

# Preventie van agressieve incidenten

*door H. Nijman, W. Allertz, M. v.d. Boogaard, E. Chatrou,*

M. Dassen, W. Fleuren, T. Goertz en C. de Schinkel

**Gepubliceerd in 1996, no. 10**

## Samenvatting

**Aan de hand van inzichten uit eerder onderzoek naar het vóórkomen van agressief gedrag van psychiatrische patiënten (Nijman, Allertz e.a. 1995) werd in Psychiatrisch Centrum Welterhof een agressie-interventiestudie opgezet. Doel van dit onderzoek was om met een aantal geprotocolleerde interventies agressieve incidenten op een gesloten acute-opnameafdeling zowel in aantal als in ernst te verminderen. Twee andere gesloten afdelingen fungeerden daarbij als controleafdelingen. Het agressieve gedrag werd geregistreerd met een Nederlandse versie van de Staff Observation Aggression Scale (SOAS). Zowel het totale aantal agressieve incidenten als het aantal fysieke agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling bleek, ten opzichte van de twee controleafdelingen, niet significant afgenomen te zijn. Wel bleek na invoering van de interventies de ernst van de agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling minder te zijn dan op de controleafdelingen. Dit verschil was randsignificant. Overigens nam op zowel de onderzoeksafdeling als op de controleafdelingen de totale frequentie van agressieve incidenten af. De vraag rijst of deze vermindering onder invloed van de meting met de SOAS tot stand kwam.**

## Inleiding

Agressie van psychiatrische patiënten vormt een bedreiging voor zowel hulpverleners als voor patiënten. Als gevolg van agressief gedrag van de patiënt zijn verpleegkundigen soms genooddaakt vrijheidsberovende dwangmaatregelen toe te passen om acuut gevaar af te wenden.

In de literatuur zijn veel suggesties te vinden over mogelijk agressieverminderende interventies. Slechts in enkele studies werden ook daadwerkelijk de kwantitatieve effecten van de voorgestelde interventies geëvalueerd. Palmstierna en Wistedt (1995) onderzochten zo het effect van de vermindering van het aantal bedden op een afdeling op het gemiddelde aantal agressieve incidenten per patiënt. Het totale aantal incidenten daalde niet, de aard van de incidenten veranderde echter wel: het aantal incidenten tussen patiënten nam toe terwijl de agressie jegens stafleden afnam. De agressieve incidenten in deze studie werden geregistreerd met de Staff Observation Aggression Scale, kortweg aangeduid als SOAS (Palmstierna en Wistedt 1987). Nillson e.a. (1988) beweren dat registratie van agressie met behulp van de SOAS op zich al zou kunnen leiden tot een vermindering van het aantal incidenten. Een van de conclusies van een landelijk onderzoek van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1992) sluit hierbij aan. Naar aanleiding van een enquête in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) van Nederland werd geconcludeerd dat het 'in het merendeel van de APZ'en nog geen gebruik is om systematisch aandacht te besteden aan agressieve voorvallen tussen medewerkers en patiënten. Er zijn aanwijzingen dat agressiefenomenen beter beheersbaar zijn waar dat wel gebruik is en er bijvoorbeeld een registratie

van wordt bijgehouden' (p. 23).

Kalogjera e.a. (1989) onderzochten het effect van de invoering van een 'therapeutic management'-protocol op het aantal separaties en het gebruik van fixatie op drie psychiatrische afdelingen. Dit protocol omschrijft in een aantal stappen hoe de staf dient op te treden in (dreigend) agressieve situaties. Met dit protocol werd een vermindering van 64% van het aantal toegepaste separaties en fixaties gevonden. In het onderhavige onderzoek werd onder andere gebruik gemaakt van een agressieprotocol dat gebaseerd is op het door Kalogjera e.a. beschreven protocol.

In de hierboven aangehaalde interventiestudies werden geen controlemetingen verricht. Hierdoor is het mogelijk dat gevonden veranderingen in agressieve incidenten en aantal separaties en fixaties onder invloed van diverse tijdsgebonden factoren tot stand zijn gekomen. Zo kan men zich afvragen of de wijze van registratie van incidenten in de tijd aan verandering onderhevig kan zijn. Er is een aantal onderzoeken met een quasi-experimenteel design verricht naar de effecten van preventieve maatregelen op het aantal agressieve incidenten. Met name de effecten van trainingen van stafleden zijn op deze wijze onderzocht (bv. Infantino en Musingo 1985; Carmel en Hunter 1990). In Nederland onderzocht Van Rixtel (1995) met behulp van de SOAS het effect van de training 'preventie van en omgang met dreigend en destructief gedrag' van Psychiatrisch Ziekenhuis Reinier van Arkel (1992). Het aantal agressieve incidenten daalde in de nameting, zowel bij getrainde stafleden als bij de controlepersonen. Er werd dus geen significant verschil in afname tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep gevonden. Het subjectieve gevoel van veiligheid was echter wel significant toegenomen in de getrainde groep ten opzichte van de controlegroep.

In Psychiatrisch Centrum Welterhof werd eerder onderzoek verricht naar het vóórkomen van agressie en de omstandigheden waaronder agressief gedrag optreedt (Nijman e.a. 1995). Op basis van de resultaten van dit onderzoek werd de onderhavige studie opgezet. Het hoofddoel van deze studie was de effecten van agressieverminderende interventies op het optreden van agressief gedrag te toetsen. De interventies die gebruikt werden, richtten zich met name op het verbeteren van de communicatie en informatie tussen behandelteamleden en patiënten. Dat de wijze waarop stafleden patiënten benaderen van belang kan zijn bij de preventie van agressie blijkt bijvoorbeeld uit de recente studie van Whittington en Wykes (1996). Zij vonden dat 86% van agressieve incidenten vooraf werd gegaan door interactie tussen stafleden en patiënten. De agressieve incidenten ontstonden als de patiënt iets niet werd toegestaan door de staf of omdat de patiënt juist iets werd opgedragen of verzocht wat hij of zij niet wilde doen. Tevens bleek de benadering door teamleden door de patiënt te kunnen worden opgevat als een bedreiging. Ook in Psychiatrisch Centrum Welterhof werd gevonden dat agressie relatief vaak ontstond, namelijk in 32.9% van de gevallen, op het moment dat de patiënt door de staf iets niet werd toegestaan (Nijman e.a. 1995).

Het scheppen van duidelijkheid over afdelingsregels en behandelingsafspraken lijkt daarmee voor de preventie van agressie van groot belang (zie ook Van Beest 1993). Shah e.a. (1991) vinden bovendien dat een autoritaire houding, het niet betrokken zijn van stafleden bij patiënten en weinig communicatie tussen personeel onderling agressie in de hand kunnen werken. Lathrop (in Stuart en Sundeen 1983) heeft een aantal instellingsfactoren beschreven die een belangrijke rol lijken te spelen bij het ontstaan van agressie, waaronder onenigheid tussen stafleden over de behandeling van de patiënt, en kwaadheid, wantrouwen en conflicten tussen de stafleden.

Hieronder wordt beschreven op welke wijze de interventies tot stand zijn gekomen en hoe de effecten van deze interventies werden geëvalueerd.

## **Methode**

De interventiestudie werd op 7-11-'94 gestart. Op drie gesloten afdelingen werden aan de hand van een Nederlandse versie van de SOAS gedurende een voormeting van drie maanden, van 7-11-'94 tot en met 6-2-'95 (92 dagen), het aantal en de ernst van de zich voordoende agressieve incidenten bepaald. Aan deze Nederlandse versie van de SOAS is de mogelijkheid om autoagressieve incidenten te registreren toegevoegd.

Na de voormeting werd in een tiental bijeenkomsten in de periode van 7-2-'95 tot 26-6-'95 gewerkt aan het selecteren en protocolleren van mogelijk agressieverminderende interventies door een multidisciplinaire projectgroep. Het opstellen van deze interventies geschiedde op basis van de resultaten van het eerder genoemde onderzoek, dat al op de onderzoeksafdeling had plaatsgevonden (zie Nijman e.a. 1995). De projectgroep bestond uit de psychiater en hoofdbehandelaar van de afdeling, de hoofdverpleegkundige, drie verpleegkundigen, de assistent in opleiding tot psychiater, de onderzoeksmedewerker en de coördinator kwaliteitszorg van de instelling.

De interventies werden in een tweetal bijeenkomsten aan het gehele team van de onderzoeksafdeling (een gesloten opnameafdeling) gepresenteerd. Daarna werd op 26-6-'95 gestart met een nameting van drie maanden (92 dagen). De geselecteerde interventies werden niet toegepast op de twee controleafdelingen (een gesloten opnameafdeling en een gesloten vervolgafdeling).

In totaal werden op de onderzoeksafdeling vijf interventies ingevoerd, die zich met name richtten op het verbeteren van de communicatie en informatievoorziening tussen hulpverleners en patiënten.

### **De interventies**

Als eerste interventie werd door de projectgroep een agressieprotocol voor de onderzoeksafdeling ingevoerd. Het protocol werd gebaseerd op een studie van Kalogjera e.a. (1989) en bestond uit een aantal verbale interventies die, indien mogelijk, bij (dreigende) escalaties door de teamleden worden genomen. Als eerste stap diende bij dreigende escalatie aan de patiënt te worden meegedeeld waaruit het (dreigende) agressieve en/of gevaarlijke gedrag bestond. Ten tweede dienden de gevolgen die dit (dreigende) agressieve gedrag had, benoemd te worden. Ook emoties die het gedrag oproep, zoals angst of bezorgdheid van medepatiënten en stafleden, werden hierbij beschreven. Tot slot werd de patiënt meegedeeld dat het beschreven (dreigende) agressieve gedrag moest stoppen en werden (eventuele) maatregelen die genomen zouden moeten worden indien het gedrag niet stopte, besproken. Deze verbale interventies hadden tot doel de patiënt en de behandelteamleden bewust te maken van het dreigende agressieve gedrag, en de communicatie hierover met de patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium op gang te brengen.

Wanneer deze verbale interventies geen gevolgen hadden en er sprake was van een verdergaande agressieve escalatie, werd op een later tijdstip, wanneer de patiënt rustiger was geworden, het agressieve voorval met hem nabesproken. Steeds werd geprobeerd deze nabespreking binnen 24 uur na het agressieve incident of na beëindiging van eventueel toegepaste middelen en maatregelen zoals separatie of afzondering te laten plaatsvinden. De nabespreking geschiedde aan de hand van een gestandaardiseerd 'nabesprekingsformulier' en bestond in grote lijnen uit drie onderdelen. Met de patiënt werd opnieuw besproken wat er was voorgevallen, wat de gevolgen van het agressieve gedrag waren en waarom eventuele (dwang)maatregelen genomen moesten worden. Vervolgens werd aan de patiënt gevraagd om te beschrijven wat, vanuit zijn optiek, was voorgevallen; welke redenen waren er om tot agressief handelen over te gaan. In het derde en laatste deel van de nabespreking werd getracht om met de patiënt tot preventieve afspraken te komen.

Als tweede interventie werd besloten om zo snel mogelijk na opname met de patiënt tot (behandelings)afspraken te komen aan de hand van een behandelingsplanformulier, dat zowel bij vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten werd gebruikt. Binnen 24 uur na opname werden deze behandelingsafspraken met de patiënt besproken en op papier gezet. Dit behandelingsplanformulier was op doorslagpapier gedrukt, zodat direct na de bespreking aan alle betrokkenen kopieën konden worden verschaft; één kopie werd aan de patiënt verstrekt, één kopie werd in het medisch dossier opgeborgen en één kopie ging in het verpleegkundig dossier.

Als derde interventie werd de informatievoorziening over de functie en de werking van de gesloten deur van de afdeling verbeterd en gestandaardiseerd. Veel agressieve incidenten bleken op de betreffende afdeling voor de gesloten afdelingsdeur op te treden (Nijman e.a. 1995). Voor de patiënt lijkt het niet altijd duidelijk te zijn waarom de afdelingsdeur gesloten is en wanneer hij wel en wanneer hij niet de afdeling mag verlaten. Om hierin duidelijkheid te verschaffen werd gewerkt met informatiekaartjes met daarop de uitgangsregeling. Deze kaartjes werden na opname aan de patiënt uitgereikt, waarbij hem ook mondeling werd uitgelegd welke uitgangsmogelijkheden hij had. Naast de gesloten afdelingsdeur werd een informatiebord opgehangen met daarop een beschrijving van de verschillende uitgangsmogelijkheden die patiënten kunnen hebben en een korte uitleg over de functie van de gesloten deur in de behandeling. Wanneer de uitgangsmogelijkheden van de patiënt veranderden, werden deze opnieuw aan de hand van het informatiekaartje uitgelegd.

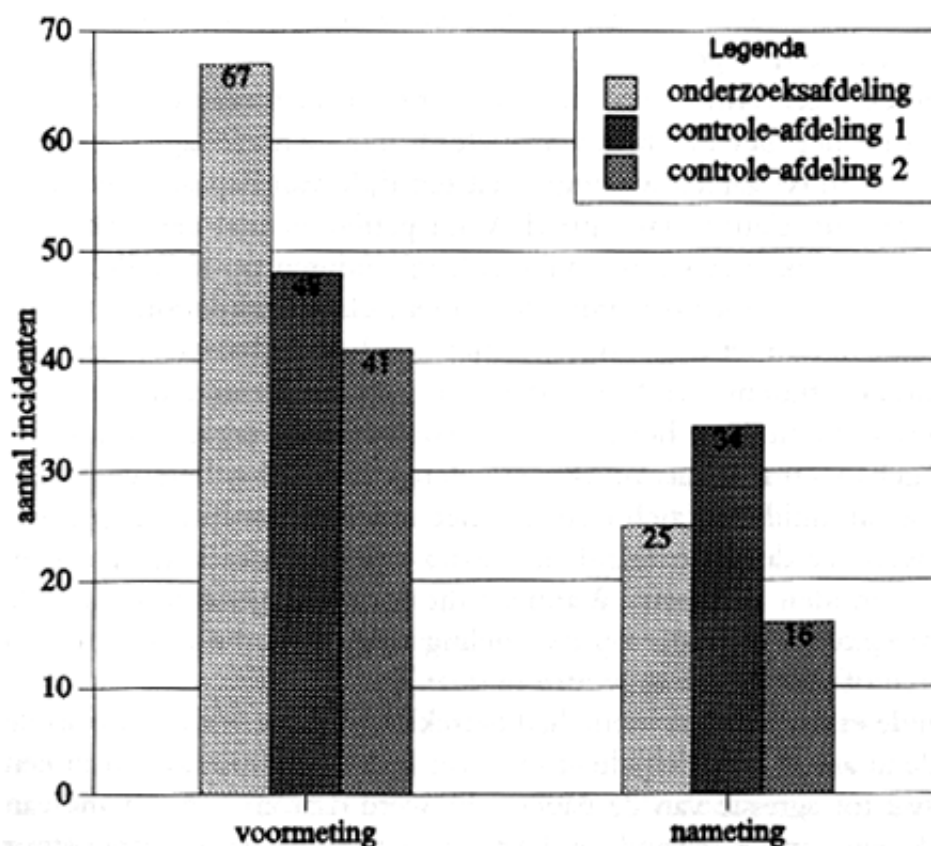
Als vierde interventie werd de informatievoorziening over overleg-situaties van het behandelteam verbeterd. De eerdere agressiestudie (Nijman e.a. 1995) gaf aanwijzingen dat ten tijde van bepaalde overlegsituaties agressie relatief vaak optrad. Voor patiënten met een lage frustratietolerantie lijkt het gemis aan verpleegkundigen op de afdeling in sommige situaties voor problemen te zorgen. Gedeeltelijk zou dit kunnen samenhangen met onbegrip over het niet beschikbaar zijn van verpleegkundigen tijdens overlegsituaties. Om dit te vermijden werd tijdens overlegsituaties een bordje op de deur van het verpleegkundigen-kantoor gehangen met daarop de vergadertijden. Het gehele vergaderschema werd duidelijk zichtbaar op het afdelingsbord weergegeven. Hierbij 'werd er door de teamleden extra op gelet dat vergaderingen niet meer zouden uitlopen. Wanneer dit toch het geval was, diende één verpleegkundige eerder op de afdeling terug te keren om patiënten met vragen of problemen te woord te staan.

De vijfde en laatste interventie had betrekking op het spreekuur van de behandelend arts. Onduidelijkheid hierover leidde tot frustratie en in een enkel geval tot agressie van de patiënt. Er werd daarom een schema van de spreekuren van de behandelend arts op het verpleegkundigenkantoor opgehangen. Wanneer een patiënt te kennen gaf de arts te willen spreken, werd dit in zijn bijzijn op een daarvoor bestemde lijst genoteerd.

Getoetst werd of ten gevolge van deze interventies het aantal agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling tijdens de nameting significant afnam ten opzichte van de twee controleafdelingen. Dit werd apart getoetst voor het aantal incidenten waarbij sprake was van fysieke agressie. Het idee hierachter was dat het aantal fysieke agressieve voorvallen een meer objectieve maat van agressie vormt dan het aantal verbale incidenten. Daarnaast werd getoetst of de gemiddelde ernst van de agressieve incidenten, berekend volgens het scoringssysteem van Palmstierna en Wistedt (1987), in de nameting op de onderzoeksafdeling ten opzichte van de controleafdelingen afnam. Tot slot werd onderzocht of eventuele gevonden verschillen in aantal en ernst van agressieve incidenten tussen de afdelingen verklaard kon worden uit de bezettingsgraad van de afdelingen (aantal verpleegdagen) en het aantal gedwongen opgenomen patiënten ten tijde van de voor- en de nameting.

## Resultaten

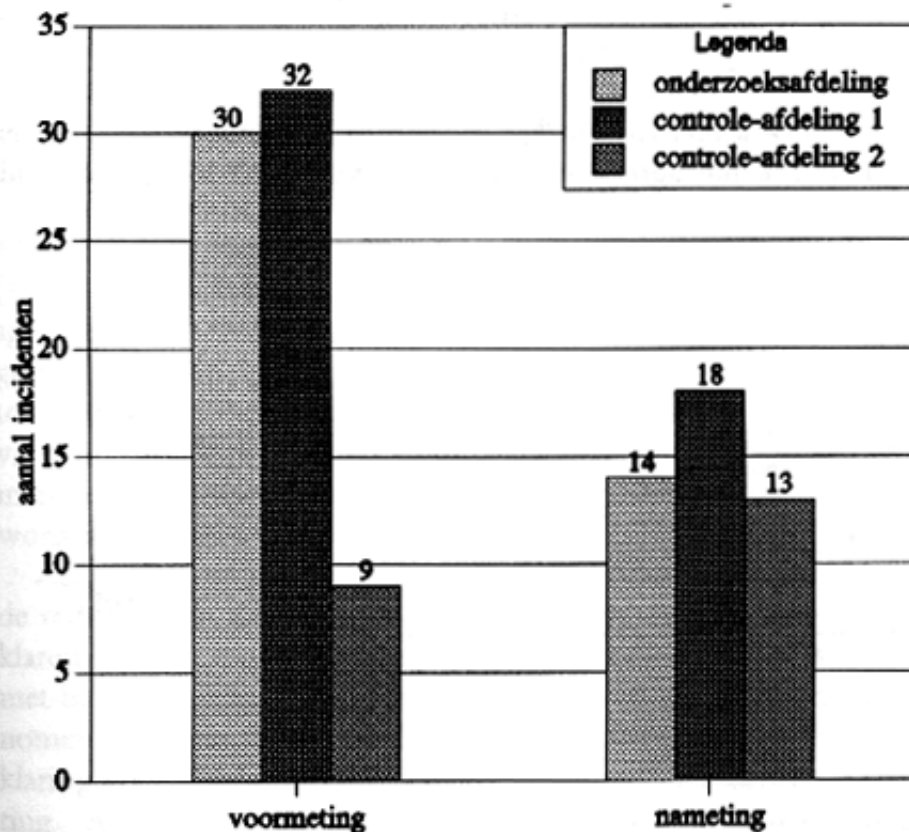
Aantallen agressieve incidenten - In figuur 1 staan de aantallen agressieve incidenten (zowel verbaal als fysiek) tijdens de voor- en de nameting.



*Figuur 1: Aantal agressieve incidenten tijdens de voor- en de nameting op de drie afdelingen*

Op de onderzoeksafdeling daalde het aantal incidenten met 62.7%, van 67 incidenten naar 25 incidenten. Op de twee controleafdelingen daalde het aantal incidenten gemiddeld met 43.8%. De verdeling van de agressieve incidenten over de voor- en de nameting op de onderzoeksafdeling ten opzichte van de twee controleafdelingen samen wijkt niet significant af (Chi-square [1] = 1.95,  $p = 0.16$ ). Ten opzichte van de gesloten controleafdeling 1, een gesloten opnameafdeling, is er sprake van een significante vermindering op de onderzoeksafdeling van het aantal incidenten (Chi-square [1] = 3.95,  $p < 0.05$ ). Tevens bleek het totale aantal agressieve incidenten op de drie afdelingen tijdens de studie significant te zijn afgenomen. Het aantal incidenten daalde met 51.9%, van 156 tijdens de voormeting naar 75 tijdens de nameting (Chi-square [1] = 28.4,  $p < 0.01$ ).

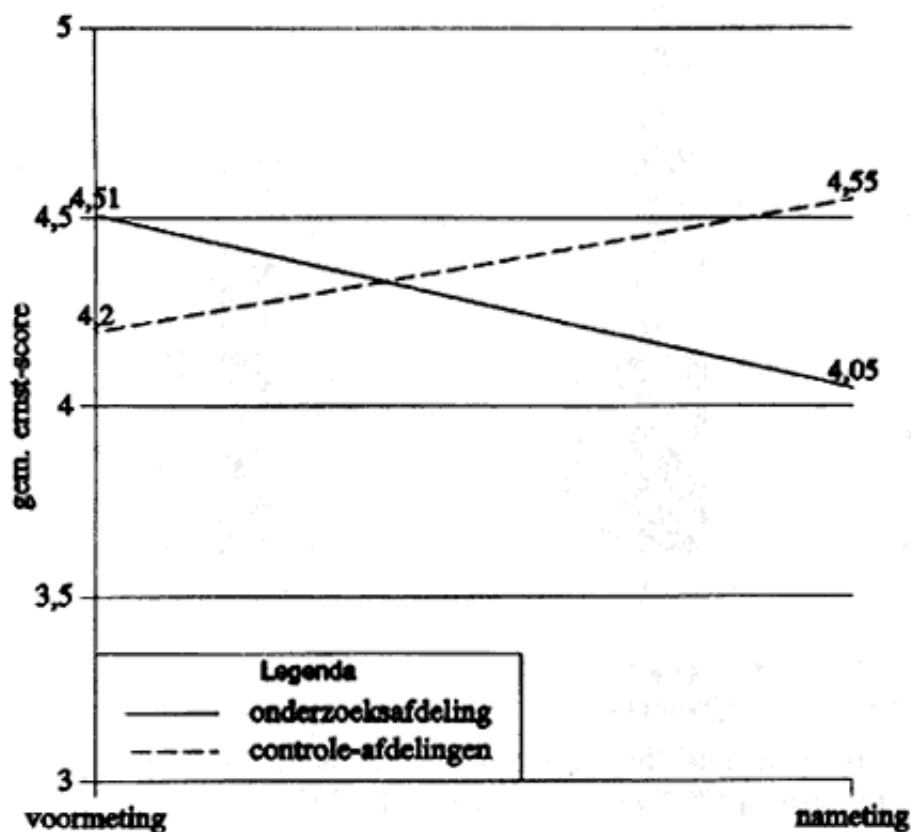
In figuur 2 worden de aantallen fysieke agressieve incidenten weergegeven. De incidenten waarbij de patiënt uitsluitend verbaal agressief was, zijn hierbij dus buiten beschouwing gelaten. Figuur 2: Aantal fysiek agressieve incidenten tijdens de voor- en de nameting op de onderzoeks- en controleafdelingen'



Figuur 2: Aantal fysiek agressieve incidenten tijdens de voor- en de nameting op de onderzoeks- en controleafdelingen

Op de onderzoeksafdeling daalde het aantal incidenten van 30 naar 14, een daling van 53.3%. Op de twee controleafdelingen samen daalde het aantal incidenten gemiddeld met 24.4%, van 41 naar 31. Deze verdeling wijkt niet significant af (Chi-square [1] = 1.45,  $p = 0.23$ ). Ten opzichte van controleafdeling 2, een gesloten vervolgafdeling, is het aantal fysieke incidenten op de onderzoeksafdeling significant gedaald (Chi-square [1] = 4.51,  $p < 0.05$ ). Het totale aantal fysieke agressieve incidenten daalde met 35.6%. Wanneer uitgegaan wordt van een gelijkmatige verdeling van agressieve incidenten over het jaar, is deze daling significant (Chi-square [1] = 5.83,  $p < 0.05$ ).

*De ernst van de agressieve incidenten* - Onderzocht werd of de gemiddelde ernst van de agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling was afgenomen ten opzichte van de controleafdelingen. Dit werd gedaan door de ernstscores van de agressieve incidenten te berekenen volgens het scoringssysteem van Palmstierna en Wistedt (1987). De auto-agressieve incidenten zijn hierbij buiten beschouwing gelaten omdat zij niet in de oorspronkelijke versie van de SOAS (Palmstierna en Wistedt 1987) zijn opgenomen. In figuur 3 zijn de resultaten weergegeven. Er is sprake van een randsignificante trend in de verwachte richting; degemiddelde ernst van de optredende agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling is ten opzichte van de controleafdelingen afgenomen ( $F [1, 149] = 3.83, p = 0.052$ ).



**Figuur 3:** Gemiddelde ernst-scores van agressieve incidenten op de onderzoeks- en controleafdelingen

*Bezettingsgraad en aantal onvrijwillige opnamen* - Bestudeerd werd of een daling van het aantal agressieve incidenten verklaard kan worden uit een daling van het aantal verpleegdagen en onvrijwillige opnamen tijdens de nameting. De gevonden daling van het aantal agressieve incidenten heeft zich voorgedaan ondanks een stijging van het aantal verpleegdagen op de drie afdelingen tijdens de nameting. Het aantal verpleegdagen op de drie afdelingen steeg met 7.4%, van 5281 in de voormeting naar 5671 in de nameting (Chi-square [1] = 13.89,  $p < 0.01$ ). De stijging van het aantal verpleegdagen op de onderzoeksafdeling wijkt niet significant af van het aantal verpleegdagen op de controleafdelingen (Chi-square [1] = 0.90,  $p = 0.34$ ). Er is geen verschil in het aantal onvrijwillig opgenomen patiënten tijdens de voor- en de nameting op de drie afdelingen (Chi-square [1] = 0.041,  $p = 0.84$ ). Ook was er geen verschil in het aantal onvrijwillige opnamen op de onderzoeksafdeling ten opzichte van de controleafdelingen (Chi-square [1] = 0.046,  $p = 0.83$ ).

### Discussie

Het totale aantal agressieve incidenten bleek tijdens de nameting op de drie afdelingen samen significant te zijn afgenomen. Dit gold ook wanneer enkel het aantal fysieke agressieve incidenten werd beschouwd. De vraag rijst hoe deze bevindingen geïnterpreteerd kunnen worden. Allereerst kan men zich, in lijn met de bevindingen van Nilsson e.a. (1988) en Van Rixtel (1995), afvragen of systematische registratie van agressie met behulp van de SOAS, met de mogelijk daarbij gepaard gaande bewustwording van de teamleden, op zich zou kunnen leiden tot een reductie van het aantal agressieve voorvallen. Indien dit het geval zou zijn, kan gebruikmaking van een agressieregistrerend

instrument zoals de SOAS op zich als een agressieverminderende interventie worden beschouwd.

Aan de andere kant zouden wellicht bepaalde tijdsgebonden factoren de reductie van het aantal incidenten tijdens de nameting kunnen verklaren. In het onderhavige onderzoek werden mogelijke verbanden met bezettingsgraad (aantal verpleegdagen) en aantal onvrijwillig opgenomen patiënten bestudeerd. Deze beide variabelen boden geen verklaring voor het verminderde aantal agressieve incidenten in de nameting. Aangezien de bezettingsgraad van de afdelingen tijdens de nameting gestegen was, zou men eerder een hoger aantal agressieve incidenten verwachten. In een dergelijk interventieonderzoek kunnen echter diverse andere tijdsgebonden variabelen voor vertekening zorgen. Bouter en Van Dongen (1991) stellen dat de observatoren in een dergelijk onderzoek weet hebben van het feit dat ze in een onderzoek participeren en daardoor op andere wijze kunnen reageren dan ze onder normale omstandigheden zouden doen. Dit verschijnsel speelt met name bij interventie-onderzoek, vooral indien de effectmeting min of meer subjectief van aard is. De reactie op de onderzoekssituatie kan in dergelijke gevallen resulteren in een schijneffect van de eigenlijke interventie-maatregel (Bouter en Van Dongen 1991: 169). Men kan zich afvragen of de wijze van registratie van agressieve incidenten na verloop van tijd is veranderd, in dit geval dus verminderd is, waardoor verschillen in de nameting zijn ontstaan.

De genomen preventieve maatregelen op de onderzoeksafdeling bleken, ten opzichte van de twee controleafdelingen samen, niet te leiden tot een significante reductie van het aantal incidenten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er in het onderhavige onderzoek sprake is geweest van relatief korte observatieperioden. Wellicht zijn voor- en nameting te kort geweest om significante verschillen te kunnen vinden. Percentueel was de reductie van de verbale en de fysieke incidenten het grootst op de onderzoeksafdeling. Daarnaast was er sprake van een significante vermindering van het totale aantal geregistreerde incidenten ten opzichte van controleafdeling 1, een gesloten opnameafdeling. Wanneer alleen de fysieke agressieve incidenten bestudeerd werden, bleek er sprake te zijn van een significante afname van het aantal incidenten ten opzichte van controleafdeling 2, een gesloten vervolgafdeling. Ook werd een randsignificante trend ( $p = 0.052$ ) in de verwachte richting gevonden dat de gemiddelde ernst van de agressieve incidenten op de onderzoeksafdeling ten opzichte van de controleafdelingen was afgenomen. Tot op heden is er echter geen validiteitsonderzoek verricht naar het ernstscoringssysteem dat door Palmstierna en Wistedt in 1987 is ontwikkeld. Dit onderzoek zal binnenkort door ons worden uitgevoerd.

Iedere vermindering in aantal of ernst van agressieve incidenten lijkt klinisch relevant. Bij agressie op dergelijke afdelingen is immers de veiligheid van de patiënt zelf, de medepatiënten en de hulpverleners in het geding. Ook vormt de constante dreiging van agressie die op gesloten afdelingen bestaat een psychologische belasting van de betrokkenen. Bepaalde interventies, waaronder het opstellen van het behandelingsplan binnen 24 uur waarbij de verschillende betrokkenen direct kopieën krijgen, werden bovendien door de behandelteamleden als zeer nuttig ervaren bij de behandeling en begeleiding van patiënten. Ook extra informatie over uitgangsmogelijkheden, overlegsituaties en spreek-uren lijkt patiënten meer duidelijkheid te verschaffen. In de toekomst zullen deze interventies op de onderzoeksafdeling dan ook gecontinueerd worden. Het gebruikmaken van het agressieprotocol lijkt in de klinische praktijk van een gesloten afdeling in 'een aantal gevallen, waarbij in geval van escalaties vaak direct handelend dient te worden opgetreden om gevaar af te wenden, moeilijk uitvoerbaar. Het is soms moeilijk om agressieve uitbarstingen in een zodanig vroeg stadium aan te zien komen dat het nog mogelijk is om gebruik te maken van de vastgelegde verbale stappen.

De gestandaardiseerde nabespreking van agressieve incidenten met de patiënt lijkt meer inzicht te verschaffen in de verschillende redenen die patiënten hebben om tot agressief gedrag over te gaan en bieden een mogelijkheid om met de patiënt van gedachten te wisselen over hoe gewelddadig gedrag in de toekomst voorkomen kan worden.



Tot slot kan gezegd worden dat de gekozen werkwijze van dit onderzoek, waarbij de verschillende disciplines in een aantal bijeenkomsten samen hebben getracht agressieverminderende interventies op te stellen, als positief en inzichtgevend is ervaren. Verschillende bijeenkomsten leidden tot discussies over attitude en opvattingen van de verschillende teamleden en disciplines betreffende agressief gedrag van patiënten. Op een dergelijke systematische wijze bezig zijn met agressie-preventie lijkt daarmee nuttig te kunnen zijn voor hulpverleners die in hun dagelijkse werk kans lopen om geconfronteerd te worden met agressie van psychiatrische patiënten.

## **Met speciale dank aan alle teamleden van de desbetreffende gesloten afdelingen van Psychiatrisch Centrum Welterhof voor hun deelname aan dit onderzoek.**

### **Literatuur**

**Beest, R.H.P. van (1993), Agressie in een psychiatrisch ziekenhuis. In: H.D. Steinmetz, L. Regeer en L.B. Hollander (1993), *Veiligheidsbeleid in instellingen vanuit verpleegkundig perspectief***

. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Bouter, L.M., en M.C.J.M van Dongen (1991), *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.

Carmel, H., en M. Hunter (1990), Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 558-560.

Geneeskundige Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (1992), *Agressie in algemeen psychiatrische ziekenhuizen*. Variareeks 2, Rijswijk.

Infantino, J.A., en S. Musingo (1985), Assault and injuries among staff with and with-out training in aggression control techniques. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1312-1314.

Kalogjera, I.J., A. Bedi, W.N. Watson e.a. (1989), Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 280-285.

Nijman, H.L.I., W.W.F. Allertz en J.M.L.G. à Campo (1995), Agressie van patiënten: een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 329-342.

Nillson, K., T. Palmstierna en B. Wistedt (1988), Aggressive behaviour in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 172-175.

Palmstierna, T., en B. Wistedt (1987), Staff observation aggression scale: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.

Palmstierna, T., en B. Wistedt (1995), Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changes ward organisation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 32-35.

P.Z. Reinier van Arkel (1992), Cursusboek 'Preventie van en omgang met dreigend destructief gedrag'. Vught.

Rixtel, A. van (1995), *Agressie en psychiatrie. Heeft training effect?* Doctoraalscriptie verplegingswetenschap. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Shah, A.K., N.A. Fineberg en D.V. James (1991), Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.

Stuart, G., en S.J. Sundeen (1983), *Principles and practice of psychiatric nursing*. The C.V. Mosby Company, St. Louis, p. 403-424.

Whittington, R., en T. Wykes (1996), Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 11-20.

#### **Summary: Prevention of aggression**

**In Psychiatric Center Welterhof, an aggression-intervention study was carried out based upon insights from previous research (Nijman et al. 1995). The aim was to reduce the number and severity of the aggressive incidents in a closed acute admissions ward by means of a number of protocolled interventions. Two other closed wards served as control wards. The aggressive behavior was registered on a Dutch version of the Staff Observation Aggression Scale (SOAS). It was found that both the total number and the number of physical aggressive incidents in the ward under study were not significantly decreased compared to the control wards. The severity of the aggressive incidents in the ward under study was found to be less than in the control wards after the implementation of the interventions. This difference was borderline significant. Furthermore, the overall frequency of aggressive incidents in the three wards was reduced. The question arises whether this reduction occurred under the influence of the SOAS registration.**

**Alle auteurs zijn werkzaam in Psychiatrisch Centrum Welterhof. H. Nijman is gezondheidswetenschapper en werkzaam als onderzoeker. W. Allertz is verpleegkundige en teamleider van de onderzoeksafdeling. M. v.d. Boogaard, W. Fleuren en T. Goertz zijn verpleegkundigen en werkzaam op de onderzoeksafdeling. E. Chatrou is arts-assistent in opleiding tot psychiater en ten tijde van dit onderzoek werkzaam op de onderzoeksafdeling. M. Dassen is coördinator kwaliteitszorg. C. de Schinkel is psychiater en werkzaam als hoofdbehandelaar van de afdeling waar dit onderzoek plaatsvond. Correspondentieadres: H. Nijman, Psychiatrisch Centrum Welterhof, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen.**

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-8-1996.