

Ervaringen van hulpverleners met agressie van opgenomen (forensisch) psychiatrische patiënten.

K.A.L. Gielis

3186423

02-07-2010

Universiteit Utrecht: Master Verplegingswetenschap UMC-Utrecht

Begeleider: Henk Nijman, blokdocent: Roland van Linge

Altrecht, Den Dolder

Tijdschrift voor psychiatrie

ANSI- standaardstijl

artikel aantal woorden: 4977 woorden

Nederlandse samenvatting 270 woorden

Samenvatting

Inleiding

Tot op heden lijkt er nog weinig gebruik gemaakt te zijn van de in de klinische praktijk opgedane ervaring van in de 24-uurs zorg werkzame hulpverleners in het omgaan met, en het voorkomen van, agressie. In dit onderzoek worden de ervaringen van hulpverleners met agressie, en hun in de praktijk van dag tot dag opgedane kennis waar het agressiepreventie betreft, op gestructureerde wijze in kaart gebracht. Er werd tevens onderzocht of bepaalde stafkenmerken samenhangen met de gevolgen die agressie op de medewerkers heeft.

Doel

Het doel van de huidige studie is de ervaring en kennis van psychiatrische hulpverleners die met patiënten werken waarvan de kans op agressief gedrag relatief hoog is, als het ware te 'ontsluiten'. Welke maatregelen denken zij dat effectief zijn om agressie te verminderen? En: wat is de 'impact' die agressie op hun heeft?

Methode

Het betreft een kwantitatief survey onderzoek, waarbij gebruik gemaakt werd van twee vragenlijsten. De eerste vragenlijst was speciaal voor dit onderzoek ontworpen en bevat een lijst van mogelijke interventies ter preventie van agressie welke door de respondenten op hun effectiviteit beoordeeld moesten worden. De tweede was een in het Nederlands vertaalde versie van de Impact of Aggression on Carers Scale (IMPACS; Needham et al., 2005). De vragenlijsten werden uitgezet op drie afdelingen van de divisie Aventurijn in Den Dolder.

Resultaten

Van de 210 aangeschreven medewerkers, stuurden er 85 de vragenlijsten ingevuld terug (40.5%). Het maken van individuele crisisinterventieplannen werd als de meest effectieve preventieve maatregel beoordeeld door de respondenten. De sterkste negatieve consequentie van agressie leek het ervaren van een verstoring in de relatie met de patiënt, zoals gemeten met de IMPACS. Uit het onderzoek bleek verder dat universitair opgeleiden ($n = 13$) de hoogste IMPACS scores hadden, gevolgd door HBO-opgeleiden ($n = 54$) en MBO-opgeleiden [$n = 16$; $F(2, 80) = 3,7$. $p = 0.03$].

Conclusie

Het maken van individuele crisisinterventieplannen werd door de respondenten in het huidige onderzoek dus als meest effectieve interventie ter preventie van agressie gezien. In de klinische praktijk worden deze plannen echter nog wel eens 'vergeten' of er pas bij gehaald als agressie al plaats heeft gevonden. Het opleidingsniveau van de hulpverleners bleek het enige stafkenmerk dat samenhang met de IMPACS scores.

Trefwoorden

Agressie, preventie, forensisch psychiatrische patiënten, stafkenmerken

Abstract**Introduction**

Up till now, the clinical experience of 24-hour care workers in handling and preventing aggression has not been used and studied in a systematic way. In this study the experiences of workers with aggression, and their knowledge about the prevention of aggression, was mapped in a structured manner. The impact that aggression has on psychiatric caregivers was also investigated.

Aim

Unlocking the experience and knowledge of psychiatric workers, working with patients whose risk of aggressive behavior is relatively high. Which interventions are judged to be effective in preventing aggression by psychiatric caregivers themselves? And: what is the 'impact' on these caregivers due to (repeated) confrontation with aggressive patients?

Method

A quantitative survey study was conducted in which two questionnaires were used. The first questionnaire was specially designed for this study and contained a list of interventions that might be helpful to prevent aggression, which had to be rated according to their assumed effectiveness. The second questionnaire was a Dutch translation of the Impact of Aggression on Carers Scale (IMPACS; Needham et al, 2005). The questionnaires were deployed in three psychiatric inpatient departments of the division Altrecht Aventurijn in Den Dolder.

Results

The survey was sent to 210 psychiatric caregivers, of which 85 returned the questionnaires (40.5%). Making individual crisis intervention plans, was judged to be the most effective preventive intervention by the respondents. The strongest negative consequences of aggression appeared to be experiencing a disturbance in the relationship with the patient as a result of aggression, as was measured with the IMPACS. Furthermore, the study indicated that university graduates ($n = 13$) had the highest IMPACS scores, followed by HBO-educated ($n = 54$) and MBO-educated [$n = 16$, $F(2, 80) = 3.7$, $p = 0.03$].

Conclusion

Making individual crisis intervention plans was judged to be the most effective preventive intervention, according to the respondents. In clinical day-to-day practice, however, these so-called crisis intervention plans tend to be 'forgotten', or at least not used properly. The educational background of the workers was the only staff characteristic that was associated with the IMPACS scores.

Keywords

Aggressiveness, prevention, forensic psychiatric patients, staff characteristics

Inleiding

Agressie is in de psychiatrie een veelvoorkomend verschijnsel. Zeker op gesloten psychiatrische opnameafdelingen wordt het verpleegkundig team frequent met agressie van hun patiënten geconfronteerd. In een Nederlands onderzoek werden jaarlijks gemiddeld 17,8 agressieve voorvallen per bed gevonden op een psychiatrische opnameafdeling met 20 bedden (Nijman et al., 1997). Verder bleek uit een grootschalige enquête onder Britse psychiatrische verpleegkundigen dat 20% van hen zich minimaal een keer per jaar ziek meldt als direct gevolg van agressie op de werkvloer. (Nijman et al., 2005). Agressief gedrag van patiënten leidt ook vaak tot ongunstige consequenties voor de carrière van hulpverleners die in rechtstreeks contact staan met de patiënten (Needham, et al., 2005). In de psychiatrie zijn 70 procent van de verpleegkundigen op zijn minst een keer agressief benaderd door een patiënt. Verpleegkundigen kunnen zich hiervoor schuldig voelen of zich er voor schamen, ook medelijden met de patiënt komt voor. Verpleegkundigen kunnen na de ervaring met agressie het gevoel hebben dat het incident de werkrelatie met die patiënt verstoord heeft. (Needham, et al., 2005).

In dit onderzoek wordt een relatief eenvoudige definitie van Goldstein (2000) van agressie als uitgangspunt genomen, welke er op neerkomt dat agressie het fysiek of psychisch verwonden van anderen inhoudt. Er zijn reeds diverse studies uitgevoerd naar de effecten van bepaalde maatregelen die tot doel hadden agressie-incidenten op psychiatrische opnameafdelingen te verminderen (Nolan, 2008; Timmerman, 2005; Foster, 2006; Bisconer,2006). Veel van deze studies vonden echter geen, of slechts beperkte effecten (Foster, 2006; Bisconer,2006).

In de literatuur zijn in grote lijnen een aantal soorten interventies te onderscheiden om agressie te verminderen. In het huidige onderzoek worden de mogelijke interventies in drie hoofdniveaus ingedeeld welke gebaseerd zijn op het "model of inpatient aggression" dat Nijman in 2002 publiceerde. Dit model onderscheidt agressieontlokkende factoren die op het niveau van de patiënt liggen (psychopathologie en cognitieve stress), agressieontlokkende variabelen op het niveau van de afdelingsstaf (communicatiestress) en agressieontlokkende afdelingsvariabelen (omgevingsstress samenhangend met de (gedwongen) opname en het verblijf op een gesloten afdeling). Op het patiëntniveau, zijn er een aantal studies die duidelijk inzetten op de behandeling van de impulsiviteit en agressie van de patiënt (b.v. Hornsveld et al., 2008a; 2008b). Ook zijn er studies (Abderhalden et al., 2008; Needham et al., 2004) waarin de voorspelling van agressie (risicotaxatie) een belangrijke rol speelt. De gedachte hierachter is dat indien verhoogde risico's op agressief gedrag tijdig kunnen

worden gesignaleerd het verpleegkundig team meer tijd heeft om preventieve maatregelen in te zetten. Op het niveau van de stafkenmerken wordt verondersteld dat hulpverleners over bepaalde communicatieve vaardigheden moeten beschikken om agressie bij opgenomen psychiatrische patiënten te kunnen voorkomen. Er zijn dan ook studies die het accent leggen op het verbeteren van de vaardigheden en communicatie van het verpleegkundig team om tot een reductie van agressie te komen (Bowers et al., 2006). Onderzoek van Janssen et al. (2004) wees er verder op dat de teamsamenstelling in algemene zin van invloed kan zijn op agressie. Het gaat met name om de werkervaring, de man/vrouw verhouding en het kwalificatieniveau. In een team met veel variatie in persoonskenmerken zou minder agressie voorkomen (Janssen et al., 2004). Lowe (2003) wees erop dat meer ervaren verpleegkundigen mogelijk minder moeite hebben met de omgang met agressieve cliënten omdat ze vanuit hun ervaring meer interventies voorhanden hebben en weten welke effectief zijn. Op het niveau van de afdeling, tot slot, bestaat er onderzoek waaruit blijkt dat er plaatsen op de afdeling zijn waar agressie erg vaak voorkomt. Met name voor en in het verpleegkundig kantoor treedt agressie vaak op, in de woonkamers van de afdeling en voor de gesloten afdelingsdeur (Nijman e.a., 1997). De typische bouwkundige factoren van (gesloten) psychiatrische opnameafdelingen zouden er mogelijk dus ook aan bij kunnen dragen dat patiënten overprikkeld raken en te weinig rust en privacy kunnen vinden op dergelijke afdelingen, wat weer tot agressie zou kunnen leiden.

Uit het bovenstaande komt naar voren dat ervaren psychiatrische verpleegkundigen mogelijk minder moeite hebben met de omgang met agressieve cliënten omdat ze op basis van hun ervaring meer interventies voorhanden hebben en weten welke effectief zijn. Zij hebben deze kennis dus met name opgedaan op basis van wat Evidence Based Practice wordt genoemd. Toch lijkt er tot op heden nog weinig gebruik gemaakt te zijn van deze in de klinische praktijk opgedane ervaring van in de 24-uurs zorg werkzame hulpverleners in het omgaan met en het voorkomen van agressie. Evidence Based Practice is een klinische probleemoplossende strategie, gebaseerd op de integratie van bewijs uit onderzoek, klinische expertise en de voorkeur van de patiënt (Polit en Beck, 2008). In het huidige onderzoek wordt getracht de ervaringen van hulpverleners met agressie en hun in de praktijk opgedane klinische expertise waar het agressiepreventie betreft, op gestructureerde wijze in kaart te brengen. Daarnaast wordt onderzocht wat agressie met de betrokken hulpverleners doet, kortom welke 'impact' agressie op ze heeft en of bepaalde stafkenmerken samenhangen met de mate van impact die agressie op hun heeft.

Doel en probleemstelling

Het beschreven onderzoek had twee doelen. Op de eerste plaats werd getracht de ervaring en kennis van psychiatrische hulpverleners die met patiënten werken waarvan de kans op agressief gedrag relatief hoog is, te 'ontsluiten'. Het ging met name om hun kennis en ervaring met effectieve preventieve interventies tegen agressie. Op de tweede plaats werd in beschrijvende zin de impact onderzocht die confrontatie met agressie van patiënten kan hebben op hulpverleners. Onder impact worden hierbij zowel de directe psychologische gevolgen van agressie verstaan zoals gemeten met de Impact of Aggression on Carers Scale (IMPACS; zie onder), als het ziekteverzuim als gevolg van de confrontatie met agressie van hun patiënten.

In algemene zin werd als brede probleemstelling voor het onderzoek de volgende vraag gehanteerd:

Wat zijn de ervaringen en meningen van verpleegkundigen betreffende (de preventie van) agressie?

3 Onderzoeksvragen

Vanuit de probleemstelling werden volgende onderzoeksvragen geformuleerd.

- 1) Welke interventies zijn volgens stafleden die op forensisch psychiatrische afdelingen werken effectief in het voorkomen van agressie-incidenten? De mogelijke interventies worden hierbij in lijn met het eerder genoemde model (Nijman, 2002) onderverdeeld in interventies die ingrijpen op het patiënten-, staf- en afdelingsniveau.
- 2) Wat zijn de negatieve consequenties van agressie, in termen van de psychologische impact zoals gemeten met de IMPACS en in termen van ziekteverzuim ten gevolge van agressie op het werk, voor medewerkers die patiëntgebonden handelingen uitvoeren bij opgenomen forensisch psychiatrische patiënten?
- 3) Welke stafkenmerken hangen samen met een grote negatieve impact van agressie, zoals gemeten met de IMPACS (Needham, 2005)? Hierbij werden de verbanden met de volgende stafkenmerken onderzocht: sekse, leeftijd, opleidingsniveau, het al dan niet gevolgd hebben van een agressietraining, werkervaring in de psychiatrie en type afdeling. Ook werd onderzocht hoe deze kenmerken samenhangen met ziekteverzuim.

Methode van onderzoek

Type en design

Het betreft een kwantitatief survey onderzoek. Hulpverleners werden gevraagd naar hun ervaringen met agressie en de impact die dit op hun heeft. Ook werd hun, als ervaringsdeskundigen, gevraagd welke interventies volgens hun effectief zijn in het verminderen van agressie.

Onderzoekspopulatie

Iedereen die werk verricht met patiënten die opgenomen zijn binnen de divisie Aventurijn van Altrecht, locatie Den Dolder, werd benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Specifiek gaat om de volgende drie afdelingen: Roosenburg, Barentsz en Wier. Afdeling Roosenburg is een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). Op deze afdeling verblijven volwassen psychiatrische patiënten die wegens gewelddadig of crimineel gedrag in aanraking zijn gekomen met Justitie. De drie meest voorkomende psychiatrische stoornissen onder deze patiënten zijn psychotische stoornissen, verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen. Barentsz is een gespecialiseerd centrum voor (forensische) jeugdpsychiatrie. De patiënten zijn tussen 15 en 21 jaar oud en vaak is er sprake van gedragsproblematiek en agressie. Afdeling Wier, tot slot, is één van de vijf erkende SGLVG behandelcentra in Nederland voor observatie, diagnostiek en behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking en complexe problematiek. De afkorting SGLVG staat voor: Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten. De divisie Aventurijn waar deze afdelingen onderdeel van zijn is het steekproefkader waaruit via een gelegenheidssteekproef bovenstaande afdelingen geselecteerd werden. Alle hulpverleners die patiëntgebonden handelingen uitvoeren bij opgenomen (forensisch) psychiatrische patiënten werden gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Hulpverleners welke enkel poliklinisch werk verrichtten werden hierbij geëxcludeerd. De initiële steekproefomvang bedroeg 210 medewerkers die allen via e-mail werden aangeschreven om deel te nemen aan het onderzoek.

Selectie en wervingsprocedure

Het onderzoek werd niet aan een METC voorgelegd. Dit omdat het in het onderzoek niet ging om vragenlijsten die aan patiënten werden voorgelegd, en de vragen voor de medewerkers niet als zeer belastend werden ingeschat (www.ccmo.nl). De vragen konden anoniem beantwoord worden en enkel de onderzoekers hadden inzage in de gegevens. Hiermee werd rekening gehouden met de Wet Bescherming Persoonsgegevens. (Eerste kamer 01-09-2001; http://www.cbppweb.nl/indexen/ind_wetten_wbp.stm)

Er werd toestemming gevraagd om het onderzoek uit te voeren aan de inhoudelijk directeur van de divisie Altrecht Aventurijn en later aan de afzonderlijke managers van de geïncorporeerde afdelingen. Allen gaven hun toestemming.

Eerst werd er onder vier personen een pilotstudie uitgevoerd om de tijdsinvestering te bepalen en na te gaan of de vragen goed begrepen werden door hierover met deze personen in gesprek te gaan.

Hierna ontvingen alle proefpersonen per mail de vragenlijsten. In deze mail werd de reden van het onderzoek uiteengezet en uitgelegd wat er van de respondenten verwacht zou worden. Naar persoonlijke keuze kon het formulier ook afgedrukt, ingevuld en post teruggestuurd worden, waarmee de inzending totaal anoniem werd. Na drie weken werd een herinneringsmail gestuurd. De dataverzameling duurde in totaal vijf weken, van 23 maart 2010 tot en met 26 april 2010.

Instrumenten

De lijst met eventueel effectieve maatregelen werd speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en bevatte drie onderdelen. Deze indeling is gebaseerd op de eerder genoemde drie niveau's van mogelijk agressie-uitlokkende factoren van het "model of inpatient aggression" (Nijman, 2002). Deze vragenlijst vroeg de hulpverleners naar hun mening over 19 interventies op het niveau van de patiënt, 17 interventies op het niveau van het verpleegkundig team en 10 interventies op het afdelingsniveau. De antwoordmogelijkheden bij de interventies waren: helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens en helemaal mee eens. Hierbij werd een cijfers toegekend van een tot en met vijf¹. Aan het eind van iedere reeks interventies werd in een open vraag de mogelijkheid geboden tot het toevoegen van interventies die niet in de lijst waren opgenomen. De interventies werden onder andere gebaseerd op het boek "Violence in clinical psychiatry" (Needham e.a., 2009). De lijst werd afgesloten met een aantal vragen over demografische gegevens van de respondenten. Alhoewel het hier om een speciaal voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst gaat, en onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument dus geboden is, bleek de interne consistentie in termen van Cronbach's alpha met 0,85 goed te noemen.

De IMPACS (Needham et al., 2005) is een lijst met tien stellingen over welke gevoelens werknemers hebben nadat ze geconfronteerd zijn met agressie van een patiënt. Deze vragenlijst werd gebruikt om de onderzoeksvragen 2 en 3 te kunnen beantwoorden. De antwoordmogelijkheden waren hierbij: nooit, zelden, soms, vaak of altijd met wederom een

¹ Het desbetreffende vragenlijst kan worden opgevraagd bij de eerste auteur van dit artikel, Karlien Gielis: k.gielis@altrecht.nl

respectievelijke codering van een tot en met vijf. De lijst werd samengesteld uit de resultaten van een literatuurstudie naar de nadelige gevolgen die agressie kan hebben (Needham et al., 2005). Oorspronkelijk bevatte de IMPACS 13 items, waarvan er na de factoranalyse 3 geëxcludeerd werden (Needham et al., 2005). De interne consistentie van dit instrument is middelmatig tot goed te noemen, aldus Needham en collega's (2005). De externe betrouwbaarheid met de Maslach Burnout Inventory (MBI) scores was 0,457 en daarmee ook voldoende te noemen (Needham et al., 2005). De oorspronkelijke Engelse lijst werd vertaald door twee personen met affiniteit voor de Engelse taal en eventuele verschillen in de vertaling werden in een consensus sessie opgelost. Hierbij werd echter niet de terugvertaalmethode gebruikt wat geldt als beste methode om vragenlijsten op valide wijze te vertalen. De vertaalde vragenlijst liet echter wel in de huidige steekproef een bevredigende interne consistentie zien van 0,75 (Cronbach's alpha).

Statistische procedures

Naast beschrijvende statistiek betreffende de maatregelen die de stafleden als effectief bestempelen alsmede de impact die agressie heeft, heeft het huidige onderzoek een between subject design (Polit en Beck, 2008), waarbij voor een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten werd onderzocht of deze significant samenhangen met de mate van negatieve gevolgen, geoperationaliseerd in termen van IMPACS scores en zelfgerapporteerd ziekteverzuim ten gevolge van agressie. Meer specifiek werden de data als volgt geanalyseerd.

1. Onderzoek naar effectieve maatregelen in het voorkomen van agressie-incidenten volgens de ondervraagde ervaringsdeskundigen werd gedaan door per item van de agressie preventie lijst gemiddelden en standaarddeviaties te berekenen.

2. De IMPACS scores en de mate van ziekteverzuim (ten gevolge van agressie) werden op de eerste plaats aan de hand van beschrijvende statistiek geanalyseerd (gemiddelden en standaard deviaties). Daarnaast werd het verband tussen de impact die agressie heeft op de hulpverlener, zoals gemeten met de IMPACS, en het aantal dagen dat de respondent aangeeft in zijn carrière en gedurende het laatste jaar te hebben verzuimd getoetst aan de hand van Pearson's r correlaties. Deze toetsen werden eenzijdig uitgevoerd aangezien verwacht werd dat er een positief verband tussen een sterke psychologische impact van agressie en een verhoogde kans op ziekteverzuim.

3. Verbanden tussen de achtergrondkenmerken van de respondenten en de mogelijke negatieve gevolgen van agressie, zoals gemeten met de IMPACS, en het aantal verzuimdagen in verband met agressie op de werkvloer, werden getoetst door het uitvoeren

van verschillende statistische analyses. Aangezien er geen specifieke verwachtingen bestonden over de mogelijke richting van de verbanden werden deze exploratieve toetsen allen tweezijdig uitgevoerd. Hierbij werden steeds de IMPACS scores en eventueel ziekteverzuim ten gevolge van agressie als afhankelijke variabelen beschouwd en de demografische achtergrondkenmerken als onafhankelijke variabelen. Meer specifiek werden de volgende deelvragen statistisch getoetst:

3a. Bestaan er significante verschillen in de IMPACS scores van mannen en vrouwen? (t-test)

3b. Bestaan er significante verschillen in het aantal ziektedagen ten gevolge van agressie tussen mannen en vrouwen (t-test)

3c. Bestaat er een correlatie tussen de leeftijd van de respondenten en de scores op de IMPACS? (Pearson's r)

3d. Bestaat er een verband tussen opleidingsniveau van de respondenten en de IMPACS scores? Het opleidingsniveau zal hierbij ingedeeld worden in MBO, HBO of universitair niveau (one way ANOVA).

3e. Bestaat er een verband tussen het al dan niet gevolgd hebben van een agressiehanteringstraining door de respondenten en de IMPACS scores? (t-test)

3f. Bestaat er een relatie tussen het aantal jaren werkervaring in de psychiatrie en de IMPACS scores? (Pearson's r)

3g. Bestaan er verschillen in de IMPACS scores tussen de hulpverleners van de drie verschillende afdelingen (Roosenburg, Barentsz en Wier) die elk een verschillende patiëntendoelgroep hebben? (one way ANOVA)

Ziekteverzuim werd geoperationaliseerd in: a) dagen dat iemand te kennen gaf gedurende het werken in de psychiatrie verzuimd te hebben in verband met werkgerelateerde agressie (gedeeld door het aantal jaren werkervaring in de psychiatrie) en b) het aantal dagen dat iemand aangaf het laatste jaar te hebben verzuimd in verband met agressie op het werk. De variabele agressiehanteringstraining werd dichotoom gecodeerd en had dus slechts twee mogelijke uitkomsten: ja of nee.

Beroepservaring werd gedefinieerd in het aantal jaren dat de respondent werkzaam is in de psychiatrie.

Bij de variabele opleiding waren de mogelijke uitkomsten: MBO, HBO, of universitair niveau.

Afdeling werd gedefinieerd als Roosenburg, Barentsz of Wier.

Resultaten

Respons en demografische gegevens

Na 5 weken waren er 85 vragenlijsten geretourneerd, dit staat gelijk aan een respons van 40,5%. Vijftig van de 85 respondenten waren vrouwen (59,5%) en 34 waren mannen (39,5%; 1 ontbrekende waarde). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 36,8 jaar (s.d. = 9,8). De respondenten werkten gemiddeld reeds 8,9 jaar (s.d. = 7,3) in de psychiatrie, waarvan gemiddeld 5,5 jaar (s.d. = 5,5) in de divisie Altrecht Aventurijn.

Welke interventies waren effectief volgens de hulpverleners?

In de tabellen 1 en 2 worden respectievelijk de hoogste en laagste geregistreerde gemiddelde scores weergegeven voor de in de vragenlijst genoemde agressiereducerende interventies. Een score van 1 betekende dat de ondervraagde het helemaal oneens was dat de genoemde interventie effect zou hebben, terwijl een gemiddelde score van 5 zou hebben betekend dat de ondervraagden de interventie allen als uiterst effectief beoordeelden.

Tabel 1 De tien meest effectieve interventies volgens de ondervraagden, met hun gemiddelde scores en standaarddeviaties (sd)

Tabel 2 De 10 minst effectieve interventies helemaal hetzelfde nooit) zal werken volgens de expertise van de respondenten, gemiddelden en standaarddeviatie (sd)

Er was ruimte voor de respondenten om eigen interventies toe te voegen. Van de 85 respondenten maakten er 37 (43,5%) gebruik van deze optie. Nadere beschouwing van de open antwoorden leek erop te wijzen dat de aangedragen opties in vier groepen konden worden onderverdeeld: bejegening/inleving (o.a. respect, humor, duidelijke afspraken maken en zich daaraan houden), activiteiten (o.a. dagbesteding in het weekend, op de groep zijn en regelmatig een boswandeling maken), regels (o.a. soepelere toepassing van afdelingsregels, terwijl een andere respondent juist drugsgebruik volledig wilde verbieden), en de inrichting van de afdeling (o.a. ruimte waar de patiënt boos mag zijn, internet op de afdeling en een gezellige huiskamer).

De gevolgen van agressie uitgedrukt in IMPACS scores en ziekteverzuim ten gevolge van agressie

Gemiddeld scoorden de respondenten 21,0 (s.d. = 4,3) op de IMPACS, terwijl in theorie de score op de IMPACS tot 50 punten kan oplopen in het meest negatieve geval (10 IMPACS

items x 5 punten). Het IMPACS-item "ik ervaar een verstoring in de relatie met de patiënt" nadat zich agressie heeft voorgedaan scoorde het hoogste onder de respondenten van het huidige onderzoek. Dit item had een gemiddelde score van 2,9 (s.d. = 0,74). Daarna werd het IMPACS item "Ik heb medelijden met de patiënt" na agressie (gemiddelde 2,6; s.d. = 0,85) het meest onderstreept door de respondenten.

Wat betreft het ziekteverzuim werd gevonden dat 13 van de 84 respondenten (15%; een ontbrekende waarde) aangaven zich ooit ten gevolge van agressie op het werk ziek te hebben gemeld. Het aantal dagen dat deze 13 respondenten in het verleden thuis waren gebleven ten gevolge van agressie varieerde van 1-65 dagen en met een gemiddelde van 1,2 dagen (s.d. = 4,5). Voor het afgelopen jaar was dit 3,5% met een gemiddelde van een halve dag (s.d. = 0,19).

Onderzocht werd met behulp van een Pearson's r correlatie of er een verband bestond tussen de IMPACS scores van de respondenten en het aantal ziektedagen. Dit verband bleek niet significant te zijn (Pearson's $r = 0.17$; $p = 0,06$ eenzijdig getoetst), alhoewel er dus wel een (niet significante) trend bestond dat mensen die een hogere 'impact' van agressie rapporteerden op de IMPACS ook meer dagen ziek thuis hadden moeten blijven. Gezien het grote aantal nul-scores wat betreft ziekteverzuim (d.w.z. de meerderheid van de respondenten gaf te kennen zich nooit ziek te hebben gemeld ten gevolge van agressie) werd vervolgens ook een t-test uitgevoerd om te kijken of mensen die aangaven zich nooit vanwege agressie ziek te hebben gemeld een lagere IMPACS score hadden dan medewerkers die wel door agressie thuis hadden moeten blijven. Dit bleek echter niet het geval te zijn [$t(81) = 1,3$; $p = 0.10$, eenzijdig getoetst].

Verbanden tussen de achtergrondkenmerken van de respondenten aan de ene kant en mogelijke negatieve gevolgen van agressie aan de andere kant,

Onderzocht werd of er mogelijk significante verschillen bestonden in de IMPACS scores van mannen en vrouwen. Dit bleek niet het geval te zijn [$t(81) = 1,2$; $p = 0,25$; tweezijdig getoetst]. Tevens bestond er geen verschil in het aantal ziektedagen ten gevolge van agressie tussen mannen en vrouwen [$t(81) = 1,2$; $p = 0,25$; tweezijdig getoetst]

Verder werd onderzocht of er een samenhang was tussen de leeftijd en het opleidingsniveau van de respondenten en de hoogte van hun scores op de IMPACS. het verband tussen

leeftijd en IMPACS scores bleek niet significant te zijn (Pearson's $r = 0,074$; $p = 0,52$ tweezijdig getoetst). Tussen het opleidingsniveau van de respondenten en de IMPACS scores werd wel een verband gevonden. Het opleidingsniveau was hierbij ingedeeld in drie groepen, te weten MBO, HBO of universitair niveau. Gevonden werd dat universitair opgeleiden ($n = 13$) de hoogste IMPACS scores hadden, gevolgd door HBO-opgeleiden ($n = 54$) en MBO-opgeleiden [$n = 16$; $F(2,80) = 3,7$; $p = 0,03$]. Tussen de impact van agressie zoals gemeten met de IMPACS en het in het verleden al dan niet gevolgd hebben van een agressiehanteringstraining door de respondenten bestond geen significant verband [$t(81) = 1,2$; $p = 0,23$ tweezijdig getoetst]. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat er slechts weinig medewerkers waren ($n = 6$) die nog geen agressiehanteringscursus hadden gevolgd. Verder werd geen significant verband gevonden tussen het aantal jaar dat iemand al werkzaam was in de psychiatrie en de IMPACS scores (Pearson's $r = 0,21$; $p = 0,06$ tweezijdig getoetst), alhoewel er dus wel sprake leek te zijn van een lichte trend dat de impact van agressie iets groter werd naar mate iemand langer in het veld werkzaam is geweest.

Tot slot werd getoetst of er verschillen in de IMPACS scores bestaan tussen de hulpverleners van de drie verschillende afdelingen (Roosenburg, Barentsz en Wier) die elk een verschillende patiëntendoelgroep hebben. Toetsing met een one-way ANOVA wees er op dat de verschillen in IMPACS scores van de medewerkers van de drie afdelingen niet significant waren [$F(2,78) = 1,6$; $p = 0,20$]

Discussie

Discussie omtrent de resultaten van het onderzoek

Het maken van individuele crisisinterventieplannen werd door de respondenten in het huidige onderzoek als meest effectieve interventie ter preventie van agressie gezien. De gemiddelde score op dit item was 4,29 op een schaal van een tot en met vijf en 89,4% van de respondenten gaf aan het "eens" of "helemaal mee eens" te zijn dat deze interventie agressie kan voorkomen. In de realiteit worden deze plannen echter nog wel eens 'vergeten' of er pas bij gehaald als agressie al plaats heeft gevonden. Dergelijke plannen zijn echter bedoeld om vroegsignalering van agressie mogelijk te maken zodat er bijtijds interventies ingezet kunnen worden. De minst effectieve interventies waren volgens de ervaringsdeskundigen het inzetten van beveiligers op de afdeling en meer gebruik maken van medicatie.

Het gaat bij deze resultaten echter om gemiddelden van een grote groep hulpverleners en niet elke preventieve maatregel zal bij iedere patiënt op dezelfde manier werken. Preventieve maatregelen zullen dus veelal op maat van de patiënt ingezet moeten worden. Dit maakt het lastig om aan te geven wat de meest effectieve preventieve interventie is, echter het opstellen van individuele crisisinterventieplannen houdt juist rekening met verschillen tussen patiënten en werd ook als het meest effectief beoordeeld door de stafleden.

Het in eerder onderzoek aangetoonde effect van (korte termijn) risicotaxatie (Abderhalden et al., 2008; Needham et al., 2004) kreeg bij de ondervraagden in het huidige onderzoek een gemiddelde score van 3,42 (s.d. = 0,92) en geraakte hiermee niet in de top 10 van mogelijkheden die volgens de ondervraagde ervaringsdeskundigen het beste werken. Er wordt op de onderzochte afdelingen echter wel gebruik gemaakt van risicotaxatie over de langere termijn om in te schatten hoe groot de kans is op herhaling van delictgedrag na ontslag uit de psychiatrische instelling. Agressie op de afdeling is iets anders dan herhaling van delictgedrag, wat dit resultaat mogelijk zou kunnen verklaren.

Ongeveer een op de zeven hulpverleners (15%) gaven aan dat zij letterlijk ooit 'ziek van agressie' waren geweest. Of het hierbij om directe fysieke gevolgen ging van een fysiek agressief incident of meer om psychologische gevolgen van een bedreigend voorval waardoor iemand ziek thuis moest blijven is in het huidige onderzoek niet onderzocht. Wel maakt dit cijfer duidelijk dat voor een substantiële groep van hulpverleners die op psychiatrische afdelingen werken agressie een zeer reële bron van stress is. Aan de andere kant, het zelfgerapporteerde ziekteverzuim over het afgelopen jaar (3,5%) ten gevolge van agressie lag in de huidige studie beduidend lager dan onder Britse psychiatrische hulpverleners werd gevonden. In een grote steekproef van psychiatrische verpleegkundigen werkzaam in Oost-Londen werd namelijk gevonden dat 20% zich op jaarbasis minstens een maal ziek meldden (Nijman et. al., 2005)

In het huidige onderzoek werden verder slechts weinig verbanden gevonden tussen de achtergrondkenmerken van de respondenten en de gevolgen van agressie zoals gemeten met de IMPACS en ziekteverzuim ten gevolge van agressie. Zo werd bijvoorbeeld in tegenstelling tot het onderzoek van Lowe (2003) in het huidige onderzoek geen verschillen gevonden voor wat betreft de gevolgen van agressie (IMPACS scores) tussen meer en minder ervaren hulpverleners. Alhoewel er een niet significante trend bestond ($p = 0,06$ tweezijdig getoetst) dat de psychologische gevolgen van agressie zoals gemeten op de IMPACS iets groter waren naarmate men langer in het veld werkzaam is, was het verband niet sterk ($r = 0.20$). Een duidelijk significant verband tussen de impact van agressie zoals

gemeten met de IMPACS en het opleidingsniveau als persoonskenmerk werd wel gevonden. Respondenten met een universitaire opleiding lijken mogelijk meer last te hebben van het meemaken van agressie. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen liggen in de functies die universitair opgeleide personen hebben op de afdeling. Het gaat in deze groep vaak om psychiaters, psychologen en unit managers. Zij maken waarschijnlijk veel minder vaak agressie mee dan bijvoorbeeld de 24-uurszorg. Wellicht maken zij echter wel vooral de meer ernstige agressie mee Omdat zij vooral gevraagd worden om de patiënt te zien als agressie helemaal niet meer te hanteren is. Te denken valt hierbij aan het zien van een patiënt die vanwege zeer ernstige agressie gesepareerd moet worden of omdat er medicatie onder dwang verstrekt moet worden als het gedrag van de patiënt een duidelijk gevaar voor anderen of voor zichzelf met zich meebrengt.

Persoonskenmerken kunnen meespelen in het aanwenden van preventieve interventies. Er bestaat een grote hoeveelheid aan interventies. De keuze voor een bepaalde interventie is afhankelijk van verschillende factoren. Er zijn regels en protocollen waar men zich aan dient te houden. Daarnaast kan uit ervaring met een bepaalde cliënt gekozen worden voor een specifieke interventie die eerder effectief bleek. Bepaalde interventies zullen hulpverleners goed liggen en anderen minder, terwijl de interventies hetzelfde effect teweegbrengen. Hierbij zouden de persoonskenmerken van invloed kunnen zijn.

Discussie omtrent de beperkingen van het huidige onderzoek

Het huidige onderzoek kent een aantal methodologische beperkingen die aandacht verdienen. Een Gelegenheidssteekproef kan niet als representatief gezien worden voor de hele doelgroep van medewerkers die met opgenomen (forensisch) psychiatrische patiënten werken. Daarnaast kan er selectie zijn opgetreden indien de mensen die de vragenlijsten retourneerden andere meningen hebben dan de respondenten die niet aan dit onderzoek wensten deel te nemen. Het responspercentage lag in het huidige onderzoek op 40,5%. Deze beperkte respons zou kunnen liggen aan de investeringstijd die het invullen van de vragenlijst vraagt welke ongeveer twintig minuten bedroeg. Een andere mogelijkheid is drukte tijdens de werkuren waardoor deze vragenlijst voor de respondenten minder prioriteit kreeg.

Er werd gewerkt met een zelf ontworpen vragenlijst om de meningen van de hulpverleners te vragen over welke interventies volgens hun effectief zijn. De impactschaal was daarnaast nooit eerder in Nederland gebruikt en om die reden moest het instrument vertaald worden. Dit werd door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan, maar hierbij werd dus niet de 'vertaal-en-terugvertaal' methode gebruikt welke als gouden standaard wordt gezien voor het

vertalen van vragenlijsten (Polit en Beck, 2008). Om deze redenen kan men twifelen aan de betrouwbaarheid en de validiteit van de instrumenten die in het huidige onderzoek werden gebruikt. Wel bleek de interne consistentie van beide instrumenten redelijk goed te zijn.

Gezien het in dit onderzoek om zelfgerapporteerd ziekteverzuim ten gevolge van agressie op anonieme basis ging, bestaat verder nog de mogelijkheid van onderrapportage, aangezien sommigen wellicht schromen om aan te geven wat agressie met ze doet. Dit kan natuurlijk ook tot lagere IMPACS scores hebben geleid.

Conclusies en aanbevelingen

Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag kan gesteld worden dat het maken van individuele crisisinterventieplannen als meest effectieve maatregel werd gezien. Dit is bemoedigend omdat crisisinterventieplannen reeds (op beperkte schaal) gebruikt worden, maar er zou nog meer aandacht moeten komen voor het gebruik van crisisinterventieplannen binnen de divisie Aventurijn. Deze aandacht zou tweedelig moeten zijn. Iedereen die nog geen ervaring heeft in het opstellen van, en werken met dergelijke plannen zou hierin geschoold moeten worden. Hulpverleners die er wel bekend mee zijn zouden een stap verder kunnen gaan om de werking ervan te optimaliseren. Het opstellen van een dergelijk plan is namelijk geen garantie dat er ook echt mee gewerkt wordt in de praktijk en dat alle bij de patiënt betrokken hulpverleners goed op de hoogte zijn van de inhoud ervan. Het is aangewezen voor de hulpverleners om met elkaar te communiceren en te discussiëren om tot consensus te komen wat betreft de werking en inhoud van de verschillende individuele crisisinterventieplannen.

De ondervraagden deden in de open vragen een aantal interessante suggesties voor preventieve interventies op het vlak van bejegening/inleving, activiteiten, regels en infrastructuur welke in de nabije toekomst nader met het afdelingspersoneel en management besproken zal worden om te kijken of enkele hiervan in de praktijk kunnen worden ingezet.

In verband met de tweede onderzoeksvraag werd gevonden dat “het ervaren van een verstoring in relatie tot de cliënt” de sterkste negatieve consequentie leek te zijn van agressie zoals gemeten op de IMPACS. Dit is een bekend verschijnsel. Agressie kan nog lange tijd de behandelrelatie tussen patiënt en hulpverleners verstoren. Het is daarom van belang dat agressieve voorvallen geëvalueerd worden en wat er is gebeurd ook goed doorgesproken wordt met de patiënt zodat de lucht ‘geklaard’ kan worden en er lering getrokken wordt uit wat er is gebeurd. Een gesprek over hoe dergelijke situaties in de toekomst kunnen worden

voorkomen kan het vertrouwen in de geschonden relatie tussen hulpverlener en patiënt herstellen.

Voor wat de derde onderzoeksvraag betreft, viel op dat het opleidingsniveau samenhang met de impact van agressie. Universitair geschoolde ondervraagden scoorden hoger op de IMPACS, wat zou kunnen betekenen dat zij mogelijk (op langere termijn) meer nadelige gevolgen ondervinden van agressie. Of dit echt ook zo is, en hoe dat dan zou komen verdient nader onderzoek. Op basis van klinische ervaring mag men verwachten dat het universitair opgeleid personeel minder vaak in aanraking komt met agressie, maar mogelijk zijn de voorvallen waar ze bij geroepen worden wel doorgaans juist zeer ernstig van aard.

Referenties

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., e.a. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50.

Bisconer, S.W., Green, M., Mallon-Czajka, J., e.a. (2006). Managing aggression in a psychiatric hospital using a behavior plan: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 515-521.

Bowers, L., Nijman, H.L.I., Allan, T., e.a. (2006). Prevention and Management of Aggression Training and Violence Incidents on U.K. Psychiatric Wards. *Psychiatric services*, 57, 1022-1026.

Foster, C., Bowers, L, Nijman, H.L.I. (2006). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 140-149.

Goldstein, A.P., Nensen, R., Daleflod, B, e.a. (2004). *New Perspectives on Aggression Replacement Training: Practice, Research, and Application*.

Hornsveld, R.H.J., Nijman H.L.I., Hollin, C e.a. (2008,a). Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients. Method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 222-233.

Hornsveld, R.H.J., Soe-Agnie, S., donker, J., e.a. (2008,b). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadig forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 703-711.

Janssen, W., Noorthoorn, E., Linge, R., e.a. (2006). The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International journal of Law and Psychiatry*, 30, 118-126.

Lowe, T., welleman, N., Taylor, R. (2003). Limit-setting and Decision-making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 154-161.

Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., e.a. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in the acute mental inpatients settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatrie and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.

Needham, I., Callaghan, P., Palmstierna, T., Nijman, H. & Oud, N. (2009). *Violence in clinical psychiatry (proceedings of the 6th European Congress on Violence in clinical psychiatry)*.

Dwingeloo: Kavanah (ISBN-10:90-5740-069-3)

Needham, I. e.a. (2005). The Impact of Agression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. *Nordic College of caring Sciences*, 19, 296-300

Nijman H.L.I., Merckelbach, H.I.G.J., allertz, W.F.F., e.a. (1997). Prevention of Aggressive Incidents on a Closed Psychiatric Ward. *Psychiatric services*, 48, 694-698.

Nijman , H.L.I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta psychiatric Scandinavia*,412, 142-143.

Nolan, K.A., Citrome, L. (2008). Reducing Inpatient aggression: Does Paying Attention Pay Off? *Psychiatr Q*, 79, 91-95.

Owen, C., Tarantello, C., Jones, M;, et.al (1998). Violent and aggression in psychiatric units. *Psychiatric services*,49, 1452-1457

Timmerman, I.G.H., Emmelkamp, P.M.G. (2005). The Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Forensic Inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative criminology*, 49, 590-606.

Websites

http://www.cbpweb.nl/indexen/ind_wetten_wbp.stm

<http://www.ccmo.nl>

Tabellen

Tabel 1. De meest effectieve interventies volgens de ondervraagden, gemiddelden en standaarddeviatie

	agressie op de afdeling zal verminderen door:	Gem	s.d.	Interventie-niveau¹
1	voor alle patiënten individuele crisisinterventieplannen op te stellen	4,29	0,73	p
2	meer tijd te kunnen besteden aan één-op-één contacten met de patiënt	4,22	0,75	p
3	meer mogelijkheden tot een zinvolle dagbesteding / arbeid aan te bieden	4,20	0,62	p
4	het geven van meer training in agressiereducerende gesprekstechnieken	4,12	0,74	v
5	patiënten (meer) fysieke uitdagingen (zoals sport) aan te bieden	4,04	0,83	p
6	te investeren in het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie tussen patiënten en staf	4,04	0,81	p
7	als team de afdelingsregels eenduidig en consistent te hanteren en naar de patiënten te communiceren	4,01	0,83	v
8	meer consistentie aan te brengen in het teamwerk binnen de 24-uurs zorg	4,00	0,69	v
9	de afdelingsruimten en patiëntenkamers minder gehorig te maken	3,96	0,77	a
10	een betere multidisciplinaire samenwerking	3,89	0,78	v

¹ 50% van de 10 meest positieve interventies lagen op het patiëntniveau, 40% op het niveau van het verpleegkundig team en 10% op afdelingsniveau

Tabel 2. Wat het minst goed (nooit) zal werken volgens de expertise van de respondenten, gemiddelden en standaarddeviatie

nr	Interventie; agressie op de afdeling zal verminderen door:	Gem	s.d.	Interventie-niveau¹
1	gespecialiseerde beveiligers op de afdeling in te zetten	2,11	0,856	v
2	meer medicatie in de behandeling te gebruiken	2,61	0,82	p
3	vaker kalmerende zo-nodig medicatie voor te schrijven	2,62	0,98	v
4	als team sneller gebruik te (kunnen) maken van dwangmaatregelen	2,63	0,96	v
5	meer mannelijke stafleden in te zetten	2,75	0,81	v
6	meer vrouwelijke stafleden in te zetten	2,76	0,73	v
7	grotere kamers aan de patiënten te geven	2,83	0,91	a
8	meer groepstherapie op de afdeling aan te bieden	2,88	1,04	p
9	het aantal regels op de afdeling drastisch te verminderen	2,94	1,02	a
10	het dagelijks scoren van eventuele (dwangmatige) gewelddadige gedachten	2,95	0,96	p

¹ Van de als minst effectief beoordeelde interventies lag 50% op het verpleegkundig niveau, 30% op patiëntniveau en 20% op afdelingsniveau

