

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/116542>

Please be advised that this information was generated on 2020-09-19 and may be subject to change.

Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz-crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie

E.J.M. PENTERMAN, H.L.I. NIJMAN, K. SAALMINK, S. RASING,
C.P.F. VAN DER STAAK

ACHTERGROND In eerder onderzoek bleek dat met een nieuw ontwikkeld instrument, de 'Checklist Risico Crisisdienst' (CRC), mogelijk agressief gedrag van patiënten bij contact met de crisisdienst beter kan worden geschat. Geconcludeerd werd wel dat een replicatiestudie van het onderzoek dient te worden uitgevoerd.

DOEL Onderzoeken wanneer crisiscontacten (met of zonder agressie) optreden en de validiteit van de CRC vaststellen.

METHODE Gedurende 4 jaar (1 januari 2006-31 december 2009) werd voor outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises de CRC ingevuld. Daarnaast werd na de crisiscontacten eventueel opgetreden agressief gedrag van de patiënt geregistreerd met de 'Staff Observation Aggression Scale - Revised' (SOAS-R).

RESULTATEN De resultaten replicateerden de eerdere bevinding dat de gestructureerde klinische risicotaxatie op de visuele-analoge schaal van de CRC, samen met de aanvulling of er gevaarlijke personen in de omgeving zijn, bruikbare 'voorspellers' van latere agressie waren, met 92% correcte classificaties (eerder 91%).

CONCLUSIE Het gebruik van de CRC en het vastleggen van agressieve incidenten middels de SOAS-R, en het wekelijks nabespreken van deze incidenten, lijken goede hulpmiddelen om incidenten te analyseren om daarmee te trachten de veiligheid van de medewerkers te vergroten. Sinds de start van het project is een daling opgetreden van het aantal crisiscontacten waarvoor agressie werd gerapporteerd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)2, 93-100]

TREFWOORDEN agressie, CRC, ggz-crisisdienst, risicotaxatie, SOAS-R

Medewerkers van de ggz-crisisdienst komen soms beroepsmatig terecht in onvoorspelbare en bedreigende situaties. Sinds 2002 loopt om deze reden een project binnen de ggz-crisisdienst Oost Brabant, regio Uden/Veghel, dat tot doel heeft om agressieproblematiek beter hanteerbaar te maken, onder andere door te onderzoeken welke variabelen samenhangen met een verhoogde kans op agressie (Penterman 2006; Penterman & Nijman 2009; 2011). In dit artikel beschrijven wij een replicatie-

studie naar de validiteit van de voor dit project ontwikkelde 'Checklist Risico Crisisdienst' (CRC). Om mogelijke risico's beter 'voorspelbaar' te maken, ontwikkelden twee onzer deze CRC, die eerder in dit tijdschrift werd beschreven (Penterman & Nijman 2009; zie ook Achilles e.a. 2011).

In het eerdere onderzoek werd namelijk gevonden dat later optredend agressief gedrag van patiënten van de crisisdienst met dit instrument beter kon worden ingeschat, maar tegelijk werd

ook een replicatiestudie met een aanzienlijk grotere onderzoeksgroep aanbevolen. In het eerdere onderzoek kwam uit een logistischeregressieanalyse naar voren dat op basis van twee items van de CRC het al dan niet optreden van agressie-incidenten tijdens het crisiscontact in 91% van de gevallen correct kon worden ingeschat. Deze twee items waren: de gestructureerde klinische risico-inschatting op een visuele-analoge schaal (VAS; zie methodesectie), en de vraag of er mogelijk andere gevaarlijke personen in de buurt van de patiënten konden zijn.

Op basis van de eerdere resultaten werd verder aannemelijk gemaakt dat het gebruik van de CRC voor de crisisdienst van de ggz een aantal voordelen heeft. Zo worden medewerkers van de crisisdienst zich bewust van mogelijke risico's op agressief gedrag van de patiënt en kunnen eventuele gevaarlijke situaties beter inschatten. Dit draagt eraan bij dat zij een betere afweging kunnen maken met oog op preventieve maatregelen, zoals politieassistentie vragen. Van cruciaal belang is dan ook de vraag of de CRC en de beschreven inschattingmethode in het eerdere artikel overeind blijven wanneer ze in een onafhankelijke steekproef nogmaals getoetst worden.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van onze replicatiestudie op basis van data verzameld in de jaren 2006-2009. Doel van deze studie is dus om bij een nieuwe, meer recente, dataset de validiteit van de CRC, en dan met name de toepasbaarheid van de twee eerder gevonden variabelen (de VAS-score en het item betreffende mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt), opnieuw te toetsen.

METHODE

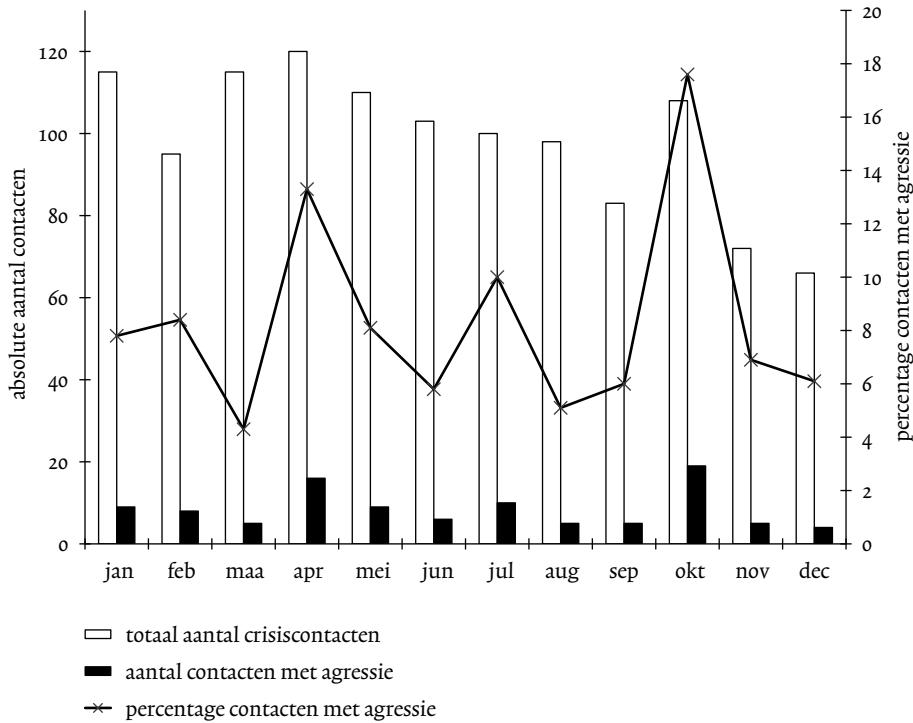
De crisisdienstmedewerkers van de GGZ Oost Brabant, regio Uden-Veghel, registreren sinds 2002 agressie-incidenten die tijdens crisisconsulten plaatsvinden met de 'Staff Observation Aggression Scale - Revised' (SOAS-R; Nijman e.a. 1999). De definitie van agressief gedrag die gehanteerd wordt bij het invullen van de SOAS-R luidt: 'elk verbaal, non-

verbaal of fysiek gedrag dat dreigend is of daadwerkelijke fysieke schade aanricht aan de patiënt zelf, aan anderen of aan objecten' (naar: Morrison 1990). Agressieve gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan, worden sinds 2002 ook in het wekelijkse crisisoverleg geëvalueerd op initiatief van de eerste auteur. Sinds 2005 werd daarbij ook binnen de crisisdienst routinematig, vóór ieder crisiscontact, door de dienstdoende sociaalpsychiatrisch verpleegkundige de CRC ingevuld voordat de patiënt werd gezien. Het doel van de CRC is de medewerker te ondersteunen bij het inschatten van potentiële risico's. Voor verdere informatie over de CRC en het complete formulier verwijzen we naar de eerdere studie (Penterman & Nijman 2009).

In de CRC wordt een aantal items uitgevraagd die mogelijk verband houden met een verhoogd risico op agressie. Het gaat hierbij om vragen zoals: Door wie was de crisisdienst ingeschakeld? Wat is de eerste inschatting van het toestandbeeld of stoornis van de patiënt? Zijn er eventuele andere risicoverhogende patiëntgebonden factoren zoals eerdere agressie of mogelijke paranoïde waandenkbeelden? Zijn er eventuele risicoverhogende omgevingsfactoren, zoals het aanwezig zijn van gevaarlijke huisdieren of mogelijke wapens in huis? Nadat deze items door de medewerker zijn langs gelopen, wordt op de CRC gevraagd om een zogenaamde gestructureerde klinische risico-inschatting te geven op een VAS van 100 mm waarbij het risico kan variëren van zeer laag (0 mm, de linkerkant van de schaal) tot zeer hoog (100 mm, de rechterkant van de schaal). Zoals we in de inleiding reeds opmerkten, kwam in eerder onderzoek uit een logistischeregressieanalyse naar voren dat de combinatie van de VAS-score en de vraag of er gevaarlijke personen in de buurt van de patiënten zouden kunnen zijn, een handzame en praktisch bruikbare combinatie van items lijkt te zijn om latere agressierisico's te wegen.

In de resultatensectie beschrijven we eerst beknopt het aantal en de aard van de geregistreerde CRC's en agressieve incidenten in de periode 2006-2009. Daarna gaan we in op de resultaten van de replicatiestudie; daarbij onderzoeken we

FIGUUR 1 Aantal crisiscontacten en het aantal agressieve incidenten in de periode 2006-2009 verdeeld over de maanden van het jaar



aan de hand van een logistische regressieanalyse opnieuw de voorspellende waarde die in het eerdere onderzoek (Penterman & Nijman 2009) voor de CRC werd gevonden. Voor alle statistische analyses werd SPSS (versie 16.0) gebruikt.

RESULTATEN

Beschrijving van de onderzoeksgegevens

Het aantal crisiscontacten in de jaren 2006-2009 waarbij de CRC voor het contact werd ingevuld, bedroeg 1185. Uit de CRC-formulieren kwam naar voren dat de meeste verzoeken om een patiënt in crisis te gaan zien, namelijk in 51% van de aanmeldingen, gedaan werden door huisartsen. De meerderheid van de aanmeldingen (60%) vond tijdens kantooruren (tussen 9 en 5 uur) plaats en op doordeweekse dagen (73%). Het aantal crisiscontacten per maand fluctueerde sterk (zie figuur 1), waarbij de pieken in het voorjaar (april) en het

najaar (oktober) leken te liggen. Deze verschillen in aantallen per maand waren significant ($\chi^2(11) = 33,0; p = 0,001$).

Het absolute aantal agressie-incidenten behorende bij deze dataset was 101. Met andere woorden: in 8,5% van de 1185 aangemelde crisiscontacten waarbij een CRC werd ingevuld, werd er na het contact met de patiënt melding gemaakt van agressie middels een SOAS-R-formulier. In figuur 1 zijn eveneens de contacten waarin agressie plaatsvond over de maanden van het jaar weergegeven, waarbij ook de proportie van de contacten waarin agressie optrad door middel van een lijn wordt gepresenteerd. Vooral in de maanden oktober en april (zie figuur 1) leek er een hoge kans op agressie tijdens een crisisconsult ($\chi^2(11) = 19,9; p = 0,047$).

In een replicatiestudie onderzochten wij in hoeverre de gestructureerde klinische inschatting van de kans op agressie en de vraag of er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de cliënt

zijn (twee CRC-items), ook in onze nieuwe, onafhankelijke dataset, het al dan niet optreden van agressie konden voorspellen.

Resultaten replicatiestudie

Eerder vonden wij (Penterman & Nijman 2009) dus dat aan de hand van de twee genoemde CRC-variabelen in 91% van de gevallen van agressie correct kon worden 'voorspeld'. Bij afzonderlijke toetsing bleken deze twee variabelen (de gestructureerde klinische inschatting van de kans op agressie en de aanwezigheid van mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de cliënt) ook in de nieuwe dataset sterk samen te hangen met meldingen van agressie.

Voor de gestructureerde klinische risico-inschatting aan de hand van de VAS werd gevonden dat in de gevallen dat agressie gemeld was ($n = 101$) de vooraf gemaakte inschatting significant hoger lag dan wanneer er geen agressie tijdens het consult aan de hand van de SOAS-R gemeld was ($n = 1084$). In het eerste geval was de gemiddelde VAS-score 44,2 mm (SD: 29,6) en wanneer geen agressie gemeld was, bedroeg de gemiddelde score 22,2 mm (21,6) op de VAS-schaal ($t(1183) = 7,5; p = 0,000$).

Wat betreft de inschatting dat er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt zouden zijn, bleek dat dit gegeven bij 11 van de 101 consulten (11%) waarvoor agressie werd gemeld van te voren was genoteerd, terwijl dat in 2% van de 1084 gevallen waarvoor geen agressie werd gemeld het geval was ($\chi^2(1) = 23,1; p = 0,000$).

Kortom, ook in de nieuw verzamelde gegevensset bleken de verbanden tussen de VAS-scores en de scores op het item over gevaarlijke personen

in de nabijheid van de patiënt sterk samen te hangen met latere agressiemeldingen.

Vervolgens namen wij deze twee variabelen, evenals in het eerdere onderzoek, in een logistischeregressieanalyse op (methode: enter), met als uitkomstvariabele agressie (score: 1) of geen agressie (score: 0). Het resultaat bleek in de nieuwe dataset nagenoeg identiek aan dat van de vorige studie, met 92% correcte classificaties (eerder 91%). In tabel 1 geven wij de statistische resultaten weer van deze regressieanalyse, waarin deze twee variabelen tezamen als onafhankelijke variabelen werden ingebracht.

Praktijkvoorbeelden

Om een idee te geven van wat deze statistische waarden betekenen voor de kans op agressie tijdens het consult, geven we hier een aantal voorbeelden. De daarbij gerapporteerde kansen waren in dit geval door SPSS aan de hand van de optie 'save probabilities', op basis van echte gevallen aan de dataset toegevoegd, en volgden dus uit het regressiemodel.

Voorbeeld 1 Indien de hulpverlener de gestructureerde klinische risico-inschatting (VAS-score) vooraf op 10 mm had gezet en er niet verwacht werd dat er gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt aanwezig waren, dan leverde dat volgens het model een kans van 4,5% op dat er toch agressie zou optreden tijdens het consult.

Voorbeeld 2 Bij eenzelfde score op de VAS (10 mm), maar met de inschatting dat er gevaarlijke

TABEL 1 Resultaten van de logistischeregressieanalyse waarin de VAS-score en het item mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt tezamen als onafhankelijke variabelen werden gebruikt (methode: enter) om de kans op agressief gedrag tijdens het consult in te schatten (wel agressie ($n = 101$) = 1; geen agressie ($n = 1084$) = 0)

Variabele	Oddsratio Exp(B)	95%-BI	p
VAS-score (in mm)	1,030	1,022-1,038	0,000
Gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt? (ja = 1; nee = 0)	2,168	0,972-4,835	0,059

personen in de omgeving van de patiënt waren, nam de kans op een latere agressiemelding toe naar 9,3%. Ongeveer een verdubbeling, maar in absolute zin nog een lage kans.

Voorbeeld 3 Wanneer men verwachtte dat er gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt zouden kunnen zijn én de beoordelaar op de VAS vooraf een hoge risico-inschatting gaf, bijvoorbeeld 93 mm, dan nam de kans op agressie later tijdens het consult sterk toe (volgens het regressiemodel 54%). Een duidelijk veel hogere kans dan bij lage risicoscores op de twee items, maar er was zelfs dan nog bijna 50% kans op een ‘vals alarm’.

Tot slot Wanneer alle variabelen van de CRC waarvan ook in dit onderzoek, in overeenstemming met de resultaten uit het eerdere onderzoek, het merendeel significant samenhang met agressie, tezamen werden gebruikt (methode: enter in SPSS), leidde dit niet tot een hogere ‘voorspellende’ waarde. Dit wijst erop dat ook in deze nieuwe onafhankelijke dataset de overige variabelen, bij inachtneming van deze twee variabelen, weinig toegevoegde waarde zullen hebben wanneer beoordeeld moet worden wat de risico’s op agressie zijn tijdens het consult.

DISCUSSIE

Bevindingen huidig onderzoek

Met de huidige resultaten repliceren wij de eerdere bevinding (Penterman & Nijman 2009) dat de gestructureerde klinische risicotaxatie op de VAS met de aanvulling of er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt zijn, valide variabelen lijken te zijn om de kans op latere agressie te schatten. Echter, ook bij hoge inschattingen op agressierisico’s is de kans op vals alarm aanzienlijk. Ondanks deze kanttekening denken wij dat het routinematig werken met de checklist, vooral het elke keer stilstaan bij mogelijke risico’s, nuttig is om inzicht te verkrijgen in de oorzaken

van agressie en de mogelijkheden om gevaarlijke situaties te voorkomen. Hetzelfde geldt voor de wekelijkse bespreking in het team van eventuele voorvallen van agressie. Op deze wijze wordt ook de ‘gedragscode’ rondom omgang met agressie bespreekbaar en zichtbaar gemaakt.

Effecten in de praktijk en verklaring

Verder is er sinds de start van het project in 2002 een daling opgetreden van het aantal crisiscontacten waarin agressie tegen medewerkers werd gerapporteerd aan de hand van de SOAS-R. In 2002 was er bij 14% van de contacten agressie (Penterman 2006) en dit daalde naar 10% in de periode juni 2003-juni 2005 (Penterman & Nijman 2009), terwijl in het huidige onderzoek bij 8,5% van de contacten agressief gedrag werd gerapporteerd. Dit lijkt erop te wijzen dat alle inspanningen van de afgelopen jaren in de crisisdienst van GGZ Oost Brabant, regio Uden/Veghel, hebben geleid tot een vergroting van de veiligheid van de medewerkers.

Deze daling zou het resultaat kunnen zijn van het nemen van meer maatregelen ter preventie, zoals meer overleg voeren met de achterwacht, meer informatie opvragen, de patiënt op een andere locatie laten komen of de patiënt in gezelschap van een collega gaan zien en vragen om assistentie van de politie rondom de crisis. De medewerkers van de crisisdienst zijn mogelijk dus meer op de eigen veiligheid gaan letten. Een verklaring van de daling van het aantal agressieve incidenten kan dus gelegen zijn in het gegeven dat het aantal agressieve incidenten minder op de crisisdienst-medewerker was gericht en meer op anderen, onder wie politieagenten. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de agressie al plaats heeft gevonden voordat de medewerker van de crisisdienst bij het politiebureau gearriveerd is.

Patiënten zien op een andere locatie kan zeker veiliger zijn voor de medewerkers en wordt nu ook als preventieve maatregel vaker in de regio Uden/Veghel ingezet. Hierbij wordt dan wel afgeweken van een mogelijk belangrijk uitgangspunt vanuit een sociaalpsychiatrisch perspectief, namelijk dat

een beoordeling in de thuissituatie veel voordelen heeft. In de thuissituatie zou je kunnen putten uit hulpbronnen van het systeem (Achilles e.a. 2011; Jenner 2005). Verder kunnen diverse alternatieve verklaringen voor de daling van het aantal agressiemeldingen niet worden uitgesloten.

Beperkingen huidig onderzoek

Het huidige onderzoek heeft een aantal belangrijke beperkingen. Bij de bevinding dat de inschatting van een hoog agressierisico op de VAS samenhang met later gerapporteerde agressie, kan ten eerste worden opgemerkt dat een soort *self-fulfilling prophecy* niet kan worden uitgesloten indien medewerkers die een hoog risico op agressie ‘voorspelden’, ook meer geneigd waren om na het contact agressie te rapporteren. Om eventuele tendensen naar een dergelijke *self-fulfilling prophecy* uit te sluiten zouden de invullers van de CRC en degenen die het crisiscontact daadwerkelijk aangingen niet dezelfde personen mogen zijn. Dit lijkt echter allerlei praktische problemen met zich mee te brengen.

Verder zou een alternatieve verklaring voor de daling van het aantal gerapporteerde agressieve incidenten kunnen zijn dat medewerkers naarmate de tijd verstrijkt minder bereid zijn alle incidenten te registreren. Echter, in de gehanteerde systematiek van de desbetreffende crisisdienst wordt, zoals eerder vermeld, in wekelijkse besprekingen doorlopend aandacht besteed aan de registratietrouw en worden eventueel opgetreden agressieve incidenten besproken. Een positievere verklaring voor deze bevinding zou kunnen zijn dat het starten met registreren mogelijk al leidt tot een daling van agressie (Nillson e.a. 1988). Medewerkers zouden zich door het registreren en analyseren van incidenten beter bewust worden van risico's en derhalve daardoor beter voorbereid zijn en mogelijk ook anders te werk gaan.

De grootste beperking van het huidige onderzoek is echter dat de bevindingen niet gerelateerd werden aan een controleconditie of -regio. Om die reden kunnen we dus ook niet hard maken dat de

reductie van het aantal agressiemeldingen die in de loop der jaren binnen onze regio werd gezien, het gevolg is van het gebruik van de CRC.

Verdeling crisiscontacten over de maanden van het jaar

Hoewel dit niet het hoofdonderwerp van dit onderzoek was, bleken er grote verschillen te bestaan in het aantal crisiscontacten over de maanden van het jaar. Deze verschillen wijzen er mogelijk op dat er een relatie bestaat tussen psychiatrische ziektebeelden en chronobiologie: seizoenen lijken een rol te spelen bij het ontregelen van een psychiatrische kwetsbaarheid en eventueel daaropvolgend agressief gedrag.

Met verschillende modellen heeft men geprobeerd het optreden van stemmingsklachten en psychotische verschijnselen met een seizoensschommeling te verklaren, onder andere vanuit temperatuurveranderingen, meer of minder licht, maar ook psychosociale stressoren zoals vakanties en examens (Hallam e.a. 2006; Takei e.a. 1992; Volpe e.a. 2008). De piek in april kan mogelijk verklaard worden doordat er dan een toename is van de hoeveelheid licht en patiënten met een chronische psychose of een bipolaire stemmingsstoornis dan makkelijker ontregeld raken (Volpe e.a. 2008; Strous e.a. 2001).

Wat de verklaring voor deze verschillen ook moge zijn, op basis van dergelijke patronen in aantallen crisiscontacten en schommelingen in het aantal agressieve incidenten door het jaar, zou men wellicht beter kunnen inspelen op de benodigde inzet van personeel, zowel ambulante als op de opnameafdelingen, op de verschillende tijdstippen van het jaar (Hillen & Szaniecki 2010). Echter, in de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS) van 1996 werden amper seizoensinvloeden op het voorkomen van psychiatrische ziektebeelden gevonden. Deze studie werd weliswaar ook in Nederland uitgevoerd, maar was niet ontworpen om seizoensgebonden variatie te bestuderen (De Graaf e.a. 2005).

Tot slot

Het contact tussen de crisisdienst en de patiënt maakt soms op medewerkers, maar ook op de patiënt zelf en de omgeving veel indruk, en het is vaak het kritische startmoment van de entree van de patiënt in de ggz-organisatie. Dit contact zet dan ook de toon voor de ervaring van de patiënt in de behandeling door de ggz voor de toekomst (Segal e.a. 1988; 1995; 1998; 2001). In een eerdere studie (Penterman 2006) bleek dat ongeveer de helft van de crisiscontacten bestaat uit eerste contacten. In overeenstemming hiermee bleek het bij de crisisdienst in Rotterdam in 59% van de contacten om eerste contacten te gaan (Mulder & Wierdsma 2002).

Inmiddels is men zich meer bewust van de risico's bij opname in de ggz wat betreft agressief gedrag en streeft men er sterk naar escalaties en het gebruik van dwangmaatregelen te voorkomen. Wij hopen dat de door ons gepresenteerde methodiek een bijdrage levert aan een dergelijke reductie van escalaties tijdens crisiscontacten.

LITERATUUR

Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie. Amsterdam: Benecke; 2011.

Graaf R de, van Dorsselaer S, ten Have, Schoemaker C, Vollebergh WAM. Seasonal variations in mental disorders in the general population of a country with a maritime climate: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 654-61.

Hare EH. Seasonal variation in admissions of psychiatric patients and its relation to seasonal variation in their births. *J Epidemiol Commun H* 1978; 32: 47-52.

Hillen T, Szaniecki E. Cyclic variations in demand for out-of-hours services in child and adolescent psychiatry: implications for service planning. *The Psychiatrist*, 2010; 34: 427-32.

Jenner JA. Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie. Assen: Van Gorcum; 2005.

Morrison EF. The measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patients. *Int J Nurs Stud* 1990; 30: 51-64.

Mulder CL, Wierdsma AI. Voor wie is de acute dienst? Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. *Tijdschr Psychiatr* 2002; 44: 523-31.

Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, e.a. *Rethinking Risk Assessment, The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press; 2001.

Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, e.a. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behav* 1999; 25: 197-209.

Nilsson K, Palmstierna T, Wistedt B. Aggressive behaviour in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 172-5.

Penterman EJM. Agressie tijdens crisisdiensten van de GGZ. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 477-80.

Penterman EJM, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 355-64.

Penterman B, Nijman H. Assessing aggression risks in patients of the ambulatory mental health crisis team. *Community Ment Health J* 2011; 47: 463-71.

Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. *Psychiat Serv* 2001; 52: 514-20.

Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiat Serv* 1998; 49: 1212-7.

Segal SP, Egly L, Watson MA, Goldfinger SM. The quality of psychiatric emergency evaluations and patient outcomes in county hospitals. *Am J Public Health* 1995; 85: 1429-31.

Segal SP, Watson MA, Goldfinger SM, Averbuck DS. Civil commitment in the psychiatric emergency room. The assessment of dangerousness by emergency room clinicians. *Arch Gen Psychiatr* 1988; 45: 748-52.

Shapira A, Shiloh R, Potchter O, Hermesh H, Popper M, Weizman A. Admission rates of bipolar depressed patients increase during spring/summer and correlate with maximal environmental temperature. *Bipolar Disord* 2004; 6: 90-3.

Strous RD, Pollack S, Robinson D, Sheitman B., Lieberman JA. Seasonal admission patterns in first episode psychosis, chronic schizophrenia, and non schizophrenic psychoses. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 642.

Volpe FM, Tavares A, Del Porto JA. Seasonality of three dimensions of mania: psychosis, aggression and suicidality. *J Affect disorders* 2008; 108: 95-100.

AUTEURS

BERRY PENTERMAN, psychiater en stagebegeleider sociale psychiatrie, GGZ Oost Brabant, regio Uden/Veghel.

HENK NIJMAN, senior onderzoeker, Altrecht te Utrecht, divisie Aventurijn, en bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen, en lid van het Behavioural Science Institute (BSI).

KRISTA SAALMINK, thans psychiater, destijds arts in opleiding tot psychiater, GGZ Oost Brabant.

SANNE RASING, neuropsycholoog en junior onderzoeker, GGZ Oost Brabant.

CEES P.F. VAN DER STAAK, emeritus hoogleraar Klinische Psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Berry Penterman, Postbus 189, 5460 AD Veghel.

E-mail: ejm.penterman@ggzooostbrabant.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-6-2012.

SUMMARY

Assessing aggressive behaviour at the psychiatric emergency service with a checklist: a replication study – E.J.M. Penterman, H.L.I. Nijman, K. Saalmink, S. Rasing, C.P.F. van der Staak –

BACKGROUND In an earlier study it was found that aggressive behaviour by patients treated by the psychiatric emergency service could be predicted by the use of a newly developed instrument, the Checklist of Risks/ Crisis team (CRC). In this earlier study it was suggested that a replication study, with a larger database, was definitely needed in order to check these findings.

AIM To find out in what circumstances patients (aggressive or non-aggressive) make contact with the crisis team and to ascertain the predictive validity of the CRC.

METHODS During a period of four years (from 1 January 2006 to 31 December 2009) staff members completed the CRC before paying outreach visits to patients experiencing psychiatric crises in the community. In addition, if patients showed any aggressive behaviour during the visit, this was documented by means of the Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R).

RESULTS Our study replicated the earlier finding that the structured clinical risk assessment made on a visual analogue scale (VAS) of the CRC, together with the additional item about whether there were any potentially dangerous persons in the vicinity of the patient, seem to be useful 'predictors' of aggression in the future (with correct classification in respectively 91 and 92%).

CONCLUSION The CRC, detailed monitoring of aggressive incidents by means of the SOAS-R, and the weekly discussions about these incidents all seem to be good instruments for analysing incidents and for increasing the safety of staff members. The methods and techniques introduced at the beginning of the project have gone hand in hand with the reduction in the number of aggressive acts directed at members of the psychiatric emergency service.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)2, 93-100]

KEY WORDS aggression, CRC, psychiatric emergency service, risk assessment, SOAS-R