,5)	E
Cognitieve gedragstherapie (3,5)	E
Agressie regulatie trainingen (3,5)	E
Structuur bieden (3,6)	B
Consequent handelen (3,6)	B

Evalueren (6,4)

G

**1b. Groeperen/ labelrijen maken op inhoud****1.1 Agressie**

A	Veel woede	(1,1)
A	Niet om kunnen gaan met woede	(1,1)
A	Ongecontroleerde agressie	(3,2)
B	Verbale agressie	(1,1),(1,2), (2,1)
B	Bedreigen	(3,2)
C	Fysieke agressie	(1,1), (1,2), (2,1), (3,2)
D	Gericht op anderen	(2,1)
D	Niet op behandelaars gericht	(2,1)
E	Onveilige situatie	(3,2)
F	Manipuleren	(3,2)
G	Instrumentele agressie	(2,2)
H	Seksuele agressie	(4,2)

**1.2 Visie****1.3 Aanpak****2.1 Sociaal emotionele gesteldheid**

A	Manier van praten	(1,2)
B	Slecht luisteren	(1,2)
B	Gezag niet accepteren	(1,2) (2,2)
B	Niet mee eens zijn	(1,2)
C	Irritatie naar een ander	(1,2)
C	Interne/ externe prikkels	(3,2)
D	Spanningsopbouw herkennen	(2,2), (3,2)

**2.2 Adequaat handelen**

A	Ombuigen	(1,2)
A	Bewust ander onderwerp openen	(1,2)
B	Niet fysiek ingrijpen	(1,2)

C	Negeren	(1,2), (3,3)
D	Kennis over handelen	(1,2)
E	Direct handelen	(3,3)
F	Signaleringsplannen	(2,5)
G	Reflecteren op eigen handelen	(6,4)

### **2.3 Kennis van psychopathologie**

A	Verdieping agressievraagstukken	(3,3)
---	---------------------------------	-------

### **3.1 Emotionele steun**

3.1.1 Autonomie

3.1.2 Stimuleren interacties kind en ouder

### **3.2 Pedagogisch klimaat**

3.2.1 Bewust handelen

3.2.2 Structureren

3.2.3 Informeren

A	Niet altijd de zin geven	(2,2)
B	Leren van situaties	(1,2)
C	Clientgericht handelen (2,6), (3,6)	(1,3), (2,3), (2,4) (3,3),
D	Lage expressed emotion	(2,3)
D	Veiligheid beiden	(2,3), (3,3), (2,6), (3,6)
D	De-escalerend werken	(1,4)
D	Voorbeeldfiguur	(1,6)

### **3.3 Organisatorisch**

3.3.1 Invloed managers

3.3.2 Samenwerking

A	Trainen van collega's in agressie	(3,3) (2,5)
A	Scholing bij start functie	(3,3)
A	Manager op de werkvloer	(3,4)

**4.1 Collegialiteit**

A	Te weinig personeel	(1,2)
B	Vertrouwd gevoel	(1,3)
B	Steun uit agressie trainingen	(1,4)
B	Collega's ondersteuning bieden	(2,6)
C	Uitgebreid stil staan bij agressie	(1,4)
C	Kennis delen	(3,4)
D	Empathie	(7,4)

**4.2 Organisatorische betrokkenheid**

A	Verbetering kijk op agressie	(1,4)
B	Cursus vijfdaagse leergang agressie	(2,4)
B	Casuïstiek te werk gaan	(2,4), (3,3)
B	Toepasbaarheid van de wet	(2,5)
B	Trainingen op locatie	(3,3)
C	Facilitaire ondersteuning	(2,5)

**4.3 Duidelijke visie**

A	Eenduidigheid	(2,4), (3,4), (2,6)
---	---------------	---------------------

**5.1 Persoonlijkheidsfactoren**

- 5.1.1 Onzekerheid
- 5.1.2 Zelfstandigheid
- 5.1.3 Stressbestendigheid
- 5.1.4 Probleemoplossend vermogen
- 5.1.5 Humor
- 5.1.6 Relativeringsvermogen
- 5.1.7 Enthousiasme

A	Conflict vermijgend	(1,2)
A	Tekortkoming van de behandelaar	(3,3), (3,4)
A	Onmacht	(1,5)

**5.2 Emotionele intelligentie**

- 5.2.1 Herkennen
- 5.2.2 Begrijpen
- 5.2.3 Beschrijven

A De emotie niet herkennen, begrijpen en beschrijven (3,5)

### 5.3 Omgevingsfactoren

#### 5.3.1 Werktevreedenheid

A Onvoldoende steun van collega's (2,5), (3,5)

### 6.1 Reflectie

### 6.2 Herhaling

### 6.3 Interactie

### 6.4 Erkenning

### 6.5 Empathie

### 6.6 Interventies

A Neutraal blijven (2,3)

B Duidelijke verwachting (2,3)

B Grenzen stellen (2,6)

B Consequent handelen (3,6)

B Structuur bieden (3,6)

B De-escalerend werken (1,4)

C Reflectie (2,4)

D Inspelen op gedrag (1,4)

E Judo (1,5)

E EMDR (2,6)

E PMT (2,6)

E Sensorische therapie (2,6)

E Sociale Vaardigheid Training (3,5)

E Cognitieve gedragstherapie (3,5)

E Agressie regulatie trainingen (3,5)

F Opnieuw beginnen (1,5), (2,6), (3,5)

F Positief bekrachtiging (1,5), (2,6)

F Humor (1,5)

F Niet zo maar straffen (1,5)

G Evalueren (6,4)

**1c. Labelrijen dimensioneren****1.1 Agressie**

A1	<u>Woede</u>	
	Veel woede	(1,1)
	Niet om kunnen gaan met woede	(1,1)
A2	<u>Impulscontrole</u>	
	Ongecontroleerde agressie	(3,2)
	Controleverlies	(5,1)
B	<u>Verbale agressie</u>	
	Verbale agressie	(1,1),(1,2), (2,1), (4,2), (5,2), (6,2), (7,2), (9,1), (10,1), (10,2), (11,1), (12,1)
	Bedreigen	(3,2), (4,6), (8,2), (11,1), (11,2)
C	<u>Fysieke agressie</u>	
	Fysieke agressie	(1,1), (1,2), (2,1), (3,2), (4,2), (5,2), (6,2), (7,2), (8,2), (10,1), (11,1), (12,1)
D	<u>Gerichte agressie</u>	
	Gericht op anderen	(2,1), (10,1), (12,1)
	Automutilatie	(12,1)
	Niet op behandelaars gericht	(2,1)
	Grensoverschrijdend gedrag	(4,2), (6,2)
	Machtspositie	(7,1)
	Aanvallen	(9,1)
	Bewust pijn doen	(9,1)
E	<u>Onveilig</u>	
	Onveilige situatie	(3,2), (8,2)
F	<u>Instrumenteel</u>	
	Instrumentele agressie	(2,2), (5,2), (10,1), (11,1), (12,1)
	Gooien met spullen	(5,2), (10,1)
G	<u>Seksuele agressie</u>	
	Seksuele agressie	(4,2)



**1.2 Visie**A Visie**1.3 Aanpak**A Aanpak**2.1 Sociaal emotionele gesteldheid**A Gedragsverandering

Manier van praten	(1,2), (10,1)
Schreeuwen	(5,2)
Manier van kijken	(10,1), (10,3)
Manier van ondernemen	(10,1), (10,3)

B1 Gezag ontvangen

Gezag niet accepteren	(1,2) (2,2)
Slecht luisteren	(1,2)
Niet mee eens zijn	(1,2), (9,1), (11,1)

B2 Gezag geven

Stem verheffen	(6,3)
Cliënt moet verwachtingen nakomen	(9,3)

C Interne/ externe prikkel

Interne/ externe prikkel	(3,2)
Irritatie naar een ander	(1,2)
Houding van andere mensen	(4,2)
Interactie tussen groepsgenoten	(4,2), (6,2)
Conflict tussen groepsgenoten	(10,1)
De verstandelijke beperking	(4,2), (5,2)
Het niet kunnen waarnemen van cliëntsignalen	(5,2)
Onrust in cliënt zelf	(5,2), (6,2)
Wisseling van behandelaars	(5,2)
Onmacht	(6,2)
Onduidelijkheid vanuit behandelaars	(7,2), (8,2), (11,1)
Onveiligheid	(8,2), (11,1)
Veranderlijke situatie	(9,1)
Laag zelfbeeld	(12,1)
Onbegrip	(12,1)
Conflict met begeleiding	(10,1)
Conflict met ouders	(10,1)

D Spanningsopbouw herkennen

Spanningsopbouw herkennen	(2,2), (3,2), (4,2), (5,2), (7,2), (8,2), (9,1), (11,1)
---------------------------	--

Schreeuwen om hulp	(4,1)
Zien aan de mimiek	(4,2), (5,2), (10,3)
Anders reageren/handelen dan normaal	(1,2), (4,2), (9,1), (10,1), (10,3), (12,1)
Patronen herkennen	(6,2), (9,1)

## 2.2 Adequaat handelen

A	<u>Situatie ombuigen</u>	
	Ombuigen	(1,2)
	Bewust ander onderwerp openen	(1,2)
B	<u>Niet fysiek ingrijpen</u>	
	Niet fysiek ingrijpen	(1,2)
C	<u>Uitdoven</u>	
	Negeren	(1,2), (3,3)
D	<u>Praktische kennis</u>	
	Kennis over handelen	(1,2)
E	<u>Direct handelen</u>	
	Direct handelen	(3,3), (6,3), (7,3), (9,1)
	Direct consequenties op het gedrag opzetten	(9,1)
	Confrontatie aangaan	(11,1)
F	<u>Planmatig handelen</u>	
	Signaleringsplannen	(2,5), (6,2)
G	<u>Reflecteren op eigen handelen</u>	
	Reflecteren op eigen handelen	(6,4), (9,2), (10,2), (11,1), (12,2)

## 2.3 Kennis van psychopathologie

A	<u>Theoretische kennis</u>	
	Verdieping agressievraagstukken	(3,3)

## 3.1 Emotionele steun

A	<u>Autonomie</u>	
B	<u>Stimuleren interacties kind en ouder</u>	

## 3.2 Pedagogisch klimaat

- 3.2.1 Bewust handelen
- 3.2.2 Structureren

## 3.2.3 Informeren

A	<u>Gezag</u>	
	Niet altijd de zin geven	(2,2)
B	<u>Ontwikkeling</u>	
	Leren van situaties	(1,2), (9,2), (11,1), (10,2) (11,2), (12,1)
	Bewustwording eigen handelen	(4,3), (8,4)
	Eigen veiligheid creëren	(4,4)
	Praktijkervaring	(7,4), (9,2)
C	<u>Cliëntgericht handelen</u>	
	Cliënt gericht handelen	(1,3), (2,3), (2,4) (3,3), (2,6), (3,6), (4,3), (9,1), (10,2), (12,1)
	Uitlokken	(4,3)
	Passende activiteit aan de cliënt aanbieden	(10,3)
D	<u>De-escalerend werken</u>	
	Lage expressed emotion	(2,3)
	Veiligheid beiden	(2,3), (3,3), (2,6), (3,6) (8,2), (12,2)
	De-escalerend werken	(1,4), (4,3), (10,3)
	Voorbeeldfiguur	(1,6), (5,3), (5,6), (6,6), (8,6)
	Situatie gebonden handelen	(6,3)
	Afstand bewaren tot de jongeren	(10,1)
E	<u>Structureren</u>	
	Vooruitdenken	(4,3)
F	<u>Informeren</u>	
	Duidelijke verwachtingen benoemen naar de cliënt	(11,1)

**3.3 Organisatorisch**

## 3.3.1 Invloed managers

## 3.3.2 Samenwerking

A	<u>Bekwaam maken van behandelaars</u>	
	Trainen van collega's in agressie	(3,3), (2,5)

Scholing bij start functie	(3,3)
Manager op de werkvloer	(3,4)

#### 4.1 Collegialiteit

A	<u>Personele bezetting</u>	
	Te weinig personeel	(1,2), (8,5), (12,2)
B	<u>Vertrouwen</u>	
	Vertrouwd gevoel	(1,3)
	Steun uit agressie trainingen	(1,4)
	Collega's ondersteuning bieden	(2,6)
	Collega's er bij betrekken	(4,3), (8,3)
	Voorkeur voor collega's	(4,4), (5,4)
C	<u>Kennis delen</u>	
	Uitgebreid stil staan bij agressie	(1,4), (8,4)
	Kennis delen	(3,4), (7,5)
D	<u>Empathie</u>	
	Vraag hoe het met de betrokkene is afgelopen	(7,4)

#### 4.2 Organisatorische betrokkenheid

A	<u>Organisatorische ontwikkeling</u>	
	Verbeterde kijk op agressie	(1,4)
	Meer veiligheid creëren voor behandelaars	(8,5)
	Geen kracht maar technieken	(9,2), (11,2)
	Technieken niet altijd voldoende, dus wel kracht	(12,2)
B1	<u>Trainingen</u>	
	Cursus vijfdaagse leergang agressie	(2,4), (7,4), (8,4), (9,2), (10,2), (11,2), (12,2)
	Casuïstiek te werk gaan	(2,4), (3,3), (7,4)
	Trainingen op locatie	(3,3), (7,4), (8,5)
	Agressietrainingen	(5,4), (9,2), (10,2), (12,1)
	Medewerkers sturen	(4,5)
	Pro actieve trainingen	(5,4)
	Theorie over agressie aanbieden	(5,4), (9,2)
B2	<u>Toepasbaarheid van de wet</u>	
	Toepasbaarheid van de wet	(2,5)
C	<u>Facilitaire ondersteuning</u>	
	Geen facilitaire ondersteuning aanwezig	(2,5), (5,4)
	Te weinig aanbod voor stagiaires	(4,4)

**4.3 Duidelijke visie**

A	<u>Eenduidigheid</u>	
	Eenduidigheid	(2,4), (3,4), (2,6), (4,5), (5,2), (6,2)

**5.1 Persoonlijkheidsfactoren**

- 5.1.1 Onzekerheid
- 5.1.2 Zelfstandigheid
- 5.1.3 Stressbestendigheid
- 5.1.4 Probleemoplossend vermogen
- 5.1.5 Humor
- 5.1.6 Relativeringsvermogen
- 5.1.7 Enthousiasme

A	<u>Handelingsverlegenheid</u>	
	Conflict vermijdend	(1,2)
	Tekortkoming van de behandelaar	(3,3), (3,4), (6,2), (7,4)
	Onmacht	(1,5), (4,5), (5,5), (11,1)
	Niet veilig	(4,5), (5,4)
	Clientgeschiedenis niet kennen	(5,5)
	Angst	(9,1)
	Technieken niet beheersen	(10,1)
B	<u>Karaktereigenschappen</u>	
	Nieuwsgierig naar het ontstaan agressie	(5,3)
	Vechter	(10,1), (11,1)
	Rust nemen en opnieuw oppakken	(10,3)

**5.2 Emotionele intelligentie**

- 5.2.1 Herkennen
- 5.2.2 Begrijpen
- 5.2.3 Beschrijven

A	<u>Emotiebegrip</u>	
	De emotie niet herkennen, begrijpen en beschrijven	(3,5)

**5.3 Omgevingsfactoren**

- 5.3.1 Werktevredenheid

A	<u>Steun van collega's</u>	
	Onvoldoende steun van collega's	(2,5), (3,5)
	Samenwerken met collega's	(4,3)

**6.1 Reflectie****6.2 Herhaling****6.3 Interactie****6.4 Erkenning****6.5 Empathie****6.6 Interventies**

A	<u>Neutraal blijven</u> Neutraal blijven	(1,2), (2,3), (11,1), (12,1)
B	<u>Consequent handelen</u> Duidelijke verwachting Grenzen stellen Consequent handelen  Structuur bieden  De-escalerend werken Herhaling van verwachtingen	(2,3), (6,6), (8,6), (10,3) (2,6), (8,3) (3,6), (7,5)  (3,6), (6,5), (11,1), (11,3),(12,3)  (1,4) (9,3)
C	<u>Reflecteren</u> Reflectie	(2,4), (6,3), (7,3), (11,2)
D	<u>Cliëntgericht handelen</u> Inspelen op gedrag Behoeft van de cliënt peilen	(1,4), (8,3) (9,3)
E1	<u>Agressiegerichte therapieën</u> EMDR Psycho Motorische Therapie  Muziektherapie Beeldende therapie Sensorische therapie Sociale Vaardigheidstraining Cognitieve gedragstherapie Agressie regulatie trainingen Dok, forensisch psychiatrische kliniek	(2,6) (2,6), (5,5), (7,5), (8,6), (9,3), (10,3), (11,3), (12,2) (5,5) (5,5) (2,6) (3,5) (3,5) (3,5) (7,5)
E2	<u>Regulatiemiddel</u> Judo Cliënt moet escaleren	(1,5) (7,3)
F	<u>Opbrengstgericht werken</u>	

Opnieuw beginnen	(1,5), (2,6), (3,5), (4,5), (5,5), (6,5), (8,6), (9,3), (10,2), (10,3), (11,3), (12,2)
Positie bekrachtiging	(1,5), (2,6), (4,6), (5,6), (7,5), (9,3), (10,3), (11,3), (12,2)
Straffen	(9,3)
Humor	(1,5), (9,3), (10,3)
Niet zo maar straffen	(1,5)
Relatie opbouwen	(4,6), (6,5)
Samen er uit komen	(4,6)
In de cliënt kruipen	(5,3), (9,3)
De cliënt keuzevrijheid bieden	(6,6)
Signaleren	(10,3), (11,3), (12,3)
Gezellige sfeer creëren	(10,3)
<b>G</b> <u>Evalueren</u>	(1,2), (2,4), (6,4), (8,4), (9,2), (10,2), (11,2), (12,2)

**Verdeling**

**Esma: Voorwoord, samenvatting/abstract, deelvraag 3 en 4**

**Esra: Deelvraag 5 en 6, analyse**

**Melanie: Deelvraag 1 en 2, labelrijen, beperkingen en apa**