

Preventief omgaan met agressie

Werkgroep **agressie Psychiatrisch Ziekenhuis OLV Brugge** Versie augustus 2012

Hilde Henderickx, Johan Logie, Servaas Sierens, Stefaan Vandevoorde, Geert Gardin, Inge Vanthuyne

1. ALGEMENE INLEIDING

Deze visietekst houdt een samenvatting in van de belangrijkste aspecten mbt preventief omgaan met agressie. Het is immers ook onze missie om hulpverlening te bieden aan die patiënten die kampen met agressie problemen. We wensen hierbij te handelen vanuit de visie van geweldloze weerbaarheid.

2. WAT IS AGRESSIE

Inleiding

Volgens Impuls, 2002, is agressie elk gedrag, bewust of onbewust gesteld, dat schade of nadeel toebrengt, fysiek en/of emotioneel, aan personen, aan zichzelf of aan de materiële omgeving (1). Doch agressie is een complex gegeven.

Verschillende deelaspecten. (2)

Een manier van classificeren is deze op basis van observeerbare gegevens. Zo onderscheidt men verbale agressie en fysieke agressie. De fysieke agressie kan men verder onderverdelen in fysieke agressie tegen voorwerpen, tegen personen of tegen zichzelf.

Deze indeling biedt een aantal voordelen: ze is in de eerste plaats gemakkelijk en snel. Bovendien is ze waardevol omdat ze toch ook, binnen bepaalde grenzen, een inschatting van het gevaar mogelijk maakt. Tenslotte is het niet nodig iets te weten over de intenties van de betrokkenen of over het mogelijke ziektebeeld om deze indeling te kunnen gebruiken. Ze is dus zeer goed bruikbaar, maar heeft uiteraard belangrijke beperkingen wanneer we het agressief gedrag ook willen begrijpen.

Verschillende verklaring modellen

Er zijn verschillende hypothesen over het waarom van agressief gedrag.

In de **psychoanalyse** wordt agressie gezien als een uitlaatklep voor bepaalde impulsen die we geblokkeerd hebben.

Volgens de **leertheoretische** visie wordt agressie vooral uitgelokt wordt door externe omstandigheden met als mogelijke gevolgen frustratie, angst en pijn. Uit deze leertheoretische visie volgt dat agressie eigenlijk te vermijden zou zijn, maar de complexiteit van het dagelijkse leven maakt dit zeer onwaarschijnlijk.

In de **evolutietheorieën** wordt een parallel getrokken met de agressie die voorkomt in de natuur, waar het een duidelijke functie heeft : overleven. Daarvoor moet het dier voortdurend zijn omgeving afspeuren naar mogelijk gevaar. Soms probeert het dier zijn omgeving te verbeteren door zijn gelijken aan te vallen en te zorgen dat de kansen op een prooi en op voortplanting gunstiger worden.

Verschillende ziektebeelden

Uiteraard speelt de specifieke context van een psychiatrisch ziekenhuis ook een grote rol. Heel wat risico's zijn namelijk gerust te verklaren vanuit de pathologie van de patiënt. Zo kan agressie o.a. optreden bij

- ontwenning
- gestoorde waarneming of interpretatie
- verhoogde stemming
- cognitieve verstoring
- vanuit impulsiteit
- ...

Persoonlijke definitie

Omdat er echter zeer veel verschillende theorieën bestaan, willen wij vertrekken vanuit de volgende stelling:

AGRESSIE IS WAT JE ZELF ALS AGRESSIE ERVAART

Met deze stelling willen we vooral stilstaan bij de persoonlijke ervaring en reacties van iedere hulpverlener afzonderlijk die geconfronteerd wordt met agressief gedrag van een hulpvrager. Dit is misschien vrij subjectief doch, het is onze overtuiging dat iedereen agressie ervaart op zijn eigen manier. Agressie wordt op deze manier beschouwd **als grensoverschrijdend gedrag**.

3. PREVENTIE VAN AGRESSIE

Inleiding

Als uitgangspunt benadrukken we een tijdig en preventief interveniëren van de hulpverlener. De klemtoon ligt dus op het voorkomen van geweldsescalaties. Daartoe dient de algehele ziekenhuissfeer doordrongen te worden van een therapeutisch klimaat waarbij duidelijk wordt aangegeven dat geweld niet getolereerd wordt. Een houding van geweldloze weerbaarheid bij de hulpverlener is dan ook evident. De bekwaamheid zonder geweld conflicten op te lossen blijkt fundamenteel, maar lang niet zo eenvoudig. Allereerst dient de hulpverlener de relationele en communicatieve context bij agressie te onderkennen. Daarnaast weet de hulpverlener om te gaan met de eigen gevoelens en reacties in confrontatie met agressie van anderen en van zichzelf.

Bij 'zwaar ontwrichtend en grensoverschrijdend probleemgedrag van de patiënt worden eerst alle mogelijke alternatieven onderzocht. De minst restrictieve benadering geniet steeds de voorkeur.

Deze visie-ontwikkeling is fundamenteel, maar biedt enkel een vrij summier referentiekader voor het agressieprobleem. Procedure-voorschriften horen bij de verdere concretisering van het veiligheidsbeleid. (3)

Basisattitude als belangrijke schakel in de preventie van agressie

Een attitude refereert naar een bepaalde ingesteldheid, denkwijze en houding van de hulpverlener ten aanzien van patiënten die zich agressief gedragen. We belichten hier enkele belangrijke aspecten van de vereiste basisattitude (4).

Allereerst zijn een **uitnodigende en begrijpende houding** van de hulpverlener voorwaardelijk opdat de patiënt tijdig angsten en spanningen zou kunnen uiten, nog voor hij zich nog slechts kan handhaven met agressief gedrag. **Een actief-luisterende, tolerante en alerte houding, sensitief voor de noden** van de patiënt zal hier meest kansen bieden.

Verder is het ontwikkelen van een **empathische houding** onontbeerlijk om voeling te krijgen met de belevingswereld van de patiënt. Cuvelier (5) stelt dat enkel wie zich poogt in de ander in te leven, zich vrij juist over die ander kan informeren, wat dan kan leiden tot een beter begrijpen van wat in de ander omgaat.

Tenslotte willen we stellen dat de beroepshouding van de hulpverleners principieel geweldloos dient te zijn. Schuur (6) benoemt deze geweldloze levenshouding als '**geweldloze weerbaarheid**'. Geweldloos weerbaar optreden veronderstelt een wezenlijke belangstelling voor de patiënt, een liefdevol bejegenen. Daarbij spelen menselijke eigenschappen zoals vertrouwen, moed, eerlijkheid en nederigheid een essentiële rol. Geweldloosheid wordt tevens geassocieerd met een groot en fundamenteel respect voor de patiënt.

Eigen angst en emoties (h)erkennen, beheersen en constructief hanteren

Vaak wordt onvoldoende stil gestaan bij de persoonlijke gevoelens, reacties en ervaringen van hulpverleners, die met agressief gedrag van een hulpvrager te maken hebben. Nochtans bepalen zij in sterke mate het al of niet angst-, spanning-, agressie- en geweldkanaliserend en -reducerend optreden van de hulpverlener naar de hulpvrager toe.

Lehmann (7) stelt trouwens dat agressief gedrag niet enkel voortkomt uit wat binnenin de hulpvrager gebeurt (biologisch of intrapsychisch), maar eveneens bepaald wordt door interactie met personen en zaken uit de omgeving. Omwille van de begeleiding maken hulpverleners dus een belangrijk deel uit van de actuele leefwereld van de hulpvragers. Hun optreden zal belangrijke gevolgen hebben voor het al of niet preventief hanteren van hun agressie. Hulpverleners dienen zich dan ook zeer bewust te zijn van eigen gedachten, gevoelens, motieven, waarden en normen, die zeer sterk tot uiting zullen komen in hun gedragingen. Daarnaast spelen eigen opleiding, ervaring, tolerantiegrenzen en betrokkenheid op de hulpvrager een beïnvloedende rol.

Richtinggevend hierbij zijn volgende vragen :

- 'Welke zijn mijn gevoelens en reacties in confrontatie met agressie ?'
- 'Hoe komt het dat ik op een bepaalde manier op agressie reageer ?'
- 'En hoe kan ik mijn gevoelens leren beheersen en constructief hanteren ?'.

Uitlokkende factoren

Zowel binnen als buiten het ziekenhuis kunnen tal van factoren agressie-uitlokkend zijn.

Vroegtijdig zicht krijgen op agressie uitlokkende factoren en interveniëren is even wezenlijk voor een effectieve preventie als een goede basishouding.

Het komt er in het kader van preventie op aan agressie-uitlokkende factoren te detecteren en deze in de mate van het mogelijke probleemoplossend te benaderen.

Communicatie

Remmerswaal (8) vat communicatie op als een uitwisseling van symbolen en betekenissen, die behalve informatie-overdracht ook beïnvloeding van anderen tot doel heeft en bovendien affectief gekleurd is.

In contact met geagiteerde hulpvragers gaat het aspect 'doelgerichte beïnvloeding' zeker op. Door ons optreden willen we wel degelijk verdere problemen voorkomen.

Communicatie vindt steeds op meerdere niveaus plaats: op het niveau van de inhoud (wat er gezegd wordt) en op het niveau van de onderlinge betrekking (hoe iets gezegd wordt)

Op het inhoudsniveau vindt communicatie meestal verbaal plaats en op het betrekkningsniveau vooral non-verbaal via : stemgebruik, gezichtsexpressie, oogcontact, lichaamshouding, handelingen, gebaren, enz... Vaak wordt te weinig zorg besteed aan de kunst en de vaardigheid onszelf helder, beeldend, concreet, éénduidig en verstaanbaar uit te drukken. Heel wat conflicten of communicatiestoornissen vinden hier hun oorsprong.

Volgens Schuur (6) is het van groot belang dat de verbale en non-verbale boodschappen in overeenstemming zijn. Wat men zegt, moet ook blijken uit de lichaamshouding, de mimiek, enz...

Opnieuw speelt de eigenheid van elke hulpverlener een belangrijke rol. Wat voor de ene hulpverlener bijdraagt tot effectieve communicatie, werkt daarom niet vanzelfsprekend voor een andere collega.

Stevenson S. (9) geeft terecht aan dat elke hulpverlener een eigen benadering dient te ontwikkelen via het integreren van eigen en nieuw aangeleerde vaardigheden of mogelijkheden in een complexe, gepersonaliseerde stijl.

Aangeven van grenzen

Dat agressie te maken heeft met het bewust of onbewust overschrijden van grenzen hoeft verder geen betoog: **Agressie is grensoverschrijdend gedrag.**

Als we spreken van grensoverschrijding, is het belangrijk de verschillende grenzen te onderscheiden, te kennen en te leren hanteren. Hiervoor zal het nodig zijn om op een assertieve manier die grenzen aan te geven, zonder in tegen-agressie te vervallen.

Assertief zijn is eigenlijk aangeven waar je grenzen zijn, wat je wel en wat je niet wilt.

Als het gedrag grensoverschrijdend wordt en dreigt te escaleren is er naast begrip, ook nood aan begrenzing. Hoe vroeger men op agressief gedrag reageert, hoe groter de kans dat het snel stopt.

Bespreken van het agressie-incident

Ieder agressie-incident wordt, van zodra de situatie terug is genormaliseerd, best zo snel mogelijk besproken met de betrokken patiënt. Hierbij wordt uitgegaan vanuit volgende vragen:

- Hoe kunnen we in de toekomst dergelijke situaties voorkomen?
- Wat kan de patiënt ondernemen om dergelijke situaties te voorkomen?
- Wat kan het team ondernemen om dergelijke situaties te voorkomen?
- ...

Op deze manier wordt de patiënt mede geresponsabiliseerd om samen te zoeken naar oplossingen om agressie-incidenten in de toekomst te vermijden, en wordt de therapeutische relatie die mogelijks schade heeft ondervonden door het incident, terug hersteld.

Het neerschrijven van gemaakte afspraken in een crisisplan kan hierbij zeker helpend zijn.

4. BIJKOMENDE HANDVATEN VOOR MEDEWERKERS

1. Vorming

Een praktijkgericht bijscholingsprogramma omtrent preventief omgaan met agressie wordt op regelmatige basis aangeboden met als doelstellingen:

- Complexiteit van agressie problematiek verkennen.
- Belang van preventie onderkennen.
- Eigen visie en houding tov angst en agressie exploreren
- Geweldloos weerbaar leren reageren
- Communicatieve vaardigheden opbouwen tov agressieve uitingen.

Dit vormingsprogramma bestaat uit volgende onderdelen:

Veiligheidsbeleid in het ziekenhuis

Inhoud

- Veiligheidsbeleid in het ziekenhuis
- Krachtlijnen voor een zorgvisie
- Belangrijke uitgangsprincipes en procedures

Crisisinterventietraining

Inhoud

- Geweldloos verweer
- Immobilisatietechnieken in functie van het aantal beschikbare hulpverleners.
- Wegleiden van een aanvallerige persoon
- Het eerste naderen van een gericht agressieve persoon
- Afzonderen en fixeren in de praktijk: van voorbereiding tot nazorg.
- Gebruik van hulpmiddelen (noodoproep, dect, assistentieoproep)

Preventief omgaan met agressie

Inhoud

- Persoonlijke verkenning van het begrip 'agressie'
- Crisisontwikkelingsplan
- Agressie en basisattitude
- Methodisch benaderen van uitlokkende factoren
- Angst en emoties herkennen
- Angst en emoties beheersen en constructief hanteren
- Communicatie: verbale en non-verbale verweersvormen
- Provocatie
- Van nabespreking tot debriefing

Vervolgopleiding preventief omgaan met agressie

Inhoud

- Verdere verkenning van het begrip 'agressie'
- Verschillende interactievormen binnen de werkrelatie
- Verdere uitdieping van communicatie
- Grenzen

2. Registratie en terugkoppeling

Aggressie incidenten worden geregistreerd, feedback wordt gegeven en indien mogelijk worden verbeteracties opgesteld. De analyse van de incidenten is de basis voor het evalueren en bijstellen van het agressie beleid. *Incidenten met een hoge ernstgraad worden formeel geanalyseerd.* Andere incidenten komen aan bod in de intervisie op de afdelingen. Dankzij ervaring en mede dankzij de analyse van de agressie incidenten dient elke medewerker de risicovolle momenten en situaties binnen de eigen afdeling te kennen en dient hij te weten hoe hij/zij moet handelen.

3. Crisisontwikkelingsmodel

Bij het crisisontwikkelingsmodel worden de verschillende stadia behandeld die een crisis in theorie kan doorlopen, met daarnaast de verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt hier uitgegaan van het toenemend gevaar voor controleverlies, bij een verandering in het normale gedrag.

Dit model is in principe algemeen toepasbaar. Men spreekt dan ook van een beschrijvend model, in tegenstelling tot verklarende modellen.

Het geeft geen verklaring voor de ontstane crisis, maar beschrijft deze wel in concrete en gradueel opbouwende fasen. Het leent zich hierdoor ook uitstekend voor evaluatiebesprekingen achteraf.

4. Methode

Het komt er in het kader van preventie op aan agressie-uitlokkende factoren te detecteren en deze in de mate van het mogelijke methodisch en probleemoplossend te benaderen.

Een voorbeeld van een methodische en probleemoplossende benadering biedt het model **METODE**, een instrument om het procesmatig (of stapsgewijs) behandelen van moeilijkheden te bevorderen. (10)

Metode staat voor:

- **M**oeilijkheid
- **E**rkennen
- **T**oekomstperspectief
- **O**pteren
- **D**oen
- **E**valuaren

5. Opvang na agressie incidenten

Gezien we agressie gedefinieerd hebben als wat je zelf als agressie ervaart, dient er in het team een veilige werksfeer te zijn, waarin elke medewerker uiting kan geven aan zijn gevoelens van onveiligheid. Veiligheid en agressiebeheersing zijn belangrijke te bespreken topics op het teamoverleg. Tijdens intervisie kan de bespreking van agressie incidenten aan bod komen.

Voor medewerkers die slachtoffer geworden zijn van een agressie incident bestaat een procedure voor opvang na een traumatische gebeurtenis. We verwijzen hiervoor naar de visietekst "Opvang na een traumatische gebeurtenis". Het is de taak van elke medewerker om elkaar niet alleen te ondersteunen en te helpen tijdens het voorvallen van een agressie incident, doch ook in de fase erna, zodat het herstel zo goed mogelijk kan verlopen.

Wanneer onveilige situaties worden opgemerkt, kan hiervan steeds melding worden gedaan. Het beleid staat steeds open voor het nemen van maatregelen om de veiligheid van de werkomgeving te vergroten. Er zijn afspraken ivm persoonlijke assistentie bij gevaar en er zijn afspraken gemaakt met de politie voor ondersteuning bij agressie incidenten.

Leidinggevendenden dienen een faciliterende rol te spelen om bovenstaande in hun team te implementeren en te borgen. (11)

6. Referentiepersonen agressie

Elke afdeling beschikt over een referentiepersoon voor agressie, bij wie men terecht kan. Deze referentiepersoon heeft volgende taken:

- Aanspreekpunt op de afdeling
- Detecteren van noden op de afdeling
- Reflectie op agressie beleid:
- Terugkoppeling naar de werkgroep agressie
- Introductie naar nieuwe medewerkers
 - Afzonderingskamer
 - Fixatie materiaal
 - protocollen
- Registratie opvolgen op de eigen afdeling
- Terugkoppeling geregistreerde data
- Werken met het crisisontwikkelingsmodel

7. Behandelplan

De preventie en opvolging van eventuele agressie maakt op sommige afdelingen, bij sommige patiënten, steevast deel uit van het behandelplan. Agressie is bij deze patiënten steeds een aandachtspunt in het behandelplan. Van medewerkers wordt verwacht hier alert voor te zijn.

8. Protocollen

Een protocol bevat steeds een aantal afspraken en regels, hoe een aantal handelingen dienen uitgevoerd te worden. Daardoor kunnen protocollen ook in het preventief omgaan met agressie heel wat houvast bieden.

- Afzonderen
- Fixeren
- Verhoogd contact
- Verhoogd toezicht
- Noodoproep
- Agressie
- Incidenten
- Politie
- Schadegevallen

5. HUISREGELS VOOR PATIENTEN

In de onthaalbrochure voor patiënten staat aangegeven dat patiënten geen handelingen mogen stellen - zowel fysiek als psychisch – die grensoverschrijdend zijn en de patiënt en de ander kunnen schaden.

Dit betreft zowel handelingen die als agressief kunnen worden beschouwd of als seksueel getint.

Ook de ander moet die regel respecteren. Verder wordt aangegeven dat geen enkel gedrag het leef- en zorgklimaat van de afdeling en het ziekenhuis mogen aantasten. Indien men, ondanks de gesprekken met de hulpverleners, die afspraken niet respecteert, kan dit leiden tot het stopzetten van de behandeling. Specifiek per afdeling worden een aantal huisregels concreter verwoord.

BIBLIOGRAFIE

- (1) IMPULS (2002). Onuitgegeven syllabus 'omgaan met agressie'
- (2) VAN TILBURG E. Agressie. Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten. Uitgeverij Galant (2003)
- (3) LAMBERT V. Agressie en het beleid van psychiatrische ziekenhuizen
- (4) VAN DAMME C. Omgaan met agressie: ontwerp van een bijscholingprogramma voor psychiatrisch verpleegkundigen. Niet gepubliceerde scriptie, V.V.C. Brussel, Kaderopleiding Nursing, 1988-1989, p.24-26.
- (5) CUVELIER F. Tussen jou en mij : grondslagen van het omgaan met elkaar. De Nederlandsche Boekhandel, 1983, p.40.
- (6) SCHUUR G. Omgaan met agressie : geweldloosheid als antwoord op een psychiatrisch probleem. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1991, p.27-35.
- (7) LEHMANN L.S. e.a. Training personnel in the prevention and management of violent behavior. Hospital and Community Psychiatry, 1983, vol.34, nr.1, p.41.
- (8) REMMERSWAAL J. Groepsdynamika II : Communicatie. Baarn, H. Nelissen B.V., 1982, p.11.
- (9) STEVENSON S. Heading off violence with verbal de-escalation. Journal of Psychosocial Nursing, 1991, vol.29, nr.9, p.6-10.
- (10) CUVELIER F. De methode Speciaal cahier nr 20, RELATIE-STUDIO, GENT.
- (11) GHAYE, M. & DANNEELS, R. Agressie in hulp-en dienstverlening. Van impact op medewerkers naar een gedragen beleid. ACCO, Leuven, 2012, p.65-86.