

Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst

E.J.M. PENTERMAN, H.L.I. NIJMAN

ACHTERGROND Medewerkers van de crisisdienst worden tijdens outreachende crisiscontacten 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 agressie naar buiten 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.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 355-364]

TREFWOORDEN agressie, crisisdienst, risico-inschatting

Medewerkers van de crisisdienst en acute opnameafdelingen 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 delictgedrag 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-indicatoren-schaal (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 toestandsbeeld), en soms ook situatonele 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 crisismedewerker de patiënt van tevoren vaak nog niet kent en derhalve 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 op 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 2 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.

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 risicoverhogende patiëntgebonden factoren zoals eerdere agressie of mogelijke paranoïde waandenkbeelden? Lijkt er sprake van eventuele risicoverhogende 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 het SPSS-programma.

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 toestandsbeeld 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 invul oefeningen 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 2 jaar dat het onderzoek liep 576 aanmeldingen van psychiatrische crises. Voor 502 van deze 576 aanmeldingen (87%) werden CRC's ingevuld. Bij 3 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 3 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

TABEL 1 Overzicht van de verbanden tussen de vooraf ingevulde items van de Checklist Risico Crisisdienst (CRC) en waargenomen agressie tijdens het consult*

Variabele	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	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%)	$\chi^2(1) = 7,6, p = 0,006$
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 laten 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.

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

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).

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 suïcidaliteit van de patiënt (51% van de aanmeldingen). In sommige gevallen werden meerdere antwoordcategorieën per vraag aangekruist, zoals het samengaan van depressiviteit of suïcidaliteit met intoxicatie door alcohol of drugs. Verder werd relatief vaak gedacht aan een psychotisch toestandsbeeld (24%), een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (22%) of intoxicatie door alcohol of drugs (14%). Gevonden werd dat een vermoeden van intoxicatie door alcohol of drugsgebruik relatief vaak samenhangt 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.

Risicoverhogende patiëntgebonden factoren (item 3 van de CRC)

Als eventuele risicoverhogende 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 risicoverhogende patiëntgebonden risicofactoren konden worden benoemd, was er sprake van een verhoogd agressierisico.

Risicoverhogende 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 medewer-

ker 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 meeneemen 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 onderstreepten, 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 mogelijk 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 aanmeldingsgesprekken 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 invuller 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 risicofactoren.

LITERATUUR

- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2007). Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Brøset Violence Checklist. *International journal of geriatric psychiatry*, 22, 862-867.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk

- assessment. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., e.a. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. [proefschrift]. Amsterdam: Dutch University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M., e.a. (2005). 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.
- Monahan, J., & Steadman, H.J. (1994). *Violence and mental disorder, developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Robbins, P.C., e.a. (2001). *Rethinking risk assessment, the MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., e.a. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
- Penterman, E.J.M. (2006). Agressie tijdens crisisdiensten van de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 477-480.
- Vogel, V. de, (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SCR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence (version 2)*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30 versie 2. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

AUTEURS

E.J.M. PENTERMAN is psychiater bij de GGZ Oost-Brabant, regio Uden/Veghel.

H.L.I. NIJMAN is als hoofdonderzoeker werkzaam bij de divisie Ortho- en Forensische Psychologie (OFP) van Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, Den Dolder, en is bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: E.J.M. Penterman, GGZ Oost Brabant, Postbus 159, 5460 AD Veghel.

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

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-11-2008.

(in te vullen vóór het contact met patiënt)

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

Tijdstip: ...:.. uur

Checklist Risico Crisisdienst

(© Nijman & Penterman)

Door wie is de crisisdienst ingeschakeld?

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> huisarts | <input type="checkbox"/> algemeen ziekenhuis / EHBO |
| <input type="checkbox"/> politie | <input type="checkbox"/> familie / kennissen van patiënt |
| <input type="checkbox"/> andere GGZ-instelling | <input type="checkbox"/> patiënt zelf |
| | <input type="checkbox"/> anders, nl..... |

Eerste inschatting toestandsbeeld / diagnose

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> psychotisch | <input type="checkbox"/> onder invloed van drank en/of drugs |
| <input type="checkbox"/> manisch / ontremd | <input type="checkbox"/> borderline persoonlijkheid |
| <input type="checkbox"/> antisociale persoonlijkheid | <input type="checkbox"/> somatische problemen |
| <input type="checkbox"/> depressief / suïcidaal | <input type="checkbox"/> overige toestandsbeelden, nl..... |
| | |

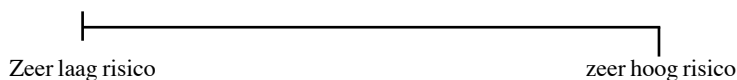
Risicoverhogende patiëntgebonden factoren?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> onbekendheid met patiënt | <input type="checkbox"/> mogelijk paranoïde waandenkbeelden |
| <input type="checkbox"/> eerdere agressie van patiënt | <input type="checkbox"/> mogelijk imperatieve hallucinaties |
| <input type="checkbox"/> eerdere gedwongen opname(n) in verleden (gevaarscriterium) | <input type="checkbox"/> onvoorspelbaarheid door drank of drugs |
| | <input type="checkbox"/> andere patiëntgebonden risicofactoren, nl..... |

Risicoverhogende omgevingsfactoren?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> onbekendheid met woonsituatie patiënt | <input type="checkbox"/> mogelijk gevaarlijke huisdieren |
| <input type="checkbox"/> problemen in het systeem van patiënt | <input type="checkbox"/> mogelijk wapens in woning of buurt van patiënt |
| <input type="checkbox"/> mogelijk (andere) gevaarlijke personen in omgeving / intolerante buurt | <input type="checkbox"/> 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?



Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkomen van gevaarlijke situaties?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> patiënt met collega gaan zien | <input type="checkbox"/> assistentie van politie vragen |
| <input type="checkbox"/> overleg met achterwacht | <input type="checkbox"/> afspraken maken over telefonisch contact met collega's |
| <input type="checkbox"/> meer informatie opvragen | <input type="checkbox"/> niet gaan |
| <input type="checkbox"/> patiënt naar andere locatie laten komen / brengen | <input type="checkbox"/> anders, namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> patiënt zien op politiebureau | |

SUMMARY

Assessing aggression in patients of the mental health crisis service – E.J.M. Penterman, H.L.I. Nijman –

BACKGROUND Care workers of the outreach psychiatric crisis team are frequently confronted with aggressive patients. To prevent dangerous situations from developing it could be advantageous to have in place a method of risk assessment that is based on information about patients before they are actually contacted by the crisis team.

AIM To test the predictive validity of an instrument specifically designed to assess the risks of aggression from severely disturbed psychiatric patients before they are seen by the crisis team.

METHODS Over a period of two years and prior to any outreach contact with patients in crisis situations a Checklist of Risks to the Crisis team (CRC) was completed. Then, following outreach contact with the patient any perceived aggression was recorded by means of the Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R).

RESULTS Aggressive behaviour by patients was observed during 51 of 499 crisis contacts with members of the outreach crisis team. On the basis of three factors in the CRC, namely the clinical assessment on a visual-analogue scale, an estimate of the number of aggressive persons in the vicinity of the crisis patient concerned and the reporting of crises by the patient himself, it was possible to predict outwardly directed aggression with a sensitivity of 74% and a specificity of 84%.

CONCLUSIONS Although the findings still need to be reproduced, an instrument such as the CRC could be very useful to members of the crisis service.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 355-364]

KEY WORDS aggressive behaviour, crisis service, risk assessment