

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/2066/143494>

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

Over agressie in de ggz-crisisdienst:

Inventarisatie van het probleem
en ontwikkeling van een checklist

Berry Penterman

ISBN: 978-94-6259-825-6

Druk- en bindwerk: Ipskamp Drukkers BV, Enschede
Vormgeving en layout: Legatron Electronic Publishing, Rotterdam

© Engelbertus Penterman

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Over agressie in de ggz-crisisdienst:

Inventarisatie van het probleem en ontwikkeling van een checklist

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor

aan de Radboud Universiteit Nijmegen

op gezag van de rector magnificus prof. dr. Th. L. M. Engelen,

volgens besluit van het college van decanen

in het openbaar te verdedigen

op woensdag 30 september 2015

om 12.30 u precies

door

Engelbertus Johannes Maria Penterman

geboren op 1 juni 1954

te Amersfoort

PROMOTOREN

Prof. dr. H. Nijman

Prof. dr. C. van der Staak

MANUSCRIPTCOMMISSIE

Prof. dr. J Spijker

Prof. dr. N. Mulder (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Prof. dr. B. van Meijel (Vrije Universiteit Amsterdam)

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1	INLEIDING	7
HOOFDSTUK 2	AGRESSIE TIJDENS CRISISDIENSTEN VAN DE GGZ	15
HOOFDSTUK 3	PSYCHOSE EN AGRESSIE: ELKAAR IN STAND HOUDENDE MECHANISMEN?	21
HOOFDSTUK 4	HET INSCHATTEN VAN AGRESSIE BIJ PATIËNTEN VAN DE GGZ-CRISISDIENST	27
HOOFDSTUK 5	INSCHATTEN VAN AGRESSIE TIJDENS CONTACTEN MET DE GGZ - CRISISDIENST MET EEN CHECKLIST: EEN REPLICATIESTUDIE	39
HOOFDSTUK 6	DE VALIDITEIT VAN ACUTE DIAGNOSE-INSCHATTINGEN DOOR GGZ-CRISISDIENSTMEDEWERKERS	49
HOOFDSTUK 7	PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN CRISISDIENSTMEDE WERKERS IN DE GGZ	59
HOOFDSTUK 8	INSCHATTEN EN RAPPORTEREN VAN AGRESSIE IN RELATIE TOT PERSOONSKENMERKEN VAN CRISISMEDEWERKERS	69
HOOFDSTUK 9	DISCUSSIE	79
	SAMENVATTING	93
	SUMMARY	97
	DANKWOORD	101
	CURRICULUM VITAE	103
	REFERENTIES	105

Hoofdstuk 1

Inleiding

De crisisdienst van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is er om psychiatrische crises te helpen oplossen. Het doel is het stellen van een psychiatrische diagnose en het indiceren van verdere behandeling of opname indien noodzakelijk. Meestal is het de huisartsenpost die melding maakt van een crisis. De crisisdienst kan op verschillende locaties werkzaam zijn: bij iemand thuis, op het politiebureau of in het ziekenhuis. Soms is de hulp consultatief, met een advies aan de huisarts. Soms – als het onvermijdelijk is – wordt de patiënt opgenomen.

De sociale psychiatrie, waarbinnen de crisisdienst lang heeft geopereerd, heeft altijd vooral tot doel gehad opnames te voorkomen (Jenner 2005; Achilles & Beerthuis 2011). Vooral de laatste jaren is, mede vanwege de vermindering van het aantal bedden binnen de GGZ (Bestuurlijk akkoord 2012), het accent nog sterker komen te liggen op een scherpere indicatiestelling voor opname. Daarnaast speelde het systeem theoretisch concept vroeger een grotere rol in het werk van de sociale psychiatrie. Het idee dat een gezin een samenhangend geheel is met wisselwerking en patroonvorming in allerlei communicatieve processen bracht indertijd innovatieve interventies voort. Door kritiek op dit concept en verminderde belangstelling voor deze wijze van benaderen is er, ook in de GGZ crisisdienst, een meer individuele benadering ontstaan van crisis (Boeckhorst 2014; Achilles & Beerthuis 2011).

Vanwege de mogelijke agressie die de GGZ medewerker in een crisis kan ontmoeten, tekent zich tegelijk een toenemende terughoudendheid af wat betreft het afleggen van huisbezoeken aan patiënten in crises. De aard van de agressieve incidenten blijft doorgaans ‘beperkt’ tot verbale agressie en het uiten van dreigementen, maar ook trappen en slaan komen voor. Soms grijpt de patiënt naar gevaarlijker methoden zoals het dreigen met een mes (Penterman e.a. 2014). Mede daarom wordt ervoor gekozen een deel van de contacten op een veilige locatie te laten plaatsvinden, in een kliniek of op een politiebureau.

Vanwege het mogelijk agressieve gedrag van patiënten is de veiligheid van medewerkers het afgelopen decennium een belangrijk aandachtspunt geworden in de crisisdienst van de GGZ. Sinds in 2003 het project ‘Onveiligheid in de crisisdienst’¹ startte is het thema in de belangstelling blijven staan. In dat verband deed de minister van Justitie en Veiligheid Opstelten de uitspraak: ‘Blijf met je poten van onze hulpverleners af’ (De Telegraaf, 2 januari 2014).

Dit proefschrift gaat over agressie in de psychiatrische crisisdienst, die zowel voor medewerkers als voor patiënten en hun omgeving grote gevolgen kan hebben. Onder agressief gedrag wordt in deze studie verstaan: elk verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag van patiënten dat dreigend is of daadwerkelijk fysieke schade aanricht aan hulpverleners, de patiënt zelf, anderen of objecten in de omgeving (naar: Morrison 1990).

Voor het ontstaan van agressief gedrag biedt geen enkele afzonderlijke variabele een volledige verklaring (Monahan e.a. 2001; Achterhuis 2008; Raine 2013). Agressief gedrag treedt namelijk doorgaans op in de communicatie tussen de patiënt en personen in de omgeving, evenals in de interactie tussen patiënt en hulpverlener. Wel zijn in epidemiologische studies factoren gevonden die correleren met agressie, zoals een jongere leeftijd, mannelijk geslacht, middelengebruik, sociaaleconomische status en eerdere gedwongen opnames (Monahan 1994). Sociologisch gezien

¹ Dit project vond plaats in GGZ Oost Brabant.

spelen factoren een rol als demografie, sociaaleconomische status, sociale context, maar ook levensgeschiedenis, klinische/psychiatrische factoren en behandelingsfactoren.

In dit proefschrift wordt getracht vanuit verschillende invalshoeken het optreden van agressieve incidenten in de crisisdienst van de GGZ te bestuderen. Zo wordt niet alleen gekeken naar de kenmerken van de agressieve patiënt in crisis, maar ook naar relevante omgevingsfactoren. Onderwerp van studie zijn daarnaast de persoonskenmerken van medewerkers van de crisisdienst, die een rol kunnen spelen bij het voorkómen, maar mogelijk ook het ontlokken van agressief gedrag. Het is de moeite waard langs deze weg een poging te doen om in het landschap van de crisisdienst de gevaarlijke punten te lokaliseren, waar als het ware een verhoogde kans bestaat op 'blikseminslag'. Op basis van grondige analyse is het dan wellicht mogelijk hier en daar een 'bliksemafleider' te installeren (Achterhuis 2008).

Een belangrijk deel van dit proefschrift is gewijd aan onderzoek naar het optreden van agressie door en tegen psychiatrische patiënten in het algemeen en in crisissituaties. Een ander deel van het onderzoek is gewijd aan studies naar de kenmerken die samenhangen met een verhoogd risico op agressief gedrag. Ten slotte wordt de vraag onderzocht of het voor crisisdienstmedewerkers mogelijk is van te voren een valide inschatting te geven van het risico op agressie tijdens het eerste contact met de patiënt.

Hieronder volgt eerst een overzicht van eerdere onderzoeken naar de omvang en ernst van agressief gedrag van psychiatrische patiënten.

PREVALENTIE VAN AGRESSIE VAN ÉN TEGEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Er is relatief veel onderzoek uitgevoerd naar de prevalentie van agressie van psychiatrische patiënten tijdens een al dan niet gedwongen opname in een psychiatrische instelling. Dat geldt ook voor Nederland (Nijman e.a. 1995; van de Sande e.a. 2011). In het begin van de jaren '90 rapporteerde een psychiatrische opnameafdeling met twintig bedden in Nederland ongeveer één (licht of zwaar) incident per dag. Er zijn aanwijzingen dat er destijds in ons land relatief veel agressie op psychiatrische afdelingen voorkwam, vergeleken met de ons omringende landen (Nijman e.a. 2005a). Daarnaast werd in Nederland relatief vaak gebruik gemaakt van separatie (Janssen 2013). De separatiecijfers zijn nog steeds hoog, ofschoon een grootschalig inventarisatie- en preventieprogramma van GGZ Nederland de laatste jaren heeft gezorgd voor een graduele kentering (Vruwink e.a. 2012). Feitelijk steeg het aantal separaties vanaf 1998 van ongeveer 1200 per kwartaal naar bijna 1600 aan het einde van 2005, waarna zich een significante trendbreuk voordeed naar minder separaties. Recente cijfers (Noorthoorn e.a. 2014) laten zien dat de kans om bij een opname in de psychiatrie gesepareerd te worden in een decennium met meer dan 50% is afgenomen. Ook de duur van de separaties is in deze jaren met ongeveer 50% afgenomen. Er is echter nog maar zeer beperkt onderzoek verricht naar het optreden van agressie tijdens crisiscontacten van de crisisdienst. Dit proefschrift besteedt daaraan aandacht in de hoofdstukken 2, 4, 5 en 6.

Agressie kan voor hulpverleners allerlei ernstige fysieke en psychologische gevolgen hebben en leiden tot ziekteverzuim (Nijman e.a. 2005b). Van belang is dat agressie echter niet alleen een

probleem is voor hulpverleners. Ook psychiatrische patiënten zelf lopen een relatief grote kans slachtoffer te worden van agressie. (Winsper e.a. 2013; Hughes e.a. 2012; Nijman e.a. 1995). Zo stelde Maniglio in 2009 vast dat 4,3 tot 35% van de patiënten die bij zijn onderzoeken betrokken waren, te maken had gehad met agressief gedrag van anderen. In Engeland vond Hodgins in 2007 bij vergelijkbaar onderzoek onder klinisch opgenomen patiënten een aandeel van 37 tot 58,7% onder vrouwelijke patiënten en een aandeel van 47,7 tot 65,2% onder mannelijke patiënten. In vergelijking met de wetenschappelijke aandacht voor agressie die patiënten tegen anderen uiten, is agressie tegen patiënten zelf een onderbelicht thema. Dat komt wellicht doordat het om een kwetsbare groep gaat, die uit zichzelf niet zo snel melding zal maken van agressief gedrag van anderen. Uit beperkt beschikbaar onderzoek blijkt echter dat bijna alle psychotische patiënten (94%) een traumatische ervaring hebben meegemaakt als gevolg van agressie en dat ongeveer de helft van hen (53%) met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kampt (Killcommons & Morrison 2005).

In de huidige klinische praktijk worden deze PTSS klachten bij psychotische patiënten onvoldoende of soms zelfs helemaal niet herkend. Ze blijven dus onbehandeld waardoor eventuele psychotische symptomen en achterdocht in stand worden gehouden. Die kunnen vervolgens weer leiden tot een slechtere uitkomst van het ziektebeloop (de Bont e.a. 2013; Killcommons & Morrison 2005). Terwijl tot voor kort werd gedacht dat behandeling van deze klachten de psychotische symptomen zou verergeren, wordt inmiddels duidelijk dat behandeling wel degelijk tot positieve effecten kan leiden.

Om meer zicht te krijgen op traumatiserende agressieve incidenten die psychotische patiënten meemaken, werd een groep patiënten met DSM-IV-R (American Psychiatric Association 2002) diagnose schizofrenie op gestandaardiseerde wijze gevraagd naar hun meest ernstige ervaring met agressie. Daarbij kon het zowel gaan om agressie van anderen tegen de betreffende patiënt als om agressie die de patiënt tegen anderen richtte. De resultaten van dit inventariserende onderzoek worden in hoofdstuk 3 beschreven.

HET 'VOORSPELLEN' VAN AGRESSIE

Zoals opgemerkt worden acute psychiatrische situaties in Nederland meestal geëvalueerd door ambulante psychiatrische crisisteams die worden geconsulteerd bij acute psychiatrische problematiek van een individu in een crisissituatie. In iets meer dan de helft van de gevallen is het de huisarts die om een consult vraagt (Penterman & Nijman 2009). De GGZ crisisdienst reageert daarop door de patiënt in crisis te bezoeken, meestal op de locatie waar deze zich bevindt. Dat is niet zonder risico. Om gevaarlijke situaties te voorkomen bestaat er behoefte aan een methode waarmee risico's van tevoren kunnen worden geschat, dat wil zeggen: voordat de patiënt wordt bezocht.

Men name binnen de forensische psychiatrie bestaat veel kennis over methoden waarmee agressief en delinquent gedrag in de toekomst kunnen worden voorspeld. Deze methoden, die doorgaans met de term 'risicotaxatie' worden aangeduid, worden in de forensische psychiatrie in verschillende typen ingedeeld (Hildebrand 2004; de Vogel 2005). Zo is er (1) het *klinisch oordeel* dat volledig gebaseerd is op de kennis en ervaring van de betrokken hulpverlener. Dan is er (2) de

zuiver rekenkundige actuariële risicotaxatie zoals de Violence Risk Appraisal Guide (Quinsey e.a. 1998). Deze lijst 'berekent' het risico op basis van zekere, objectiveerbare en kwantificeerbare factoren. Tot slot bestaat er een methode die kan worden beschouwd als een combinatie van de twee eerder genoemde. Deze methode (3) wordt ook wel de *gestructureerde klinische blik* of Structured Professional Judgement (SPJ) genoemd (de Vogel 2005). Bij het gebruik van de gestructureerde klinische risicotaxatie worden statische factoren (zoals geslacht en eerder agressief gedrag) en dynamische factoren (zoals het toestandbeeld van patiënt) in onderlinge afweging betrokken bij de klinische blik. Uitgangspunt daarbij is dat de hulpverlener zijn 'klinische blik' kan verbeteren met behulp van een gestructureerde lijst die ook factoren belicht, die verband houden met de situatie of context van de patiënt (zoals diens leefomgeving). Eerdere onderzoeksresultaten wezen er sterk op dat de actuariële risicotaxatie accurater is dan ongestructureerde klinische inschattingen (Monahan and Steadman 1994; 2001; Grove e.a. 2000; Borum 1996). Meer recent onderzoek (de Vogel 2005) richt zich op sterk gestructureerde klinische inschattingen (of Structured Professional Judgement). Daaruit blijkt dat deze klinische afweging van het recidiverisico, gebaseerd op de scoring van een gedetailleerde checklist met potentiële risico indicatoren, op haar beurt een enigszins betere voorspeller lijkt te zijn dan de eerder genoemde zuivere, actuariële risico inschatting.

Een voorbeeld van een instrument op basis waarvan in de forensische psychiatrie middels de gestructureerde klinische blik risicotaxaties worden uitgevoerd, is de zogenaamde Historical, Clinical and Risk indicators – 20, kortweg HCR-20 (Webster e.a.1997). Door middel van de HCR-20 kan de clinicus zich een oordeel vormen over het risico op recidive van forensische patiënten en dit uitdrukken in termen van laag, middel en hoog. Deze afweging is echter alleen te maken wanneer de 20 potentiële risicofactoren die in de HCR-20 zijn beschreven, eerst grondig zijn geëvalueerd en op gestructureerde wijze zijn gescoord. Met andere woorden: het gestructureerde klinische oordeel berust uiteindelijk op een grondige bepaling van potentiële risicofactoren volgens een vast protocol.

Samengevat laat de literatuur zien dat er meerdere instrumenten beschikbaar zijn om het risico op gewelddadig gedrag in verschillende situaties te wegen, maar dat geen enkel instrument geschikt is voor alle situaties. Alle instrumenten hebben hun beperkingen. De hierboven genoemde risicotaxatie instrumenten uit de forensische psychiatrie zijn bijvoorbeeld niet ontworpen om het agressierisico op korte termijn te voorspellen. Meer in het algemeen zijn er maar weinig instrumenten beschikbaar om agressie op de korte termijn te voorspellen. (Nijman 2002, Almvik e.a. 2007; Bjorkdahl e.a. 2006; van de Sande e.a. 2011) De instrumenten die daarvoor wel geschikt zijn, hebben vooral tot doel agressie tijdens opname in kaart te brengen. Een voorbeeld daarvan is de Bröset-Violence-Checklist (BVC). Deze lijst wordt op een gesloten opnameafdeling gebruikt om eventuele agressie van patiënten binnen 24 uur te beoordelen en passende maatregelen te nemen. Ook de Kennedy Axis V wordt gebruikt om van opgenomen psychiatrische patiënten agressie op de korte termijn te voorspellen (van de Sande e.a. 2011).

Er is op dit moment geen specifiek instrument dat in het kader van ambulante psychiatrische crisisbeoordeling het risico op agressie kan voorspellen, voorafgaand aan het crisisconsult. Een mogelijke complicatie bij het ontwikkelen van een dergelijk instrument is dat crisisdienstmedewerkers die het in de praktijk zullen hanteren, de patiënt vaak niet kennen. Zij moeten afgaan op de beperkte informatie die zij bij de eerste registratie van de patiënt krijgen van bijvoorbeeld de huisarts.

DE CHECKLIST RISICO CRISISDIENST (CRC)

In dit proefschrift wordt onderzocht of het mogelijk is om op basis van beperkte informatie toch een taxatie te maken van het risico op agressief gedrag gedurende het crisisconsult. Dit onderzoek wordt beschreven in de hoofdstukken 4 en 5 waarin de ontwikkeling en validering wordt beschreven van de Checklist Risico Crisisdienst (CRC). De CRC beoogt een meer gestructureerde klinische inschatting van agressierisico's tijdens aanstaande crisiscontacten mogelijk te maken. De medewerker van de crisisdienst moet immers eerst een aantal gesloten items doornemen betreffende factoren die het risico mogelijk verhogen, waarna hij of zij op een glijdende schaal van 10 centimeter een inschatting moet geven van het risico op agressie tijdens het op handen zijnde contact met de patiënt. Vragen die moeten worden beantwoord zijn bijvoorbeeld: door wie is de crisisdienst ingeschakeld, wat is de eerste inschatting van het toestandbeeld/diagnose van de patiënt, zijn er patiëntgebonden factoren die het risico verhogen, zijn er factoren in de omgeving die het risico verhogen, dienen er voorzorgsmaatregelen te worden genomen? In de hoofdstukken 4, 5 en 6 van dit proefschrift komen de psychometrische eigenschappen van de CRC aan de orde.

Zoals eerder opgemerkt hebben crisisdienstmedewerkers vaak slechts summiere informatie over het toestandbeeld van de patiënt in crisis, voordat zij die gaan zien. Om een diagnose goed te kunnen stellen is het van belang dat er voldoende tijd is en dat er sprake is van een rustige en veilige omgeving voor zowel patiënt als hulpverlener. Bij voorkeur is er bovendien een familielid of ander vertrouwd persoon aanwezig om een heteroanamnese af te nemen en de patiënt op zijn gemak te stellen. (Hengeveld & Schudel 2003). Tijdens de crisisdienst van de GGZ, evenals op de spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis, is er echter sprake van tijdsdruk. De behandelaar moet met relatief weinig informatie bij een voor hem of haar onbekende patiënt de diagnose stellen. Bij het psychiatrisch crisisconsult komt daar nog bij dat het vaak plaatsvindt in potentieel onveilige omstandigheden, bij nacht en ontij, en bij patiënten die geen behoefte voelen aan een behandelaar, met alle heftige emoties die daarbij horen (Achilles e.a. 2011). Er is nog een verschil. In de somatische gezondheidszorg is het vooral van belang snel levensbedreigende ziektes uit te sluiten of aan te tonen, de patiënt te stabiliseren en de juiste specialist bij de behandeling te betrekken. Bij een psychiatrische crisis is het doel ook om snel en adequaat een eerste inschatting te maken van de diagnose. Een goede inschatting van de diagnose kan namelijk betekenen dat een patiënt sneller verwezen kan worden, waardoor hij of zij sneller op de goede plaats terecht komt. Uit onderzoek is weinig bekend over de kwaliteit van een diagnose die gesteld is in crisissituaties. Toch is dat van belang in het kader van de preventie van agressie, maar ook bij het schatten van de kans op agressie tijdens een aanstaand crisiscontact. Bij een verkeerd ingeschatte crisissituatie kan agressie uit de hand lopen tegen de hulpverlener, de patiënt zelf of tegen omstanders.

Onderzoek naar de vraag hoe goed medewerkers in een crisissituatie een diagnose kunnen schatten is dus nodig. In het kader van het onderzoek naar de validiteit van de CRC werd de medewerkers gevraagd om ondanks de beschikbare schaarse informatie de checklist in te vullen en zich een oordeel te vormen over het agressierisico. Om de betrouwbaarheid van deze werkwijze te bepalen werd met behulp van een kleine groep beoordelaars een betrouwbaarheidsstudie uitgevoerd. Dat gebeurde aan de hand van een aantal op tape opgenomen aanmeldingen van

psychiatrische crises (hoofdstuk 4). Voorts wilde dit deelonderzoek antwoorden krijgen op de vraag in welke mate er bij patiënten die in de crisisdienst komen, maar nog niet bekend zijn, verschil bestaat tussen de diagnose die geschat wordt aan de hand van de Checklist Risico Crisisdienst en de klinische diagnose die later regulier na een intake gesteld wordt. Dit deel van het onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 6.

Naast het psychiatrisch toestandsbeeld en andere kenmerken van de patiënt die in de CRC worden beoordeeld, speelt mogelijk ook de crisismedewerker zelf een rol bij het al dan niet optreden van agressie tijdens het crisiscontact. Het gaat dan vooral om diens persoonskenmerken en wijze van handelen. Hieronder wordt in beeld gebracht wat er bekend is over de persoonskenmerken van psychiatrische medewerkers.

PERSOONSKENMERKEN VAN CRISISDIENST MEDEWERKERS

Het is niet alleen belangrijk agressief gedrag te kunnen voorspellen, maar ook de mogelijke oorzaken ervan te kunnen begrijpen (Skeem & Monahan 2009). De literatuur overziende zijn er aanwijzingen dat agressie niet alleen bepaald wordt door variabelen die verband houden met de persoon van de patiënt, maar ook door variabelen die verband houden met diens omgeving en met de hulpverleners. Zelfs bouwkundige factoren kunnen een rol spelen in het gedrag van patiënten (Wittington & Wikes 1996, Nijman e.a. 1999, van der Schaaf e.a. 2013).

Een Engelse studie onderzocht de invloed van persoonskenmerken van gevangenispersoneel op een afdeling met gedetineerden die leden aan een ernstige persoonlijkheidsproblematiek (Bowers 2003). Het onderzoek onder medewerkers wees erop dat een relatief hoge score op Neuroticisme van de NEO-PI-R (Costa & McCrea 1992) een voorspeller is voor een minder positieve houding van de medewerkers ten aanzien van de patiëntenpopulatie. Bovendien bleek een grotere kans op burn-out te bestaan bij personeel met hoge Neuroticisme scores (Bowers 2003). Deze studie beklemtoont het belang van de juiste persoon op de juiste plek. Recent vond een kleine studie plaats onder verpleegkundigen op een forensisch psychiatrische afdeling. Daarbij werd gebruik gemaakt van een polshorloge dat de huidweerstand meet (de Loeff e.a. 2014). Dit onderzoek wees er ook op dat, in termen van het huidgeleidingsniveau, een hogere score op Neuroticisme gemeten met de NEO-PI-R (Costa & McCrea 1992), samenhangt met een gemiddeld hogere score op het (psychofysiologische) stressniveau gedurende het werk. Werken in de crisisdienst van de GGZ, bij de politie of de brandweer wordt vaak beleefd als een ingewikkelde en belastende taak, omdat de activiteiten vaak met veel emoties gepaard gaan. Er is wel eens gesuggereerd dat er zoiets als een 'redderspersoonlijkheid' zou bestaan. Dit type persoonlijkheid zou dan kiezen voor dit type werk. Voor het bestaan van een dergelijke persoonlijkheid is echter geen bewijs geleverd (Wagner 2005).

Uit onderzoek bij begeleiders van patiënten met een verstandelijke handicap en zeer ernstige gedragsproblemen in relatie met burn-out klachten van deze begeleiders bleek dat een hogere emotionele intelligentie gepaard ging met gevoelens van competentie om dit werk te doen. In dezelfde groep bleek dat begeleiders relatief weinig burn-out symptomen vertonen, wanneer zij zelfverzekerd zijn, vertrouwen hebben, relatief weinig moeite hebben met het nemen van

beslissingen, zich gelukkig en levendig voelen, tevreden zijn met hun carrière en een open houding hebben ten aanzien van de (geestelijke) gezondheidszorg (Gerrits 2003).

Om deze redenen werd in het kader van dit proefschrift ook onderzoek uitgevoerd naar de kenmerken van de hulpverleners van de crisisdienst. Welke persoonlijkheidskenmerken karakteriseren de medewerkers van de crisisdienst in de regio Helmond en Uden/Veghel? De persoonlijkheidskenmerken zijn in kaart gebracht en bestudeerd aan de hand van de NEO-PI-R (Costa & McCrea 1985; 1992). Met de in totaal 30 facetten van de NEO-PI-R is het mogelijk de persoonlijkheid van volwassenen betrouwbaar en omvattend te beoordelen (Costa & McCrae 1992). Ook is gezocht naar mogelijke verbanden tussen de kenmerken van de medewerkers en de frequentie waarmee zij rapporteerden met agressie van patiënten in contact te zijn gekomen. Dit deelonderzoek naar de persoonlijkheidskenmerken van medewerkers van de crisisdienst en hun potentiële relatie met agressief gedrag wordt beschreven in de hoofdstukken 7 en 8 van dit proefschrift.

OVERZICHT VAN HET PROEFSCHRIFT

Samenvattend bestaat het huidige proefschrift uit drie delen. Het eerste deel is een zoektocht op kleine schaal naar het aantal agressieve incidenten die zowel hulpverleners (hoofdstuk 2) als patiënten (hoofdstuk 3) meemaken. Het tweede deel bestaat uit het ontwikkelen (hoofdstuk 4) en testen (hoofdstuk 4, 5 en 6) van een lijst die een schatting van de kans op eventuele agressieve incidenten mogelijk maakt. Het derde deel tot slot bestaat uit een inventarisatie van de persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers (hoofdstuk 7) en een onderzoek naar de vraag of deze kenmerken gecorreleerd zijn aan het ervaren van agressie tijdens het contact met de patiënt (hoofdstuk 8).

Hoofdstuk 2

Agressie tijdens crisisdiensten van de ggz²

² Gepubliceerd als: Penterman EJM. Agressie tijdens crisisdiensten van de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006; 48: 477- 480.

SAMENVATTING

Tijdens de crisisdienst kunnen spanningen en emoties hoog oplopen. Vaak worden bij nacht en ontij en onder tijdsdruk beslissingen genomen waar niet alle partijen het mee eens zijn. Binnen de GGZ Oost Brabant is onderzoek verricht naar het aantal bedreigende situaties tijdens crisiscontacten en naar risico verhogende factoren. Wekelijks werden alle incidenten in kaart gebracht en besproken aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale-Revised. Het percentage contacten waarbij agressie werd waargenomen was in 2002 14%. Opvallend is dat crisiscontacten waarin agressie werd ervaren, *relatief* vaak aan het eind van de ochtend en aan het eind van de avond/begin van de nacht optraden. Het gezamenlijk en structureel bespreken van incidenten in het wekelijkse overleg werd als zinvol ervaren omdat kennis en vaardigheden op het gebied van omgang met agressie onder alle medewerkers werd verspreid.

INLEIDING

Medewerkers van een crisisdienst van de ggz (geestelijke gezondheidszorg) lopen aanzienlijk risico om met agressie van patiënten met psychiatrische problematiek geconfronteerd te worden. Naar aanleiding van een ernstig incident ontstond in de tweede helft van de jaren negentig in de voormalige RIAGG te Veghel – inmiddels onderdeel van ggz Oost Brabant – behoefte om bedreigende situaties tijdens crisiscontacten met de medewerkers structureel te bespreken. Doel was om voorvallen gezamenlijk te analyseren. De vraag: ‘hoe kunnen we dergelijke situaties in de toekomst voorkomen?’ stond in deze besprekingen steeds centraal. Naast al bestaande overlegmomenten werd wekelijks een uur ingepland om crises, en dan in het bijzonder die waar zich agressie had voorgedaan, van de afgelopen week door te spreken. Deze evaluatiemethode waarbij zowel de SPV-ers als psychiaters aanwezig zijn, wordt al vanaf 1997 toegepast. In dit artikel worden aantal en aard van incidenten beschreven zoals ze in 2002 door de medewerkers van de crisisdienst gemeld werden.

METHODE

Elke week was er tijdens het crisioverleg een uitgebreide rondvraag naar bedreigende situaties zoals die in de voorafgaande week tijdens het werk hadden plaatsgevonden. In geval van incidenten werden deze in kaart gebracht aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R van Nijman e.a. 1999). Geregistreerd werden, naast datum en tijdstip van de 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 (Nijman e.a. 1995).

In deze korte bijdrage worden de meest in het oog springende resultaten van deze wekelijkse evaluatiebijeenkomsten besproken. De resultaten worden vooral in beschrijvende zin gepresenteerd. Daarnaast werden twee χ^2 toetsen uitgevoerd om na te gaan of agressie relatief vaak op bepaalde tijdstippen van de dag voorkwam en of agressie relatief vaak in het weekend plaatsvond.

RESULTATEN

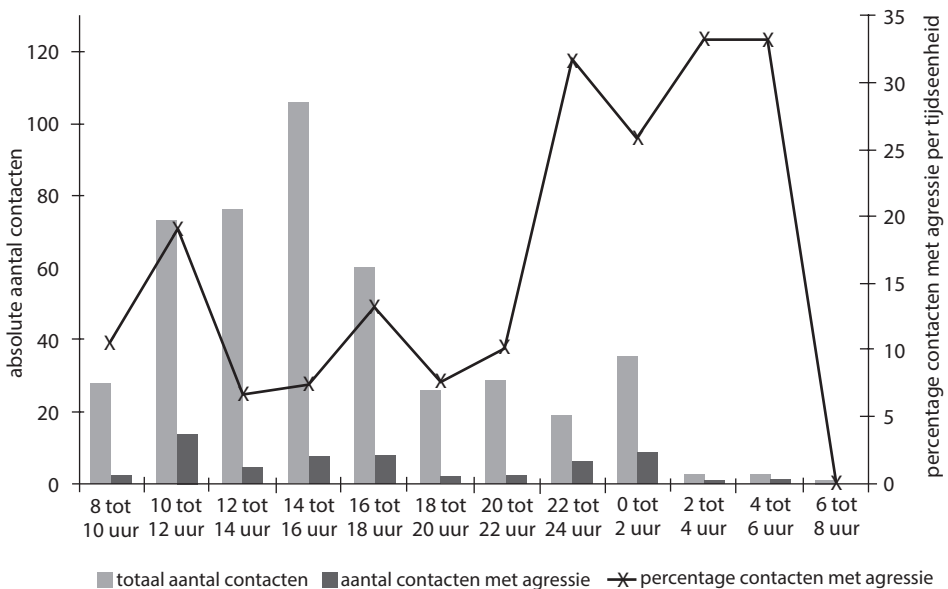
In 2002 vonden 459 crisiscontacten plaats binnen de regio Uden/Veghel van GGZ-Oost Brabant. De regio Uden/Veghel is een verstedelijkt plattelandsgebied met zo'n 125.000 inwoners. Bij deze 459 crisiscontacten ging het in de helft van de gevallen om eerste contacten, terwijl de andere helft in 2002 herhaaldelijk in verband met een crisis werd gezien (range 2 tot 7 contacten). Ter vergelijking, in Rotterdam ging het bij zo'n 40% van de patiënten ging om meervoudige contacten binnen de periode van een jaar (Mulder 2002).

Het merendeel van de contacten in de regio Uden / Veghel vond binnen kantoortijd plaats (314 van de 459; 68%). Van de 459 crisiscontacten vonden er 97 in de weekenden plaats. In de

wekelijkse besprekingen aan de hand van de SOAS-R werden in totaal 65 incidenten gerapporteerd, waarmee het percentage contacten waarbij agressie werd waargenomen op 14 lag. In Figuur 1 zijn de tijdstippen waarop agressie tijdens crisiscontacten werd waargenomen, weergegeven. Deze tijdstippen zijn afgezet tegen het totale aantal crisiscontacten. Agressie leek relatief vaak aan het eind van de avond / begin van de nacht op te treden en aan het eind van de ochtend [$\chi^2(11) = 22,0$, $p < 0,05$]. Agressie trad echter niet significant vaker tijdens weekendcontacten op [$\chi^2(1) = 1,3$, $p = 0,26$].

Bij 37 van de 65 crisiscontacten (57%) was de agressie tegen medewerkers van de crisisdienst gericht, waarbij in de overgrote meerderheid van deze incidenten (namelijk 87%) de SPV-er en / of psychiater bedreigd werden. Verder ging in ongeveer 1 op de 5 incidenten om auto-agressief gedrag (22%), en in 15% van de gevallen was de agressie gericht tegen personen in de naaste omgeving van de patiënt.

Wat betreft de agressie tegen medewerkers van de crisisdienst, ging het in de overgrote meerderheid om verbale dreigementen aan het adres van de hulpverlener(s). Bij zes incidenten was er echter sprake van bedreigende lichamelijke handelingen. In twee van deze zes gevallen werd de medewerker bespuugd (waarbij in een van deze gevallen was getracht de medewerker te bijten) en in de overige gevallen ging het om het slaan van een medewerker of het dreigen met een hamer, zwaard of mes. Gelukkig liep het wat betreft fysieke gevolgen bij deze zes incidenten goed af, maar uiteraard was de bedreiging voor medewerkers groot en hadden de gevolgen zeer ernstig kunnen zijn.



Figuur 1 | Verdeling totaal aantal crisiscontacten over de uren van de dag en de percentages waarin agressie werd waargenomen (uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006; 48: 478).

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In ongeveer 1 op de 7 crisiscontacten werd het contact met de patiënt als bedreigend ervaren door medewerkers. De kans op een agressieve benadering leek met name aan het eind van de ochtend (tussen 10 en 12 uur) en aan het eind van de avond / begin van de nacht verhoogd te zijn. Wat de incidenten tussen 10 en 12 uur betreft: dit blijken vaak incidenten te zijn waarbij de patiënt de dag ervoor reeds door de huisarts was aangemeld, maar pas de volgende ochtend werd gezien. Naast allerlei praktische problemen, wordt er soms in overleg met de huisarts gekozen om de patiënt pas de volgende dag te zien, omdat dan allerlei andere diensten en instanties, indien nodig, (beter) bereikbaar zijn voor verdere hulpverlening. Naar aanleiding van deze resultaten rijst echter de vraag of patiënten toch niet – waar mogelijk – op dezelfde dag moeten worden beoordeeld. Het is in ieder geval opvallend dat de crises in de ochtend de ernstigste lijken te zijn en die in de middag beter te reguleren zijn. Wat betreft de incidenten aan het eind van de avond / begin van de nacht leert de ervaring dat alcohol en / of druggebruik een rol spelen bij het optreden van agressief gedrag tijdens crisiscontacten. De ervaring leert verder dat problemen met patiënten vaak ontstaan – zeker wanneer ze onder invloed zijn van alcohol of drugs – uit irritatie over het binnentreden van de leefruimte van de patiënt, ofwel door het nemen van ongewenste beslissingen. Het kan hierbij zowel gaan om de beslissing tot ongewenste opname, of juist de beslissing niet tot opname over te gaan.

Het wekelijks bespreken van incidenten met het team heeft veel voordelen. Door continu én structureel aandacht voor agressie te hebben, lijken medewerkers mentaal beter voorbereid op eventuele bedreigende situaties, waarbij de indruk bestaat dat een dergelijk houding of alertheid ook leidt tot een lagere psychologische impact van agressie. Het biedt daarnaast de mogelijkheid om uit eerdere voorvallen te leren. Door de gegevens wekelijks met elkaar te bespreken is er ook een gevoel ontstaan bij de medewerkers dat het omgaan met probleemgedrag van patiënten een gezamenlijke klus is waarbij je op elkaar kunt terugvallen en, zoals gezegd, ervaringen kunt delen. De gekozen structuur van een wekelijks overleg maakt het mogelijk dat de kennis en kunde onder alle medewerkers wordt verspreid, waardoor het niet bij een klein groepje ervaren SPV-ers blijft die veel 'lastige klanten' doen.

Schultz e.a. (2001) registreerden gedurende twee maanden agressieve incidenten op twee ambulante afdelingen en bij twee 7x24 uur crisisdiensten. Enkele hulpverleners rapporteerden prikkelbaarheid, concentratiestoornissen en slapeloosheid. Op basis van de bevindingen werd de aanbeveling gedaan om elk agressief incident met de desbetreffende hulpverlener door te spreken om nadelige gevolgen te voorkomen. Door de werkwijze in de regio Uden / Veghel lijkt een veilig platform te zijn ontstaan voor alle hulpverleners en door de wekelijkse bespreking treedt er geen geïsoleerde positie op van een hulpverlener die met een agressief incident werd geconfronteerd.

Hoofdstuk 3

Psychose en agressie: elkaar in stand houdende mechanismen?³

³ Penterman EJM, Nijman HLI, van der Staak CPF. Psychose en agressie: elkaar in stand houdende mechanismen? (in voorbereiding)

SAMENVATTING

Achtergrond: Agressie van psychiatrische patiënten gericht tegen hulpverleners staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. Minder oog is er geweest voor het feit dat de patiënt ook zelf relatief vaak slachtoffer wordt van agressie van anderen.

Doel: Meer zicht te krijgen op wat psychotische patiënten aan (mogelijk) traumatiserende agressieve incidenten meemaken.

Methode: Een groep van 74 patiënten met een DSM-IV-R diagnose van schizofrenie werd op gestandaardiseerde wijze gevraagd naar hun meest ernstige ervaring met agressie. Daarbij kon het zowel gaan om agressie die de patiënt tegen anderen richtte, maar ook om agressie van anderen tegen de patiënt.

Resultaten: Van de geïnterviewde patiënten gaf een ruime meerderheid aan tijdens een psychose een agressief incident te hebben ervaren. Dat gold voor 53 van de 74 onderzochte patiënten (72%). Bij deze 53 patiënten ging het in 19 gevallen (36%) om agressie van anderen die zich tegen de patiënt richtte.

Conclusie: Mogelijk kunnen bij een deel van de psychotische patiënten de ervaringen met agressieve incidenten tot klachten leiden die als Post Traumatische Stressklachten gediagnosticeerd kunnen worden. In de behandeling van psychotische patiënten dient meer aandacht gegeven te worden aan de diagnostiek en eventuele behandeling voor co-morbide PTSS-klachten.

INLEIDING

Het thema agressie van patiënten gericht tegen hulpverleners krijgt de laatste jaren veel aandacht (zie bijvoorbeeld van de Sande e.a. 2011). Minder oog is er geweest voor het feit dat de patiënt ook zelf slachtoffer kan worden van agressie van anderen (Stanley, Monahan & Steadman 2008; Winsper 2013; Maniglio 2009). Een psychose leidt in de regel immers tot gedragsveranderingen die door anderen vaak niet worden begrepen. Bovendien kunnen de denkstoornissen van de psychotische patiënt leiden tot allerlei verkeerde interpretaties van de intenties van anderen, met mogelijk agressief gedrag tot gevolg. Dat agressie tegen psychotische patiënten een onderbelicht thema is (Hughes e.a. 2012; Winsper e.a. 2013), komt wellicht mede voort uit het feit dat kwetsbare patiënten uit zichzelf niet snel melding maken van agressie. Uit onderzoek blijkt echter dat veel psychotische patiënten (94%) agressie hebben meegemaakt en dat ongeveer de helft (53%) zelfs aan een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) lijdt (Killcommons & Morrison 2005). In de huidige klinische praktijk worden deze PTSS-klachten vaak niet herkend. Ze blijven vervolgens onbehandeld waardoor mogelijk psychotische symptomen en achterdocht in stand blijven met een ongunstiger uitkomst van het ziektebeloop als gevolg (de Bont e.a. 2013; Killcommons & Morrison 2005).

Om meer zicht te krijgen op wat psychotische patiënten aan agressieve incidenten meemaken, werd een groep patiënten met DSM-IV-R diagnose schizofrenie op gestandaardiseerde wijze gevraagd naar hun meest ernstige ervaring met agressie. Daarbij kon het zowel gaan om agressie die de patiënt tegen anderen richtte, maar ook om agressie van anderen tegen de patiënt.

METHODE

De doelgroep bestond uit 74 ambulante behandelde patiënten met DSM-IV-R diagnose schizofrenie. Al deze patiënten waren in 2009 – 2011 in behandeling bij het toenmalige team sociale psychiatrie van de GGZ Oost-Brabant, regio Uden / Veghel. Het ging om 56 mannen (76%) en 18 vrouwen (24%) met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar (s.d. = 11 jaar; range van 22 tot en met 62 jaar). Alle patiënten stemden zowel mondeling als schriftelijk in met deelname aan het onderzoek dat bestond uit een kort interview over hun ervaring met agressie. Meer specifiek werd de patiënten de volgende vraag gesteld: "Wat is het meest ernstige agressie incident dat u heeft meegemaakt tijdens een psychose? Het kan zowel gaan om agressie van u naar anderen als van anderen naar u, maar ook om beide tegelijk". Als de patiënt in antwoord op deze vraag een agressief incident beschreef, werden de aard en de ernst van het incident in meer detail geïnventariseerd aan de hand van de vijf kolommen van de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R: Nijman e.a. 1999). In deze vijf kolommen van het instrument worden achtereenvolgens de aanleiding tot het agressieve gedrag, de bij de agressie gebruikte middelen, het doelwit van de agressie, de consequenties van het agressieve gedrag en de eventuele maatregelen die genomen werden in reactie op het agressieve gedrag (Nijman e.a. 1999) uitgevraagd. Bovendien werd de patiënten gevraagd om op een Visuele Analoge Schaal (VAS) van 100 millimeter een inschatting te geven hoe ernstig het incident volgens hen was.

RESULTATEN

Van de geïnterviewden gaf een ruime meerderheid aan tijdens een psychose een agressief incident te hebben ervaren. Dat gold voor 53 van de 74 onderzochte patiënten (72%). De mate waarin er al dan niet agressie werd gerapporteerd verschilde niet tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten [$\text{Chi-square}(1) < 1$].

De 53 incidenten met agressie lieten zich als volgt onderverdelen. In 33 van deze 53 gevallen (62%) ging het om agressie van de patiënt tegen anderen, in 19 gevallen (36%) beschreven patiënten agressie van anderen die zich tegen hen richtte, en in één geval (2%) werd zelf verwondend gedrag beschreven. De gemiddelde score voor de ernst van de agressie zoals door de geïnterviewde patiënten op de VAS-schaal aangegeven, was 58.9 mm. (s.d. = 29.0; n = 47; 6 ontbrekende waarden). Daaruit blijkt dat de patiënten de agressieve incidenten gemiddeld als ernstig ervaren hebben, hoewel opgemerkt moet worden dat de spreiding groot was. Ook wanneer er sprake was van agressie door de patiënt tegen anderen kan dat achteraf voor de patiënt zelf zeer stressvol zijn geweest. Nadere bestudering van waar de agressie tegen de patiënten plaatsvond, laat zien dat het in 7 van de 19 gevallen ging om agressie in de openbare ruimte (supermarkt, straat en café), in 6 gevallen om agressie in familiair verband en in 3 gevallen om agressie in de werkomgeving (3 ontbrekende waarden).

Een aantal van 21 patiënten (28%) gaf dus aan nooit een agressief incident tijdens een psychose te hebben meegemaakt. Opvallend daarbij was dat deze groep in een aantal gevallen spontaan in de toelichting aangaf dat zij zich onder invloed van hun psychotische symptomen helemaal terugtrekken en elke communicatie met anderen proberen te vermijden. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat patiënten tot rust willen komen en zo moed verzamelen om weer verder te gaan (Strauss 1985).

DISCUSSIE

In lijn met eerder onderzoek (Kilcommons & Morrison 2005) blijkt uit dit onderzoek dat veel psychotische patiënten, te weten 74% van de ondervraagden, met agressie te maken krijgen tijdens een psychotische episode. Daarbij gaat het niet alleen om agressie van deze patiënten naar anderen maar ook om agressie van anderen tegen henzelf. In het huidige onderzoek werd op gestandaardiseerde wijze doorgevraagd naar de aard en ernst van de agressie, waarbij opviel dat de patiënten in groot detail bleken te weten wat er gebeurd was en er dus geen sprake was van amnesie voor de agressieve gebeurtenissen.

Uit de literatuur is bekend dat psychotische gedachten agressief gedrag bij de patiënt kunnen uitlokken. Het lijkt bij psychotische patiënten vaak te gaan om een drietal denkpatronen die een rol spelen bij het ontstaan van agressie: (1) de overtuiging dat krachten van buitenaf het handelen en denken van de patiënt domineren waarop hij geen invloed heeft; (2) de overtuiging dat er gedachten in het hoofd van de patiënt worden gezet die niet van hem of haar zijn; en (3) de overtuiging dat er anderen zijn die hem of haar iets aan willen doen (Monahan 1994). Deze denkpatronen kunnen

leiden tot “waanstress” (van Dongen 2012) welke gecorreleerd is met eventueel agressief gedrag. Van de emotionele aspecten tijdens agressief gedrag lijkt woede de sterkste invloed te hebben (Nederlof 2013).

Het agressieve gedrag dat ontstaat onder invloed van psychotische stoornissen richt zich dus niet alleen op anderen, ook psychiatrische patiënten lijken ook zelf een relatief grote kans te lopen slachtoffer te worden van agressie (Winsper e.a. 2013; Hughes e.a. 2012; Nijman e.a. 1995). Ter vergelijking met het in deze studie gerapporteerde percentage van 36% van de psychotische patiënten die aangaven slachtoffer te zijn geweest van agressie: Maniglio (2009) vond een percentage variërend van 4.3 tot 35% te maken heeft gehad met agressief gedrag van anderen. Bij klinisch opgenomen patiënten gaat het volgens Hodgins (2007) om een percentage van 37.0 tot 58.7% bij vrouwen en een percentage van 47.7 tot 65.2% bij mannen. In het reeds in de inleiding aangehaalde artikel van Killcommons en Morrison (2005) wordt een nog hogere prevalentie gerapporteerd: bijna alle psychotische patiënten (94%) hadden in dat onderzoek een negatieve ervaring vanwege agressie meegemaakt en ongeveer de helft van hen (53%) had met een post-traumatische stressstoornis (PTSS) te kampen (Killcommons & Morrison 2005).

Omdat de door ons ondervraagde patiënten ook een incident konden beschrijven waarin zij agressie tegen anderen richtten, is het percentage van patiënten die incidenten van agressie tegen zich rapporteerden waarschijnlijk lager geweest. Hoe dan ook, het is duidelijk dat psychotische patiënten relatief vaak in bedreigende, en daarmee mogelijk ook traumatiserende, omstandigheden verkeren.

In de huidige klinische praktijk worden PTSS-klachten bij psychotische patiënten onvoldoende herkend, aangezien er vaak helemaal geen psychiatrisch onderzoek naar wordt gedaan. Daardoor blijven dergelijke PTSS-klachten onbehandeld en worden psychotische symptomen en achterdocht mogelijk in stand gehouden. Dit kan vervolgens weer leiden tot een minder gunstige uitkomst van het ziektebeloop (de Bont e.a. 2013; Killcommons & Morrison 2005) en tot hernieuwde agressie. Tot voor kort werd gedacht dat behandeling van PTSS-klachten de psychotische symptomen zou kunnen verergeren, maar inmiddels is duidelijk dat behandeling van dergelijke klachten ook bij psychotische patiënten wel degelijk gunstige effecten kan hebben (van de Berg & van der Gaag 2013; van de Berg e.a. 2015). In de richtlijn voor de behandeling van schizofrenie staat de overweging of aanvullende behandeling voor PTSS-klachten nodig is nog niet vermeld (richtlijn schizofrenie 2012).

CONCLUSIE

Driekwart van de ondervraagde patiënten die aan schizofrenie lijden hebben tijdens een psychotische episode te maken gehad met agressief gedrag. Uit deze studie blijkt, net als uit andere studies, dat patiënten met de diagnose schizofrenie relatief vaak ook zelf slachtoffer zijn van agressief gedrag van anderen. In het huidige onderzoek ging het minstens om een derde van de patiënten die met agressie te maken hadden gehad (namelijk 19 van de 53 patiënten). Het is aannemelijk dat voor een deel van de psychotische patiënten de ervaringen met agressieve incidenten tot Post Traumatische Stressklachten kunnen leiden. In de behandeling van psychotische patiënten is meer aandacht voor de diagnostiek en eventuele behandeling voor co-morbide PTSS-klachten noodzakelijk.

Hoofdstuk 4

Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst⁴

⁴ Gepubliceerd als: Penterman EJM, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 51: 355-364.

In Engelse bewerking gepubliceerd als: Penterman B, Nijman, H. Assessing Aggression Risks in Patients of the Ambulatory Mental Health Crisis Team. *Community Mental Health Journal* 2011; 47: 463 – 471.

SAMENVATTING

Achtergrond: Medewerkers van de crisisdienst worden tijdens outreachende crisis- contacten regelmatig geconfronteerd met agressie van patiënten. Voor de preventie van gevaarlijke situaties zou een methode om risico's van te voren te kunnen inschatten op basis van de binnengekomen informatie van belang kunnen zijn.

Doel: Vaststellen van de validiteit van een specifiek instrument dat erop gericht is om risico's op agressief gedrag van patiënten van de crisisdienst te kunnen inschatten vóór medewerkers van deze dienst de patiënt zien.

Methode: Gedurende twee jaar werd vóór outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises een Checklist Risico Crisisdienst (CRC) ingevuld. Ná het contact met patiënt werd eventueel waargenomen agressie van de patiënt geregistreerd met de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R).

Resultaten: Tijdens 51 van 499 onderzochte crisiscontacten (10%) werd agressief gedrag van patiënten waargenomen. De predictieve validiteit van deze checklist voor latere agressie leek aanzienlijk. Met drie factoren uit de CRC, te weten het klinisch oordeel op een visueel-analoge schaal, de inschatting van aanwezigheid van agressieve personen in de omgeving van betrokkene, en aanmelding bij crises door patiënt zelf, kon naar buiten gerichte agressie voorspeld worden met een sensitiviteit van 74% en een specificiteit van 84%.

Conclusie: Alhoewel een replicatiestudie van de bevindingen gewenst is, is gebruik van een instrument zoals de CRC in het werk van crisisdiensten aan te bevelen.

INLEIDING

Medewerkers van de crisisdienst en acute opname afdelingen worden regelmatig geconfronteerd met agressie van patiënten (Penterman 2006). Voor de preventie van gevaarlijke situaties zou een methode om risico's van te voren te wegen – dat wil zeggen voordat het contact met de patiënt van de crisisdienst plaatsvindt – van groot belang kunnen zijn.

Uit de literatuur blijkt dat vooral in de forensische psychiatrie al veel kennis is opgedaan over de wijze waarop op de langere termijn gewelddadig gedrag dan wel delict gedrag voorspeld kan worden. In de forensische literatuur spreekt men hierbij over risicotaxatie-instrumenten. In het tbs-veld wordt onder andere gebruikgemaakt van de Historical, Clinical and Risk indicators (HCR-20; Webster e.a. 1997) en van de in Nederland ontwikkelde Historische, Klinische en Toekomstige risico-indicatorenscala (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002).

Methoden om risico's in te schatten worden ingedeeld in verschillende typen (Hildebrand 2004; De Vogel 2005), te weten: de klinische blik, volledig gebaseerd op kennis en ervaring van de beoordelaar, actuariële risico-inschattingen, waarbij voorspellingen puur op basis van vaststaande factoren worden 'berekend', en ten slotte, een combinatie van deze beide methoden: de gestructureerde klinische risicotaxatie. Een dergelijke gestandaardiseerde risicotaxatie wordt uitgevoerd door een deskundige, met een checklist met wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren, zoals bij de HCR-20 het geval is (Webster e.a. 1997).

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat actuariële risicotaxaties doorgaans beter zijn dan klinische voorspellingen (Borum 1996; Grove e.a. 2000; Monahan & Steadman 1994; Monahan e.a. 2001). Onderzoek van De Vogel (2005) wijst er verder op dat gestructureerde klinische risicotaxatie mogelijk superieur is aan zuivere actuariële risicotaxatie. Bij de gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten worden statische factoren (zoals agressie in voorgeschiedenis), dynamische factoren die in principe veranderbaar zijn (zoals het huidige toestandbeeld), en soms ook situationele of contextfactoren (bijvoorbeeld de buurt waar iemand woont) in samenhang met elkaar in de beoordeling meegenomen. In een studie van Hildebrand e.a. (2005) werden echter geen noemenswaardige verschillen gevonden tussen de voorspellende waarde van de totaalscores van de HCR-20 en de HKT-30 ten opzichte van de gestructureerde klinische risico-inschattingen gebaseerd op het invullen van de HCR-20 of de HKT-30 bij een steekproef van ex-tbs-gestelden.

Uit de literatuur blijkt dat men met veel risicotaxatie-instrumenten agressierisico's in diverse settings kan inschatten, maar er is niet één instrument dat allesomvattend is. Daarnaast zijn de meeste genoemde instrumenten niet bedoeld om agressie op de korte termijn te voorspellen. Om agressie van psychiatrische patiënten op korte termijn (binnen een dag tot een week) te voorspellen lijken minder instrumenten voorhanden. Een van de uitzonderingen is de Brøset-Violence-Checklist (zie bijvoorbeeld Almvik e.a. 2007). Er blijken echter weinig specifieke instrumenten te bestaan voor ggz-crisisdiensten waarmee men de kans op agressie tijdens aanstaande crisiscontacten zou kunnen schatten. Het maken van een dergelijke inschatting wordt bemoeilijkt doordat de crisisdienst-medewerker de patiënt van tevoren vaak nog niet kent en daardoor moet afgaan op de nogal summiere informatie die derden (vaak de huisarts) bij aanmelding verstrekken.

Wij stelden op basis van literatuuronderzoek en ervaringen een korte checklist samen om het risico agressie bij patiënten op de crisisdienst vooraf te kunnen schatten, de Checklist Risico Crisisdienst (CRC) en onderzochten de validiteit van dit instrument. De centrale vraag van ons onderzoek was: is het mogelijk om op basis van dergelijke eerste, beperkte informatie de kans in te schatten dat de patiënt tijdens het latere contact agressief gedrag zal vertonen?

METHODE

Instrumenten

Het onderzoek werd uitgevoerd door de medewerkers van de crisisdienst van ggz Oost Brabant, regio Uden-Veghel. Getracht werd om gedurende twee jaar (van 28 juni 2003 – 28 juni 2005) vóór alle outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises een korte checklist in te vullen, de door ons ontwikkelde CRC. Ná de crisiscontacten werd eventueel agressief gedrag van de patiënt geregistreerd met de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R; Nijman e.a. 1999). Met de SOAS-R wordt agressief gedrag in vijf kolommen geregistreerd, te weten: de aanleiding tot het agressieve gedrag (kolom 1), de tijdens de agressie gebruikte middelen (kolom 2), het doelwit van de agressie (kolom 3), de consequenties van de agressie (kolom 4) en de maatregelen die genomen moesten worden om de agressie te stoppen (kolom 5). Agressie is in dit instrument als volgt gedefinieerd: agressie is 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).

In de CRC (zie bijlage 1) 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 toestandsbeeld of diagnose van de patiënt? Zijn er eventuele andere risico verhogende patiëntgebonden factoren zoals eerdere agressie of mogelijke paranoïde waandenkbeelden? Lijkt er sprake van eventueel risico verhogende omgevingsfactoren, zoals het aanwezig zijn van gevaarlijke huisdieren of mogelijke wapens in huis?

Wij onderzochten vervolgens in hoeverre dergelijke variabelen samenhangen met later optredende agressie tijdens het contact met de patiënt. Daarnaast was een belangrijke vraag van dit onderzoek: in hoeverre zijn medewerkers in staat agressierisico's vooraf in te schatten? Dit werd gedaan door de medewerkers te vragen vooraf op een lijn (visueel-analogue schaal of VAS; zie bijlage 1) het agressierisico in te schatten op basis van alle vooraf beschikbare informatie. Dit risico kon lopen van zeer laag tot zeer hoog.

Statistische toetsing

De 'voorspellende waarde' van de afzonderlijke variabelen voor later optredende agressie werd geanalyseerd met χ^2 -toetsen. Na deze toetsing van de afzonderlijke items van de CRC bestudeerden wij met logistische-regressieanalyses in hoeverre de beschreven – statistisch significant samenhangende – variabelen, later optredende agressie 'voorspelden'. Alle berekeningen werden uitgevoerd met SPSS.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Het ging bij het invullen van de VAS om een klinische inschatting van de medewerker die meer gestructureerd werd door de eerdere vragen over risico's en toestandbeeld in de CRC. Om inzicht te krijgen in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze klinische inschatting aan de hand van deze, mogelijk erg subjectieve, glijdende VAS, voerden wij een kleine test van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uit. Hiertoe namen wij (met toestemming van de aanmelder) 14 telefonische aanmeldingen van crisissituaties op, die tijdens teamvergaderingen afgespeeld werden. Hierbij was de instructie aan de medewerkers van de crisisdienst om onafhankelijk van elkaar aan de hand van de CRC tot een inschatting van de kans op agressie te komen. Bij deze invuloefeningen varieerde het aantal medewerkers per afgespeeld gesprek van minimaal 6 tot en met maximaal 11. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd in één maat uitgedrukt, namelijk de zogenaamde intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC; met het two-way randommodel, consistencytype) gebaseerd op 6 beoordelingen per telefoongesprek. Als telefoongesprekken door meer dan 6 beoordelaars waren gescoord, werden 6 formulieren at random geselecteerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de VAS voor de klinische inschatting van het risico op agressie bleek met een ICC van 0,87 (single measures) goed te zijn.

RESULTATEN

In totaal waren er in de twee jaar dat het onderzoek liep 576 aanmeldingen van psychiatrische crises. Voor 502 van deze 576 aanmeldingen (87%) werden CRC's ingevuld. Bij drie van deze 502 verzoeken tot hulp aan de crisisdienst besloot de medewerker van de dienst de patiënt niet te gaan zien. Aangezien er hierdoor ook geen kans bestond om eventuele agressie aan de hand van de SOAS-R tijdens het consult te registreren, werden deze drie CRC's geëxcludeerd.

Bij de overige 499 CRC's waarbij de medewerker de desbetreffende patiënt ging zien, was er in 51 gevallen sprake van agressief gedrag (10%), zoals met de SOAS-R geregistreerd na het consult. Wij gingen na welke items van de 499 ingevulde CRC's samenhangen met later optredende agressie (n = 51). In tabel 1 worden de resultaten samengevat.

Aanmelder (item 1 van de CRC)

Zoals Tabel 1 laat zien, bleek dat ongeveer de helft van de crisiscontacten (51%) tot stand kwam doordat de huisarts van de patiënt de hulp van de crisisdienst inriep. Daarnaast werd de crisisdienst vrij vaak (22%) ingeschakeld door medewerkers van algemene ziekenhuizen. In 7% van de gevallen schakelde de politie de hulp van de crisisdienst in, 5% van de verzoeken om hulp kwam van familieleden of kennissen van de patiënt en 4% van de patiënt zelf. Statistische toetsing wees uit dat de relatieve kans op agressie tijdens het contact hoog was als de politie, familie of kennissen van de patiënt de crisisdienst inschakelden of als de patiënt zelf dit deed (zie Tabel 1). Het ging hier om relatieve verhogingen van risico's. In absolute aantallen gemeten vonden echter toch de meeste agressieve incidenten plaats tijdens contacten aangemeld door de huisarts, aangezien het absolute aantal aanmeldingen door huisartsen ook het hoogst was (namelijk 51% van alle aanmeldingen).

Tabel 1 | Overzicht van de verbanden tussen de vooraf ingevulde items van de Checklist Risico Crisisdienst (CRC) en waargenomen agressie tijdens het consult* (Uit: Tijdschrift voor Psychiatrie 2009; 51: 358).

Variable	Agressie tijdens consult; n (%) (10%; n = 51)	Geen agressie tijdens consult; n (%) (90%; n = 448)	Totaal; n (%) (100%; n = 499)	Significantie**
Item 1: wie had crisisdienst ingeschakeld?				
Huisarts	21 (41%)	233 (52%)	254 (51%)	$[\chi^2(1) = 2,2, p = 0,14]$
Politie	7 (14%)	26 (6%)	33 (7%)	$[\chi^2(1) = 4,7, p = 0,031]$
Andere ggz-instelling	1 (2%)	11 (3%)	12 (2%)	$[\chi^2(1) = 0,5, p = 0,83]$
Ziekenhuis / eerstehulp post	7 (14%)	105 (23%)	112 (22%)	$[\chi^2(1) = 2,5, p = 0,12]$
Familie / kennissen van patiënt	7 (14%)	19 (4%)	26 (5%)	$[\chi^2(1) = 8,3, p = 0,004]$
Patiënt zelf	5 (10%)	15 (3%)	20 (4%)	$[\chi^2(1) = 5,0, p = 0,026]$
Collega/behandelaar	2 (4%)	10 (2%)	12 (2%)	$[\chi^2(1) = 0,6, p = 0,46]$
Overig	4 (8%)	49 (11%)	53 (11%)	$[\chi^2(1) = 0,5, p = 0,50]$
Item 2: eerste inschatting toestandsbeeld/diagnose				
Psychotisch	19 (37%)	102 (23%)	121 (24%)	$[\chi^2(1) = 5,2, p = 0,022]$
Manisch/ontremd	6 (12%)	27 (6%)	33 (7%)	$[\chi^2(1) = 2,4, p = 0,12]$
Antisociale persoonlijkheid	8 (16%)	19 (4%)	27 (5%)	$[\chi^2(1) = 11,7, p = 0,001]$
Depressief/suïcidaal	16 (31%)	237 (53%)	253 (51%)	$[\chi^2(1) = 8,5, p = 0,004]$
Onder invloed van drank en / of drugs	16 (31%)	56 (13%)	72 (14%)	$[\chi^2(1) = 13,0, p = 0,000]$
Borderlinepersoonlijkheid	6 (12%)	104 (23%)	110 (22%)	$[\chi^2(1) = 3,5, p = 0,062]$
Somatische problemen	4 (8%)	15 (3%)	19 (4%)	$[\chi^2(1) = 2,5, p = 0,11]$
Overige toestandsbeelden	11 (22%)	57 (13%)	68 (14%)	$[\chi^2(1) = 3,0, p = 0,081]$
Item 3: risicoverhogende patiëntgebonden factoren				
Onbekendheid met patiënt	26 (51%)	274 (61%)	300 (60%)	$[\chi^2(1) = 2,0, p = 0,16]$
Eerdere agressie van patiënt	24 (47%)	69 (15%)	93 (17%)	$[\chi^2(1) = 30,2, p = 0,000]$
Eerdere gedwongen opname(n)	10 (20%)	21 (5%)	31 (6%)	$[\chi^2(1) = 17,5, p = 0,000]$
Mogelijk paranoïde waandenkbeelden	14 (28%)	45 (10%)	59 (12%)	$[\chi^2(1) = 13,3, p = 0,000]$
Mogelijk imperatieve hallucinaties	7 (14%)	12 (3%)	19 (4%)	$[\chi^2(1) = 15,3, p = 0,000]$
Onvoorspelbaarheid door drank of drugs	18 (35%)	60 (13%)	78 (16%)	$[\chi^2(1) = 16,6, p = 0,000]$
Andere patiëntgebonden risicofactoren	9 (18%)	30 (7%)	39 (8%)	$[\chi^2(1) = 7,6, p = 0,006]$

Tabel 1 | (vervolgd)

Variable	Agressie tijdens consult; n (%) (10%; n = 51)	Geen agressie tijdens consult; n (%) (90%; n = 448)	Totaal; n (%) (100%; n = 499)	Significantie**
Item 4: risicoverhogende omgevingsfactoren?				
Onbekendheid met woonsituatie patiënt	15 (29%)	116 (26%)	131 (26%)	$[\chi^2(1) = 0,3, p = 0,59]$
Problemen in het systeem van patiënt	17 (33%)	66 (15%)	83 (17%)	$[\chi^2(1) = 11,4, p = 0,001]$
Mogelijk gevaarlijke personen in omgeving	4 (8%)	5 (1%)	9 (2%)	$[\chi^2(1) = 11,7, p = 0,001]$
Mogelijk gevaarlijke huisdieren	1 (2%)	2 (0%)	3 (1%)	$[\chi^2(1) = 1,8, p = 0,19]$
Mogelijk wapens in woning of buurt van patiënt	3 (6%)	4 (1%)	7 (1%)	$[\chi^2(1) = 8,2, p = 0,004]$
Andere omgevingsgebonden risicofactoren	2 (4%)	4 (1%)	6 (1%)	$[\chi^2(1) = 3,5, p = 0,060]$
Item 5: VAS-inschatting van risico op agressie				
VAS-inschatting in mm	53,7 (SD: 28,8)	21,9 (SD: 20,2)	25,1 (SD: 23,3)	$[t(497) = 7,7, p = 0,000]$
Item 6: preventieve maatregelen				
Patiënt met collega gaan zien	15 (29%)	53 (12%)	68 (14%)	$[\chi^2(1) = 12,0, p = 0,001]$
Overleg met achterwacht	14 (28%)	75 (17%)	89 (18%)	$[\chi^2(1) = 3,6, p = 0,058]$
Meer informatie opvragen	12 (24%)	69 (15%)	81 (16%)	$[\chi^2(1) = 2,2, p = 0,14]$
Patiënt naar andere locatie komen of brengen	8 (16%)	53 (12%)	61 (12%)	$[\chi^2(1) = 0,63, p = 0,43]$
Patiënt zien op politiebureau	6 (12%)	25 (6%)	31 (6%)	$[\chi^2(1) = 3,0, p = 0,083]$
Assistentie van politie vragen	12 (24%)	16 (4%)	28 (6%)	$[\chi^2(1) = 34,4, p = 0,000]$
Afspraken maken over telefonisch contact collega's	2 (4%)	8 (2%)	10 (2%)	$[\chi^2(1) = 1,1, p = 0,30]$
Andere preventieve maatregelen	8 (16%)	29 (7%)	37 (7%)	$[\chi^2(1) = 5,7, p = 0,017]$

* Kolomtotalen kunnen meer dan 100% bedragen omdat er soms meerdere antwoordcategorieën aangekruist konden worden.

** Verschil tussen wel of geen optreden van agressie werd onderzocht met χ^2 -toetsen; vetgedrukte waarden waren statistisch significant.

Inschatting van toestandsbeeld (item 2 van de CRC)

Zoals Tabel 1 laat zien, werd vaak van te voren ingeschat dat de aangemelde psychiatrische crisis samen zou hangen met depressiviteit en/of suicidaliteit van de patiënt (51% van de aanmeldingen). In sommige gevallen werden meerdere antwoordcategorieën per vraag aangekruist, zoals het samengaan van depressiviteit of suicidaliteit met intoxicatie door alcohol of drugs. Verder werd relatief vaak gedacht aan een psychotisch toestandsbeeld (24%), een borderlinepersoonlijkheid

stoornis (22%) of intoxicatie door alcohol of drugs (14%). Gevonden werd dat een vermoeden van intoxicatie door alcohol of drugsgebruik relatief vaak samenging met later optredende agressie. In feite was dit toestandsbeeld gerelateerd aan bijna een op de drie crisiscontacten (31%) waarin agressie werd waargenomen. Verder bleek dat indien de medewerker vermoedde dat de patiënt een antisociale persoonlijkheid had, er later ook significant vaker sprake was van agressief gedrag tijdens het crisiscontact. Ook een vermoeden dat de patiënt psychotisch zou zijn, bleek een significante relatie te hebben met agressief gedrag tijdens het crisiscontact. Indien de eerste inschatting was dat de patiënt depressief of suïcidaal was, dan bleek er juist minder risico op agressief gedrag tijdens het contact met de patiënt.

Risico verhogende patiëntgebonden factoren (item 3 van de CRC)

Als eventuele risico verhogende patiëntgebonden factoren werd relatief vaak genoemd dat de medewerkers van de crisisdienst de patiënt niet kenden (60%). Het daadwerkelijke risico op agressie later tijdens het crisiscontact bleek echter bij onbekendheid met de patiënt niet duidelijk verhoogd of verlaagd te zijn (zie Tabel 1). Eerdere agressie van de patiënt was wel een duidelijke, statistisch significante voorspeller voor agressie tijdens het aanstaande crisiscontact. Verder bleken eerdere dwangopname(n) van de patiënt, eventuele paranoïde waandenkbeelden of imperatieve hallucinaties en een verwachte onvoorspelbaarheid van de patiënt door drank- en/of drugsgebruik positief samen te hangen met een verhoogd agressierisico. Ook wanneer overige mogelijke risico verhogende patiëntgebonden risicofactoren konden worden benoemd, was er sprake van een verhoogd agressierisico.

Risico verhogende omgevingsfactoren (item 4 van de CRC)

Omgevingsfactoren die leken samen te hangen met een verhoogde kans op agressie tijdens het contact met de patiënt waren: de aanwezigheid van andere mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving, problemen in het systeem van patiënt, en de mogelijke aanwezigheid van wapens in de nabijheid van de patiënt.

Schatting van kans op agressie (item 5 van de CRC)

Onderzocht werd in hoeverre medewerkers van de crisisdienst agressief gedrag tijdens het contact met de patiënt op basis van de bij aanmelding binnengekomen informatie konden inschatten op een VAS. Het ging hierbij in feite om een gestructureerd klinisch oordeel aangezien de voorspelling pas gegeven werd nadat de medewerker de bovengenoemde potentiële risicofactoren nagelopen had. Op de schaal van 100 mm lang bleken de medewerkers het agressierisico gemiddeld op 53,7 mm (SD: 28,8) te hebben geschat in geval er later ook daadwerkelijk agressie werd waargenomen. De risicoschatting lag gemiddeld op 21,9 mm (SD: 20,2) als er later geen agressief gedrag was opgetreden.

Het 'voorspellen' van agressie

Met logistische-regressieanalyses keken wij in hoeverre de beschreven – statistisch significant samenhangende – variabelen, later optredende agressie 'voorspelden'. Met andere woorden: we

maakten een voorspellingsmodel met als afhankelijke variabele het optreden van agressie tijdens het crisiscontact (n = 51), dat voorspeld moest worden uit de diverse significant samenhangende CRC-items.

In het model bleken achtereenvolgens (forward conditional) twee variabelen te worden opgenomen, waarna de overige variabelen geen statistisch significante toegevoegde waarde meer hadden. Het ging daarbij om het klinisch oordeel over de kans op agressie op de VAS (p = 0,000) en om de vraag of er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van patiënt zouden kunnen zijn (p = 0,033). Met deze twee variabelen kon 91% van de agressieve en niet-agressieve contacten correct voorspeld worden. De sensitiviteit van het model (het percentage gevallen waarin agressie correct voorspeld werd) was echter beperkt (24%), terwijl de specificiteit zeer hoog was (99%). Juist een hoge sensitiviteit is van belang voor de veiligheid van de medewerkers en patiënt. Derhalve werd in het SPSS-programma het zogenaamde classificatiecriterium verschoven van 0,5 (de standaardinstelling van SPSS) naar 0,1, ten gunste van een verhoging van de sensitiviteit van het model. Dit zou betekenen dat er vaker vals alarm geslagen zou worden, maar dat er bij aanzienlijk meer van de daadwerkelijk agressieve contacten een waarschuwing aan vooraf zou gaan (terecht positief). Met dit model werd 67% van de agressieve contacten correct voorspeld (sensitiviteit), terwijl de totale voorspelling 80% was. De specificiteit van dit model bedroeg 81%.

Als laatste stap werd afzonderlijk onderzocht op welke wijze uitsluitend naar buiten gerichte agressie (n = 42) het beste kon worden voorspeld. Daarbij werden de autoagressie-incidenten (n = 9) geëxcludeerd. Opnieuw werden de twee variabelen VAS-risicoschatting (p = 0,000) en mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van patiënt (p = 0,023) als eerste twee stappen in het model opgenomen. Er volgde in dit model nog een derde stap die de kans op agressie verhoogde, namelijk aanmelding door de patiënt zelf (p = 0,044).

Met dit model werd bij een classificatiecriterium van 0,1 zowel een goede sensitiviteit (74%) als specificiteit (84%) gezien. In totaal werd 83% van de consulten met dit model juist voorspeld of er wel of geen agressie zou volgen.

Maatregelen om gevaarlijke situaties te voorkomen

Tot slot werd in het laatste item op de CRC gevraagd of men (extra) preventieve maatregelen nam gezien het verwachte risico op agressief gedrag. De meest genomen preventieve acties waren: aanvullend overleg met de achterwacht (18%), aanvullende informatie over patiënt of situatie proberen op te vragen (16%), collega meenemen naar het bezoek aan de patiënt (14%) en de patiënt vragen naar een andere locatie te komen (12%). In 6% van de gevallen werd assistentie van de politie ingeroepen bij het bezoek aan de patiënt. In dat geval bleek de kans op agressief gedrag ook hoog te zijn ($\chi^2(1) = 34,4$; $p < 0,05$). Ook wanneer besloten werd de patiënt samen met een andere collega te gaan bezoeken, in plaats van alleen, bleek er een verhoogde kans op agressie van de patiënt te bestaan ($\chi^2(1) = 12,0$; $p < 0,05$).

Deze bevindingen ondersteunden, in overeenstemming met de voorspellende waarde van de risico-inschatting op de VAS, dat medewerkers van de crisisdienst agressierisico's behoorlijk goed leken te kunnen inschatten én op basis hiervan preventieve maatregelen namen.

DISCUSSIE

Diverse items van de CRC bleken samen te hangen met agressie zoals later gedocumenteerd door de crisismedewerker na het crisiscontact. Veel van de gevonden verbanden lijken een behoorlijke mate van gezichtsvaliditeit (face validity) te bezitten, bijvoorbeeld de samenhang tussen aanmeldingen gedaan door de politie en agressief gedrag tijdens het crisiscontact. Daarnaast komen veel van de gevonden verbanden overeen met wat al vanuit de literatuur bekend is over voorspellers van agressie, bijvoorbeeld dat eerdere agressie samenhangt met een verhoogde kans op herhaling hiervan.

Ook een gebrek aan samenhang met agressie van sommige onderzochte variabelen kan informatief zijn voor het werk van de medewerkers van crisisdiensten. Zo bleek uit het huidige onderzoek dat onbekendheid met de patiënt voor het crisiscontact niet statistisch significant samenhangt met een hogere agressiekans. Onbekendheid met de patiënt zal wel een verhoogde mate van onvoorspelbaarheid van de situatie met zich meebrengen, maar het is niet zo dat er in die gevallen dus meer agressie voorkomt; het verband gaat eerder in omgekeerde richting.

Indien we onderzochten met welke variabelen we vooral goed in staat leken agressie te voorspellen, leidde dat tot een model met twee variabelen. Deze waren: de (gestructureerde) klinische risico-inschatting zoals gegeven door de medewerkers op de VAS en de mogelijke aanwezigheid van gevaarlijke personen in de buurt van de patiënt. Dit model leverde in totaal een correcte voorspelling van 80% van de gevallen, waarbij de sensitiviteit met 67% redelijk was. Hierbij was wel het classificatiecriterium naar 0,1 verschoven ten gunste van een verhoging van de sensitiviteit, terwijl dit criterium standaard op 0,5 staat in SPSS.

Een analyse waarin getracht werd naar buiten gerichte agressie te voorspellen leverde een model op met drie variabelen: de twee zojuist genoemde variabelen, plus als derde variabele aanmelding van de crisis door de patiënt zelf. In totaal kon op deze wijze 83% van alle contacten juist ingedeeld worden, terwijl ook de sensitiviteit van dit model bevredigend was (74%).

Kortom, er zijn aanwijzingen dat het gebruik van de CRC in de crisisdienst om vooraf informatie over een aantal factoren betreffende situatie en toestandbeeld van patiënt te inventariseren, nuttig zou kunnen zijn bij het inschatten van risico's. Dit geeft wellicht meer mogelijkheden om gericht voorzorgsmaatregelen te nemen, zoals het inroepen van assistentie van de politie.

Echter, bij de gevonden resultaten dienen wij als kanttekening te plaatsen dat wellicht een soort self-fulfilling prophecy kan zijn opgetreden indien medewerkers die een hoog risico op agressie 'voorspelden' ook sneller geneigd waren om na het contact agressie te rapporteren. Wel bleek uit een kleinschalige studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid aan de hand van 14 aanmeldings- gesprekken dat de (gestructureerde) klinische risico-inschattingen behoorlijk betrouwbaar waren. Het gegeven dat in de regressieanalyses deze risico-inschatting als eerste in de modellen werd opgenomen, wijst dus behalve op betrouwbaarheid ook op een mogelijk hoge predictieve validiteit. Een replicatiestudie is echter aan te bevelen. Om eventuele tendensen naar self-fulfilling prophecy uit te sluiten zouden invullers van de CRC en degene die het crisiscontact daadwerkelijk aangaat niet dezelfde persoon dienen te zijn. Dit lijkt echter allerlei praktische en ethische problemen met zich mee te brengen.

Wij concluderen dat de sensitiviteit van de CRC met 74% bevredigend is. Het vooraf invullen van de CRC door medewerkers van de crisisdienst zal in ieder geval tot meer routine en standaardisatie leiden in het overwegen van mogelijke risico- factoren.

BIJLAGE 1 | FORMULIER CHECKLIST RISICO CRISISDIENST (CRC)

(UIT: TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 2009; 51, 363)

(in te vullen vóór het contact met patiënt)

Datum: ... / ... / ...

Tijdstip: uur

Checklist Risico Crisisdienst

(© Nijman & Penterman)

Door wie is de crisisdienst ingeschakeld?

- huisarts
- politie
- andere GGZ-instelling
- algemeen ziekenhuis / EHBO
- familie / kennissen van patiënt
- patiënt zelf
- anders, nl

Eerste inschatting toestandsbeeld / diagnose

- psychotisch
- manisch / ontremd
- antisociale persoonlijkheid
- depressief / suïcidaal
- onder invloed van drank en / of drugs
- borderline persoonlijkheid
- somatische problemen
- overige toestandsbeelden, nl

Risicoverhogende patiëntgebonden factoren?

- onbekendheid met patiënt
- eerdere agressie van patiënt
- eerdere gedwongen opname(n) in verleden (gevaarscriterium)
- mogelijk paranoïde waandenkbeelden
- mogelijk imperatieve hallucinaties
- onvoorspelbaarheid door drank of drugs
- andere patiëntgebonden risicofactoren, nl

Risicoverhogende omgevingsfactoren?

- onbekendheid met woonsituatie patiënt
- problemen in het systeem van patiënt
- mogelijk (andere) gevaarlijke personen in omgeving / intolerante buurt
- mogelijk gevaarlijke huisdieren
- mogelijk wapen in woning of buurt van patiënt
- andere omgevingsgebonden risicofactoren, nl

Hoe hoog schat u, op basis van de beschikbare informatie, de kans in dat de patiënt tijdens het consult agressief naar u zal reageren?

Zeer laag risico
zeer hoog risico

Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkomen van gevaarlijke situaties?

- patiënt met collega gaan zien
- overleg met achterwacht
- meer informatie opvragen
- patiënt naar andere locatie laten komen / brengen
- patiënt zien op politiebureau
- assistentie van politie vragen
- afspraken maken over telefonisch contact met collega's
- niet gaan
- anders, namelijk

Hoofdstuk 5

Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie⁵

⁵ Gepubliceerd als: 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. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013; 55, 93-100.

SAMENVATTING

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 repliceerden de eerdere bevinding dat de gestructureerde klinische risicotaxatie op de visuele-analogue 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.

INLEIDING

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 replicatiestudie 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 onderzoeksgroep aanbevolen. In het eerdere onderzoek kwam uit een logistische regressie-analyse 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 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 tot en met 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 crisisdienst medewerkers van de GGZ Oost Brabant, regio Uden-Veghel, registreren sinds 2002 agressie incidenten die tijdens crisisconsulten plaatsvinden geregistreerd aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R; Nijman e.a. 1999). De definitie van agressie die gehanteerd wordt bij het invullen van de SOAS-R luidt: Onder agressief gedrag wordt verstaan: "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 crisioverleg geëvalueerd op initiatief van de eerste auteur. Sinds 2003 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 een eerdere studie (Penterman & Nijman 2009).

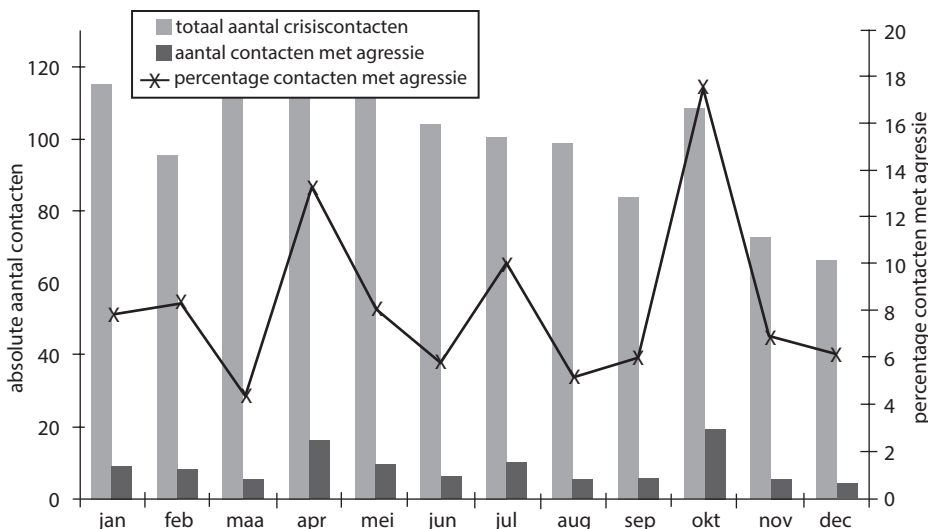
In de CRC wordt een aantal items uitgevraagd die mogelijk verband houden met een verhoogd risico op agressie. Het gaat hierbij om vragen zoals: Door wie was de crisisdienst ingeschakeld? Wat is de eerste inschatting van het toestandsbeeld of stoornis van de patiënt? Zijn er eventuele andere risico verhogende patiëntgebonden factoren zoals eerdere agressie of mogelijke paranoïde waandenkbeelden? Zijn er eventuele risico verhogende 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 risicoschatting te geven op een VAS van 100 mm waarbij het risico kan variëren van zeer laag (0 mm, de linkerkant van de VAS-schaal) tot zeer hoog (100 mm, de rechterkant van de VAS schaal). Zoals we in de inleiding reeds opmerkten, kwam in eerder onderzoek uit een logistische regressieanalyse 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 agressie-risico'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 tot en met 2009. Daarna gaan we in op de resultaten van de replicatiestudie, daarbij onderzoeken we 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 tot en met 2009 waarvoor de CRC voor het contact werd ingevuld bedroeg 1185. Uit de CRC-formulieren komt naar voren dat de meeste verzoeken om een patiënt in crisis te gaan zien, namelijk in 51% van de aanmeldingen, gedaan worden door huisartsen. De meerderheid van de aanmeldingen (60%) vindt tijdens kantooruren (tussen 9 en 5 uur) plaats, en op doordeweekse dagen (73%). Het aantal crisiscontacten per maand fluctueert sterk (zie Figuur 1), waarbij de pieken in het voorjaar (april) en najaar (oktober) lijken te liggen. Deze verschillen in aantallen per maand zijn significant [$\chi^2(11) = 33,0, p = 0,001$].



Figuur 1 | Aantal crisiscontacten en het aantal agressieve incidenten in de periode 2006 tot en met 2009 verdeeld over de maanden van het jaar (uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013; 55: 95)

Het absolute aantal agressie-incidenten behorende bij deze dataset was 101. Met andere woorden in 8,5% van de 1185 aangemelde crisiscontacten waarvoor 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 plaats vond 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-square (11) = 19,9, p = 0,047].

In een replicatiestudie onderzochten wij in hoeverre de gestructureerde klinische inschatting van en de vraag of er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de cliënt zouden kunnen 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 bovengenoemde variabelen, in 91% van de gevallen correct kon worden 'voorspeld'. Bij afzonderlijke toetsing bleken deze twee variabelen (de gestructureerde klinische inschatting van de kans op agressie en de aanwezigheid van mogelijke 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 namelijk 44,2 mm (s.d.: 29,6) en wanneer geen agressie gemeld was, bedroeg de gemiddelde score 22,2 mm (s.d.: 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 te zijn genoteerd, terwijl dat in 2% van de 1084 gevallen waarvoor geen agressie werd gemeld het geval was [Chi-square (1) = 23,1, p = 0,000].

Kortom ook in de nieuw verzamelde gegevens set 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 agressie-meldingen.

Vervolgens namen wij deze twee variabelen, evenals in het eerdere onderzoek, in een logistische regressieanalyse 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 samen als onafhankelijke variabelen werden ingebracht.

Tabel 1 | Resultaten van de logistische regressieanalyse waarin de VAS-score en het item betreffende mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt tezamen als onafhankelijke variabelen werden gebruikt (methode: enter) om de kans op het plaatsvinden van agressief gedrag tijdens het consult in te schatten [wel agressie (n = 101) = 1; geen agressie (n = 1084) = 0].

Variabele	Odds ratio	95%	p-waarde
	Exp(B)	Confidence interval	
Vas-score (in mm)	1.030	1.022 – 1.038	P = 0.000
Gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt? (ja = 1; nee = 0)	2.168	0.972 – 4.835	p = 0.059

Om een idee te geven van wat deze statistische waarden betekenen in termen van 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 volgen 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 zal optreden tijdens het consult.

Voorbeeld 2: Bij eenzelfde score op de VAS (dus wederom 10 mm), maar er werd wel ingeschat dat er gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt waren, nam de kans op een latere agressiemelding toe naar 9,3%. Ongeveer een verdubbeling dus, maar in absolute zin toch 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 agressie-risico'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 er een daling is 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 van juni 2003 tot en met 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 achterwacht, meer informatie opvragen, de patiënt op een andere locatie laten komen of de patiënt in gezelschap van 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 naar

de crisisdienstmedewerker was gericht en meer naar 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 sociaal psychiatrisch perspectief, namelijk dat een beoordeling in de thuissituatie veel voordelen heeft. In de thuissituatie zou je kunnen putten uit hulpbronnen van het systeem (Achilles, Beerthuis & van Ewijk 2011; Jenner 2005). Verder kunnen diverse alternatieve verklaringen voor de daling van het aantal agressie-meldingen niet worden uitgesloten.

Beperkingen huidig onderzoek

Het huidige onderzoek heeft een aantal belangrijke beperkingen. Bij de bevinding dat de inschatting van een hoog agressie-risico op de VAS samenhang met later gerapporteerde agressie, kan ten eerste worden opgemerkt dat een soort van 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 degene 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 een controleconditie of -regio. Om die reden kunnen we dus ook niet hard maken dat de reductie van het aantal agressie meldingen die in de loop der jaren binnen onze regio werd gezien, het gevolg is van het gebruik van de CRC is.

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 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 seizoenschommeling 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 de mensen met een chronische psychose of manie 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 ambulans 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 was om seizoensgebonden variatie te bestuderen (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 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.

Hoofdstuk 6

De validiteit van acute diagnose- inschattingen door GGZ-crisisdienstmede- werkers⁶

⁶ Penterman EJM, Sabelis A, Rasing S, van der Staak CPF, Nijman HLI. De validiteit van acute diagnose-inschattingen door GGZ-crisisdienstmedewerkers (in voorbereiding).

SAMENVATTING

Achtergrond: Een door de crisisdienst goed gestelde diagnose leidt tot een verwijzing naar het juiste team, de start van de meest adequate behandeling, en samenwerking met, of verwijzing naar, een andere instelling, zoals de verslavingszorg. In de crisisdienst vindt dit proces onder tijdsdruk plaats. De (eerste) diagnose van de hulpverlener en het toestandbeeld van de patiënt hangen bovendien samen met de kans op agressie tijdens het aanstaande crisiscontact tussen de GGZ-medewerker en de patiënt.

Doel: Dit onderzoek wil de volgende vraag beantwoorden: welke verschillen bestaan er bij patiënten die nog niet eerder in contact zijn geweest met de GGZ tussen de inschatting van het toestandbeeld die tijdens het crisiscontact door crisisdienstmedewerkers worden gemaakt en de diagnose die later, na de reguliere uitgebreide intake, gesteld wordt.

Methode: Bij patiënten die nog niet bekend waren bij de GGZ-instelling en die ook nog niet eerder in aanraking waren geweest met de crisisdienst is in de periode 2009 – 2010 werd, nadat ze in de crisisdienst een eerste diagnose kregen, een uitgebreide intake en psychiatrisch onderzoek gedaan en een diagnose gesteld. Per toestandbeeld werd met behulp van Cohen's kappa's nagegaan hoe valide de eerste inschatting door de crisisdienstmedewerkers is ten opzichte van de later gestelde diagnose

Resultaten: In algemene zin blijken medewerkers van de crisisdienst diagnostische categorieën boven kans te kunnen inschatten. De Cohen's kappa's variëren daarbij tussen de 0.31 (borderline persoonlijkheidsstoornissen) en 0.81 (psychotische stoornissen). Borderline persoonlijkheidsstoornissen blijken door medewerkers van de crisisdienst relatief vaak te worden overschat.

Conclusie: Dat de crisisdienstmedewerker op basis van eerste informatie juist psychotische stoornissen goed inschatten, verlaagt mogelijk de kans op agressie. Het is immers deze problematiek die, zoals blijkt uit eerder onderzoek, samenhangt met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult.

INLEIDING

In de geestelijke gezondheidszorg wordt bij potentiële patiënten een diagnose gesteld om daar vervolgens een behandeling op te baseren. Het stellen van de diagnose vindt plaats op verschillende momenten in het hulpverleningstraject. Een goed gestelde diagnose leidt tot een verwijzing naar het juiste team, de start van de meest adequate behandeling, en samenwerking met, of verwijzing naar, een andere instelling, zoals bijvoorbeeld de verslavingszorg. In de crisisdienst vindt dit proces onder tijdsdruk plaats. De (eerste) diagnose van de hulpverlener en het toestandsbeeld van de patiënt hangen bovendien samen met de kans op agressie tijdens het crisiscontact tussen de GGZ-medewerker en de patiënt. Zo werd onder andere eerder gevonden (Penterman & Nijman 2009) dat wanneer crisisdienstmedewerkers het vermoeden hebben van alcohol- of drugsgebruik, een antisociale persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis, de kans op agressie tijdens het latere crisisconsult significant hoger is.

Om een diagnose goed te kunnen stellen, is het belangrijk dat daarvoor voldoende tijd beschikbaar is in een rustige en veilige omgeving voor zowel patiënt als hulpverlener. Om een heteroanamnese af te kunnen nemen en de patiënt op zijn gemak te stellen wordt bij voorkeur een familielid of vertrouwd persoon bij de diagnosestelling betrokken (Hengeveld & Schudel 2003). In een psychiatrische crisissituatie is de tijd en informatie doorgaans te beperkt om tot een diagnose te komen. Bij een verkeerde inschatting kan de situatie escaleren en zelfs compleet uit de hand lopen, met als mogelijk gevolg agressie van de patiënt in de richting van de hulpverlener, maar ook ten opzichte van de patiënt zelf of omstanders. Het is dus van belang aandacht te besteden aan een juiste eerste inschatting van de toestand waarin de patiënt verkeert.

Er is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van diagnoses die in crisissituaties onder tijdsdruk gesteld moeten worden. Warner en Peabody (1995) hebben de diagnoses van Amerikaanse psychiaters, in opleiding op een eerstehulp post van een algemeen ziekenhuis, vergeleken met de diagnoses bij ontslag na opname. Daaruit bleken tamelijk grote overeenkomsten voor wat betreft depressies en middelenafhankelijkheid. Op basis van beschikbaar onderzoek stellen ook Currier e.a. (2002, in: Achilles e.a. 2011) dat het haalbaar moet zijn om in spoedeisende psychiatrie een redelijk betrouwbare diagnose te stellen. Voor zover ons bekend is dit in de Nederlandse situatie nog niet empirisch onderzocht.

VRAAGSTELLING

Het doel van deze studie is de kwaliteit te onderzoeken van een diagnose die wordt gesteld in een crisiscontact van de GGZ. Anders gesteld, dit onderzoek wil de volgende vraag beantwoorden: in hoeverre bestaan er bij patiënten die nog niet eerder in contact zijn geweest met de GGZ, verschillen tussen de inschatting van het toestandsbeeld die tijdens het crisiscontact zijn gemaakt en de diagnose die later, na de reguliere uitgebreide intake, gesteld wordt.

METHODE

Deelnemers

Deelnemers aan het onderzoek waren patiënten die in de jaren 2009 en 2010 voor het eerst in aanraking kwamen met de crisisdienst van de GGZ Oost-Brabant, regio Uden/Veghel. Het gaat dus om patiënten die nog niet bekend waren bij de GGZ-instelling en die ook nog niet eerder in aanraking waren geweest met de crisisdienst. De deelnemende patiënten zijn na het crisisincident in zorg gekomen bij de GGZ Oost-Brabant. Bij hen is dus na een uitgebreide intake en psychiatrisch onderzoek een diagnose gesteld. Deelnemers aan het onderzoek kregen een informatiebrief over het onderzoek met een bezwaarbrief, die kon worden teruggestuurd bij bezwaar tegen het gebruik van hun (geanonimiseerde) gegevens.

Instrumenten

Gedurende de genoemde periode van twee jaar (2009 en 2010) is voor alle outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises een korte checklist ingevuld, te weten de Checklist Risico Crisisdienst (CRC; Penterman & Nijman 2009). Medewerkers van de crisisdienst vullen deze lijst in na het telefoongesprek waarin de crisis wordt aangemeld, veelal door een huisarts. De crisisdienstmedewerker maakt aan de hand van de CRC de eerste inschatting van het psychiatrische toestandbeeld op basis van de doorgaans nog summier informatie die binnenkomt bij aanmelding van een psychiatrische crisis. De CRC bestaat uit 38 dichotome items en een continue VAS-schaal. De items zijn geclusterd in zes hoofdvragen, te weten:

1. Wie heeft de crisisdienst ingeschakeld? (7 items)
2. Hoe luidt de eerste inschatting van het toestandbeeld/diagnose (8 items)
3. Zijn er risico verhogende, aan de patiënt gebonden factoren? (7 items)
4. Zijn er risico verhogende omgevingsfactoren? (6 items)
5. Hoe hoog schat u, op basis van de beschikbare informatie, de kans in dat de patiënt tijdens het consult agressief naar u zal reageren? (1 item)
6. Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkoming van gevaarlijke situaties? (9 items).

In dit onderzoek werd uitsluitend de (tweede) hoofdvraag van de CRC gebruikt welke luidt: "wat is de eerste inschatting van het toestandbeeld/diagnose?". Aan de hand van een aantal antwoordcategorieën kan de crisisdienstmedewerker aangeven met welke problematiek de patiënt naar zijn of haar oordeel kampt: Psychotisch, Manisch/ontremd, Antisociale persoonlijkheid, Depressief / suïcidaal, Onder invloed van drank en/of drugs, Borderline persoonlijkheid, Somatische problemen of overige toestandbeelden. Meerdere opties zijn mogelijk. Onderzocht is hoe betrouwbaar deze, onder tijdsdruk van de psychiatrische problematiek gemaakte, eerste inschatting is, vergeleken met de later na een uitgebreide intake gestelde psychiatrische diagnose.

Procedure

In het kader van het onderzoek vulde de dienstdoende crisisdienstmedewerker een CRC in voor de patiënten die tijdens een crisis telefonisch werden aangemeld. De medewerker deed dat alvorens

de betrokken patiënt in diens woning, op het politiebureau of elders te gaan zien. Bij nieuwe patiënten in de crisisdienst is er vanzelfsprekend nog geen eerdere diagnose gesteld. Met hen gaat de medewerker het face-to-face contact aan op basis van een geschatte diagnose. In de CRC wordt expliciet aandacht besteed aan deze schatting, die immers deel uitmaakt van de gestructureerde klinische risicotaxatie met betrekking tot de kans op agressief gedrag tijdens het contact met de patiënt (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013).

Statistische toetsing

Door middel van beschrijvende statistiek zijn eerst de aantallen en percentages van de voorkomende toestandsbeelden bepaald. Vervolgens is door middel van chi-square toetsingen bepaald hoeveel van de in de hectiek van een crisisaanmelding gestelde diagnoses overeenkomen met de later vastgestelde diagnose, na een uitgebreidere intake. De mate van overeenstemming is vervolgens uitgedrukt in termen van Cohen's kappa.

In de regio Uden en Veghel vonden in 2009 en 2010 in totaal 635 crisiscontacten plaats, waarvoor een CRC werd ingevuld. In 159 gevallen betrof het patiënten die nog niet bekend waren bij de GGZ vóórdat het consult plaatsvond. Van deze 159 patiënten zijn er 30 buiten het onderzoek gebleven. Voor 10 van hen was het toestandsbeeld op de CRC niet ingevuld, 10 patiënten maakten bezwaar tegen gebruik van hun gegevens voor het onderzoek, van 6 patiënten kwam de toestemmingsbrief terug omdat de patiënt niet meer op dat adres woonde, en 4 patiënten waren overleden. Het onderzoek heeft daarmee dus betrekking op 129 nog niet eerder aangemelde patiënten.

RESULTATEN

Alvorens in te gaan op de overeenstemming tussen de CRC en de uiteindelijke, na intake vastgestelde, diagnoses volgt in Tabel 1 eerst een overzicht van de prevalentie van de verschillende diagnostische categorieën zoals op de CRC door de crisisdienstmedewerkers werd ingeschat en later na intake werd vastgesteld.

Tabel 1 | Geschatte diagnoses tijdens crisiscontact en latere diagnoses na intake (meerdere diagnoses per patiënt mogelijk).

Toestandsbeeld	Geschatte diagnose op basis van CRC	Diagnose vastgesteld na intake
Depressief / suïcidaal	87 (67%)	46 (36%)
Psychotisch	28 (22%)	26 (20%)
Alcohol- en / of drugsmisbruik	17 (13%)	14 (11%)
Borderline persoonlijkheid	9 (7%)	3 (2%)
Manisch / ontremd	8 (6%)	6 (5%)
Somatische problemen	8 (6%)	0 (0%)
Antisociale persoonlijkheid	7 (5%)	2 (2%)
Overige toestandsbeelden ⁷	18 (14%)	44 (34%)
Totaal	129 patiënten (100%)	129 (100%)

De overeenkomst van de inschatting van het toestandsbeeld voor de crisis en de vastgestelde diagnose bij intake

De kruistabellen die hierna volgen geven per toestandsbeeld het aantal patiënten (totale $n = 129$) weer bij wie het al dan niet voorkomen van de betreffende stoornis is ingeschat door de crisismedewerker waarbij op een later moment de definitieve diagnose al dan niet wordt vastgesteld. Per toestandsbeeld is met behulp van Cohen's kappa nagegaan hoe valide de eerste inschatting door de crisisdienstmedewerkers is. In elke tabel zijn vervolgens twee cellen gearceerd met daarin de aantallen patiënten waarover de schatting en de diagnose overeenstemmen. De mate waarin schatting en diagnose tot de conclusie komen dat er inderdaad sprake is van het betreffende toestandsbeeld, drukt de sensitiviteit uit. De mate waarin beide concluderen dat er géén sprake is van het toestandsbeeld, drukt de specificiteit uit.

Uit tabel 2 blijkt dat de overeenstemming tussen de inschatting van de crisisdienstmedewerker en de latere diagnose niet heel hoog is wat betreft *depressie/suïcidaliteit*. De samenhang tussen beide is echter wel significant boven kans [Cohen's kappa = 0.39; percentage overeenstemming = 67%; Chi-square (1) = 30.1, $p < 0.001$]. Het kan zijn dat de crisisdienstmedewerker het voorkomen van dit toestandsbeeld overschat. Het kan ook zijn dat het toestandsbeeld na verloop van tijd is verminderd.

⁷ Bij overige geschatte toestandsbeelden moet onder meer gedacht worden aan een angststoornis, autisme, delier, en andere dan antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 2 | Overeenstemming betreffende depressie en suicidaliteit

	Diagnose van depressie stoornis na intake	Geen diagnose van depressieve stoornis na intake
Toestandsbeeld depressief volgens crisismedewerker	45	42
Toestandsbeeld niet depressief volgens crisismedewerker	1	41
	Sensitiviteit: 98%	Specificiteit: 49%
Overall correct		67%

Uit Tabel 3 blijkt dat crisismedewerkers in 94% van de gevallen juist inschatten of een *psychotische stoornis* al dan niet aan de orde is. De bijbehorende kappa is dan ook hoog, namelijk 0.81 [percentage overeenstemming = 94%; Chi-square (1) = 85.4, $p < 0.001$].

Tabel 3 | Overeenstemming betreffende psychotische stoornissen

	Diagnose van psychotische stoornis na intake	Diagnose geen psychotische stoornis na intake
Toestandsbeeld psychotisch volgens crisismedewerker	23	5
Toestandsbeeld niet psychotisch volgens crisismedewerker	3	98
	Sensitiviteit: 88%	Specificiteit: 95%
Overall correct		94%

Uit Tabel 4 blijkt dat de inschatting van *middelenaafhankelijkheid* matig is, maar wel significant samenhangt met een later na intake gestelde diagnose van dit toestandsbeeld [Cohen's kappa = 0.60; percentage overeenstemming = 91%; Chi-square (1) = 46.6, $p < 0.001$].

Tabel 4 | Overeenstemming betreffende alcohol en / of drugsgebruik

	Diagnose van middelengebruik na intake	Diagnose geen middelengebruik na intake
Toestandsbeeld middelengebruik volgens crisismedewerker	10	7
Toestandsbeeld geen middelengebruik volgens crisismedewerker	4	108
	Sensitiviteit: 71%	Specificiteit: 94%
Overall correct		91%

Tabel 5 laat zien dat van de voor de crisisdienst onbekende patiënten na intake slechts twee patiënten een *borderline persoonlijkheidsstoornis* bleken te hebben. De samenhang tussen de inschatting van de crisisdienstmedewerker en de later gestelde diagnose na intake is beperkt [Cohen's kappa = 0.31; percentage overeenstemming = 94%; Chi-square (1) = 16.9, $p < 0.001$].

Tabel 5 | Overeenstemming betreffende borderline persoonlijkheid

	Diagnose van borderline persoonlijkheid na intake	Diagnose geen borderline persoonlijkheid na intake
Toestandsbeeld borderline persoonlijkheid volgens crisismedewerker	2	7
Toestandsbeeld geen borderline persoonlijkheid volgens crisismedewerker	1	119
	Sensitiviteit: 67%	Specificiteit: 94%
Overall correct		94%

Uit Tabel 6 blijkt dat wat betreft een *maniforme ontregeling* de samenhang tussen de inschatting van de crisisdienstmedewerker en de later gestelde diagnose na intake beperkt is, maar wel boven kans samenhangt [Cohen's kappa = 0.55; percentage overeenstemming = 95%; Chi-square (1) = 39.6, $p = 0.000$].

Tabel 6 | Overeenstemming betreffende maniform toestandsbeeld

	Diagnose van bipolaire stemmingsstoornis na intake	Diagnose geen bipolaire stemmingsstoornis na intake
Toestandsbeeld maniform volgens crisismedewerker	4	4
Toestandsbeeld niet maniform volgens crisismedewerker	2	119
	Sensitiviteit: 67%	Specificiteit: 97%
Overall correct		95%

Tabel 7 toont dat de crisisdienstmedewerker in 8 van de 129 gevallen vermoedt dat er bij de patiënt in crisis sprake is van *somatische problematiek*. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een vermoeden van ontremd gedrag, mogelijk in het kader van een hersentumor, of een delirant toestandsbeeld na een urineweginfectie. Na intake werd echter in geen van de 129 gevallen een somatische diagnose vastgesteld. Er kon dus geen kappa worden berekend.

Tabel 7 | Overeenstemming betreffende somatische problematiek

	Somatische diagnose na intake	Geen somatische diagnose na intake
Somatisch toestandsbeeld volgens crisismedewerker	0	8
Geen somatisch toestandsbeeld volgens crisismedewerker	0	121
	-	Specificiteit: 94%
Overall correct		94%

Uit Tabel 8 blijkt dat wat betreft een *antisociale persoonlijkheidsstoornis* de samenhang tussen de inschatting van de crisisdienstmedewerker en de later gesteld diagnose na intake beperkt, maar niettemin significant is [Cohen's kappa = 0.43; percentage overeenstemming = 96%; Chi-square (1) = 35.4, $p < 0.001$].

Tabel 8 | Overeenstemming betreffende antisociale persoonlijkheid

	Diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis na intake	Diagnose geen antisociale persoonlijkheidsstoornis na intake
Inschatting antisociale persoonlijkheid volgens crisisdienstmedewerker	2	5
Inschatting geen antisociale persoonlijk- heid volgens crisisdienstmedewerker	0	122
	Sensitiviteit: 100%	Specificiteit: 96%
Overall correct		96%

DISCUSSIE

In algemene zin blijken medewerkers van de crisisdienst diagnostische categorieën boven kans te kunnen inschatten. De Cohen's kappa's variëren daarbij tussen de 0.31 (borderline persoonlijkheidsstoornissen) en 0.81 (psychotische stoornissen). Borderline persoonlijkheidsstoornissen blijken door medewerkers van de crisisdienst relatief vaak te worden overschat. Dat komt waarschijnlijk doordat op het moment dat een crisis wordt aangemeld de dynamiek van het toestandsbeeld in negatieve zin maximaal is en er mogelijk ook sprake is van de invloed van middelengebruik. Dat zou ook een verklaring kunnen zijn voor de overschatting door de crisisdienstmedewerkers van het aantal depressieve stoornissen. De medewerker moet namelijk een inschatting maken op basis van een momentopname waarbij negatief versterkende factoren (zoals stemmingsproblemen, relatieproblematiek, financiële problemen, alcohol en drugsmisbruik,

etc.) op hun hoogtepunt zijn. Wanneer later na uitgebreider onderzoek de diagnose formeel wordt vastgesteld, zijn de ernstige crisissymptomen vaak al verminderd.

Dat de crisisdienstmedewerker op basis van eerste informatie juist psychotische stoornissen goed inschat, is een sterke bevinding. Het is immers deze problematiek die zoals blijkt uit eerder onderzoek samenhangt met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult (Penterman & Nijman 2009). Het schatten van het toestandsbeeld aan de hand van de CRC is bedoeld om – voorafgaand aan het crisiscontact – toestandsbeelden die samenhangen met agressie te onderkennen, zodat maatregelen genomen kunnen worden om agressie te voorkomen of te kunnen hanteren. Uit het feit dat ons onderzoek alleen betrekking had op patiënten die nog volledig onbekend waren bij de GGZ, mag worden afgeleid dat de gevonden percentages correct ingeschatte diagnoses in werkelijkheid hoger zullen liggen. Ongeveer de helft van patiënten in crises (Mulder 2002; Penterman 2006) is namelijk al wél bekend bij de crisisdienst en GGZ, zodat de crisisdienstmedewerker over aanzienlijk meer informatie beschikt om inschattingen te maken over de psychiatrische voorgeschiedenis en de kansen op impulsief en agressief gedrag.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo is het aantal onderzochte patiënten van 129 beperkt, zeker met betrekking tot minder vaak voorkomende diagnoses als de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Verder is het onderzoek in slechts één regio uitgevoerd.

Al met al laat dit onderzoek samen met eerder onderzoek (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013) naar onze mening zien dat de methode die de crisisdienst in Oost-Brabant heeft ontwikkeld, bestaat uit redelijk betrouwbaar te scoren onderdelen op basis waarvan de medewerker vervolgens het gestructureerde professionele oordeel over agressierisico's formuleert en weergeeft op een continue VAS-schaal. In het eerdere onderzoek werd de interbeoordelaars betrouwbaarheid van deze VAS-inschattingen evenals de predictieve validiteit al vastgesteld en als voldoende bevonden. Het gebruik van de CRC, voorafgaande aan het crisisconsult, is volgens ons dan ook een methode om de veiligheid van crisisdienstmedewerker en patiënt te verhogen en een visie op preventie van incidenten te ontwikkelen. Ook het registreren van daadwerkelijke agressieve incidenten na het crisisconsult middels de Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R; Nijman e.a. 1999) heeft bijgedragen aan inzicht in de aanleidingen en omstandigheden waaronder agressieve incidenten plaatsvinden. Mogelijk kan deze methode van waarde zijn in het kader van een ontwikkeling waarin de zorg voor ernstige psychiatrische patiënten steeds meer ambulante wordt verleend.

Hoofdstuk 7

Persoonlijkheids- kenmerken van crisisdienstmede- werkers in de ggz⁸

⁸ Gepubliceerd als: Penterman EJM, Smeets JML, van der Staak CPF, Özer H, Nijman HLI. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011; 53: 145-151.

En in Engelse bewerking gepubliceerd als: Penterman EJM, Smeets JML, van der Staak CPF, Özer H, Nijman HLI. Personality dimensions of psychiatric emergency service staff. *Journal of the American Association for Emergency Psychiatry* 2012; 10: 16-18.

SAMENVATTING

Achtergrond: Medewerkers van de ggz-crisisdienst komen beroepsmatig relatief vaak terecht in onvoorspelbare, en soms bedreigende, situaties. Mogelijk dat de aard van hun werk vraagt om specifieke persoonlijkheidskenmerken.

Doel: Onderzoeken op welke persoonlijkheidseigenschappen crisisdienstmedewerkers zich onderscheiden van hoog opgeleide personen uit de algemene bevolking.

Methode: Aan medewerkers van de ggz-crisisdiensten van Oost-Brabant (regio's Uden / Veghel en Helmond) werd gevraagd een NEO-PI-R in te vullen, aan de hand waarvan de belangrijkste persoonlijkheidskenmerken in kaart werden gebracht. Van de 59 medewerkers die verzocht werden deel te nemen, retourneerden 44 personen de vragenlijst (76%). De gegevens van deze 44 medewerkers werden afgezet tegen normgegevens van hoogopgeleide personen uit de algemene bevolking.

Resultaten: Gevonden werd dat crisisdienstmedewerkers significant lager scoren op het hoofddomein 'Neuroticisme', en dan met name op de facetten 'Kwetsbaarheid' en 'Schaamte' van dit domein. De crisisdienstmedewerkers scoorden daarnaast hoger op de facetten 'Doelmatigheid' en 'Zelfdiscipline' en lager op 'Oprechtheid' en 'Ordelijkheid'. Psychiaters scoorden ten opzichte van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers) hoger op de facetten 'Dominantie' en 'Openheid van ideeën'.

Conclusie: De gevonden lagere scores op het hoofddomein 'Neuroticisme' en in het bijzonder het deelaspect 'Kwetsbaarheid' ervan, suggereren dat crisisdienstmedewerkers emotioneel relatief stabiel zijn en zich in moeilijke situaties niet snel uit het lood laten slaan. Dergelijke eigenschappen kunnen van belang zijn in hachelijke situaties waarin rust en kalmte dienen te worden bewaard. Gezien de beperkte steekproef en het relatief grote aantal statistische toetsen moeten de bevindingen van dit explorerende onderzoek echter terughoudend geïnterpreteerd worden.

INLEIDING

Naar persoonskenmerken van hulpverleners in algemene zin is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd (maar zie Gerrits 2003; Wagner 2005), en dat geldt ook voor de persoonskenmerken van medewerkers van GGZ-crisisdiensten. Over de specifieke vaardigheden waarover hulpverleners van een crisisdienst moeten beschikken is wel het een en ander geschreven (Achilles, Beerthuis & van Ewijk 2006), maar empirisch onderzoek naar welke kenmerken dergelijke hulpverleners in de praktijk hebben is, voor zover ons bekend, nog niet uitgevoerd.

Medewerkers van GGZ-crisisdiensten moeten onder tijdsdruk ingrijpende beslissingen nemen over psychiatrische patiënten in nood, bijvoorbeeld over de noodzaak tot psychiatrische opname, ook als de patiënt zich hiertegen verzet. Verder kan er sprake van zijn van conflicten of tegenstrijdige belangen van bijvoorbeeld de patiënt ten opzichte van zijn of haar familieleden. Wie de verhalen hoort over situaties waarin crisismedewerkers soms verzeild raken, en hoe ze soms in een situatie snel moeten optreden of beslissingen moeten nemen, kan de indruk krijgen dat het hier om een beroepsgroep moet gaan die specifieke vaardigheden moeten bezitten die nodig zijn om een crisis te beteugelen en onder druk adequate beslissingen te nemen. Medewerkers van GGZ-crisisdiensten lopen bovendien een gerede kans om met agressief gedrag van patiënten, of juist van agressieve personen uit de omgeving van de patiënt, geconfronteerd te worden (Penterman 2006; Penterman & Nijman 2009).

Op psychiatrische afdelingen blijkt agressief gedrag van psychiatrische patiënten vaak te ontstaan in de interactie tussen patiënten en medewerkers (in 86% van de gevallen; zie Whittington en Wykes 1996). Naast patiënten kenmerken zouden dus ook bepaalde karakteristieken van medewerkers mogelijk agressie kunnen ontlokken, dan wel juist kunnen voorkomen. Bepaalde eigenschappen van medewerkers van de crisisdienst zouden wellicht ook van invloed kunnen zijn op het (de)escaleren van bedreigende situaties. Het acute karakter van het werk dat crisisdienstmedewerkers uitvoeren en de steeds wisselende omgeving en context waarin deze medewerkers hun vak uitoefenen maakt dat specifieke kenmerken mogelijk vereist zijn om dit werk te kunnen doen. Het lijkt bijvoorbeeld aannemelijk dat het van belang is dat deze medewerkers een stabiele persoonlijkheid moeten hebben en zich niet snel door onvoorspelbare situaties uit het lood laten slaan. Maar, door welke persoonlijkheidskenmerken worden crisisdienstmedewerkers daadwerkelijk gekarakteriseerd? In het huidige exploratieve onderzoek worden de persoonlijkheidskenmerken van crisisdienst medewerkers van de crisisdienst GGZ Oost Brabant (regio's Uden / Veghel en Helmond) bestudeerd aan de hand van de NEO-PI-R (Costa & McCrea 1985; 1992) en afgezet tegen de personeuseigenschappen van hoogopgeleiden uit de algemene bevolking.

METHODE

Steekproef

Aan de medewerkers van de crisisdienst van GGZ Oost Brabant (regio's Uden / Veghel en Helmond) werd gevraagd of zij bereid waren een NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992; Nederlandstalige versie van Hoekstra, Ormel & Fruyt, 1996) in te vullen. Het betrof dus zowel SPV-ers als psychiaters. Het aantal medewerkers van de crisisdienst GGZ Oost Brabant Uden / Veghel was op dat moment 31 en 28 in de regio Helmond. De lijsten werden anoniem geretourneerd voor verdere uitwerking van de resultaten. Van de 59 uitgestuurde vragenlijsten werden er 44 (76%) ingevuld teruggestuurd. De gemiddelde leeftijd van deze steekproef was 44.6 jaar (s.d. = 6.4; range 30 tot en met 56 jaar). Het betrof 22 vrouwelijke (n = 22, 50%) en 22 mannelijke medewerkers (n = 22, 50%). De 44 respondenten bestonden verder uit 28 SPV-ers (65%) en 15 psychiaters (35%; van één van de 44 deelnemers ontbreekt het beroep, omdat de desbetreffende respondent ervoor had gekozen dit niet op de vragenlijst te vermelden).

Het gebruikte instrument: De NEO-PI-R

De Nederlandstalige NEO-PI-R is een geautoriseerde vertaling van de NEO-PI-R Personality Inventory (Hoekstra, Ormel & Fruyt 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"). Binnen elk van deze vijf domeinen worden tevens een zestal facetten / subschalen onderscheiden die de dimensie in kwestie verder specificeren. Met de in totaal 30 facetten van de NEO-PI-R is een betrouwbare en omvattende beoordeling van de persoonlijkheid van volwassenen mogelijk (Costa & McCrae 1992). In Tabel 1 zijn de vijf domeinen en de 30 bijbehorende facetten van de NEO-PI-R weergegeven (uit: Hoekstra, Ormel & Fruyt 1996; p. 6)

Tabel 1 | Domeinen en 30 facetten gemeten door de NEO-PI-R

Domeinen	Openheid facetten
N: Neuroticisme	O1: Fantasie
E: Extraversie	O2: Esthetiek
O: Openheid	O3: Gevoelens
A: Altruïsme	O4: Veranderingen
C: Consciëntieusheid	O5: Ideeën
	O6: Waarden
Neuroticisme facetten Altruïsme facetten	
N1: Angst	A1: Vertrouwen
N2: Ergernis	A2: Oprechtheid
N3: Depressie	A3: Zorgzaamheid
N4: Schaamte	A4: Inschikkelijkheid
N5: Impulsiviteit	A5: Bescheidenheid
N6: Kwetsbaarheid	A6: Medeleven
Extraversie facetten Consciëntieusheid facetten	
E1: Hartelijkheid	C1: Doelmatigheid
E2: Sociabiliteit	C2: Ordelijkheid
E3: Dominantie	C3: Betrouwbaarheid
E4: Energie	C4: Ambitie
E5: Avonturisme	C5: Zelfdiscipline
E6: Vrolijkheid	C6: Bedachtzaamheid

Statistische vergelijkingen

De NEO-PI-R scores van de medewerkers van de crisisdienst werden met t-testen vergeleken met die van een normgroep van 219 hoogopgeleide personen uit Nederland zoals weergegeven in de Nederlandstalige handleiding van het instrument. Alhoewel het kleine subgroepen betreft, werden daarnaast de psychiaters in de huidige steekproef (n = 15, 35% van de steekproef) onderling met de SPV-ers (n = 28, 65%) vergeleken (1 ontbrekende waarde). Alpha werd bij de verschillende toetsen op 0.05 (tweezijdig) gezet.

RESULTATEN

Medewerkers van de crisisdienst (n = 44) vergeleken met hoogopgeleiden uit de algemene bevolking (n = 219)

In Tabel 2 zijn de resultaten van de statistische vergelijkingen van de persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers van de crisisdienst met die van hoogopgeleiden uit de algemene Nederlandse bevolking samengevat.

Tabel 2 | Scores op domeinen en facetten van NEO-PI-R, crisisdienstmedewerkers versus normgroep hoogopgeleiden uit algemene bevolking (uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011; 53: 3)

Facetten en hoofddomeinen (cursief)	Score van medewerkers van de ggz-crisisdiensten (n = 44) gemiddeld (SD)	Normscores hoogopgeleiden algemene bevolking (n = 219) gemiddeld (SD)	Statistische vergelijkingen
N1: Angst	21,2 (4,0)	22,4 (6,1)	t(261) = 1,25, p = 0,21
N2: Ergernis	18,6 (3,9)	20,0 (4,6)	t(261) = 1,89, p = 0,60
N3: Depressie	20,3 (4,5)	21,7 (5,5)	t(261) = 1,58, p = 0,11
N4: Schaamte	20,1 (3,9)	21,7 (5,0)	t(261) = 2,00, P = 0,046*
N5: Impulsiviteit	23,3 (3,4)	23,8 (4,8)	t(261) = 0,66, p = 0,51
N6: Kwetsbaarheid	16,2 (4,0)	18,8 (4,7)	t(261) = 3,43, p = 0,0007*
N: Neuroticisme	119,8 (17,2)	128 (24)	t(261) = 2,16, P = 0,032*
E1: Hartelijkheid	29,4 (3,4)	28,4 (3,9)	t(261) = 1,58, p = 0,11
E2: Sociabiliteit	25,3 (4,3)	25,3 (5,5)	t(261) = 0,0, p = 1,0
E3: Dominantie	24,5 (4,5)	23,8 (5,7)	t(261) = 0,77, p = 0,44
E4: Energie	26,3 (4,0)	26,1 (4,3)	t(261) = 0,28, p = 0,78
E5: Avonturisme	22,0 (4,3)	22,5 (5,2)	t(261) = 0,60, p = 0,55
E6: Vrolijkheid	29,1 (4,3)	28,0 (5,0)	t(261) = 1,36, p = 0,17
E: Extraversie	156,7 (18,4)	154 (19)	t(261) = 0,86 p = 0,39
O1: Fanatasie	25,6 (4,3)	25,6 (5,1)	t(261) = 0,0 p = 1,0
O2: Esthetiek	26,1 (5,0)	26,6 (5,6)	t(261) = 0,55, p = 0,58
O3: Gevoelens	29,2 (3,3)	28,4 (4,4)	t(261) = 1,14, p = 0,25
O4: Veranderingen	24,7 (3,5)	23,6 (4,4)	t(261) = 1,56, p = 0,12
O5: Ideeën	26,8 (3,9)	27,0 (4,0)	t(261) = 0,30 p = 0,76
O6: Waarden	30,4 (2,6)	29,2 (3,9)	t(261) = 1,95 p = 0,052
O: Openheid	162,9 (13,8)	161 (18)	t(261) = 0,66, p = 0,51

Tabel 2 | (Vervolgd)

Facetten en hoofddomeinen (cursief)	Score van medewerkers van de ggz-crisisdiensten (n = 44) gemiddeld (SD)	Normscores hoogopgeleiden algemene bevolking (n = 219) gemiddeld (SD)	Statistische bergelijkingen
A1: Vertrouwen	29,8 (3,5)	28,8 (4,5)	t(261) = 1,39, p = 0,17
A2: Oprechtheid	26,9 (4,2)	28,6 (4,8)	t(261) = 2,19, p = 0,030*
A3: Zorgzaamheid	29,1 (3,0)	29,7 (3,6)	t(261) = 1,04, p = 0,30
A4: Inschikkelijkheid	25,6 (3,4)	25,3 (4,3)	t(261) = 0,44, p = 0,66
A5: Bescheidenheid	27,0 (3,9)	27,8 (4,3)	t(261) = 1,14, p = 0,25
A6: Medelevens	28,8 (2,9)	29,5 (3,9)	t(261) = 1,13, p = 0,26
A: Altruïsme	167,1 (11,9)	170 (17)	t(261) = 1,07, p = 0,29
C1: Doelmatigheid	30,0 (2,4)	28,7 (3,5)	t(261) = 2,35, p = 0,019*
C2: Ordelijkheid	25,1 (4,2)	26,7 (4,4)	t(261) = 2,22, p = 0,028*
C3: Betrouwbaarheid	31,1 (2,7)	31,7 (3,7)	t(261) = 1,02, p = 0,31
C4: Ambitie	27,1 (4,2)	26,8 (4,9)	t(261) = 0,38, p = 0,70
C5: Zelfdiscipline	29,6 (3,2)	27,0 (4,6)	t(261) = 3,58, p = 0,0004*
C6: Bedachtzaamheid	26,5 (3,9)	27,0 (4,6)	t(261) = 0,67, p = 0,050
C: Consciëntieusheid	169,3 (13,4)	170 (18)	t(261) = 0,24, p = 0,81

*p < 0,05, tweezijdig.

Zoals de tabel laat zien werd voor wat betreft de vijf hoofddomeinen van de NEO-PI-R alleen voor "Neuroticisme" een significant verschil gevonden. De crisisdienstmedewerkers (n = 44) bleken een lagere score te hebben op dit domein in vergelijking met de normgroep bestaande uit hoog opgeleide Nederlanders [t(261) = 2.16, p = 0.032]. Dit bleek met name tot uiting te komen in lage scores op facet N6 dat "Kwetsbaarheid" meet ten opzichte van de normgroep [t(261) = 3.43, p = 0.0007], en in mindere mate in lagere scores op het facet N4 dat "Schaamte" meet. Volgens de handleiding van de NEO-PI-R verwijst "kwetsbaarheid" naar het kunnen omgaan en hanteren van moeilijke en stressvolle situaties. Hoog scoorders zijn gevoeliger voor stress. In crisissituaties worden hoog scoorders op dit facet afhankelijk, voelen zich hulpeloos, hopeloos of raken in paniek.

Op de andere hoofdschalen wijkt het profiel van de medewerkers van de crisisdienst regio Uden / Veghel en Helmond niet af van personen die voor een ander beroep kozen. Uit de analyses van de facetscores (de subschaal scores) kwamen wel nog de volgende verschillen tussen beide groepen naar voren: De crisisdienstmedewerkers scoorden hoger op facet C1 dat "Doelmatigheid" meet [t(261) = 2.35, p = 0.019] en hoger op facet C5 dat "Zelfdiscipline" meet [t(261) = 3.58, p < 0.0004]. "Doelmatigheid" verwijst naar de ervaring van mensen dat zij bekwaam, verstandig en effectief zijn in zake de opgaven die het leven hun stelt. Hoog scoorders voelen zich uitstekend tegen het leven opgewassen terwijl laag scoorders dat gevoel juist missen. "Zelfdiscipline" is het vermogen eenmaal begonnen taken door te zetten en af te maken. Hoog scoorders op dit facet hebben sterk het vermogen zichzelf te motiveren om een karwei af te maken.

Verder scoorden de medewerkers van de crisisdienst lager op facet A2 "Oprechtheid" [$t(261) = 2.19$, $p = 0.030$] en lager op C2 "Ordelijkheid" [$t(261) = 2.22$, $p = 0.028$]. Volgens de handleiding van de NEO-PI-R (Hoekstra, Ormel & Fruyt, 1996, p. 25) zijn laag scoorders op "Oprechtheid": "bereid anderen te manipuleren met vleierij, trucs en kleine, of halve onwaarheden. Zij zien zulke tactieken als noodzakelijk sociale vaardigheid". Mensen die hoog scoren op het facet "Ordelijkheid", tot slot, "zijn precies, ordelijk en systematisch. Zij organiseren hun zaken goed en planmatig." (p. 27). De onderzochte medewerkers van de crisisdiensten beoordeelden zichzelf dus lager wat betreft het goed en planmatig organiseren dan hoogopgeleiden uit de algemene bevolking.

Persoonlijkheidskenmerken van psychiaters vergeleken met SPV-ers

Er werden nauwelijks verschillen gevonden tussen de psychiaters ($n = 15$) en de SPV-ers ($n = 28$) wat betreft hun persoonlijkheidskenmerken. Zo werden op geen van de hoofddomeinen significante verschillen gevonden.

Op twee facetten werden wel verschillen gevonden. De psychiaters scoorden significant hoger op facet E3 dat "Dominantie" meet [$t(41) = 2.25$, $p = 0.030$]. Het gedrag van hoog scoorders op deze schaal is "dominant, krachtig en overheersend. Zij spreken zonder aarzeling en nemen vaak de leiding in groepen. Zij zijn veel aan het woord" (Hoekstra, Ormel & Fruyt, 1996, p. 24). Daarnaast scoorden zij hoger dan de SPV-ers op facet O5 "Openheid van ideeën" [$t(41) = 2.07$, $p = 0.044$]. "Openheid van ideeën" verwijst naar intellectuele nieuwsgierigheid. Deze trek herkent men niet alleen in een actieve interesse in intellectuele bezigheden als zodanig, maar ook in het openstaan voor nieuwe onconventionele ideeën en de bereidheid die te overwegen".

DISCUSSIE

De NEO-PI-R scores van de crisisedeemedewerkers lieten een lagere score op Neuroticisme zien, en dan met name op het facet "Kwetsbaarheid", en in mindere mate op het facet "Schaamte", ten opzichte van de normscores voor HBO en universitair opgeleiden. De crisisedeemedewerker lijkt daarmee relatief emotioneel stabiel te zijn en zich niet vlug uit het lood te laten slaan. Deze eigenschap kan van belang zijn in hachelijke situaties, waarin rust en kalmte dienen te worden bewaard. Het blijft echter onduidelijk of mensen met deze eigenschappen zich juist aangetrokken voelen tot dit type werk of dat zij dit werk door die eigenschap juist langer volhouden. Over de causaliteit van de gevonden verbanden kan namelijk met het huidige onderzoeksdesign niets worden gezegd. De gevonden emotionele stabiliteit en het niet zo kwetsbaar zijn voor stresssituaties, wat de lagere N en N6 scores suggereren, lijken in elk geval positieve eigenschappen voor mensen in dit beroep. Mensen met lage scores hierop zijn namelijk: "emotioneel stabiel en moeilijk uit het lood te slaan. Ook in stresssituaties weten ze rustig en zonder gespannen opwindning te opereren" (Hoekstra, Ormel & Fruyt, 1996, p. 23). Verder scoorden de medewerkers hoger op doelmatigheid en zelfdiscipline, maar lager op oprechtheid en ordelijkheid. Binnen het team bleken de psychiaters naast hogere scores op "Openheid van ideeën" ook hoger te scoren op "Dominantie" ten opzichte van de SPV-ers. Het is goed voorstelbaar dat de hogere score op "Dominantie" met de leidinggevende rol van de

psychiaters te maken heeft. Psychiaters zijn namelijk als achterwachten eindverantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de crisisdienst.

Het huidige onderzoek kent echter een aantal belangrijke beperkingen. In het onderhavige, exploratieve onderzoek werd een groot aantal statistische toetsen uitgevoerd op een beperkte steekproef van 44 crisisdienst medewerkers. Bij een tweezijdige alpha van 0.05 bestaat de kans dat er, zeker als er groot aantal toetsen werd uitgevoerd, op basis van toeval significante verschillen gevonden worden. Indien men in ons onderzoek zou corrigeren voor het aantal gebruikte toetsen, zoals in geval van een Bonferonni correctie wordt gedaan, dan zouden alleen de lagere "Kwetsbaarheid" (facet N6) en de hogere "Zelfdiscipline" (facet C5) als significant verschillend worden beschouwd ten opzichte van de normgegevens.

Een tweede belangrijke beperking is dat de generaliseerbaarheid van de huidige bevindingen naar medewerkers van andere GGZ-crisisdiensten beperkt zou kunnen zijn. De steekproef van het huidige onderzoek is namelijk niet alleen wat betreft de omvang ervan beperkt maar ook wat betreft de geografische spreiding. Het betreft namelijk een lokaal in Oost-Brabant uitgevoerde studie, waarvan de resultaten mogelijk niet overeenkomen met medewerkers van andere crisisdiensten in Nederland.

Op de derde plaats kan de non-response van 24% (76% van de medewerkers retourneerden de vragenlijst) tot vertekening van de resultaten hebben geleid. Wellicht dat mensen die niet aan een dergelijk onderzoek wenselijk deel te nemen, op bepaalde kenmerken anders scoren dan de mensen die de vragenlijst wel invulden.

Ondanks deze beperkingen zijn wij van mening dat het aannemelijk is dat werken bij een GGZ-crisisdienst bepaalde eigenschappen vergt die mogelijk minder nodig zijn voor medewerkers die op andere plaatsen in de hulpverlening werken. Tijdens sollicitatie gesprekken met SPV-ers en psychiaters die bij de crisisdienst willen gaan werken zijn de benodigde kwaliteiten en vaardigheden uiteraard onderwerp van gesprek, maar de vraag waar medewerkers van de crisisdienst specifiek aan moeten voldoen is niet eenvoudig te beantwoorden. In de praktijk blijkt vaak dat de rol die de crisismedewerker te vervullen heeft grotendeels ook al doende wordt geleerd en eigen gemaakt kan worden, maar in sommige gevallen blijkt toch dat het werk iemand niet ligt. Om meer inzicht te krijgen in de benodigde vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken, zodat hier bij de selectie van sollicitanten gericht aandacht aan besteed kan worden, lijkt grootschaliger onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken van medewerkers van GGZ-crisisdiensten aan te bevelen, waarbij dan ook vergelijkingsgroepen van medewerkers die op andere plaatsen in GGZ werken aan het onderzoek zouden kunnen worden toegevoegd. In een dergelijk, meer grootschalig onderzoek zou dan niet alleen bestudeerd moeten worden welke kenmerken de GGZ-medewerkers in de praktijk hebben, zoals in de huidige studie het geval was, maar ook middels follow-up studie de relatie met negatieve uitkomsten zoals ziekteverzuim, burn-out symptomen en het definitief verlaten van het beroep kunnen worden onderzocht. Wellicht zouden ook de interactie met patiënten, in termen van escalaties en de-escalaties, in relatie tot de persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers nader onderzocht kunnen worden. Op basis van dergelijk meer grootschalig en longitudinaal onderzoek zou wellicht bij de selectie van medewerkers, dan wel bij het aanbieden van gerichte trainingen, rekening kunnen worden gehouden met de benodigde persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden van medewerkers die in de GGZ aan het werk gaan.

Hoofdstuk 8

Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisismedewerkers⁹

⁹ Gepubliceerd als: Penterman EJM, van der Staak CPF, Nijman HLI. Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisismedewerkers. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014; 56: 448 – 454.

SAMENVATTING

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.

Methode: Alle crisisdienstmedewerkers (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. Daarnaast leek Altruïsme negatief te correleren met de inschatting vooraf van de kans dat er sprake zou zijn van agressief gedrag van de patiënt tijdens het consult.

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

INLEIDING

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, diagnose (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, in het bijzonder in het forensische veld. Het is echter belangrijk om niet alleen te kunnen voorspellen maar ook om de mogelijke oorzaken van agressief gedrag te begrijpen (Skeem & Monahan 2009). In dit artikel wordt de aandacht van het voorspellen van agressief gedrag verlegd 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 aanwijzingen dat agressie niet alleen bepaald wordt door patiëntvariabelen, maar ook in de interactie met omgevings- en hulpverleners variabelen (Wittingthon & Wykes 1996; Nijman e.a. 1999; van der Schaaf e.a. 2013) 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). Nog minder is bekend over de mogelijke invloed van de kenmerken en eigenschappen van 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-PI-R (Costa & McCrae 1992) onderzocht welke persoonlijkheidskenmerken deze beroepsgroep karakteriseerde (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 uren crisisdienst 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, werd bovendien door de medewerkers een korte checklist ingevuld, 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). Hieronder wordt kort nader ingegaan op de gebruikte instrumenten.

NEO-PI-R

De Nederlandstalige NEO-PI-R is een geautoriseerde vertaling van de NEO-PI-R Personality Inventory (Hoekstra, Ormel & Fruyt 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 een zestal 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 toestandbeeld / diagnose van de patiënt?
- Zijn er eventuele risico verhogende patiënt gebonden factoren zoals eerdere agressie, mogelijke paranoïde waandenkbeelden etc.?
- Lijkt er sprake van eventuele risico verhogende omgevingsfactoren, zoals het aanwezig zijn van mogelijke (andere) gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt, gevaarlijke huisdieren, mogelijke wapens in huis etc .
- Dienen er voorzorgsmaatregelen te worden genomen om gevaarlijke situaties te voorkomen (zoals de patiënt samen met een collega zien, in plaats van alleen te gaan, de patiënt naar een bepaalde locatie laten komen etc.)?

Een belangrijk onderdeel van de CRC is verder een Visuele Analoge Schaal (VAS-schaal) waarop de medewerker gevraagd wordt om op basis van de bovenstaande 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

In lijn met eerdere studies naar het werken met de CRC (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013) werd eerst in algemene zin aan de hand van een t-test onderzocht 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. Eveneens werd op basis van een zogenaamde ROC-analyse in SPSS de Area Under Curve-waarde (AUC-waarde) voor de risico-inschatting op de VAS berekend.

Aan de hand van de gegevens van de CRC's en de SOAS-R registraties, werd vervolgens onderzocht of stafleden met bepaalde persoonlijkheidskenmerken het risico op agressie op voorhand gemiddeld hoger inschatten voordat zij de patiënt in crisis gingen zien (ANOVA). Vervolgens werd bestudeerd of stafleden met bepaalde persoonlijkheidskenmerken vaker agressie rapporteerden dan anderen (middels een Chi-square-test). 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 SPV-ers, bestaande uit 15 vrouwen (71%) en 6 mannen (29%). De gemiddelde leeftijd van deze 21 medewerkers was 43 jaar (s.d. = 5,8; range van 30 tot en met 53 jaar). In totaal hadden deze 21 medewerkers in de twee onderzoeksjaren voor 576 crisiscontacten de CRC ingevuld. Gemiddeld hadden deze 21 medewerkers daarmee voor 27,4 crisiscontacten de CRC ingevuld (s.d. = 16,6; range 2 tot en met 63). Degene met het laagste aantal ingevulde CRCs wordt vanwege dit afwijkende lage aantal in een aantal berekeningen buiten beschouwing gelaten, ofwel er worden berekeningen gepresenteerd waarin deze persoon wel en niet in de analyse is meegenomen. Bij het weglaten van deze getalsmatige uitbijter, loopt het aantal observaties van de 20 overgebleven SPV-ers van minimaal 10 tot maximaal 63, met een gemiddeld aantal contacten van 28,7 (s.d. = 15,9).

In lijn 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 ($n=502$) [gemiddelde VAS-score 44,0 versus 20,6 mm; $t(574) = 6,3$, $p = 0,000$; mean difference = 23,4 mm; 95% betrouwbaarheidsinterval van de mean difference van 30,8 tot 16,1]. De Area under the Curve (AUC) waarde is 0.73. Hieronder wordt kort ingegaan op 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 [waarbij het relatief vaak ging om trappen en / of slaan (10 incidenten), in 7 gevallen werd aangegeven dat de patiënt gevaarlijke objecten of methoden inzette zoals het dreigen met een mes, in 4 gevallen ging het om gooien met spullen, met name stoelen en / of servies, en in een geval ging het om bijten].

Verschillen tussen medewerkers wat betreft het inschatten en het later melden van agressie

De 20 medewerkers die minimaal 10 keer (range 10 tot en met 63 keer) de CRC hadden ingevuld bleken significant te verschillen wat betreft hun voorafgemaakte 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 schaal 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 vooraf 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 zijn; één medewerker rapporteerde voor 81% van de contacten (13 op een totaal van 16 consulten) dat er agressie had plaatsgevonden terwijl vier van de 20 medewerkers nooit agressie rapporteerden ondanks het feit dat zij gemiddeld genomen voor 18,8 consulten het formulier hadden ingevuld.

Verbanden tussen persoonlijkheidskenmerken en (het voorspellen en melden van) 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 (zie 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 twee CRCs had ingevuld).

Tabel 1 | Spearman's rho correlatie- coëfficiënten 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** (p = 0,041)	0,11 (p = 0,63)	0,18 (p = 0,45)
Consciëntieusheid	165,5 (14,2)	0,41* (p = 0,068)	0,40* (p = 0,083)	0,43* (p = 0,053)	0,49** (p = 0,030)

* p < 0,1, tweezijdig

** p < 0,05, tweezijdig

De tabel laat zien dat voor de totale groep van 21 medewerkers geen van de vijf hoofdschalen van de NEO-PI-R significant samenhangen met het percentage waargenomen agressie-incidenten. Wel werden trends gevonden (p < 0,1, tweezijdig) dat Consciëntieusheid samenhangt 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, Ormel & de Fruyt, 1996; p. 21), de kans op agressie tijdens het consult lager inschatten.

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 allen < 0,05; n = 20).

Voor 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, Ormel & de Fruyt, 1996; p. 26).

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Aanzienlijke verschillen werden gevonden tussen de medewerkers wat betreft hun gemiddelde inschatting op 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.

Aan de andere kant is het mogelijk dat mensen die zeer nauwgezet, ordelijk en systematisch zijn, de invulinstructie en definiëring van wanneer agressie gemeld moet worden nauwgezet hebben gevolgd, waardoor ook het melden van agressie door deze personen vaker plaatsvond. 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 agressieregistratie methode 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 werden er aanwijzingen gevonden 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.

In het huidige onderzoek werden echter 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 agressie-onderzoek, 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. Recent (risicotaxatie)onderzoek heeft zich vooral bezig gehouden met het statistisch voorspellen van agressie op basis van patiëntenkenmerken, maar heeft minder aandacht voor de oorzaken die kunnen ontstaan in de interactie met de omgeving. In lijn hiermee stelden de onderzoekers Skeem en Monahan recentelijk dat: "the time is ripe to shift attention from predicting violence to understanding it causes and preventing its (re)occurrence" (Skeem & Monahan 2011, p. 38). In deze zoektocht zouden de interactie- en communicatiestijl van medewerkers in de GZZ 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.

Hoofdstuk 9

Discussie

Sinds het begin van dit millennium wordt er landelijk een steeds intensiever debat gevoerd over agressie tegen hulpverleners. Uit de discussie toentertijd bleek dat omvang en ernst van het probleem niet duidelijk waren; er waren nauwelijks cijfers beschikbaar. Inmiddels zijn er meer cijfers bekend en is duidelijk dat er sprake is van een serieus probleem voor hulpverleners, omdat de veiligheid binnen het werk in het geding is. De maatschappelijke en politieke verontwaardiging heeft er mede toe bijgedragen dat er binnen de GGZ een verandering van opvatting heeft plaatsgevonden: van 'agressie hoort erbij' naar 'wat er aan te doen'.

Het belangrijkste doel van dit proefschrift was een bijdrage te leveren aan het in kaart brengen van agressie tegen hulpverleners van de GGZ crisisdienst en hieraan ideeën voor preventie te ontleen. Een van de doelen was het inventariseren van de aard en ernst van agressie problematiek van de patiënt ten opzichte van de hulpverleners in de GGZ crisisdienst (hoofdstuk 2). Tevens werd de agressie problematiek vanuit het perspectief van patiënten bekeken (hoofdstuk 3).

Vervolgens werd onderzocht of agressie voorkomen zou kunnen worden, wanneer een crisismedewerker op basis van de binnengekomen informatie, maar nog vóór het contact met de patiënt, een inschatting kan maken van de mate waarin agressie zal optreden. Met dat doel voor ogen is in het kader van dit proefschrift een checklist voor crisisdienstmedewerkers ontwikkeld, de Checklist Risico Crisisdienst (CRC). Met behulp van dit instrument kan de medewerker kans op eventuele agressie inschatten, verschillende risicofactoren wegen en op basis daarvan eventueel maatregelen nemen. Een belangrijke vraag daarbij was of de summier informatie die in de meeste gevallen door de huisarts wordt verstrekt, aanknopingspunten biedt voor deze inschatting. De ontwikkeling van de Checklist Risico Crisisdienst en de betrouwbaarheid en de validiteit worden in de hoofdstukken 4 en 5 beschreven. Een ander belangrijk punt betrof de vraag of de diagnose die tijdens het crisisconsult werd gesteld, de juiste was in het licht van de inschatting van de kans op agressie (hoofdstuk 6). Sommige toestandsbeelden zoals een paranoïde psychose zijn immers sterker gecorreleerd aan agressie dan andere toestandsbeelden (van Dongen 2012; Nederlof 2013; Monahan 2008). Bovendien is een juiste diagnose van groot belang voor doorverwijzing van een patiënt naar het juiste behandeltraject.

Als laatste is onder medewerkers van de GGZ crisisdienst de vraag onderzocht: 'wie zijn wij?'. Dat gebeurde door hun persoonlijkheidsprofielen in kaart te brengen. Tevens is gezocht naar een correlatie tussen de persoonlijkheidsprofielen en het voorspelde en waargenomen agressieve incident. Bij het benaderen van agressie tegen hulpverleners hebben we namelijk de neiging vooral te kijken naar de persoon van de patiënt als bron van agressie. Ook hulpverleners beschikken echter over eigenschappen die van invloed kunnen zijn op het al dan niet optreden van agressie. Dit deel van het onderzoek wordt in de hoofdstukken 7 en 8 beschreven.

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen samengevat en beschouwd waarna ook de beperkingen, praktische consequenties en klinische relevantie aan de orde komen. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

Samenvatting en beschouwing van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek

Agressie is een veelvoorkomend verschijnsel in de geestelijke gezondheidszorg. Vooral in crisissituaties en opname afdelingen (van de Sande e.a. 2011) moeten GGZ medewerkers het

ontgelden. Onderzocht is in welke mate agressie zich voordoet in de crisisdienst van de regio Uden / Veghel.

In 2002 werd ongeveer 1 op de 7 crisiscontacten (14%) met de patiënt als bedreigend ervaren door medewerkers van de crisisdienst Uden/Veghel. Dit percentage daalde naar 10% in de periode juni 2003 tot juni 2005; in de periode 2006-2009 daalde het verder naar 8,5% van de contacten waarbij agressief gedrag werd gerapporteerd. De kans op een agressieve benadering was voornamelijk hoger aan het eind van de ochtend, aan het eind van de avond en het begin van de nacht. Wat betreft de incidenten aan het eind van de avond en het begin van de nacht leert de ervaring dat alcohol- en/of druggebruik een rol spelen bij het optreden van agressief gedrag tijdens crisiscontacten (zie ook Monahan e.a. 1994; 2001). De ervaring leert verder dat problemen met patiënten – zeker wanneer ze onder invloed zijn van alcohol of drugs – vaak ontstaan uit irritatie over het binnentreden van GGZ medewerkers in de leefruimte van de patiënt of doordat deze ongewenste beslissingen nemen.

Vanwege de regelmatig voorkomende incidenten met agressie vonden wekelijks met de crisisdienstmedewerkers bijeenkomsten plaats om ervaringen te delen en kennis te ontwikkelen. Door continu én structureel aandacht te besteden aan agressie raakten medewerkers mentaal beter voorbereid op eventuele bedreigende situaties. De indruk bestaat dat een dergelijke houding of alertheid ook leidt tot een geringere psychologische impact van eventuele agressie. Deze houding biedt daarnaast de mogelijkheid om uit eerdere voorvallen te leren. Door de gegevens wekelijks met elkaar te bespreken is bij de medewerkers het gevoel ontstaan dat het omgaan met probleemgedrag van patiënten een gezamenlijke opgave is waarbij zij op elkaar kunnen terugvallen.

Door deze werkwijze in de regio Uden / Veghel lijkt een veilig platform te zijn ontstaan voor alle hulpverleners. Dankzij de wekelijkse bespreking raakt een hulpverlener die met een agressief incident is geconfronteerd, niet in een geïsoleerde positie.

Alles wijst erop dat de inspanningen van de afgelopen jaren in de betreffende crisisdienst hebben geleid tot vergroting van de veiligheid van de medewerkers. De gevonden daling van het aantal gerapporteerde incidenten zou het resultaat kunnen zijn van meer maatregelen ter preventie. Denk hierbij aan meer overleg voeren met de achterwacht, meer informatie opvragen, de patiënt op een andere locatie laten komen, de patiënt in gezelschap van een collega gaan zien, of vragen om assistentie van de politie in de crisis. De medewerkers van de crisisdienst zijn meer op de veiligheid rond het crisis consult gaan letten. Overigens kunnen alternatieve verklaringen voor de daling van het aantal agressiemeldingen niet worden uitgesloten. Zo kan het starten met registreren al tot vermindering van de te registreren gebeurtenissen leiden (Nillson e.a.1988). Ook een verminderde bereidheid om incidenten te rapporteren kan, zeker bij het ontbreken van een controleconditie, niet worden uitgesloten. Dit alles neemt niet weg dat het zien van patiënten op een andere locatie dan in de huiselijke omgeving zeker veiliger is voor de medewerkers. Om die reden wordt deze maatregel als preventieve maatregel vaker ingezet in de regio Uden/Veghel. Hiermee wordt dan wel afgeweken van een belangrijk uitgangspunt in de sociale psychiatrie, namelijk dat een beoordeling in de thuissituatie bijdraagt aan een adequate diagnostiek vanwege de rol die het systeem daarin speelt. In de thuissituatie kan de crisisdienstmedewerker beter putten uit hulpbronnen van het systeem (Achilles e.a. 2011; Jenner 2005).

Wanneer men vanuit het perspectief van de patiënt kijkt naar agressie, blijkt in lijn met eerder onderzoek (Killcommons & Morrison 2005) dat psychotische patiënten vaak bij agressieve incidenten betrokken zijn geweest en dat het daarbij niet alleen gaat om agressie naar anderen maar ook om agressie die zich tegen henzelf richtte. In ons onderzoek bleek dat 72% van de patiënten met de diagnose schizofrenie tijdens een psychose te maken had gehad met een agressief incident. Daarna werd op gestandaardiseerde wijze doorgevraagd naar de aard en ernst van de agressie. Hoewel vaak beweerd wordt dat psychotische patiënten niet meer weten wat er gebeurd is, viel op dat zij dat doorgaans in detail bleken te weten. Er leek dus geen sprake te zijn van amnesie voor de agressieve gebeurtenissen.

Het is een 'populaire waan' te denken dat bijna alle psychiatrische patiënten gevaarlijk zijn. Zeker schizofrenie wordt in de buitenwereld geassocieerd met gevaarlijk gedrag naar anderen. Meerdere onderzoeken tonen aan dat dit genuanceerder ligt. Slechts bij een kleine groep van psychotische patiënten is er een groter risico op agressie, vooral wanneer er sprake is van bepaalde (paranoïde) waandenkbeelden en specifieke symptomen. De voor agressie verantwoordelijke psychotische symptomen lijken vaak samen te hangen met een drietal denkpatronen: '(1) de overtuiging dat andere krachten je geest domineren zodat je geen invloed meer hebt, (2) de overtuiging dat er gedachten in je hoofd worden gezet die niet van jou zijn, en (3) de overtuiging dat andere mensen of krachten je iets aan willen doen' (Monahan 1994). Deze denkpatronen, ook aangeduid als threat /control-override symptomen, kunnen leiden tot waanstress die op haar beurt gecorreleerd is met eventueel agressief gedrag (van Dongen 2012). Wanneer er echter sprake is van een goede behandeling, waarbij medicatie, begeleiding en therapie door de GGZ een rol spelen, is de gemiddelde psychiatrische patiënt nauwelijks gevaarlijker dan de gemiddelde buurman (Fuller Torrey e.a. 2008). Een grotere sociale cohesie leidt ook tot minder kans op agressie of geweld (Achterhuis 2008; Lincoln 2014). Naast medicatie en cognitieve behandeling van de psychotische symptomen is dus ook de sociale inbedding van de patiënt in zijn of haar omgeving van belang. Vanuit dit perspectief kan de werkvorm Assertive Community Treatment (ACT) die de laatste jaren toenemend vorm krijgt in bijna elke regio in Nederland, een belangrijke ondersteuning aan de behandeling bieden door bij gebleken gestoorde denkpatronen en/of agressief gedrag te zoeken naar beschermende factoren (de Vogel 2012; de Vries-Robbé 2014) die de kans op agressie in de toekomst kleiner maken.

Psychiatrische patiënten blijken ook vaak slachtoffer van agressief gedrag van anderen (Hodgins 2007; Maniglio 2009). In ons onderzoek waren de cijfers bij de groep psychotische patiënten weliswaar lager dan die in deze eerdere studies werden gerapporteerd, maar het is duidelijk dat psychotische patiënten relatief vaak in bedreigende en daarmee mogelijk ook traumatiserende, omstandigheden verzeild raken. Onderzoek laat dan ook zien dat patiënten met psychotische klachten relatief vaak posttraumatische stressklachten hebben. (Killcommons e.a. 2005, van de Berg e.a. 2012; de Bont e.a. 2013). In de huidige klinische praktijk worden PTSS klachten bij psychotische klachten echter onvoldoende herkend en vaak wordt er zelfs helemaal geen psychiatrisch onderzoek naar gedaan. Daarmee blijven deze klachten onbehandeld waardoor ook de psychotische symptomen en achterdocht in stand kunnen blijven, wat tot een minder gunstige uitkomst van het ziektebeloop kan leiden (de Bont e.a., 2013; Killcommons & Morrison 2005). Tot

voor kort werd gedacht dat behandeling van PTSS klachten bij patiënten psychotische symptomen zouden kunnen verergeren, maar inmiddels is er enig bewijs dat behandeling van dergelijke klachten, ook bij psychotische patiënten, positieve effecten laat zien (van de Berg e.a. 2012; de Bont e.a.2013). In de richtlijn voor schizofrenie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012) wordt de overweging of aanvullende behandeling voor PTSS klachten nodig is, echter nog niet vermeld.

Samenvattend blijkt uit de boven beschreven onderzoeken dat GGZ hulpverleners relatief vaak te maken krijgen met agressief gedrag van patiënten en dat patiënten zelf ook deels slachtoffer zijn van agressief gedrag van anderen met soms grote gevolgen. Vanuit het perspectief van de hulpverlener bestond er om deze redenen behoefte om te zoeken naar mogelijkheden om het contact met patiënten in de crisisdienst veiliger en mogelijk voorspelbaarder te maken. Op basis van literatuuronderzoek en klinische ervaringen werd in het kader van dit onderzoek derhalve een checklist ontwikkeld om agressie in te schatten. Een handzame methode om risico's van tevoren in te kunnen schatten op basis van de binnengekomen informatie zou namelijk een opstap kunnen zijn naar preventie van agressie. Deze lijst had als doel om, naast de klinische blik, de hulpverlener te dwingen een aantal items verplicht te inventariseren en zo te komen tot een meer gestructureerd klinisch oordeel wat betreft de risico's op agressie. In de forensische psychiatrie maakt men gebruik van dergelijke methoden en instrumenten die in de praktijk van groot nut blijken te zijn (denk bijvoorbeeld aan de HCR-20; Webster e.a. 1997). Een dergelijke methode wordt ook wel 'de gestructureerde klinische blik' (Structured Professional Judgement, SPJ) genoemd (de Vogel 2005). De CRC is dus bedoeld om de klinische blik te ondersteunen en te structureren. De verwachting was dat zo'n instrument ook meer mogelijkheden biedt om gericht voorzorgsmaatregelen te nemen, zoals het inroepen van assistentie van de politie.

Inderdaad bleken diverse items van de CRC significant samen te hangen met agressie zoals later gedocumenteerd door de crisisedewerker na het crisiscontact. Veel van de gevonden verbanden bezaten een hoge mate van face validity, maar bleken dus ook in de praktijk statistisch samen te hangen met het ervaren van agressie. Dat geldt bijvoorbeeld voor de samenhang tussen enerzijds het feit dat een aanmelding al dan niet door de politie is gedaan en anderzijds het optreden van agressief gedrag tijdens het crisiscontact. Maar ook voor de samenhang tussen de inschatting of er sprake is van paranoïde waandenkbeelden en het feitelijk optreden van agressie. Daarnaast komen veel van de gevonden verbanden overeen met hetgeen al uit de literatuur bekend is over voorspellers van agressie, bijvoorbeeld dat eerdere agressie samenhangt met een verhoogde kans op herhaling hiervan (Monahan 1994; Segal 1998). De predictieve validiteit van de checklist voor latere (naar buiten gerichte) agressie bleek redelijk goed, met name dankzij drie items: het klinisch oordeel van de crisisdienstmedewerker, de inschatting of er agressieve personen in de omgeving van betrokkene zijn, en het antwoord op de vraag of de aanmelding door de patiënt zelf is gedaan. Deze drie factoren voorspelden naar buiten toe gerichte agressie met een sensitiviteit van 74% en een specificiteit van 84%. Er zijn dus aanwijzingen dat het gebruik van de CRC in de crisisdienst nuttig is bij het schatten van risico's. Merk op dat deze bevinding uit het eerste onderzoek zoals beschreven in dit proefschrift daarna nog in twee vervolgonderzoeken gerepliceerd werd. In alle drie de studies bleken de VAS inschattingen van de medewerkers op de CRC significant samen

te hangen met het al dan niet rapporteren van agressie tijdens het consult. Wierdsma en van Os (2013) wijzen er echter op dat significante verbanden niet veelzeggend hoeven te zijn voor de klinische relevantie van de bevindingen. Zeker wanneer het om het voorspellen van laag frequent gedrag gaat met mogelijk serieuze consequenties, is het wellicht beter om Area Under the Curve (AUC) waarden te vermelden als maat voor klinische relevantie (zie Lammers e.a. 2011). Vooral in de forensische psychiatrie wordt bij het beoordelen van de predictieve validiteit van risicotaxatie instrumenten vaak gebruik gemaakt van zogenaamde AUC waarden. De AUC wordt berekend door voor elk afkappunt van het instrument het percentage 'valse alarmen' in een grafiek af te zetten tegen het percentage correcte voorspellingen (Lammers e.a. 2011). Op deze manier ontstaat een zogenaamde Receiver Operating Characteristic (ROC) curve, waarbij de oppervlakte onder de curve (de AUC) de predictieve validiteit van het instrument weergeeft. De hoogte van een AUC waarde kan variëren van 0.0 tot 1.0. Een waarde van 1 houdt een perfecte voorspelling in, terwijl een waarde van 0.50 betekent dat het desbetreffende instrument geen enkele voorspellende waarde heeft (Lammers e.a. 2011). De bij de drie studies beschreven in de hoofdstukken 4, 5 en 8 behorende AUC waarden waren respectievelijk 0.83, 0.74 en 0.73. De AUC waarden voor veelgebruikte risicotaxatie instrumenten liggen in Nederlandse studies niet zelden in de buurt van de 0.70 (Lammers e.a. 2011; Hildebrand e.a. 2005).

Bij de door ons in hoofdstuk 5 gepresenteerde praktijkvoorbeelden variëren de kansen op agressie volgens het model van 3 tot 54%. Hoewel het dus om substantiële verschillen gaat is ook bij hoge inschattingen op agressierisico's een kans op een vals alarm nog aanzienlijk. Medewerkers van crisisdiensten die willen werken met de CRC, dienen van de foutmarge en de kans op vals positieve en vals negatieve inschattingen op de hoogte te zijn. Los van de voorspellende waarde is het daarbij verder aannemelijk dat het vooraf invullen van de CRC door medewerkers van de crisisdienst tot meer routine en standaardisatie leidt in het overwegen van mogelijke risicofactoren.

In een artikel van de World Health Organization (Wilson & Jungner 1968; Andermann 2008) werd een tiental principes geformuleerd met betrekking tot de vraag wanneer routinematig screenen op ongewenste uitkomsten en risico's zinvol is. Vrij vertaald zijn enkele van deze belangrijke principes: 1) De ongewenste uitkomst (bijvoorbeeld een ziekte) moet ernstige gevolgen hebben; 2) Er moeten mogelijkheden zijn om maatregelen te treffen die de ongewenste uitkomst of de gevolgen ervan kunnen verminderen; en 3) De screening moet wat betreft investering (van tijd en geld, mogelijke 'bijwerkingen', etc.) uitvoerbaar zijn en in verhouding staan tot de eventuele schade die de ongewenste uitkomst kan hebben. Naar onze mening voldoet het onderzoek met de CRC naar agressie in de GGZ crisisdienst aan deze drie principes. Het gaat erom te voorkomen dat crisisdienstmedewerkers onvoorbereid in een gevaarlijke situatie terechtkomen, omdat de gevolgen van een agressief incident groot kunnen zijn, terwijl maatregelen getroffen kunnen worden die schade kunnen voorkomen. Maar er is altijd een kans op vals negatieve en vals positieve inschattingen. Wie voor zekerheid gaat zou altijd samen met de politie moeten gaan, maar dit is in de praktijk waarschijnlijk niet te doen.

Een belangrijk onderdeel van de CRC is het item waarin een eerste inschatting wordt gemaakt van de diagnostiek. In hoofdstuk 6 van dit proefschrift werd onderzocht in hoeverre er verschil bestaat in de diagnose ingevuld aan de hand van de CRC en de diagnose die later regulier na intake

gesteld werd. Doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of de diagnostiek die direct tijdens het crisiscontact werd genoteerd later in het traject tijdens de intakefase overeind bleef.

Opvallend waren de redelijk goede inschattingen van een aantal belangrijke diagnostische categorieën, te weten: psychotisch toestandsbeeld en antisociale persoonlijkheid, en het wel of niet onder invloed zijn van middelen. Dit is van belang omdat er een positieve samenhang is met eventueel agressief gedrag van de patiënten met sommige van deze diagnostische categorieën. Zo weten we bijvoorbeeld dat een depressie minder kans op agressief gedrag geeft tijdens het crisiscontact dan een psychose, en dat middelengebruik juist een toename kan geven op agressief gedrag. Dat de crisisdienstmedewerker op basis van eerste informatie psychotische stoornissen juist kan schatten, is bemoedigend. Psychotische stoornissen hangen immers samen met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult (Penterman & Nijman 2009). Een aantal stoornissen, waaronder depressies, leken echter duidelijk overschat te worden door de medewerkers van de crisisdienst. Wellicht dat drank en/of middelengebruik de stemming en daarmee ook de eerste inschatting van de diagnose depressie beïnvloeden, aangezien de ernst van angstklachten, somberheid en suïcidale uitingen daardoor sterk kunnen toenemen. Daardoor wordt bij een eerste schatting mogelijk ten onrechte een psychiatrische diagnose van depressie of een paniekaanval gesteld. Om vast te stellen of de diagnose daadwerkelijk door de invloed van alcohol of drugs tot stand is gekomen of op zichzelf staat, moet het verloop vervolgd worden na een vermindering van de intoxicatie dan wel het staken van de inname van middelen. Des te dichter bij het moment van de aanmelding van een acute crisis, des te meer zullen drugs of alcohol van invloed zijn op het toestandsbeeld. Het zou interessant zijn om de diagnoses op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld direct na crisis, na een paar weken en na een paar maanden te stellen.

Wellicht dienen suïcidaliteit en depressie in de CRC verder uit elkaar gehaald te worden, aangezien suïcidaliteit niet altijd samenhangt met een depressieve stoornis en omdat de suïcidewensen die in een crisis geuit worden, soms van korte duur kunnen zijn, ook al zijn ze zeer uitgesproken. Wanneer de aanvrager van suïcidaliteit melding maakt, is dit een belangrijke reden om als GGZ crisisdienst de situatie te beoordelen. Verder zouden angststoornissen, autistische stoornissen en relatieproblemen wellicht apart genoemd dienen te worden in de CRC. In het huidige instrument vallen deze stoornissen onder de overige toestandsbeelden, terwijl ze achteraf bij inventarisatie van de diagnostiek relatief vaak genoemd worden. Bij een angststoornis komt in een crisissituatie waarschijnlijk minder vaak agressie voor. Bij autisme kan agressie mogelijk vaker voorkomen omdat betrokkene onvoldoende in staat is zich te verplaatsen in de ander. Ook als relatieproblemen de oorzaak zijn van een crisissituatie is er een verhoogde kans op agressie tijdens het crisiscontact. In de huidige CRC zijn deze problemen benoemd als een risico verhogende omgevingsfactor (Penterman & Nijman 2009).

Agressie in de crisisdienst van de GGZ is, zoals gezegd, een groot probleem voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Op basis van ons onderzoek hebben we redenen om aan te nemen dat we agressie tot op zekere hoogte kunnen 'voorspellen' en dat dit gedrag bij bepaalde diagnoses vaker voorkomt. Het is echter niet alleen belangrijk agressief gedrag te kunnen voorspellen, maar ook de mogelijke oorzaken ervan te begrijpen (Skeem & Monahan 2009). Agressief gedrag is niet uitsluitend het gevolg van in de patiënt of in zijn of haar omgeving gelegen factoren. Ook

hulpverleners kunnen eigenschappen hebben die hen voor de omgang met agressieve patiënten in een crisis meer of minder geschikt maken. Om deze reden werd in de onderhavige studie ook een inventarisatie gedaan van de persoonskenmerken van de medewerkers van de crisisdienst (hoofdstuk 7). In dit onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken lieten crisismedewerkers ten opzichte van de normscores voor HBO en universitair opgeleiden gemiddeld genomen een lagere score op Neuroticisme zien, in het bijzonder op het facet 'Kwetsbaarheid' en in mindere mate op het facet 'Schaamte'. Deze eigenschap kan van belang zijn in hachelijke situaties, waarin rust en kalmte dienen te worden bewaard. De gevonden emotionele stabiliteit en het niet zo kwetsbaar zijn voor stresssituaties lijken positieve eigenschappen voor mensen in dit beroep. Mensen met lage scores hierop zijn namelijk 'emotioneel stabiel en moeilijk uit het lood te slaan. Ook in stresssituaties weten ze rustig en zonder gespannen opwinding te opereren' (Hoekstra e.a. 1996, p. 23). Verder scoorden de medewerkers hoger op doelmatigheid en zelfdiscipline, maar lager op oprechtheid en ordelijkheid.

In hoofdstuk 8 werd gezocht naar de relaties tussen persoonskenmerken van de hulpverleners en agressieve incidenten in het crisiscontact, zoals gerapporteerd aan de hand van de SOAS-R. Er werden aanzienlijke verschillen gevonden tussen 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 en te rapporteren. Mogelijk spelen mensen die hoog scoren op (onderdelen van) Consciëntieusheid minder flexibel in op hetgeen in de communicatie met de patiënt gebeurt. Mogelijk zijn ze ook sterker gericht op het volgen van vastgelegde procedures en regels. Hierdoor zou sneller irritatie bij de patiënt en/of diens omgeving kunnen ontstaan, met agressief gedrag als mogelijk gevolg. Mensen die consciëntieus zijn en streven naar doelmatig, ordelijk en nauwgezet werken, laten problemen mogelijk minder op hun beloop en grijpen daardoor wellicht ook eerder in. Aan de andere kant is het mogelijk dat mensen die zeer nauwgezet, ordelijk en systematisch zijn, de invulinstructie en definiëring van te melden agressie nauwgezet hebben gevolgd, waardoor zij ook agressie vaker melden. Mocht deze verklaring juist zijn dan zou er dus sprake zijn van onderrapportage bij personen die minder consciëntieus zijn. In de paragraaf met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek wordt nader de betekenis hiervan voor toekomstig onderzoek besproken. Hieronder wordt eerst nader ingegaan op de beperkingen van de onderzoeken die in dit proefschrift zijn beschreven.

BEPERKINGEN

Het onderzoek beschreven in dit proefschrift heeft een aantal beperkingen.

Op de eerste plaats werden alle onderzoeken uitgevoerd in één regio. Daarbij werden de bevindingen niet gerelateerd aan een controleconditie of -regio. Om die reden kan niet

geconcludeerd worden dat de vermindering van het aantal agressie meldingen die in de loop der jaren binnen de desbetreffende regio werd gezien, daadwerkelijk het gevolg is van het gebruik van de CRC. Een alternatieve verklaring voor de daling van het aantal gerapporteerde agressieve incidenten zou kunnen zijn dat medewerkers naarmate de tijd verstrijkt minder bereid zijn alle incidenten te registreren. Tegen deze alternatieve verklaring pleit dat in de gehanteerde systematiek van de desbetreffende crisisdienst in de wekelijkse besprekingen doorlopend aandacht wordt besteed aan de registratietrouw en dat eventueel opgetreden agressieve incidenten steeds worden besproken. Toch is een van de grootste beperkingen van het in dit proefschrift beschreven onderzoek dat het staat of valt met een accurate, eenduidige en volledige rapportage van agressieve gedragingen door de medewerkers. Uit eerder onderzoek op opnameafdelingen (zie Tenneij e.a. 2009) is gebleken dat bij het gebruik van een agressieregistratie methode zoals de SOAS-R, ondanks de invulinstructie op het formulier, een substantieel deel van optredende agressie op de afdeling niet geregistreerd wordt.

Bij de bevinding dat de inschatting van een hoog agressierisico op de visueel analoge schaal (VAS) samenhangt met later gerapporteerde agressie, kan voorts een soort selffulfilling prophecy niet worden uitgesloten. Mogelijk waren medewerkers die een hoog risico op agressie 'voorspelden' ook meer geneigd om na het contact agressie te rapporteren. Het is ook mogelijk dat medewerkers die laag scoren op Consciëntieusheid simpelweg minder snel registreren. Om eventuele tendensen naar een dergelijke selffulfilling prophecy uit te sluiten zou ervoor gekozen kunnen worden om de invullers van de CRC en degenen die het crisiscontact daadwerkelijk aangingen, niet dezelfde personen te laten zijn. De rapportages van agressief gedrag zouden dan 'blind' wat betreft de vooraf gemaakte inschattingen van agressierisico's kunnen worden uitgevoerd. Dit lijkt echter allerlei praktische en ethische problemen met zich mee te brengen. Om verschillen in registratiebereidheid ten gevolge van verschillen in persoonskenmerken en -verschillen te verminderen zouden wellicht periodiek trainingen kunnen worden gegeven in wanneer en hoe agressie te registreren aan de hand van de SOAS-R.

Een andere belangrijke beperking van het onderzoek naar de persoonlijkheidskenmerken (hoofdstuk 7) is dat een groot aantal statistische toetsen werd uitgevoerd op een beperkte steekproef van 44 crisisdienstmedewerkers. Bij een tweezijdige alfa van 0.05 bestaat de kans dat er, zeker als een groot aantal toetsen wordt uitgevoerd, significante verschillen gevonden worden op basis van toeval. Indien gecorrigeerd wordt voor het aantal gebruikte toetsen, zoals bij Bonferroni correctie gebeurt, komen alleen de lagere 'Kwetsbaarheid' (facet N6) en de hogere 'Zelfdiscipline' (facet C5) als significant verschillend van de normgegevens uit de bus.

Verder kan de non-respons van 24% (76% van de medewerkers retourneerde de vragenlijst) tot vertekening van de resultaten hebben geleid. Wellicht dat mensen die niet aan een dergelijk onderzoek wensten deel te nemen, op bepaalde kenmerken anders scoren dan degenen die de vragenlijst wel invulden.

In het onderzoek naar de correlatie tussen agressieve incidenten en de persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers van de crisisdienst (hoofdstuk 8) werd een aantal exploratieve toetsen uitgevoerd in een steekproef die beperkt van omvang was. Bij Bonferroni correctie voor het aantal uitgevoerde toetsen zouden de gevonden verbanden niet significant zijn. De beperkte

steekproefomvang wat betreft het aantal deelnemende medewerkers is in algemene zin een grote beperking van het huidige onderzoek. Een groter onderzoek waaraan meerdere crisisdiensten deelnemen zal ook de generaliseerbaarheid naar crisisdienstmedewerkers in algemene zin versterken. Mogelijk komen de resultaten van onze lokaal in Oost-Brabant uitgevoerde studie namelijk niet overeen met die van andere crisisdiensten in Nederland. De wijze waarop de crisisdienst van de GGZ in Nederland is georganiseerd is in alle regio's verschillend. Als geheel verschilt de Nederlandse organisatie weer van die in andere landen. De focus in ons onderzoek lag dus sterk op de eigen regionale situatie en vergelijkingen met de situatie elders zijn daardoor moeilijk te maken.

AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Hoewel replicaties deel uitmaakten van deze studie waarbij steeds soortgelijke uitkomsten werden gevonden, lijkt een replicatiestudie in een andere of meerdere regio's van belang. Zo kan worden vastgesteld of verschillen bestaan tussen regio's met betrekking van het gebruik van de CRC en of de gerapporteerde vermindering van agressieve incidenten na het inzetten van de CRC in andere regio's gerepliceerd wordt. Om de beperkingen van een op incidenten gebaseerde registratiemethode tegen te gaan, verdient het wellicht aanbeveling om in plaats van, of in aanvulling op, de SOAS-R ook een korte agressie checklist te gebruiken zoals bijvoorbeeld de Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS; Wistedt e.a. 1990). Hoewel tussen deze beide instrumenten in hoge mate sprake is van een convergente validiteit (zie Kobes, Nijman & Bulten 2012), heeft de SDAS als voordeel dat afwezigheid van agressief gedrag ook expliciet in de vorm van nul scores op de items moet worden aangegeven. Daardoor wordt de afwezigheid van agressie meer uitgesproken gedocumenteerd dan wanneer de hulpverlener de keus heeft om geen SOAS-R formulier in te vullen als er volgens hem of haar geen sprake is van agressie. De SDAS is ontwikkeld om eens per week het al dan niet aanwezig zijn van agressief gedrag bij opgenomen psychiatrische patiënten te documenteren (zie Wistedt e.a. 1990). Het instrument zou echter wat instructies betreft eenvoudig kunnen worden aangepast om elke keer na een crisiscontact te reflecteren op de aanwezigheid van agressieve gedragingen tijdens het patiëntencontact.

Ondanks de hierboven beschreven beperkingen van het onderzoek waarbij persoonlijkheidsprofielen werden onderzocht, is het aannemelijk dat werken bij een GGZ crisisdienst bepaalde eigenschappen vergt die mogelijk minder vereist zijn voor medewerkers in andere sectoren. Tijdens sollicitatiegesprekken met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters die bij de crisisdienst willen gaan werken, zijn de benodigde kwaliteiten en vaardigheden uiteraard onderwerp van gesprek. Maar de vraag waar medewerkers van de crisisdienst specifiek aan moeten voldoen, is nog niet goed te beantwoorden. In de praktijk blijkt vaak dat de crisismedewerker zijn of haar te vervullen rol grotendeels al doende leert en zich eigen maakt, maar in sommige gevallen blijkt pas achteraf dat het werk iemand niet ligt. Het is dus van belang meer inzicht te krijgen in de benodigde vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken, zodat hier bij de selectie van sollicitanten gericht aandacht aan besteed kunnen worden. In dat verband lijkt grootschaliger onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken van medewerkers van GGZ crisisdiensten aan te bevelen. Daarbij kunnen

dan ook vergelijkingsgroepen van medewerkers die op andere plaatsen in de GGZ werken aan het onderzoek worden toegevoegd. In een dergelijk grootschaliger onderzoek kan men dan, zoals in onze studie het geval was, niet alleen bestuderen welke kenmerken de GGZ medewerkers in de praktijk hebben, men zou middels een follow up studie ook de relatie met negatieve uitkomsten als ziekteverzuim, burn-outsymptomen en het definitief verlaten van het beroep kunnen onderzoeken. Daarbij zou ook de interactie met patiënten, in termen van escalaties en de-escalaties, in relatie tot de persoonlijkheidskenmerken van de medewerkers nader onderzocht kunnen worden. Recent (risicotaxatie) onderzoek heeft zich vooral bezig gehouden met het statistisch voorspellen van agressie op basis van patiëntenkenmerken. Minder aan de orde komen de oorzaken in de interactie met de omgeving, laat staan met de eigenschappen en kwaliteiten van de hulpverlener. In deze zoektocht kan de interactie- en communicatiestijl van medewerkers in de GGZ als mogelijke factor bij het al dan niet optreden van agressie worden meegenomen. Op basis van dergelijk grootschaliger en longitudinaal onderzoek kan men wellicht bij de selectie van medewerkers rekening houden met de persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden die medewerkers in de GGZ nodig hebben. Mochten bepaalde persoonlijkheidstrekken en communicatiestijlen samen blijken te hangen met een verminderde kans op incidenten, dan kunnen GGZ medewerkers hier mogelijk gericht in geschoold worden.

Hoewel niet het hoofdonderwerp van het onderhavige promotieonderzoek bleken er grote verschillen te bestaan in de verdeling van het aantal crisiscontacten over de maanden van het jaar (zie hoofdstuk 5). Deze verschillen wijzen er mogelijk op dat er een relatie bestaat tussen psychiatrische ziektebeelden en chronobiologie, in die zin dat seizoensinvloeden mogelijk een rol spelen bij het ontregelen van een psychiatrische kwetsbaarheid en eventueel daarop volgend agressief gedrag. Verschillende modellen hebben geprobeerd het optreden van stemmingsklachten en psychotische verschijnselen met een seizoenschommeling te verklaren vanuit onder andere temperatuurveranderingen, meer of minder licht, maar ook vanuit psychosociale stressoren zoals vakanties en examens. (Hallam e.a. 2006; Volpe e.a. 2008; Takei e.a. 1992). Een mogelijke verklaring voor de opvallende, in het onderhavige onderzoek gevonden piek in april is de toename van de hoeveelheid licht in deze tijd. Mensen met een chronische psychose of manie raken dan gemakkelijker ontregeld (Volpe e.a. 2008; Strous e.a. 2001). Op basis van dergelijke patronen in aantallen crisiscontacten en schommelingen in het aantal agressieve incidenten in de loop van het jaar, kan wellicht beter bepaald worden welke inzet van personeel nodig is op de verschillende tijdstippen van het jaar (Hillen & Szaniecki 2010). Een groter onderzoek bij meerdere instituten zou kunnen helpen om te zien of de in het huidige onderzoek exploratief gevonden patronen daadwerkelijk bestaan.

De latere diagnose na het crisiscontact, dus na een reguliere intake, is in onze studie op verschillende momenten gesteld, soms kort na de crisis, soms wat later. Het is mogelijk dat stress en eventueel intoxicatie door drugs of alcohol nog van invloed zijn naarmate het moment van het crisiscontact dichterbij is. Dit zou onderzocht kunnen worden door deze diagnoses op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld direct na crisis, en vervolgens na een paar weken en na een paar maanden te stellen en vast te stellen of en hoe deze veranderen.

Zoals eerder opgemerkt 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 sprake van agressie (Penterman 2006); dit percentage daalde naar 10% in de periode juni 2003 – juni 2005 (Penterman & Nijman 2009), terwijl in de periode 2006 tot en met 2009 bij 8,5% van de contacten agressief gedrag werd gerapporteerd. Met in het achterhoofd alle beperkingen die het onderzoek kende, zou dit erop kunnen wijzen dat de 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 toegenomen veiligheid zou het resultaat kunnen zijn van het nemen van meer maatregelen ter preventie, zoals meer overleg 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. Patiënten op een andere locatie zien dan in de thuissituatie kan veiliger zijn voor de medewerkers. Dat gebeurt nu dus ook vaker in de regio Uden/Veghel. Een verklaring van de daling van het aantal agressieve incidenten kan verder onder meer gelegen zijn in het gegeven dat agressieve incidenten wellicht door veranderingen in werkwijze minder vaak op de crisisdienstmedewerkers waren gericht maar mogelijk wel meer op anderen, zoals op politieagenten. Mogelijk heeft de agressie namelijk al plaatsgevonden voordat de medewerker van de crisisdienst bij het politiebureau gearriveerd is. Als vervolgonderzoek wordt derhalve aanbevolen ook eventuele eerdere agressie richting de politie te registreren om aldus te kunnen vaststellen of de hoeveelheid agressie is afgenomen dan wel of deze zich heeft verplaatst naar de politie.

Tot slot lijkt het aannemelijk dat voor een deel van de psychotische patiënten de ervaringen met agressieve incidenten tot klachten kunnen leiden die als posttraumatische stressklachten te diagnosticeren zijn. In vervolgonderzoek is meer aandacht voor de diagnostiek en eventuele behandeling van co-morbide PTSS-klachten bij psychotische patiënten noodzakelijk.

Tot slot

Het gebruik van de CRC, voorafgaande aan het crisisconsult, is een methode die beoogt om de veiligheid van crisisdienstmedewerker en patiënt te verhogen en een gezamenlijke visie op preventie van incidenten te ontwikkelen. Sinds de start van het project is een daling opgetreden van het aantal crisiscontacten waarvoor agressie werd gerapporteerd door medewerkers van de crisisdienst. De werkwijze van wekelijkse besprekingen van de incidenten heeft gemaakt dat er een werkplek ontstond waar iedereen zijn/haar ervaringen met agressieve incidenten kon delen. Ook het registreren van agressieve incidenten na het crisisconsult middels de SOAS-R lijkt bij te dragen aan het inzicht in de aanleiding en omstandigheden waarin agressieve incidenten plaatsvinden. Deze methode kan dan ook van waarde zijn in het kader van de ontwikkeling van de zorg voor ernstige psychiatrische patiënten die steeds meer in een ambulante setting wordt verleend.

Een psychiatrische crisis kan wellicht beschouwd worden als een 'regie probleem' waarbij de patiënt en zijn of haar omgeving de regie over het handelen, willen, denken en emoties kwijt lijkt te zijn. In deze crisissituatie blijf je weer als meest deskundige en buitenstaander de regie houden en draag je de verantwoordelijkheid voor de oplossing weer over aan het systeem. Maar soms is er ook sprake van een calamiteit, welke het gevaar in zich heeft, potentieel nadelig te zijn voor een van de

leden of meerdere leden van het crisissysteem. Dan is niet alleen de patiënt de controle kwijt maar ook de omgeving, en soms zelfs ook de hulpverlener (Rijnders 2009). Van belang is dan om een dergelijke calamiteit terug te brengen tot een crisis, en dat vereist naast nemen van de regie ook het overnemen van verantwoordelijkheid om veiligheid te creëren en dus van een calamiteit een crisis situatie te maken. Een belangrijke vraag daarbij is, wie hiervoor verantwoordelijkheid draagt. In Amerika, bestaat er in een aantal staten zoiets als GGZ-politie, bestaande uit politiefunctionarissen die aanvullend geschoold zijn in kennis over psychiatrische stoornissen en de omgang met psychiatrische patiënten in crises. Op psychiatrische afdelingen kan de verpleegkundige dan een afweging maken bij gebleken of dreigend agressief gedrag en de agressie overlaten aan een functionaris die specifiek belast is met, en opgeleid is in, het hanteren van agressief gedrag. De psychiatrische verpleegkundigen blijven op deze manier letterlijk 'uit de strijd'.

Om het werk van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters van de crisisdienst mogelijk te maken, is het wellicht ook altijd aangewezen om een eventuele calamiteit eerst terug te brengen tot een crisis, veelal door politieassistentie. Men kan zich afvragen of het verantwoord en juist is dat in Nederland verpleegkundigen op psychiatrische opname-afdelingen, evenals medewerkers van psychiatrische crisisdiensten, beheersing van agressie uiteraard tot de grens van bekwaamheid, ook als hun taak zijn gaan zien.

Samenvatting

Tijdens de crisisdienst van de GGZ kunnen spanningen en emoties hoog oplopen. Vaak worden bij nacht en ontij en onder tijdsdruk beslissingen genomen waar niet alle partijen het mee eens zijn. Toen het project "Veiligheid in de zorg" startte in 2002 was er weinig bekend wat betreft cijfers over hoe vaak en wanneer en in welke situatie agressie optrad in de crisisdiensten van de GGZ. Binnen GGZ Oost Brabant werd om die reden in 2002 in het kader van dit project gestart met een onderzoek naar het aantal bedreigende situaties tijdens crisiscontacten en naar risico verhogende factoren. In eerste instantie werden alle agressieve voorvallen tijdens de crisisdienst geregistreerd aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). Het percentage crisiscontacten waarbij agressie werd waargenomen was in 2002 14%. Wat opviel was dat crisiscontacten waarin agressie werd ervaren relatief vaak aan het eind van de ochtend en aan het eind van de avond/begin van de nacht optraden. In dit eerste inventariserende onderzoek dat in hoofdstuk 2 wordt besproken werden ook wekelijks alle geregistreerde agressieve incidenten in het teamoverleg besproken. Het gezamenlijk en structureel bespreken van incidenten werd als zinvol ervaren, omdat kennis en vaardigheden op het gebied van omgang met agressie onder alle medewerkers werd verspreid.

Agressie van psychiatrische patiënten tegen hulpverleners is de laatste jaren meer en meer in de belangstelling komen staan. Minder oog is er geweest voor het feit dat de patiënt ook zelf relatief vaak slachtoffer is van agressie van anderen. Om meer zicht te krijgen op wat patiënten aan (mogelijk traumatiserende) agressieve incidenten meemaken werd een groep van 74 patiënten met een DSM-IV-R diagnose van schizofrenie in de studie, die in hoofdstuk 3 wordt beschreven, op gestandaardiseerde wijze gevraagd naar hun meest ernstige ervaring met agressie. Daarbij kon het zowel gaan om agressie die de patiënt tegen anderen richtte, als om agressie van anderen tegen de patiënt. Van de geïnterviewde patiënten gaf een ruime meerderheid aan tijdens een psychose een agressief incident te hebben ervaren. Dat gold voor 53 van de 74 onderzochte patiënten (72%). Bij deze 53 patiënten ging het in 19 gevallen (36%) om agressie van anderen die zich tegen de patiënt richtte. Mogelijk leiden bij een deel van de psychotische patiënten de ervaringen met agressieve incidenten tot klachten die als Post Traumatische Stressklachten gediagnosticeerd kunnen worden. In de behandeling van psychotische patiënten dient meer aandacht besteed te worden aan de diagnostiek en de eventuele behandeling voor co-morbide PTSS-klachten.

Mede door de aard en ernst van een aantal van de in de in hoofdstukken 2 en 3 geregistreerde agressieve incidenten, leek het zinvol om te kijken of eventuele agressie tijdens crisiscontacten beter 'voorspelbaar' zou kunnen worden gemaakt. De resultaten van dit onderzoek naar een methode om vóór het aangaan van crisiscontacten een inschatting te maken van de risico's op agressie tijdens het crisiscontact worden in de hoofdstukken 4 en 5 beschreven. We onderzochten of we op basis van de vaak summier informatie die de verwijzer (veelal de huisarts) ons gaf agressief gedrag van de patiënt zouden kunnen voorspellen. Een methode, die het mogelijk maakt op basis van de binnengekomen informatie risico's van te voren in te schatten kan van belang zijn voor de preventie van gevaarlijke situaties. Om dit te onderzoeken werd in eerste instantie gedurende twee jaar van 2003 tot en met 2005 door medewerkers van de crisisdienst een speciaal daartoe

ontwikkelde Checklist Risico Crisisdienst (CRC) ingevuld, vóórdat zij outreachend contact hadden met een patiënt in psychiatrische crisis. Ná dat contact werd eventueel waargenomen agressie van de patiënt geregistreerd met de SOAS-R. In het in hoofdstuk 4 beschreven onderzoek werd voor 51 van de 499 onderzochte crisiscontacten (10%) agressief gedrag van patiënten geregistreerd. De predictieve validiteit van de checklist voor latere agressie leek behoorlijk goed te zijn. Met name drie factoren leken hierbij een rol te spelen: 1) het klinisch oordeel van de hulpverlener op een visueel-analogue schaal betreffende het risico dat er tijdens het crisiscontact agressie zal optreden, 2) de inschatting van de hulpverlener dat er agressieve personen in de omgeving zijn van de betrokken patiënt, en 3) het antwoord op de vraag of de patiënt in crisis al dan niet zelf hulp heeft ingeroepen. Met deze drie factoren uit de CRC kon agressie naar anderen worden voorspeld met een sensitiviteit van 74% en een specificiteit van 84%. De conclusie van dit onderzoek luidde dat het gebruik van een instrument als de CRC in het werk van crisisdiensten aan te bevelen lijkt te zijn, maar ook dat een replicatiestudie van de bevindingen gewenst is.

Deze replicatiestudie wordt in hoofdstuk 5 beschreven. Gedurende vier jaar (tussen 1 januari 2006 en 31 december 2009) vulden hulpverleners voor dit onderzoek voorafgaande aan outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises de CRC in. De resultaten van dit onderzoek replicateerden de eerdere bevinding dat de gestructureerde klinische risicotaxatie op de visuele-analogue schaal van de CRC, samen met het antwoord op de vraag of er mogelijk gevaarlijke personen in de omgeving van de patiënt zouden kunnen zijn, bruikbare 'voorspellers' waren van latere agressie. Geconcludeerd werd derhalve dat het gebruik van de CRC, het vastleggen van agressieve incidenten middels de SOAS-R en het wekelijks nabespreken van deze incidenten, goede hulpmiddelen zijn om incidenten en risico's te inventariseren en te analyseren en zo 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.

Van belang was verder om te onderzoeken of de diagnoses die tijdens crisiscontacten werden gesteld, overeenstemden met de diagnoses die op een later moment werden gesteld, na een uitgebreide intake en diagnostisering. De (eerste) diagnose van het toestandsbeeld van de patiënt door medewerkers van de crisisdienst bleek namelijk in de studies beschreven in de hoofdstukken 4 en 5 samen te hangen met de kans op agressie tijdens het aanstaande crisiscontact. Daarnaast zal een door de crisisdienst juist gestelde diagnose eerder leiden tot een verwijzing naar het juiste team, de start van de meest adequate behandeling, en tot samenwerking met of verwijzing naar een andere instelling, zoals de verslavingszorg. Omdat het diagnostisch proces in de crisisdienst onder tijdsdruk plaatsvindt, is het van belang de validiteit van deze eerste inschatting te onderzoeken. In hoofdstuk 6 werd daarom onderzocht welke verschillen er bestaan tussen de inschattingen van het toestandsbeeld die tijdens crisiscontacten door crisisdienstmedewerkers werden gemaakt en de diagnoses die later, na een reguliere en uitgebreide intake, gesteld werden. Bij dit onderzoek waren 129 patiënten betrokken die nog niet bekend waren bij de GGZ-instelling en die in de periode 2009 - 2010 ook nog niet eerder in aanraking waren geweest met de crisisdienst. Per toestandsbeeld werd met behulp van Cohen's kappa nagegaan hoe valide de eerste inschatting door de crisisdienstmedewerkers was ten opzichte van de later gestelde diagnose. In algemene zin bleken de medewerkers van de crisisdienst diagnostische categorieën boven kans te kunnen inschatten.

De Cohen's kappa's varieerden daarbij tussen de 0.31 (borderline persoonlijkheidsstoornissen) en 0.81 (psychotische stoornissen). Borderline persoonlijkheidsstoornissen blijken door medewerkers van de crisisdienst relatief vaak te worden overschat. Dat de crisisdienstmedewerkers op basis van eerste informatie psychotische stoornissen goed inschatten, verlaagt mogelijk de kans op agressie. Het is immers (onder andere) deze problematiek die blijkens het eerdere onderzoek, beschreven in hoofdstuk 4, samenhangt met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult.

Onderzoek naar agressie binnen de GGZ heeft zich tot nu toe veelal op de kenmerken van de agressieve patiënt gericht. Naast onze aandacht voor mogelijke agressie van patiënten ging onze interesse eveneens uit naar de persoonlijkheid van de crisised medewerkers en naar de eventuele relatie tussen die kenmerken en agressieve incidenten. Juist omdat medewerkers van de GGZ crisisdienst beroepsmatig relatief vaak in onvoorspelbare, en soms bedreigende, situaties terechtkomen is het denkbaar dat de aard van hun werk vraagt om specifieke persoonlijkheidskenmerken. Onderzocht werd daarom of, en op welke persoonlijkheidseigenschappen, crisisdienstmedewerkers zich onderscheiden van hoog opgeleide personen uit de algemene bevolking. Daartoe vroegen we medewerkers van de GGZ crisisdiensten van Oost-Brabant (regio's Uden/Veghel en Helmond) een NEO-PI-R in te vullen, aan de hand waarvan de belangrijkste persoonlijkheidskenmerken in kaart werden gebracht. Van de 59 medewerkers aan wie verzocht werd deel te nemen retourneerden 44 personen de vragenlijst (76%). Gevonden werd dat crisisdienstmedewerkers ten opzichte van hoogopgeleiden uit de algemene bevolking significant lager scoren op het hoofddomein 'Neuroticisme', en dan met name op de facetten 'Kwetsbaarheid' en 'Schaamte'. Zij scoorden verder hoger op de facetten 'Doelmatigheid' en 'Zelfdiscipline', en lager op 'Oprechtheid' en 'Ordelijkheid'. Psychiaters scoorden ten opzichte van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers) hoger op de facetten 'Dominantie' en 'Openheid van ideeën'.

De lagere scores op het hoofddomein 'Neuroticisme' en in het bijzonder het deelaspect 'Kwetsbaarheid' suggereren dat crisisdienstmedewerkers emotioneel relatief stabiel zijn en zich in moeilijke situaties niet snel uit het lood laten slaan. Dergelijke eigenschappen kunnen van belang zijn in hachelijke situaties waarin rust en kalmte dienen te worden bewaard. Gezien de beperkte steekproef en het relatief grote aantal statistische toetsen moeten de bevindingen van dit explorerende onderzoek dat in hoofdstuk 7 wordt beschreven echter terughoudend geïnterpreteerd worden.

Vervolgens is onderzocht in hoeverre de persoonskenmerken van de hulpverlener samenhangen met het optreden van agressie dan wel de rapportage daarvan. Het betreft een kleine steekproef, maar er komen wel enkele aanwijzingen uit naar voren. Voor dit onderzoek dat in hoofdstuk 8 wordt beschreven werd aan alle crisisdienstmedewerkers ($n = 21$) van de crisisdienst in de regio Uden/Veghel gevraagd een NEO-PI-R in te vullen. Voorafgaand aan 576 outreachende contacten door de medewerkers van de crisisdienst werd daarnaast de in hoofdstukken 4 en 5 beschreven CRC ingevuld en wederom werd bij eventueel agressief gedrag van de patiënt na het contact een SOAS-R ingevuld. Op basis van deze gegevens werden significante verschillen gevonden tussen medewerkers. Die verschillen hebben zowel betrekking op het inschatten van de kans dat agressief gedrag tijdens het consult zou plaatsvinden, als op de frequentie waarmee agressief gedrag werd gerapporteerd. 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. Daarnaast leek 'Altruïsme' negatief te correleren met de vooraf ingeschatte kans dat er sprake zou zijn van agressief gedrag van de patiënt tijdens het consult.

Het is mogelijk dat mensen die hoog scoren op 'Consciëntieusheid', en die dus nauwgezet, ordelijk en systematisch werken en zich aan de regels houden, minder flexibel kunnen inspelen op hetgeen er in de interactie met de patiënt gebeurt. Daardoor zou er sneller irritatie en vervolgens agressie bij de patiënt kunnen ontstaan. Aan de andere kant is het denkbaar dat deze medewerkers de invulinstructies voor het melden van agressie nauwkeuriger gevolgd hebben, waardoor bij hen zowel de inschatting vooraf van de kans op agressie als het aantal meldingen van daadwerkelijke agressie hoger ligt.

In het laatste hoofdstuk worden de resultaten van de diverse studies in dit proefschrift samengevat en kritisch beschouwd. Daarnaast wordt in hoofdstuk 9 ingegaan op mogelijke onderwerpen en vragen waar nog nader onderzoek naar zou moeten worden uitgevoerd. Samenvattend blijkt uit de in dit proefschrift beschreven onderzoeken dat GGZ hulpverleners relatief vaak te maken krijgen met agressief gedrag van patiënten en dat patiënten zelf ook deels slachtoffer zijn van agressief gedrag van anderen met soms grote gevolgen. Geconcludeerd wordt verder in hoofdstuk 9 dat er enige aanwijzingen zijn dat de inspanningen van de afgelopen jaren in de betreffende crisisdienst hebben geleid tot vergroting van de veiligheid van de medewerkers. Tegelijkertijd kunnen alternatieve verklaringen voor de gevonden daling van het aantal agressiemeldingen, zoals beschreven in een aantal hoofdstukken van dit proefschrift, niet worden uitgesloten. Een verminderde bereidheid om incidenten te rapporteren naarmate het project langer liep kan namelijk, zeker bij het ontbreken van een controleconditie, niet worden uitgesloten. Hoe dan ook, bleken diverse items van de CRC significant samen te hangen met agressie zoals later gedocumenteerd door de crisismedewerker na het crisiscontact. De predictieve validiteit van de checklist voor latere (naar buiten gerichte) agressie bleek redelijk goed, met name dankzij drie items: het klinisch oordeel van de crisisdienstmedewerker, de inschatting of er agressieve personen in de omgeving van betrokkene zijn, en het antwoord op de vraag of de aanmelding door de patiënt zelf is gedaan. Het gebruik van de CRC in de crisisdienst lijkt dus behulpzaam te zijn bij het inschatten van risico's.

Summary

Tension and emotions can run high during emergency services of the Mental Health Care. During late night hours and under time pressure, decisions are often made which not all parties agree with. At the start of the 'Safety in healthcare' project in 2002, not much statistical data was available regarding the frequency, timing, and situations in which aggression occurred during emergency services provided by the Association of Mental Health Care. (GGZ). In 2002, the Oost-Brabant Mental Health Emergency Services therefore launched a study, in the framework of this project, of the number of threatening incidents during emergency contact and risk-increasing factors. All aggressive incidents during emergency services were initially registered according to the Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). The percentage of emergency contacts during which aggression was observed was 14% in 2002. Remarkably, the emergency contacts involving aggression occurred relatively often in the late morning or late evening / early night. During this initial inventory study, discussed in chapter 2, all registered incidents of aggression were also discussed every week in the team meetings. Structurally discussing the incidents together was found to be useful, as knowledge and experience regarding dealing with aggression was shared with all the staff members.

Aggression against emergency service workers by psychiatric patients has become a topic of increasing interest in recent years. Less attention has been given to the fact that the patient is relatively often also a victim of aggression from others. In the study described in chapter 3, a group of 74 patients diagnosed with DSM-IV-R schizophrenia were asked standardized questions about their most severe experience with aggression, in order to gain insight into the (possibly traumatic) aggressive incidents experienced by patients. The experience could involve either aggression from the patient towards others or aggression from others towards the patient. A large majority of the patients interviewed reported having experienced an aggressive incident during psychosis. That was true for 53 of the 74 patients studied (72%). Of these 53 patients, 19 incidents (36%) involved aggression from others towards the patient. In some of the psychotic patients, the aggressive incidents experienced could possibly lead to symptoms that could be diagnosed as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). When treating psychotic patients, more attention should be paid to the diagnostics and possible treatment of comorbid PTSD symptoms.

Due in part to the nature and severity of a number of the aggressive incidents registered in chapters 2 and 3, it made sense to study whether the 'predictability' of potential aggression during emergency contact could be increased. The results of this study into a method for assessing the risks of aggression before engaging in emergency contact are described in chapters 4 and 5. We investigated whether we could predict, in regards to the often brief information provided by the referrer (usually the GP), aggressive behavior from the patient. A method for assessing the risks beforehand, based on the information received, could be of importance for the prevention of dangerous situations. From 2003 to 2005, emergency service workers completed a specially designed Emergency Services Risk Checklist (CRC) prior to all outreach contacts with patients in psychiatric emergencies. After the contact, any aggression observed in the patient was registered using the SOAS-R. Aggressive behavior in patients was registered in 51 of the 499 emergency

contacts (10%) that were part of the study described in chapter 4. The checklist's predictive validity for subsequent aggression seemed to be moderate-to-good. Three factors played a part in this: 1) the emergency service worker's clinical judgment on a visual analogue scale with respect to the risk of aggression during the emergency contact, 2) the emergency service worker's assessment whether or not there are aggressive individuals in the vicinity of the patient involved, and 3) whether or not the emergency service patient had requested the help themselves. These three factors from the CRC could predict aggression towards others with accuracy of 74% and a specificity of 84%. The conclusion of the study was that the use of a tool such as the CRC by emergency services appears to be advisable, although a replication study of the findings would be desirable.

The replication study is described in chapter 5. Over the course of four years (from 1 January 2006 to 31 December 2009), emergency service workers completed the CRC prior to outreach contacts with patients in psychiatric emergencies. The result of this study replicated the earlier findings, indicating that the structured clinical risk assessment on the CRC's visual analogue scale, together with the answer to the question of whether there may be dangerous individuals in the vicinity of the patient, were useful 'predictors' of subsequent aggression. The use of the CRC, registration of aggressive incidents using the SOAS-R, and the weekly discussion of said incidents were therefore concluded to be effective tools to aid in identifying and analyzing risks and incidents in order to increase the safety of mental health workers. The number of emergency contacts in which aggression was reported has declined since the start of the project.

According to the studies described in chapters 4 and 5, the initial diagnosis of the patient's psychological state by emergency service workers correlated with the risk of aggression during the forthcoming emergency contact. Therefore, it was also important to research further whether the diagnoses made during emergency contacts corresponded with the diagnoses made later, following a comprehensive intake and diagnosis. An accurate diagnosis by emergency services will result in faster referral to the correct team, the start of the most appropriate treatment, and cooperation with or referral to another institution, such as substance abuse treatment centers. During emergency services, however, the diagnostic process takes place under time constraints, and it is important to research this first assessment. Chapter 6 addresses the differences between the assessments of patients' psychiatric condition by emergency service workers during emergency contact and the diagnoses made later, following a regular and a comprehensive intake. This study involved 129 patients who were unknown to the GGZ, and who had never been in contact with the emergency services during 2009 – 2010. Using Cohen's kappa, the validity of each initial assessment of the psychiatric condition by emergency service workers was examined relative to the subsequent diagnosis. Generally speaking, the emergency service workers proved capable of assessing diagnostic categories above the level of chance. Cohen's kappa ranged from 0.31 (borderline personality disorders) to 0.81 (psychotic disorders). Relatively often borderline personality disorders prove to be overestimated by emergency service workers. Correct assessment of psychotic disorders by emergency service workers based on initial information may reduce the risk of aggression. After all, the earlier study, described in chapter 4, showed an association between psychotic disorders and specific psychotic symptoms and an increased risk of aggression during outreach contact.

Until now, research into aggression within the GGZ has mostly focused on the characteristics of the aggressive patients. Aside from our interest in potential aggression from patients, we were equally interested in the personalities of the emergency service workers and any correlation between those characteristics and aggressive incidents. The fact that emergency service workers are relatively often occupationally involved in unpredictable and sometimes threatening situations is precisely why it is conceivable that the nature of their work requires specific personality traits. We therefore researched whether, and by which personality traits, emergency service workers are distinguished from educated people from the general population. We asked employees of the Oost-Brabant Mental Health Emergency Services Centre (Uden/Veghel and Helmond region) to fill in a NEO-PI-R, which we used to map out the most important personality traits. Of the 59 employees who were invited to participate, 44 people returned the questionnaire (76%). We found that, in comparison to other well educated people from the general population, emergency service workers scored significantly lower on the 'Neuroticism' dimension, especially on the facets 'Vulnerability' and 'Self-Consciousness'. They scored higher on the facets 'Competence' and 'Self-Discipline', and lower on 'Straightforwardness' and 'Order'. In comparison to the community psychiatric nurses who participated in this study, the psychiatrists scored higher on the facets 'Assertiveness' and 'Openness to ideas'.

The lower scores in the 'Neuroticism' dimension and the facet 'Vulnerability' in particular, suggest that emergency service workers are relatively emotionally stable and keep their cool in difficult situations. Such characteristics can be of importance in dire situations where peace and calmness must be maintained. However, given the limited sample and the relatively large number of statistical tests, the findings of this exploratory study as described in chapter 7 should be interpreted with caution.

We then studied to what extent there was a correlation between an emergency service worker's personality traits and the reporting of aggression. It was a small sample, but a few indications did emerge. For this study, described in chapter 8, all emergency service workers (n = 21) in the Uden/Veghel region were asked to complete a NEO-PI-R. Prior to 576 outreach contacts by the emergency service workers, the CRC described in chapters 4 and 5 were also completed and, if the patient displayed aggressive behavior, a SOAS-R again was filled in after the contact. Based on this information significant differences were found between employees. The differences involve both the estimation of possible aggression during the consultation and the frequency with which aggressive behavior was reported. Evidence suggests that a higher level of 'Conscientiousness' in an employee has a positive correlation to an increased chance of reporting aggression during consultations. 'Agreeableness' seems to have a negative correlation to the initially estimated risk of aggression by the patient during the consultation.

It is possible that people who score high on 'Conscientiousness', and who therefore work meticulously, orderly, and systematically and stick to the rules, are less able to respond flexibly to what is happening in the interaction with the patient. This may cause irritation and further aggression in the patient sooner. On the other hand, it is conceivable that these employees have followed the instructions for reporting aggression more closely, leading to both an increased initial estimate of risk of aggression and an increased number of reports of actual aggression.

The final chapter summarizes and critically analyzes the results of the various studies in this dissertation. Chapter 9 also touches on possible topics and questions which should be researched further. In summary, it appears that mental health workers are relatively often confronted with aggressive behavior by patients and that patients are partly also victims of aggressive behavior from others, sometimes with serious consequences. Chapter 9 further concludes that the past years' efforts in the concerned emergency service may have led to an increase in employee safety. However, alternative explanations for the discovered decline in number of reports of aggression, as described in a number of chapters in this dissertation, cannot be ruled out. A reduced willingness to report incidents as the project progressed cannot be ruled out, especially in the absence of a control condition. In any case, various items in the CRC are significantly associated with aggression, as later documented by the emergency service worker after the emergency contact. The predictive validity of the checklist for subsequent outwardly directed aggression appeared to be reasonably good, due mostly to three items: 1) the emergency service worker's clinical judgement, 2) assessment whether or not there are aggressive individuals in the vicinity of the patient involved, and 3) whether or not the request for help came from the patient. The use of the CRC by emergency services seems to be beneficial in estimating risks.

Dankwoord

Het onderzoek heeft voornamelijk plaats gevonden binnen de crisisdienst van toentertijd Regionaal Geestelijk Gezondheid Centrum (RGC) Uden/Veghel. Ik wil in de eerste plaats iedereen die betrokken is geweest bij dit onderzoek bedanken bij het tot stand komen van dit proefschrift. Met name de medewerkers van de crisisdienst, in het bijzonder de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, die wekelijks hun formulieren hebben aangeleverd. En de psychiaters die mede hebben gezorgd voor een stabiele periode van de RGC waardoor dit onderzoek mogelijk werd. Kort heb ik een uitstapje gemaakt naar de regio Helmond waarvan een groot deel van de toenmalige medewerkers van de crisisdienst bereid waren een NEO-PI-R in te vullen.

Gedurende mijn opleiding tot psychiater in Maastricht is mij het belang van een goed werkende crisisdienst duidelijk geworden maar ook de complexiteit en de risico's van een crisisdienst.

Later bij de toenmalige Riagg Noord Oost Noord Brabant was er de discussie of informatie voorafgaande aan de crisis nuttig was, of bij voorkeur neutraal de crisis situatie benaderen zonder voorkennis. Toentertijd waren Paul Hemels, Kiki Tan, Ad van der Pas en Jan Smeets, gz psycholoog de gesprekspartners. Waarvoor dank, met name Jan Smeets die ons onderwees in het aspect van de dynamiek van de persoonlijkheid.

Een ruime periode van 12 jaar hebben we de crisisdienst van Uden/ Veghel met een redelijk vaste club medewerkers kunnen vorm geven. De wekelijkse bijeenkomsten waren voor mij vaak de beste momenten van de week. Henk Hanegraaf, psychiater, ondersteunde ons als hoofd zorg volwassenen en hield de grote lijn en de praktische zaken in het oog en onderhield de contacten met huisartsen en politie.

Het toenmalig team sociale psychiatrie ben ik dank verschuldigd. Zij zorgden voor een stabiele werksituatie zodat er voor mij als psychiater ruimte was om onderzoek op te zetten en uit te voeren. Dank aan Jan Smeets, Geert Fakkers, Evelyn van Bussel, Paul Kuiper, Ina Nijkamp, Frank Sondag, Catja Wijnen, Peter Roks, José de Wit, Paul Rooijmans, Riki Al.

Dank aan de psychiaters Margriet Laar en Mark van Gaalen en de sociaal geriater Daan Engelen die mede voor een plezierige samenwerking en stabiele periode binnen de RGC hebben gezorgd. Mijn dank gaat uit naar de Koos Steeneveld, toenmalig voorzitter Raad van Bestuur van GGZ Oost Brabant, die mij de financiële armslag bood om het onderzoek te kunnen uitvoeren en later Ronnie van Diemen als voorzitter van de Raad van Bestuur die mij aanmoedigde om het onderzoek af te ronden.

Maar zonder mijn promotor Henk Nijman was het project nooit tot een goed einde gekomen. Met gevoel voor humor en relativering en kennis van het thema heeft hij me door deze periode geloodst. En belangrijk, maar wat meer op de achtergrond, is de rol van professor Cees van der Staak geweest als promotor om mij/ons op het goede spoor te houden. Je was kritisch maar vooral ook steunend op lastige momenten.

En wat te doen zonder de geweldige support en vasthoudendheid van Diana Hendriks en Kitty Janssen die als secretaresses mij enorm geholpen hebben met het ordenen van mezelf en de gegevens. Waarvoor dank.

Tjeu Cornet bedankt voor je redigerend werk. Achteraf was het meer werk dan ik dacht en Fred Pijs huidig voorzitter van Raad van Bestuur die mij hierin financieel ondersteund heeft.

En de groep van buiten promovendi die eveneens bezig waren met het thema agressie en veiligheid met name Roland van der Sande met wie ik met veel plezier samen verschillende lezingen heb mogen geven.

Met veel plezier heb ik arts assistenten als werkbegeleider mogen begeleiden tijdens hun stage sociale psychiatrie. Dank in het bijzonder aan Krista Saalmink en Anda Sabelis die ook aan een deel van het onderzoek hebben bijgedragen. Sanne Rasing van bureau Opleiding & Onderzoek van GGZ Oost Brabant die heeft bijgedragen aan de begeleiding van de arts assistenten in het wetenschappelijk deel.

Mijn vrienden Hans van Dillen en Frank Nielander die tijdens onze wandelingen mijn monologen hebben verdragen en daar met gepaste humor op wisten te reageren, waarvoor dank.

En Oda van Stokkum, dank voor de rust die je bracht tijdens het oppassen op de kinderen toen ze nog klein waren en mij de mogelijkheid bood om bezig te zijn met het onderzoek.

En vooral niet te vergeten het thuisfront, ze waren niet altijd blij met mijn getob. Ik kan niet goed praten wat het proefschrift aan gedoe met zich mee heeft gebracht. Maar dank voor jullie geduld en ondersteuning en dat het mij werd gegund om het af te ronden. Ilse ontzettend bedankt.

Curriculum vitae

Berry Penterman werd op 1 juni 1954 geboren te Amersfoort. In 1974 behaalde hij zijn VWO diploma aan de katholieke scholengemeenschap Marianum te Groenlo. Hij begon zijn studie geneeskunde aan de Radboud universiteit te Nijmegen in augustus 1976. Op 18 april 1986 werd het artsexamen behaald. Van 1 juni 1986 tot mei 1988 werkte hij als arts assistent psychiatrie in het Vincent van Gogh instituut te Venray. Vanaf mei 1988 werkte hij als arts assistent psychiatrie in psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal te Maastricht. Vanaf april 1989 was hij in opleiding tot psychiater in Vijverdal tot oktober 1993. Het derde jaar van de opleiding in het psychiatrisch ziekenhuis Welterhof te Heerlen tot april 2002. Vanaf april 2002 in opleiding voor de stage sociale psychiatrie bij de Riagg te Maastricht tot april 2003. Het laatste half jaar deed hij de stage medische sexuologie bij de Riagg Maastricht. Sinds 1995 is hij lid van de Vereniging voor Clientgerichte psychotherapie (VCgP). Vanaf 1994 werkte hij bij de Riagg Noord Oost Brabant en vanaf 2000 tot heden bij GGZ Oost Brabant. Hij woont samen met zijn partner en twee kinderen in Venray.

Referenties

- Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM. Handboek spoedeisende psychiatrie. Amsterdam: Benecke; 2006.
- Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM. Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Amsterdam: Benecke; 2011.
- Achterhuis H. Met alle geweld, een filosofische zoektocht. Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat; 2008.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen, K. Assessing risk for imminent violence in the elderly: The Broset Violence Checklist. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 862-867.
- Alphen van C. Multidisciplinaire Richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86: 317 – 319.
- Berg van den DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2012; 43: 664-671.
- Berg van den DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, Van Minnen A e.a.. Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:259-267.
- Bestuurlijk akkoord-toekomst ggz 2013-2014; 2012.
- Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna, T. Nurses` short term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 224-229.
- Boeckhorst F. Over de verdwijning van het systeem theoretisch denken en de vrijheid van een fietser. *Systeemtherapie*, 2014; 26: 222-240
- Bont de PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, Mulder CL, Becker ES e.a.. A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid Post Traumatic Stress Disorder: study protocol for the randomized treating controlled trial Trauma in Psychosis. *Trials* 2013; 14: 151.
- Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assesment. *American Psychologist* 1996; 51: 945-956.
- Bowers L, Callaghan P, Nijman H, Paton J, Carr-Walker P, Allan, T e.a.. The Right People for the Job: choosing staff that will adjust positively and productively to working in the new personality disorder (PD) services (report to the home office). London: City University; 2003.

- Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.; 1985
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the five factor inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.; 1992
- Currier GW, Allen MH, Serper MR, Trenton AJ, Copersino ML. Medical, psychiatric and cognitive assessment in the psychiatric emergency service. *Emergency Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002
- Dongen van S. Pathways to violence in schizophrenia (academisch proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2012
- American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-R. Washington DC; 2002
- Fuller Torrey E, Stanley J, Monahan J, Steadman HJ. The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. *Psychiatric Services* 2008; 59, 147-152.
- Gerrits L. Who cares? Personality profiles of nurses taking care of clients with severe behaviour problems (academisch proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit; 2003.
- Graaf R, 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. *American Journal of Epidemiology* 2005; 162: 654-661.
- Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson, C. Clinical versus Mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment* 2000; 12: 19 – 30.
- Hare EH. Seasonal variation in admissions of psychiatric patients and its relation to seasonal variation in their births. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1978; 32: 47-52.
- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek. Utrecht: de Tijdstroom; 2003.
- Henskens R, Muuse C. Van beheersen naar betrokkenheid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGV)* 2009; 64: 437-449.
- Hildebrand M. Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: assessment, prevalence, predictive validity and clinical implications (academisch proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press; 2004.
- Hildebrand M, Hesper B, Spreen M, Nijman HLI. De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.
- 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: 427-432

- Hodgins S, Cree A, Khalid F, Patel K, Sainz-Fuentes R, Shortt M e.a.. Do community mental health teams caring for severely mentally ill patients adjust treatments and services based on patients' antisocial or criminal behaviours? *European Psychiatry* 2009; 24: 373-379
- Hoekstra HA, Ormel J, Fruyt F. NEO persoonlijkheids vragenlijsten. NEO-PI-R & NEO-FFI. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1996.
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wofod S, Bates G, Eckley L e.a.. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 2012; 379: 1621-1629.
- Janssen. Argus: Assessment and the use of data in evaluating coercive measures in Dutch psychiatry (academisch proefschrift) Amsterdam: Vrije Universiteit; 2013.
- Jenner JA. Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2005.
- Jensen AL, Weisz JR. Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70: 158-168.
- Killcommons AM, Morrison AP,(2005) Relationship between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,112, 351-359.
- Kobes M, Bulten E, Nijman H. Assessing Aggressive Behavior in Forensic Psychiatric Patients: Validity and Clinical Utility of Combining Two Instruments. *Archives of psychiatric nursing* 2012; 26: 487 - 494
- Lammers S, Nijman H, Bulten E, Philipse M. Knelpunten en kansen voor onderzoek in de forensische psychiatrie. In: Groen H, Drost M, Nijman, H, editors. *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: de Tijdstroom; 2011, p. 463 – 473
- Lincoln TM, Möbius C, Huber MT, Nagel M, Moritz S. Frequency and correlates of maladaptive responses to paranoid thoughts in patients with psychosis compared to a population sample. *Cognitive Neuropsychiatry* 2014; 19: 509 – 526.
- Loeff de PC, Kuijpers E, Nijman HLI. Stress levels of psychiatric nursing staff. *Journal of Nursing Education and Practice* 2014, 4: 1 – 7.
- Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009; 119: 189-191.
- Monahan J, Steadman HJ. *Violence and Mental Disorder, developments in risk assessment*. Chicago, London: The University of Chicago Press; 1994.
- Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Appelbaum P, Banks S, Grisso T e.a.. *Rethinking Risk Assessment, The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press: 2001.

- Morrison EF. The measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patients. *International Journal of Nursing Studies* 1990; 30: 51-64.
- Mulder CL, Wierdsma AI. Voor wie is de acute dienst ? Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 002; 44: 523 - 531.
- Nederlof A. *Psychotic Symptoms, Anger, and Anxiety as Determinants of Aggressive Behavior* (academisch proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2012.
- Nijman, HLI, Allertz WWF, à Campo JMLG. Agressie van patiënten. Een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1995; 36: 329-342.
- 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.
- Nijman HLI, Merckelbach HLGJ, Evers C, Palmstierna T, à Campo JMLG. Prediction of aggression on a locked psychiatry admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 105 :390-395.
- Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker J. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale; A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005a; 111: 12 -21.
- Nijman HLI, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior* 2005b; 31: 217-227.
- Nilsson K, Palmstierna T, Wistedt B. Aggressive behaviour in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1988; 78: 172- 175.
- Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The use of coercive interventions in the mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighbouring countries. *Frontiers in Public Health* 2014; 24: 141.
- Penterman EJM. Agressie tijdens crisisdiensten van de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006; 48: 477-480.
- Penterman EJM, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de GGZ-crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 51: 355 - 364.
- Penterman B, Nijman, H. Assessing Aggression Risks in Patients of the Ambulatory Mental Health Crisis Team. *Community Mental Health Journal* 2011; 47: 463-471.
- Penterman EJM, Smeets JML, van der Staak CPF, Özer H, Nijman HLI. Persoonlijkheidskenmerken van crisisdienstmedewerkers in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011; 53: 145-151.
- 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. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013; 55, 93-100.

- Penterman EJM, van der Staak, Nijman HLI. Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisismedewerkers. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014; 56: 448-454.
- Quinsey, G., Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. *Violent offenders. Appraising and managing risk.* Washington DC: American Psychological Association; 1998.
- Raine A. *Het gewelddadige brein, de biologische wortels van crimineel gedrag.* Amsterdam: Uitgeverij Balans; 2013.
- Rettew DC, Lynch AD, Achenbach TM, Dumenci L, Ivanova, MY. Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008; 18: 169-184.
- Retzlaff P, Stoner J, Kleinsasser D. The use of the MCMI-III in the screening and triage of offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2002; 46: 319-332.
- Rijnders C. *Cursus crisis interventie.* GGZ Breburg; 2009
- Sande van de R, Hellendoorn E, Roosenschoon BJ, Noorthoorn EO, Nijman HLI, van der Staak CPF e.a.. De crisismonitor, het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGV)* 2009; 64: 540-555.
- Sande van de R, Nijman H, Noorthoorn E, Wierdsma A, Hellendoorn E, van der Staak CPF e.a.. Reduction of aggression and seclusion by short-term risk assessment on acute psychiatric wards; a cluster randomized trial. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 473 -478.
- 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. *British Journal of Psychiatry* 2013; 202: 142-149.
- Schultz C, van de Koolwijk AM, Beerthuis RJ. Agressie in de ambulante praktijk (Onderzoeksposter 29ste Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) 2001.
- Segal SP, Watson MA, Goldfinger SM, Averbeck DS. Civil Commitment in the psychiatric emergency room. The Assessment of dangerousness by emergency room clinicians. *Archives of general psychiatry* 1988; 45: 748-752.
- Segal SP, Egly L, Watson MA, Goldfinger SM. The quality of psychiatric emergency evaluations and patient outcomes in county hospitals. *American Journal of public health* 1995; 85, 1429 – 1431.
- Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services* 1998; 49: 1212 – 1217.
- Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2001; 52: 514-520.
- Segal, SP, Laurie TA, Franskoviak P. Ambivalence of PES patients toward hospitalization and factors in their disposition. *International Journal of Law and Psychiatry* 2004; 27: 87-99.

- 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 Disorders* 2004; 6: 90-93.
- Skeem JL, Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment. *Social Science Research Network* 2011; 13: 38-42.
- Stanley J, Monahan J, Steadman HJ. The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. *Psychiatric Services* 2008; 59: 147-152.
- Strauss JS, Hafez H, Lieberman B, Harding CM. The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142, 289-296.
- Strous RD, Pollack S, Robinson D, Sheitman B, Lieberman JA. Seasonal admission patterns in first episode psychosis, chronic schizophrenia, and non schizophrenic psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189: 642.
- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen BE, Wagner HR, Rosenheck RA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63:490-499.
- 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. *Archives of psychiatric nursing* 2009; 23: 283-288.
- Tholen F. Besluitvorming over en uitvoering van dwang. De rol en verantwoordelijkheid van psychiaters. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv)* 2009; 64: 486-495.
- Vogel de V. Structured Risk Assessment of (Sexual) Violence in Forensic Clinical Practice. The HCR-20 and SCR-20 in Dutch Forensic Psychiatric Patients (academisch proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2005
- Volpe FM, Tavares A, Del Porto JA. Seasonality of three dimensions of mania: psychosis, aggression and suicidality. *Journal of Affective Disorders* 2008; 108: 95-100.
- Vruwink, FJ, Mulder C, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman, H (2012) The effects of nationwide program to reduce seclusions in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 231.
- Wagner SL. The "Rescue personality": fact or fiction? *Australian Journal of Disaster and trauma studies*, 2005; geen paginanummers gespecificeerd.
- Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnosis made by psychiatric residents in a general emergency department. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1284-1286.
- Watson MA, Segal SP, Newhill CE. Police referral to psychiatric emergency service and its effect on disposition decisions. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 1085-1090.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing the risk of violence (version 2). Burnaby, BC, Canada: Mental Health Law, and Policy institute, Simon Fraser University; 1997.

- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30 versie 2. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.
- Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology* 1996; 35: 11-20.
- Wierdsma A, van Os J. Effecten op schaal en betrouwbaarheidsintervallen als alternatief voor $p < 0,05$. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013; 55: 471-480
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.
- Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S, Large M, Birchwood M, Singh SP. A systematic review and meta regression analysis of aggression during the First Episode of Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; 128: 431-421.
- Wistedt B, Rasmussen K, Pedersen L, Malm U, Träskman-Bendz L, Wakelin J e.a.. *Pharmacopsychiatry*. The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression 1990; 23: 249-252.

