

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/2066/134389>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-21 and may be subject to change.

Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisismedewerkers

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

ACHTERGROND Onderzoek naar agressie binnen de ggz heeft zich veelal gericht op patiëntkenmerken, terwijl er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de kenmerken van de hulpverlener in relatie tot (het rapporteren van) agressie.

DOEL Onderzoeken van kenmerken van medewerkers van een crisisdienst in relatie tot het rapporteren van agressie.

METHODE Alle medewerkers (n = 21) van de crisisdienst in de regio Uden/Veghel werd gevraagd een NEO-PI-R in te vullen. Voorafgaand aan 576 outreachende contacten door de medewerkers van de crisisdienst werd daarnaast de Checklist Risico Crisisdienst ingevuld en bij eventueel agressief gedrag van de patiënt werd na het contact een SOAS-R ingevuld.

RESULTATEN Er werden significante verschillen gevonden tussen medewerkers, zowel wat betreft het inschatten van de kans dat agressief gedrag tijdens het consult zou plaatsvinden, als wat betreft de frequentie van het rapporteren van agressief gedrag. Er werden aanwijzingen gevonden dat een sterkere mate van consciëntieusheid van de medewerker positief samenhangt met een hogere kans om agressie tijdens consulten te rapporteren. Altruïsme leek negatief te correleren met de inschatting vooraf van de kans dat er sprake zou zijn van agressief gedrag van de patiënt tijdens het consult.

CONCLUSIE Enerzijds kunnen mensen die hoog scoren op consciëntieusheid en daarmee nauwgezet, ordelijk en systematisch werken en zich aan de regels houden, mogelijk minder flexibel inspelen op wat er in de interactie met de patiënt gebeurt, waardoor er sneller irritatie bij de patiënt ontstaat. Anderzijds kunnen dergelijke medewerkers mogelijk de invulinstructies wanneer agressie gemeld moet worden, nauwkeuriger gevolgd hebben, waardoor zowel de inschatting vooraf op de kans op agressie, als het aantal meldingen van daadwerkelijke agressie bij hen hoger ligt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 448-454

TREFWOORDEN agressie, crisisdienst, medewerkers, voorspellen



ARTIKEL



Er is veel onderzoek verricht naar de kenmerken van agressieve psychiatrische patiënten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een sluitende definiëring van agressie en een betrouwbare wijze van het registreren van agressie en gewelddadig gedrag vele onderzoekers voor problemen heeft gesteld. Zo blijkt in Amerikaans onderzoek (Monahan e.a. 2001) dat geslacht, leeftijd, alcohol- en druggebruik, voorgeschiedenis van agressie, kindermishandeling, diag-

nose (zoals psychose), woedebeheersing en gewelddadige fantasieën samenhangen met gewelddadig gedrag na ontslag uit een psychiatrische instelling. Er zijn meerdere instrumenten ontwikkeld om agressief gedrag van patiënten te voorspellen, met name in het forensische veld. Het is echter belangrijk om agressief gedrag niet alleen te kunnen voorspellen, maar ook om de mogelijke oorzaken ervan te begrijpen (Skeem & Monahan 2009).

In dit artikel verleggen wij de aandacht van het voorspellen van agressief gedrag naar een van de mogelijke oorzaken ervan om op die manier het (her)optreden te kunnen beïnvloeden. We leggen het accent daarbij op een minder vaak onderzocht terrein, namelijk de kenmerken van stafleden in relatie tot agressie van patiënten in een psychiatrische crisissituatie verkeren.

In de literatuur zijn er aanwijzingen dat agressie niet alleen bepaald wordt door patiëntvariabelen, maar ook in de interactie met omgevings- en hulpverlenersvariabelen (Nijman e.a. 1999; van der Schaaf e.a. 2013; Wittingthon & Wykes 1996) kan ontstaan. Zo werd recentelijk in een grootschalig Nederlands onderzoek gevonden dat bepaalde bouwkundige afdelingsvariabelen, zoals de hoeveelheid private ruimte per patiënt, samenhangen met minder gebruik van de separeerruimte (van der Schaaf e.a. 2013). Minder is bekend over de mogelijke invloed van de kenmerken en eigenschappen van de hulpverlener in de psychiatrie in relatie tot het al of niet optreden van agressie van patiënten. Recentelijk werd onder medewerkers van de crisisdienst GGZ Oost-Brabant (regio Uden/Veghel) middels de *NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R; Costa & McCrae 1992) onderzocht welke persoonlijkheidskenmerken deze beroepsgroep karakteriseerden (Penterman e.a. 2011). Hieruit bleek dat de medewerkers van deze crisisdienst ten opzichte van een normgroep van hoogopgeleide Nederlanders significant lager scoorden op neuroticisme. Dit wil overigens nog niet zeggen dat dergelijke lage scores ook daadwerkelijk samenhangen met een succesvollere beroepsuitoefening als crisisdienstmedewerker.

In het huidige onderzoek wordt het mogelijke verband tussen persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers van de crisisdienst en het meemaken van agressie tijdens outreachende contacten met de patiënten nader onderzocht. Voor zover ons bekend is dit de eerste studie die een dergelijke relatie empirisch onderzoekt in een dergelijke steekproef.

METHODE

Aan alle medewerkers van de 24-uurscrisisdienst werd gevraagd om een NEO-PI-R in te vullen ($n = 21$). Voorafgaande aan alle outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises die in 2007 en 2008 plaatsvonden, vulden de medewerkers bovendien een korte checklist in, de *Checklist Risico Crisisdienst* (CRC; zie voor meer informatie over deze checklist; Penterman & Nijman 2009). Daarnaast werd na de crisiscontacten eventueel opgetreden agressief gedrag van de patiënt geregistreerd aan de hand van de *Staff Observation Aggression Scale – Revised* (SOAS-R; Nijman e.a. 1999). Wij gaan eerst kort nader in op de gebruikte instrumenten.

AUTEURS

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

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

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

CORRESPONDENTIEADRES

E.J.M. Penterman, GGZ Oost-Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.

E-mail: ejm.penterman@ggzooostbrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-12-2013.

NEO-PI-R

De Nederlandstalige NEO-PI-R is een geautoriseerde vertaling van de *NEO Personality Inventory* (Hoekstra e.a. 1996). Het instrument dat uit 240 items bestaat, meet de vijf belangrijkste dimensies of domeinen van de persoonlijkheid bij volwassenen (ook wel aangeduid als de 'big five'). Deze vijf domeinen zijn: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Binnen elk van deze vijf domeinen worden tevens zes facetten/subschalen onderscheiden die de dimensie in kwestie verder specificeren. De NEO-PI-R geeft een betrouwbare en omvattende beoordeling van de persoonlijkheid van volwassenen (Costa & McCrae 1992).

CRC

Aan de hand van de CRC wordt door de crisisdienstmedewerker, voordat hij of zij de patiënt gaat zien, een aantal items gescoord die mogelijk verband houden met een verhoogd risico op agressie. Het gaat hierbij om zaken zoals:

- Door wie was de crisisdienst ingeschakeld?
- Wat is de eerste inschatting van het toestandsbeeld/diagnose van de patiënt?
- Zijn er eventuele risicoverhogende patiëntgebonden factoren zoals eerdere agressie, mogelijke paranoeide waandenkbeelden?
- Lijkt er sprake van eventuele risicoverhogende omgevingsfactoren, zoals het aanwezig zijn van mogelijk (andere) gevaarlijke personen in de omgeving van de

patiënt, gevaarlijke huisdieren, mogelijke wapens in huis?

- Zijn er voorzorgsmaatregelen nodig om gevaarlijke situaties te voorkomen, zoals de patiënt samen met een collega zien in plaats van alleen, de patiënt naar een bepaalde locatie laten komen?

Een belangrijk onderdeel van de CRC is een visuele-analoge schaal (VAS) waarop de medewerker gevraagd wordt om op basis van de genoemde vragen een inschatting te maken van het risico op agressief gedrag voordat zij de patiënt in crisis gaan zien. De score op deze schaal kan lopen van 0 tot en met 100 mm, waarbij geldt hoe hoger de score, des te hoger het risico op agressie tijdens het consult wordt ingeschat.

SOAS-R

De SOAS-R is een veelgebruikte agressie-observatieschaal. Hiermee worden naast datum en tijdstip van agressieve incidenten, ook de aanleiding tot het agressieve gedrag, de bij de agressie gebruikte middelen, het doelwit van de agressie, de consequenties ervan en eventuele maatregelen die genomen werden in reactie op het agressieve gedrag geregistreerd (Nijman e.a. 1999). In geval van agressie van de patiënt werd door de medewerker na het outreachende contact een SOAS-R ingevuld. In het wekelijkse teamoverleg werden deze incidenten besproken en geëvalueerd. Op basis van de geregistreerde tijdstippen waarop agressie plaatsvond, konden de agressieve incidenten gekoppeld worden aan de desbetreffende crisisdienstmedewerkers die op dat moment in dienst waren en hun persoonlijkheidskenmerken.

Statistische analyses

Conform eerdere studies naar het werken met de CRC (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013) gingen wij eerst in algemene zin na met een t-toets of de risico-inschattingen die de crisisdienstmedewerkers vooraf maakten van de kans op agressie, gemiddeld hoger waren voor crisiscontacten waarvoor agressie op de SOAS-R werd gerapporteerd.

Ook berekenden wij op basis van een zogenaamde *receiver-operating characteristics* (ROC)-analyse in SPSS de *area under the curve*-waarde (AUC-waarde) voor de risico-inschatting op de VAS. Een AUC wordt berekend door voor de verschillende afkappunten het percentage 'valse alarmen' af te zetten tegen het percentage correcte voorspellingen. De AUC-waarde kan variëren van 0,0 tot 1,0. Een waarde van 1 houdt een perfecte voorspelling in. Een waarde van rond de 0,50 betekent dat het betreffende instrument of variabele geen voorspellende waarde heeft.

Aan de hand van de gegevens van de CRC's en de SOAS-R

registraties onderzochten wij vervolgens of stafleden met bepaalde persoonlijkheidskenmerken het risico op agressie op voorhand gemiddeld hoger inschatten voordat zij de patiënt in crisis gingen zien (variantieanalyse; ANOVA). Vervolgens bestudeerden wij of stafleden met bepaalde persoonlijkheidskenmerken vaker agressie rapporteerden dan anderen (met een χ^2 -toets). Vervolgens werden de correlaties tussen de persoonlijkheidskenmerken van de desbetreffende medewerkers (zoals gemeten met NEO-PI-R), en de agressie-inschattingen en het al dan niet rapporteren van agressie zoals waargenomen tijdens het contact met de patiënt in crisis (aan de hand van de SOAS-R) onderzocht (Spearman's rho's).

RESULTATEN

Er waren 21 verschillende voorwachten die middels de NEO-PI-R hun persoonlijkheidsprofiel in kaart hadden laten brengen. Deze 21 medewerkers waren de totale vaste pool van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers), bestaande uit 15 vrouwen (71%) en 6 mannen (29%). De gemiddelde leeftijd van deze 21 medewerkers was 43 jaar (SD 5,8; uitersten: 30-53). In totaal hadden deze 21 medewerkers in de twee onderzoeksjaren voor 576 crisiscontacten de CRC ingevuld; gemiddeld vulde elke medewerker voor 27,4 crisiscontacten een CRC in (SD 16,6; uitersten: 2-63).

De gegevens van degene met het laagste aantal ingevulde CRC's werden vanwege dit afwijkende lage aantal in een aantal berekeningen buiten beschouwing gelaten. We presenteren berekeningen waarin de gegevens van deze persoon wel en niet in de analyse werden meegenomen. Bij het weglaten van deze getalsmatige uitbijter was het aantal observaties van de 20 overgebleven SPV'ers minimaal 10 tot maximaal 63; gemiddeld aantal contacten 28,7 (SD 15,9).

In overeenstemming met eerdere studies (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013) bleek dat de VAS-score wat betreft de voorspelling van agressie significant hoger was in geval er tijdens het consult agressie werd waargenomen ($n = 74$), in vergelijking met contacten waarbij geen agressie werd waargenomen ($n = 502$). De gemiddelde VAS-score was 44,0 versus 20,6 mm; $t(574) = 6,3$; $p = 0,000$; gemiddeld verschil = 23,4 mm; 95%-betrouwbaarheidsinterval 30,8-16,1. De AUC was 0,73. We beschrijven kort de aard van deze 74 gemelde incidenten.

Aard van de agressie-incidenten

Bij 52 van de 74 gerapporteerde incidenten (70%) bleef de agressie 'beperkt' tot verbale agressie en/of het uiten van dreigementen. In de overige 22 gevallen (30%) ging het om fysiek (aanvals)gedrag. Daarbij ging het relatief vaak om trappen en/of slaan (10 incidenten), in 7 gevallen werd aangegeven dat de patiënt gevaarlijke objecten of metho-

den inzette zoals het dreigen met een mes, in 4 gevallen ging het om gooien met spullen, met name stoelen en/of servies en in 1 geval ging het om bijten.

Verschillen tussen medewerkers

De 20 medewerkers die minimaal 10 keer (uitersten: 10-63) de CRC hadden ingevuld, bleken significant te verschillen wat betreft hun vooraf gemaakte gemiddelde inschatting op de kans op agressie tijdens het consult ($F(19, 554) = 2,6$; $p = 0,000$). De gemiddelde inschatting was op de VAS van 0 tot 100 mm voor de laagst scorende medewerker 5,9 mm (aantal consulten = 13), voor de hoogst scorende medewerker 33,8 mm (aantal consulten = 24). Naast grote verschillen in de geschatte kans op agressie voorafgaand aan het contact met de patiënt bleken er ook significante verschillen in de proportie van de contacten waarvoor agressie naderhand werd gemeld door de medewerkers. Om te illustreren hoe groot deze verschillen waren: één medewerker rapporteerde voor 81% van de contacten (13 van in totaal 16 consulten) dat er agressie had plaatsgevonden, terwijl 4 van de 20 medewerkers nooit agressie rapporteerden ondanks het feit dat zij gemiddeld voor 18,8 consulten het formulier hadden ingevuld.

Verbanden tussen persoonlijkheidskenmerken en agressie

Onderzocht werd of persoonlijkheidskenmerken zoals gemeten met de NEO-PI-R samenhangen met een hogere dan

wel lagere ingeschatte kans op agressie voor het consult en de proportie van consulten waarvoor agressie gemeld werd (TABEL 1; in deze tabel worden Spearman's rho correlaties afzonderlijk gepresenteerd zowel voor de hele groep van 21 medewerkers als voor een n van 20 na exclusie van de medewerker die slechts 2 CRC's had ingevuld).

De tabel laat zien dat voor de totale groep van 21 medewerkers geen van de vijf hoofdschalen van de NEO-PI-R significant samenhang met het percentage waargenomen agressie-incidenten. Wel werden trends gevonden ($p < 0,1$, tweezijdig) dat 'consciëntieusheid' samenhang met een hogere inschatting op de VAS dat er agressie verwacht werd tijdens het consult (Spearman's rho = 0,41; $p = 0,068$; $n = 21$), en ook met een iets hogere rapportage van agressie na het consult op de SOAS-R (Spearman's rho = 0,43; $p = 0,053$; $n = 21$). Met weglating van de medewerker die slechts twee CRC's had ingevuld, werd een significante correlatie ($p < 0,05$; tweezijdig) gevonden tussen de mate van consciëntieusheid en hoe vaak agressie werd gerapporteerd (Spearman's rho = 0,49; $p = 0,030$; $n = 20$), en een negatieve correlatie tussen de mate van altruïsme van de medewerker en de inschatting die vooraf van de kans dat agressie tijdens het consult zal plaatsvinden werd gegeven (Spearman's rho = -0,46; $p = 0,041$; $n = 20$). Deze laatste bevinding wijst erop dat medewerkers die 'hulpvaardig, bescheiden, vriendelijk en geneigd tot samenwerken' zijn, en zich 'goed in een ander kunnen verplaatsen' (zie Hoekstra e.a. 1996; p. 21), de kans op agressie tijdens het consult lager inschatten.

TABEL 1 Spearman's rho correlatiecoëfficiënten tussen de vijf hoofddomeinen van de NEO-PI-R en VAS-inschatting van de kans op agressie en het percentage contacten waarvoor agressie gemeld werd

NEO-PI-R- hoofddomein	Gemiddelde score (standaard- deviatie) (n = 21)	Correlatie met inschatting op agressie (CRC- score bij n = 21)	Correlatie met inschatting op agressie (CRC- score bij n = 20)	Correlatie met gerapporteerde agressie (SOAS-R- score bij n = 21)	Correlatie met gerapporteerde agressie (SOAS-R- score bij n = 20)
Neuroticisme	123,2 (16,9)	0,26 ($p = 0,25$)	0,24 ($p = 0,30$)	-0,31 ($p = 0,17$)	-0,29 ($p = 0,21$)
Extraversie	155,1 (15,4)	-0,20 ($p = 0,39$)	-0,16 ($p = 0,49$)	-0,04 ($p = 0,86$)	-0,08 ($p = 0,75$)
Openheid	164,3 (10,6)	-0,13 ($p = 0,58$)	-0,02 ($p = 0,94$)	0,06 ($p = 0,81$)	-0,01 ($p = 0,96$)
Altruïsme	172,2 (11,3)	-0,33 ($p = 0,15$)	-0,46 ^b ($p = 0,041$)	0,11 ($p = 0,63$)	0,18 ($p = 0,45$)
Consciëntieus- heid	165,5 (14,2)	0,41 ^a ($p = 0,068$)	0,40 ^a ($p = 0,083$)	0,43 ^a ($p = 0,053$)	0,49 ^b ($p = 0,030$)

^a $p < 0,1$; tweezijdig.

^b $p < 0,05$; tweezijdig.

Exploratieve analyses werden uitgevoerd om te zien of bepaalde onderliggende facetten van deze twee hoofdschalen mogelijk met name lijken bij te dragen aan deze significante correlaties. Van de zes facetten waaruit 'consciëntieusheid' bestaat, hangen er drie significant positief samen met het rapporteren van agressie, en wel de schalen 'doelmatigheid' (C1), 'ordelijkheid' (C2) en 'betrouwbaarheid' (C3). Mensen met deze eigenschappen zijn 'bekwaam, verstandig en effectief inzake de opgaven van het leven' (C1), 'precies, ordelijk en systematisch' (C2) en 'houden zich strikt aan normen en ethische principes' (C3). De correlaties tussen C1, C2 en C3 met het percentage crisiscontacten waarvoor agressie werd gemeld, waren respectievelijk 0,46, 0,53 en 0,62 (p -waarden alle $< 0,05$; $n = 20$). Wat betreft het significante verband tussen 'altruïsme' en de inschatting op de kans op agressie vooraf (zie tabel 1), bleek alleen het onderliggende facet A4, welke 'inschikkelijkheid' meet, negatief te correleren met deze vas -inschatting (Spearman's $\rho = -0,46$; $p = 0,039$; $n = 20$). Mensen die hoog scoren op dit facet zouden 'zachtaardig en mild' zijn en 'schikken zich naar de ander als het erop aankomt' (Hoekstra e.a. 1996; p. 26).

DISCUSSIE

Aanzienlijke verschillen werden gevonden tussen de medewerkers wat betreft hun gemiddelde inschatting van de kans dat er agressie zou optreden tijdens het crisiscontact, en ook wat betreft het aantal contacten waarvoor agressie werd gemeld. Zo was er een medewerker die in 82% van de crisiscontacten agressie had ervaren terwijl sommige andere medewerkers nooit agressie rapporteerden. Er werden aanwijzingen gevonden dat een hoge mate van consciëntieusheid van de medewerker positief samenhangt met een iets hogere kans om agressie tijdens het consult waar te nemen dan wel te rapporteren. Exploratieve analyses welke onderliggende facetten van de C-schaal mogelijk correleren met een verhoogde kans om agressie te rapporteren wezen erop dat het hierbij lijkt te gaan om de eerste drie facetten waaruit deze hoofdschaal is opgebouwd, welke 'doelmatigheid' (C1), 'ordelijkheid' (C2) en 'betrouwbaarheid' (C3) meten.

Deze mogelijke verbanden kunnen met het huidige onderzoeksdesign echter hoe dan ook niet in termen van oorzaak en gevolg uitgedrukt worden. Mogelijk zijn mensen die hoog scoren op (onderdelen van) 'consciëntieusheid' minder flexibel wat betreft het inspelen op wat er in de interactie met de patiënt gebeurt, en mogelijk ook sterker gericht zijn op het nauwgezet volgen van vastgelegde procedures en regels. Hierdoor zou er sneller irritatie bij de patiënt en/of omgeving kunnen ontstaan, met agressief gedrag als mogelijk gevolg.

Mensen die consciëntieus zijn, en streven naar doelmatig,

ordelijk en nauwgezet werken, zouden problemen mogelijk minder op hun beloop willen laten en daardoor wellicht ook eerder willen ingrijpen.

Echter, het is ook mogelijk dat mensen die zeer nauwgezet, ordelijk en systematisch zijn, de invulinstructie en definiëring van wanneer agressie gemeld moet worden nauwgezet hebben gevolgd, waardoor zij vaker agressie melden. Mocht deze verklaring juist zijn, dan zou er dus sprake zijn van onderrapportage bij personen die minder consciëntieus zijn. Uit eerder onderzoek is gebleken dat met een agressieregistratiemethode zoals de *soas-r*, ondanks de invulinstructie op het formulier, een substantieel deel van optredende agressie op opnameafdelingen niet geregistreerd wordt (zie Tenneij e.a. 2009). Het is dus mogelijk dat personeel met een lage consciëntieusheid simpelweg minder snel registreert.

Verder vonden wij aanwijzingen dat naarmate medewerkers meer altruïstische trekken vertonen, ze de kans dat ze met agressie geconfronteerd worden tijdens het consult lager inschatten. Deze negatieve correlatie bleek met name gedragen te worden door de inschikkelijkheid (facet A4) van de desbetreffende medewerker.

Hierbij dienen we echter op te merken dat wij geen inzicht hebben in de werkelijke agressierisico's van de desbetreffende patiënten, waardoor wij niet kunnen uitsluiten dat bepaalde crisisdienstmedewerkers gemiddeld genomen niet werkelijk meer contacten met patiënten met een hogere kans op agressie hadden. Er zullen namelijk behoorlijk grote verschillen bestaan tussen de patiënten wat betreft hun agressierisico en daarnaast blijkt uit een eerder onderzoek (Penterman 2006) dat op bepaalde tijdstippen (aan het einde van de avond en in de nachtelijke uren) de kans op agressie tijdens een consult beduidend hoger is dan overdag.

Beperkingen

In ons onderzoek werd een behoorlijk aantal exploratieve toetsen uitgevoerd in een steekproef die beperkt van omvang was. Bij bonferonni-correctie voor het aantal uitgevoerde toetsen zouden de gevonden verbanden niet significant zijn. De beperkte steekproefomvang is duidelijk een grote beperking van het huidige onderzoek. Het aantal van 21 medewerkers (en 20 na weglating van een uitbijter) is echter de feitelijke omvang van de vaste pool van *spv*'ers van de crisisdienst in de regio Uden-Veghel. Statistische significantie is afhankelijk van zowel de sterkte van het verband als de steekproefgrootte. Een grotere steekproef waarin meerdere crisisdiensten participeren, zou niet alleen eventuele problemen met de *power* van dit onderzoek, maar ook de generaliseerbaarheid naar crisisdienstmedewerkers in algemene zin kunnen vergroten.

Het huidige onderzoek is echter mede bedoeld om de

aandacht van agressieonderzoek, dat zich traditioneel vooral richt op de kenmerken van de agressieve patiënt, te verschuiven naar interacties tussen patiënt en anderen, en ook aandacht te vragen voor eventuele omgevingsfactoren die een rol spelen bij het ontstaan van agressie, waaronder ook de kenmerken van de hulpverlener vallen.

CONCLUSIE

Recent (risicotaxatie)onderzoek heeft zich vooral beziggehouden met het statistisch voorspellen van agressie op basis van patiëntenkenmerken, maar heeft minder aandacht voor de oorzaken die kunnen ontstaan in de interac-

tie met de omgeving. In overeenstemming hiermee stelden de onderzoekers Skeem en Monahan (2011, p. 38) dat *'de tijd rijp is om de aandacht te verleggen van voorspellen van agressie naar begrijpen van de oorzaken ervan en voorkomen van (opnieuw) optreden ervan'*. In deze zoektocht zouden de interactie- en communicatiestijl van medewerkers in de ggz als mogelijke beïnvloeders van het al dan niet optreden van agressie naar onze mening moeten worden meegenomen. Mochten bepaalde persoonlijkheidstrekken en communicatiestijlen samen blijken te hangen met een verminderde kans op incidenten, dan zouden ggz-medewerkers hier gericht in geschoold kunnen worden.

LITERATUUR

- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, e.a. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press; 2001.
- Hoekstra HA, Ormel J, Fruyt F. NEO persoonlijkheidsvragenlijsten. NEO-PI-R & NEO-FFI. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1996.
- Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, e.a. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 1999; 25: 197-209.
- 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 EJM, Smeets JML, van der Staak CPF, Özer H, Nijman HLI. Persoonlijkheidskenmerken van crisisdienstmedewerkers in de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 145-51.
- Penterman EJM, Nijman HLI, Saalmink K, Rasing S, van der Staak CPF. Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz-crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 93-100.
- Schaaf van der P, Dusseldorp E, Keuning F, Janssen W, Noorthoorn E. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 142-9.
- Skeem JL, Monahan J. Current directions in violence risk assessment. *Social Science Research Network* 2011; 13: 38-42.
- Tenneij N, Goedhard L, Stolker J, Nijman H, Koot H. The correspondence between the Staff Observation Aggression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incident. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23: 283-8.
- Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1996; 35: 11-20.

SUMMARY

Estimating and reporting aggression in relation to personal characteristics of emergency service workers

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

BACKGROUND Research on aggression in mental health care has focused mainly on patient characteristics, whereas very little research has been done on the characteristics of the care providers in their reporting of aggression.

AIM To study the characteristics of the care providers of an emergency service in relation to the reporting of aggression.

METHOD All emergency service workers (n = 21) in the Uden-Veghel region were asked to complete a NEO-PI-R form. Before 576 outreach contacts had been made with patients in psychiatric crises, the Checklist of Risks in the Crisis-team (CRC) was also completed and in cases where the patient exhibited aggressive behaviour, a SOAS-R form was filled in, following contact with the patient.

RESULTS Significant differences were found between the psychiatric emergency service workers with regard to the mean estimates of the likelihood that they would experience aggression during the consultation and with regard to the proportion of patient contacts for which emergency workers reported aggression. There were indications that the level of conscientiousness of the emergency service workers was positively associated with a higher chance that they would report aggressive behaviour following the consultation. Furthermore, altruism was found to be negatively associated with the likelihood, as predicted by the service workers, that they would be confronted with aggression during contact with the patient.

CONCLUSION Possibly, workers who scored high on conscientiousness and who work thoroughly and in a orderly and systematic manner and who keep to the rules are less flexible in their response to the patient during the interaction. As a result, the patient became irritated more quickly. On the other hand, it could be that conscientious workers completed the form-filling more carefully when aggression had to be reported and as a result they made higher preliminary estimates of the likelihood of aggression and a reported a larger number of incidents of actual aggression.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 448-454

KEY WORDS aggression, care providers, emergency service, prediction