

Agressie van patiënten: een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling

door H.L.I. Nijman, W.F.F. Allertz en J.L.M.G. à Campo

Gepubliceerd in 1995, no. 4

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het vóórkomen van agressief gedrag van patiënten, opgenomen op een acute-opnameafdeling van Psychiatrisch Centrum Welterhof te Heerlen. Voor de registratie van agressie is gebruik gemaakt van de Staff Observation Aggression Scale (SOAS) van Palmstierna en Wistedt (1987). Het onderzoek strekte zich uit over een periode van vierentwintig weken; in die tijd werden 164 agressieve incidenten geregistreerd. Deze incidenten bleken vooral 's middags op te treden en veel voor te komen in de dagverblijven, in of nabij de verpleegkundigenpost en voor de gesloten afdelingsdeur. De patiënten die betrokken waren bij de incidenten bleken vaker onvrijwillig opgenomen en gemiddeld jonger te zijn dan niet-agressieve controlepatinten. Er werd geen relatie gevonden tussen agressief gedrag van patiënten enerzijds en sekse of diagnose van deze patinten anderzijds. In de praktijk bleek de SOAS een betrouwbaar en geschikt instrument om agressie te meten. Met behulp ervan kunnen de effecten van interventies worden getoetst die zijn gericht op het verminderen van agressief gedrag.

Inleiding

Agressie, waarondr hier zowel verbale als fysieke agressie wordt verstaan, is een veel voorkomend verschijnsel in de psychiatrie. Met name psychiatrisch verpleegkundigen lopen het risico om in hun dagelijkse werk geconfronteerd te worden met agressief gedrag van patinten. Zo vond Oud (1993) dat ongeveer 20% van de verpleegkundigen van een psychiatrisch ziekenhuis gemiddeld één keer per week een ernstig agressief incident meemaakt. Tevens blijkt 11% van hen wel eens voor één of meer dagen in de ziektewet te zijn beland ten gevolge van fysiek letsel of psychisch leed. Legemaate (1992) is van mening dat de intramuraal werkzame hulpverlener zich moet realiseren dat de confrontatie met agressieve patinten in zekere mate tot het bedrijfsrisico hoort. Volgens deze onderzoeker zou er dan ook in de training en opleiding aandacht moeten zijn voor agressie.

Ondanks de ernst van de problematiek voor zowel de patiënt als het behandelteam is het nauwelijks mogelijk betrouwbare Nederlandse cijfers te krijgen over het vóórkomen van agressie op de psychiatrische behandelafdelingen. Dit blijkt ook uit het onderzoek dat de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV 1992) naar het vóórkomen van agressie in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ-en) heeft uitgevoerd. Dit onderzoek is hoofdzakelijk gebaseerd op 'educated guesses' van sleutelfiguren in de ziekenhuizen. Het aantal over een half jaar gemelde agressieve incidenten varieerde in 39 APZ-en tussen 1 en 1120 incidenten. In het onderzoeksrapport wordt 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). In Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam is het vóórkomen van

agressie wel bestudeerd (Dekker e.a. 1993). In één jaar werden 218 agressieve incidenten geregistreerd, waarbij in totaal 102 verschillende patiënten betrokken waren. Een relatief kleine groep patiënten bleek dus 'verantwoordelijk' voor een groot aantal incidenten. Met name onvrijwillig opgenomen patiënten waren vaak betrokken bij agressie. In iets meer dan de helft van alle incidenten (53,7%) werd de agressie gevolgd door separatie en afzondering van de patiënt.

Er is een groot aantal buitenlandse onderzoeken verricht naar het vóórkomen van agressie van psychiatrische patiënten. Van Rixtel (1994) heeft recent een uitgebreid literatuuroverzicht samengesteld betreffende het vóórkomen van agressie in psychiatrische ziekenhuizen en de omgang door verpleegkundigen met dit probleem. Zij komt tot de conclusie dat door 'methodologische tekortkomingen van de onderzoeken de onderzoeksresultaten discutabel en onderling moeilijk vergelijkbaar zijn' (p. 14). De incidenties variëren in de beschreven studies tussen 7 en 25%. Patiënten die agressief gedrag in hun voorgeschiedenis hebben en herhaaldelijk onvrijwillig zijn opgenomen, vertonen vaker agressief gedrag. Verder blijken agressieve patiënten in een aantal - maar niet alle - studies jonger te zijn dan controlepatiënten. De studies naar de relatie tussen sekse en diagnose enerzijds en agressie anderzijds laten een minder eenduidig beeld zien (Van Rixtel 1994). De genoemde kenmerken van agressieve patiënten (onvrijwillig opgenomen, jonger) komen, zoals te verwachten is, overeen met de kenmerken die in het onderzoek naar kenmerken van gesepareerde patiënten in de psychiatrie worden gevonden (zie literatuuroverzicht Nijman 1992; Nijman e.a. 1992).

Omdat er in Nederland weinig onderzoek is verricht naar het vóórkomen van agressie en factoren die daarbij een rol spelen, werd in Psychiatrisch Centrum Welterhof op een acute-opnameafdeling met 20 bedden gestart met systematische registratie van agressieve incidenten. Op deze afdeling worden veel patiënten onvrijwillig opgenomen (in 1993 ongeveer een derde deel van de patiënten). De registratie van agressief gedrag geschiedde aan de hand van de Staff Observation Aggression Scale (SOAS). Daarmee kunnen zowel verbale als non-verbale agressieve incidenten geclassificeerd worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de SOAS verwijzen wij naar het artikel van Palmstierna en Wistedt (1987), waarin het instrument voor het eerst gepresenteerd werd. Tevens hebben deze onderzoekers verschillende studies uitgevoerd waarin agressief gedrag met behulp van de SOAS geregistreerd werd (bijvoorbeeld Palmstierna e.a. 1991; Palmstierna en Wistedt 1990; Palmstierna e.a. 1989; Nilsson e.a. 1988).

Het onderhavige onderzoek had twee doelen: ten eerste inzicht te krijgen in het aantal agressieve incidenten en de omstandigheden waaronder ze optreden op de desbetreffende afdeling, en ten tweede de betrouwbaarheid en de bruikbaarheid van de SOAS als meetinstrument van agressief gedrag in de klinische praktijk te toetsen. Uit het Nederlandse onderzoek (Geneeskundige Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid 1992) blijkt immers dat er nog geen consensus bestaat over welke vragenlijst het meest geschikt is om agressief gedrag van opgenomen psychiatrische patiënten te registreren.

Methode

Gedurende de periode van 14 juni tot en met 28 november 1993 (24 weken) werd op afdeling BC, een gesloten acute-opnameafdeling, met behulp van de SOAS het aantal en de aard bepaald van de agressieve incidenten die zich voordeden. Op de SOAS kunnen zowel verbale als non-verbale agressieve incidenten snel en eenvoudig geclassificeerd worden. De schaal bestaat uit vijf kolommen, waarin een behandelteamlid die getuige is geweest van een agressief incident achtereenvolgens de aanleiding van de agressie, de door de patiënt bij de agressieve uitbarsting gebruikte middelen, het doel waartegen de agressie gericht was, de consequenties voor eventuele slachtoffers en de maatregelen om de agressie te stoppen, aankruist. Aan de middelste drie kolommen (gebruikte middelen, doel, en consequenties van het incident) kunnen punten worden toegekend; de som van deze

drie scores drukt de ernst van een agressief incident uit, waarbij 12 punten de maximale score is (Palmstierna en Wistedt 1987). Aan iedere SOAS werd een plattegrond van de afdeling toegevoegd, waarop door de behandelteamleden werd aangegeven waar het agressieve incident had plaatsgevonden. Met behulp van deze gegevens, gecombineerd met het geautomatiseerde patiëntengegevensbestand en het register Middelen en Maatregelen, is onderzocht:

- hoeveel agressieve incidenten zich op deze afdeling voordeden en onder welke omstandigheden (wanneer, waar, hoe etcetera) en welke maatregelen getroffen werden om escalatie te voorkomen;
- welke variabelen agressieve patiënten karakteriseerden ten opzichte van niet-agressieve patiënten. Onderzocht werden de variabelen: leeftijd, sekse, diagnose, juridische status bij opname en het aantal heropnamen.

Alle hulpverleners die getuige waren geweest van een incident, werd gevraagd onafhankelijk van elkaar de SOAS in te vullen. De op deze wijze verkregen meervoudige formulieren betreffende één incident zijn gebruikt om de betrouwbaarheid van de SOAS te bepalen. Hiervoor werd voor ieder incident waarover meer formulieren ingevuld waren *at random* twee formulieren geselecteerd. De (Pearson)correlatie tussen de scores van deze twee formulieren gold als maat van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Resultaten

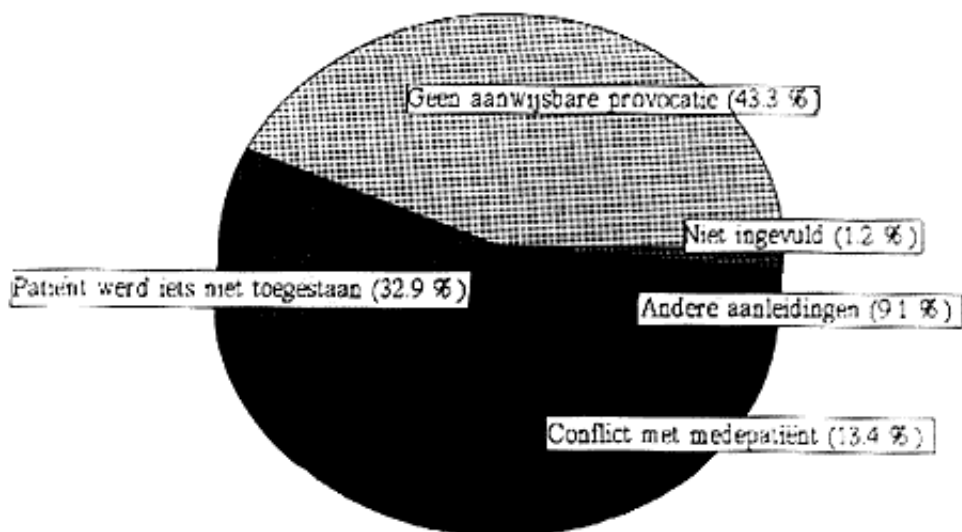
Aantal incidenten - In totaal werden in de vierentwintig weken 164 verschillende agressieve incidenten gerapporteerd. Dit is een gemiddelde van 6,8 incidenten per week ofwel circa één per dag. De overgrote meerderheid van deze incidenten (122 = 74,4%) valt volgens het scoringssysteem van Palmstierna en Wistedt (1987) onder de 'milde' agressieve incidenten, 39 (23,8%) onder 'matig' agressieve incidenten en 3 (1,8%) behoren tot de categorie van 'ernstig' agressieve incidenten. Palmstierna en Wistedt (1987) vonden in hun onderzoek een verdeling over deze categorieën van respectievelijk 82,7%, 17,3% en 0%.

De 164 in dit onderzoek geregistreerde incidenten zijn door 31 verschillende patiënten veroorzaakt. In de onderzoeksperiode zijn er 123 verschillende patiënten op deze afdeling opgenomen geweest. De incidentie van agressief gedrag over 24 weken bedroeg daarmee 25,2%. Voor meer informatie betreffende de agressieve patiënten wordt verwezen naar de paragraaf 'Kenmerken van agressieve patiënten'. Hieronder wordt nader ingegaan op de informatie die uit de vijf kolommen van de SOAS verkregen is.

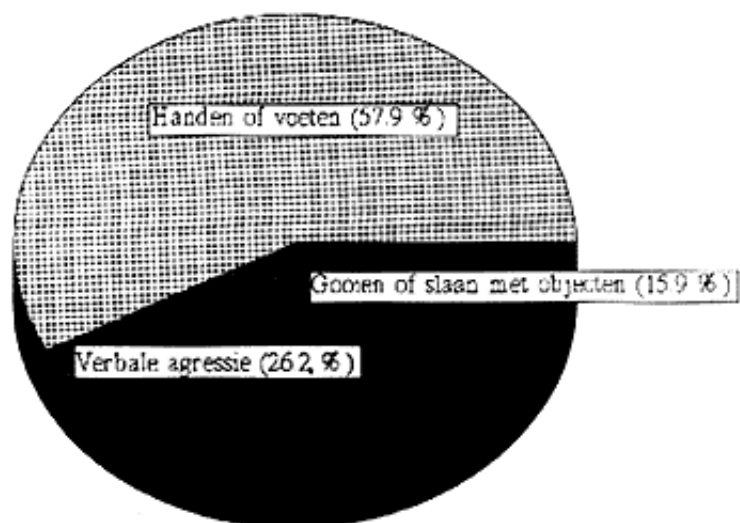
De aanleiding tot agressie - In de eerste kolom van de SOAS wordt de aanleiding van de agressie genoteerd. Zoals in figuur 1 te zien is, was bij een groot aantal incidenten (43,3%) niet duidelijk wat de directe aanleiding voor het agressieve gedrag was.

Door patiënt gebruikte middelen - In de tweede kolom van de SOAS worden de door de patiënt bij de agressie gebruikte middelen genoteerd. Zoals in figuur 2 te zien is, bleef het bij 43 (26,2%) van de 164 incidenten bij verbale agressie door de patiënt. In meer dan de helft van de incidenten, namelijk 57,9%, begon de patiënt daadwerkelijk te slaan en/of te schoppen en in 26 gevallen (15,9%) was er zelfs sprake van het gooien of slaan met objecten zoals stoelen of glazen.

Figuur 1: Aanleiding agressie

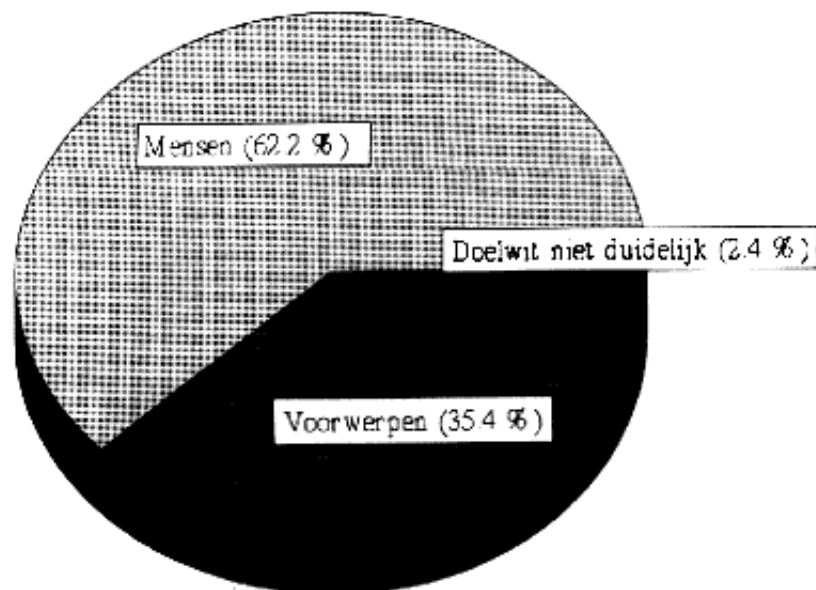


Figuur 2: Door patiënt gebruikte middelen



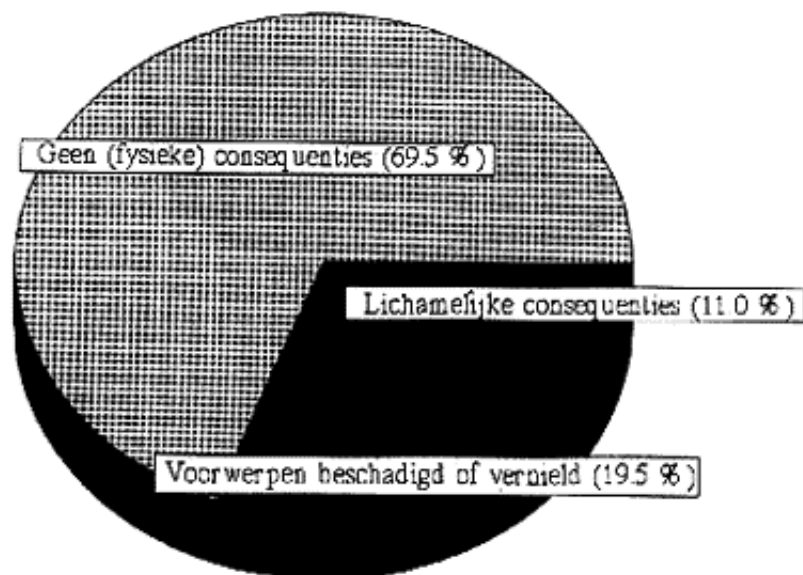
Doel waartegen de agressie gericht was - In de meerderheid van de gevallen, namelijk bij 102 gebeurtenissen (62,2%), was de agressie gericht tegen mensen (in 4 gevallen was sprake van auto-agressie). Van deze 102 incidenten betrof het 63 maal (61,8%) voorvallen waarbij stafleden, al dan niet in combinatie met anderen, het doel van de agressie waren. In een minderheid van de gevallen (35,4%) was de agressie uitsluitend tegen voorwerpen gericht.

Figuur 3: Doelwit agressie



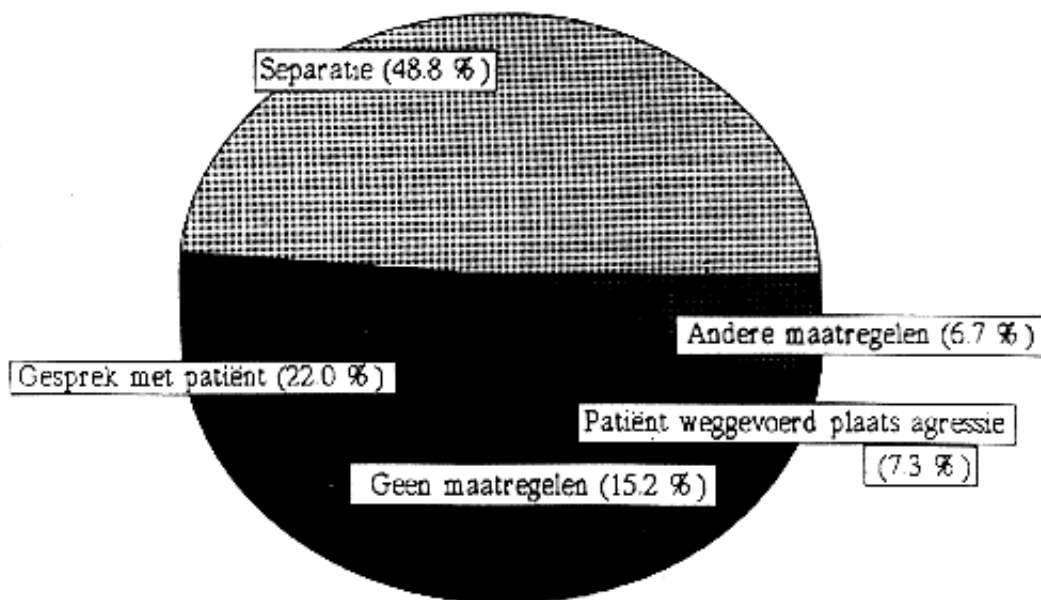
Consequenties van de agressie - Figuur 4 laat zien dat er in een groot deel van de incidenten (69,5%) geen nadelige *fysieke* consequenties waren voor de slachtoffers of beschadiging van materieel plaatsvond. In 41 van deze 114 gevallen gaven teamleden te kennen zich bedreigd te voelen door het gedrag van de patiënt. Bij 32 gebeurtenissen (19,5%) werden voorwerpen beschadigd of vernield. In 18 gevallen (11%) hadden de gewelddadigheden fysieke consequenties voor de slachtoffers. In één geval was somatische behandeling van een verpleegkundige noodzakelijk.

Figuur 4: Consequenties agressie



Maatregelen om de agressie te stoppen - Figuur 5 toont dat de teamleden in minder dan helft van alle incidenten (48,8%) besloten tot separatie over te gaan. Het betreft hierbij meestal kortdurende 'time-outs'. In de overige gevallen (51,2%) slaagt het team erin escalatie te voorkomen zonder gebruik te maken van Middelen en Maatregelen.

Figuur 5: Maatregelen om agressie te stoppen



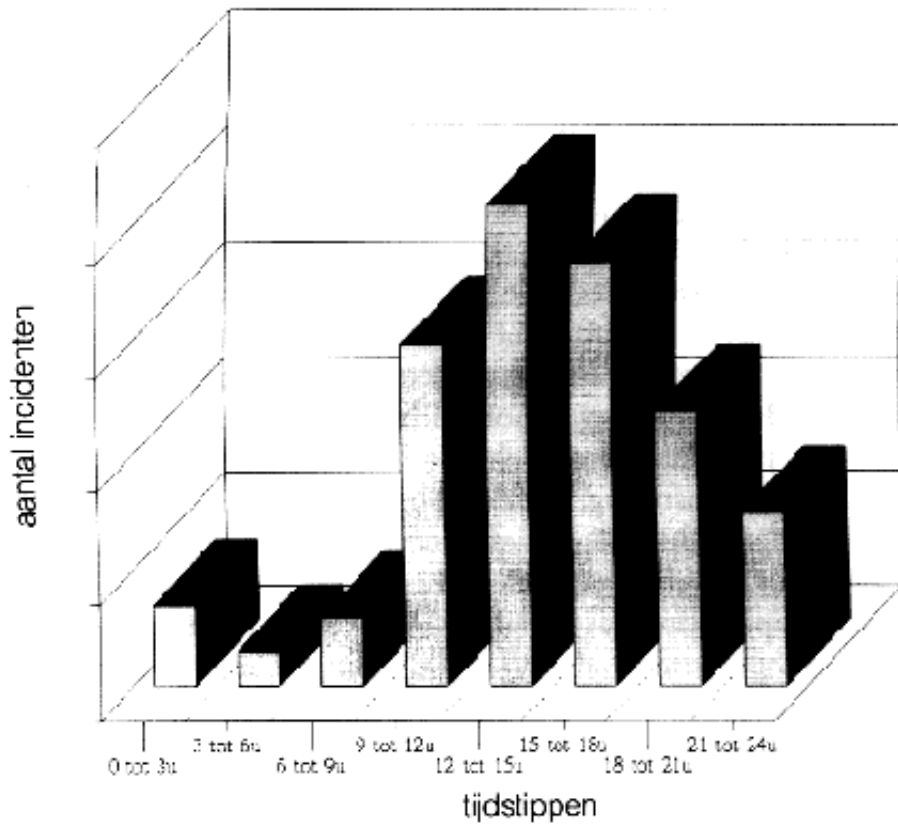
Bestudeerd is op welke SOAS-kenmerken agressieve incidenten die tot separatie leiden zich onderscheiden van incidenten waarbij niet tot separatie wordt overgegaan. Onderzocht is of er verschillen bestaan in de scores op de drie middelste kolommen (middelen, doel, en consequenties van de agressie) die samen de SOAS-totaalscore bepalen.

Uit de kolom betreffende de door de patiënt bij de agressie gebruikte middelen blijkt dat non-verbale agressie vaker tot separatie leidt dan uitsluitend verbale agressie [Chi-square (1) = 14.1, $p < 0.01$]. De kolommen 'doel waartegen de agressie gericht was' en 'consequenties voor slachtoffers' bleken niet samen te hangen met het besluit van de staf om een patiënt al dan niet te separeren (resp. [Chi-square (1) = 2.3, $p = 0.13$] en [Chi-square (1) = 1.5, $p = 0.22$]). Ook is bestudeerd of gewelddadigheden die tot separatie leiden gemiddeld een hogere totaalscore op de SOAS hebben. De SOAS-totaalscore van de incidenten waarop separatie volgde was 4.74 tegen 4.46 van de incidenten waarop geen separatie volgde. Dit verschil is niet significant [$t(162) = -$

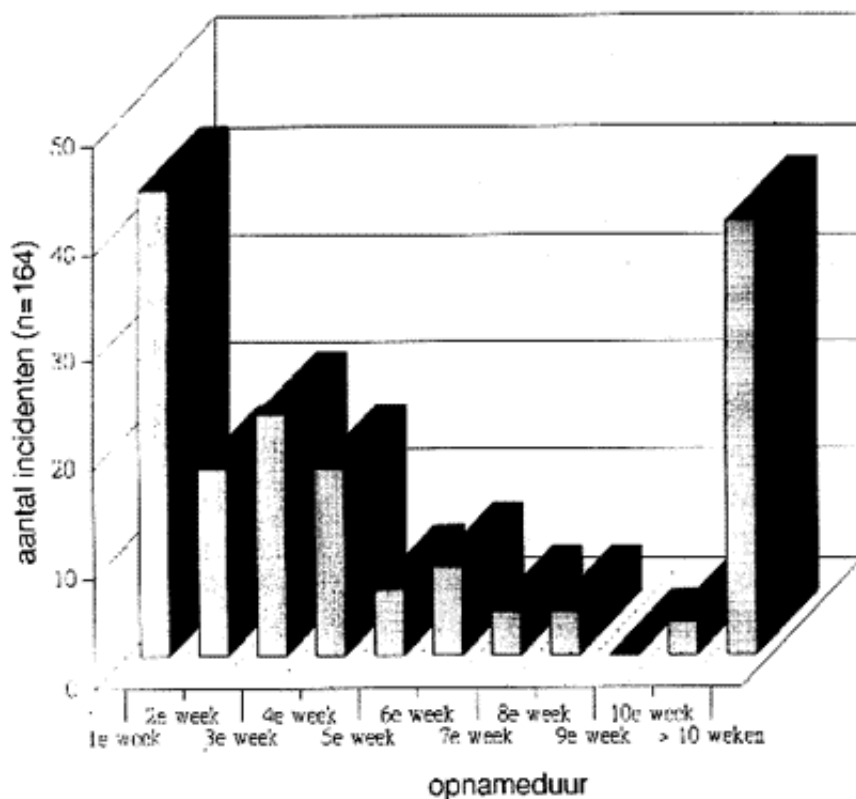
1.19, $p = 0.12$, eenzijdig getoetst].

Plaats waar agressie optreedt - In figuur 6 is aangegeven op welke plaats binnen de afdeling de agressieve incidenten zich voordeden. Het meest traden ze op in de dagverblijven (21,3%). Patiënten brengen hier een groot deel van hun tijd door en er vindt veel interactie plaats tussen patiënten. In bijna de helft van de agressieve incidenten in deze ruimten (48,6%) was de agressie gericht tegen (een) medepatiënt(en). In of nabij de verpleegkundigenpost deed zich 19,5% van de incidenten voor. Hier richtte de agressie zich met name tegen teamleden (53,1%). Bij de gesloten buitendeur van de afdeling gebeurden 24 agressieve incidenten (14,6%). Hierbij was de agressie vooral gericht tegen objecten,

Figuur 7: Tijdstippen agressieve incidenten



Figuur 8: Agressieve incidenten naar opnameduur



Kenmerken van agressieve patiënten - De 31 agressieve patiënten zijn vergeleken met 31 *at random* geselecteerde patiënten die in de onderzochte periode minimaal twee weken op BC opgenomen zijn geweest en *niet* betrokken waren bij agressieve incidenten. De 31 agressieve patiënten waren gemiddeld jonger dan de niet-agressieve [$t(60) = 2.65, p < 0.05$, tweezijdig getoetst]. De gemiddelde leeftijd van de twee groepen was 31,6 jaar respectievelijk 38,2 jaar. Ondanks het feit dat de agressieve patiënten gemiddeld jonger waren, kenden ze wel een gemiddeld hoger aantal heropnamen (sinds de start van het geautomatiseerde patiëntenbestand van Psychiatrisch Centrum Welterhof in 1985): [$t(45.76) = 2.62, p < 0.05$, tweezijdig getoetst]. Zo waren de agressieve patiënten gemiddeld 5,5 keer opgenomen, terwijl dit getal bij de niet agressieve controlepatiënten gemiddeld 3,1 keer was. Verder waren de agressieve patiënten bij aanvang van de opname vaker met een IBS of RM opgenomen dan de niet-agressieve controlepatiënten [Chi-square (1) = 4.17, $p < 0.05$]. De sekseverdeling van beide groepen verschilde niet: in beide groepen zaten 21 mannen en 10 vrouwen [Chi-square (1) = 0.0, $p = 1.0$].

De hoofddiagnosen van de patiënten zijn voor toetsing ingedeeld in een aantal categorieën. Deze waren: 'schizofrenie', 'psychotische stoornissen overig' (waaronder psychose NAO, de reactieve psychose, de waanstoornis en de schizo-affectieve stoornis), 'bipolaire stoornissen', 'depressieve stoornissen' (waaronder behalve depressies in engere zin ook depressies NAO en dysthymie), 'persoonlijkheidsstoornissen' en 'overige diagnoses'. Het gaat hierbij om de ontslagdiagnose van de patiënt. Wanneer deze niet voorhanden was (bijvoorbeeld als de patiënt op het moment van dataverzameling [1 februari 1994] nog niet ontslagen was), werd de opnamediagnose gebruikt, nadat deze door de hoofdbehandelaar was geverifieerd. Beide groepen verschillen niet significant met betrekking tot de frequentie van de verschillende diagnoses [Chi-square (5) = 5.75, $p = 0.33$]. In tabel

1 is de verdeling van diagnoses van de groep van agressieve patiënten en van de controlegroep uitgezet.

Tabel 1: De diagnoseverdeling van de agressieve groep en de controlegroep

| diagnose- categorieën | 'schizofrenie' | 'psychotische stoornissen overig' | 'bipolaire stoornissen' | 'depressieve stoornissen' | 'persoon lijkheids- stoornissen' | 'overige stoornissen' | totaal |
|--------------------------|----------------|---|----------------------------|------------------------------|--|--------------------------|--------|
| agressieve patiënten | 14 | 3 | 3 | 1 | 8 | 2 | 31 |
| controlegroep | 12 | 7 | 1 | 3 | 8 | 0 | 31 |
| totaal | 26 | 10 | 4 | 4 | 16 | 2 | 62 |

Van de in totaal 16 patiënten in de twee groepen met als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis waren er 6 gediagnostiseerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Van hen waren er 5 bij agressieve incidenten betrokken (Fisher's exact $p = 0.12$, tweezijdig getoetst).

De SOAS: de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid - Het invullen van de SOAS kost - in relatie tot de informatie die deze vragenlijst oplevert - weinig tijd. Een verpleegkundige die getuige is van agressie, kan met het zetten van vijf kruisjes een incident classificeren. De vraag is hoe betrouwbaar de informatie van de SOAS is. Bij de presentatie van de SOAS door Palmstierna en Wistedt (1987) zijn twee kleine studies naar de betrouwbaarheid verricht. De resultaten daarvan gaven een eerste indicatie dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SOAS hoog is.

Onderzocht is nu hoe groot de overeenstemming was tussen de verschillende klinische behandelaars wanneer zij onafhankelijk van elkaar hetzelfde incident op de Nederlandse versie van de SOAS scoorden. Hiervoor zijn steeds uit de meervoudige formulieren betreffende één incident *at random* twee formulieren geselecteerd. In totaal waren er 46 incidenten waarvoor minimaal twee formulieren zijn ingevuld. De (Pearson)correlatie tussen de totaalscores van deze 46 incidenten is 0,87. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SOAS is dus goed te noemen.

Discussie

In de onderzoeksperiode van vierentwintig weken werd gemiddeld ongeveer één incident per dag gemeld. Het betreft in de meerderheid (89%) van de gevallen agressieve incidenten waarbij geen sprake is van nadelige lichamelijke consequenties voor de slachtoffers. De constant aanwezige dreiging van agressie vormt echter een zware belasting voor de teamleden van deze afdeling. Dat het bij verbale agressie ook om zeer bedreigende situaties kan gaan, blijkt uit de woorden van een psychiatrisch verpleegkundige die zegt: 'Ik heb liever een uitbarsting van agressie; dat is kort en hevig, maar dan is het voorbij en je hebt iets concreets om over te praten. Veel erger en dreigender vind ik verbale agressie of een agressieve sfeer, spanning die in de lucht hangt. Iemand die herhaaldelijk zegt dat hij wel weet waar je woont. Daar is veel moeilijker mee om te gaan' (in: Kraft 1993). Ook in dit onderzoek was er sprake van ernstige verbale dreigementen. Zo dreigde een patiënt meermalen een verpleegkundige te zullen vermoorden. Doordat ook deze verbale dreigementen op de SOAS benoemd kunnen worden, gaat er - naast de registrerende functie van dit instrument - ook erkenning van uit voor

de druk waaronder hulpverleners op dergelijke afdelingen soms moeten werken. De individuele beleving van dreiging en agressie lijkt een belangrijke plaats in de SOAS in te nemen. Ondanks de ruimte die de SOAS hierin biedt, is er tussen verschillende observatoren bij incidenten die zich voordoen sprake van een goede overeenstemming over de agressieve gebeurtenis, getuige de gevonden correlatie van 0,87.

In iets meer dan de helft van de incidenten (51,2%) kon escalatie voorkomen worden zonder dat de patiënt gesepareerd behoefde te worden. Incidenten waarbij de patiënt uitsluitend verbaal agressief was leidden minder vaak tot separatie dan gebeurtenissen waarbij de patiënt ook fysiek gewelddadig was.

De agressieve patiënten waren, in overeenstemming met eerdere onderzoeken (zie Van Rixtel 1994), vaker gedwongen opgenomen dan niet-agressieve controlepatiënten. In het licht van het 'gevaarscriterium' van de BOPZ is deze samenhang tussen onvrijwilligheid en agressief gedrag logisch. Het feit dat gedurende de vierentwintig weken 25,2% van alle patiënten op deze afdeling betrokken bleek bij één of meer agressieve voorvallen kan niet los worden gezien van het hoge aantal onvrijwillige opnamen dat op deze afdeling plaatsvindt.

Verder bleken de agressieve patiënten jonger dan de controlepatiënten. Beide groepen verschilden niet in de hoofdontslagdiagnose-verdeling. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bepaalde diagnosecategorieën in de steekproef zelden voorkwamen, waardoor adequate aparte statistische toetsing van de verschillende categorieën niet mogelijk was. Verder rijst de vraag in hoeverre de bevindingen van dit onderzoek te generaliseren zijn naar andere psychiatrische afdelingen en instellingen. Op de door ons onderzochte opnameafdeling leek vooral de fase waarin de ziekte van de psychiatrische patiënt zich bevindt van belang. In de acute fase, tijdens de eerste week van de opname, treedt veel agressief gedrag op. Hierbij zal de tijd die medicatie nodig heeft om effect te sorteren een rol spelen.

De incidenten traden relatief vaak 's middags op met een piek tussen 14.00 uur en 15.00 uur. In die periode trekken de verpleegkundigen zich terug in de verpleegkundigenpost om aantekeningen te maken, waarna de overdracht volgt. Het toezicht op de afdeling is op dat moment minimaal. De verpleegkundigen zijn op dat moment zichtbaar voor de patiënten, maar hebben geen tijd om hen te woord te staan. Wellicht dat het gezamenlijke terugtrekken van de verpleegkundigen (met het bijkomende schrijven en overleggen) bij sommige patiënten agressie oproept door prikkeling van hun achterdocht. Voor patiënten met een geringe frustratietolerantie en gebrekkige impulsregulatie (zoals we die vaak treffen binnen een gesloten setting) is de relatieve onbeschikbaarheid van verpleegkundigen een prikkel tot agressie. De vraag kan gesteld worden of een andere organisatie van de overdracht (waarbij bijvoorbeeld altijd minimaal één teamlid op de afdeling blijft) tot een vermindering van agressie zou kunnen leiden.

De concentratie van agressieve incidenten bij de gesloten buitendeur roept de vraag op of nog betere voorlichting aan de patiënt over de behandeling en de functie van de gesloten deur wellicht vermindering van agressie tot gevolg zal hebben. Zo merkt Van Beest (1993) op dat veel patiënten moeite hebben met de begrippen 'vrijwilligheid' en 'onvrijwilligheid', en dat duidelijkheid in de regelgeving helpt agressie te voorkomen.

Geconcludeerd kan worden dat de SOAS een geschikt instrument is gebleken om agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een opnameafdeling te bestuderen. De tijdsinvestering die het instrument vraagt is klein, terwijl de betrouwbaarheid goed is. Het is dan ook mogelijk om aan de hand van de SOAS de preventieve werking van agressieverminderende interventies in de praktijk te toetsen.

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 en Van Loghum, Houten.

Dekker, J., A. van Driel, J. Iping e.a. (1993), *Agressie in een psychiatrisch ziekenhuis*. Van Gorcum, Assen.

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

Kraft, D. (1993), Erkenning agressie als probleem in de psychiatrie groeit. *Het ziekenhuis*, 14, p. 677-680.

Legemaate, J. (1992), Veiligheid en agressie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 18, p. 638 - 641.

Nijman, H.L.I. (1992), *Patronen in het gebruik van separatie*. Doctoraalscriptie gezondheidswetenschappen Rijksuniversiteit Limburg.

Nijman, H.L.I, D.P. Ravelli en H.L.G.J Merckelbach (1992), Patronen in het gebruik van separatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 47, p. 669-676.

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

Oud, N.E. (1993), Verpleegkundigen en agressie: aard, omvang en meningen. In: H.D. Steinmetz, L. Regeer en L.B. Hollander (1993), *Veiligheidsbeleid in instellingen vanuit verpleegkundig perspectief*. Bohn, Stafleu en Van Loghum, Houten.

Palmstierna, T., B. Huitfeldt en B. Wistedt (1991). The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, p. 1237 - 1240.

Palmstierna, T., R. Lassenius en B. Wistedt (1989). Evaluation of the brief psychopathological rating scale in relation to aggressive behavior by acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, p. 313-316.

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

Palmstierna, T., en B. Wistedt (1990), Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, p. 152-155.

Rixtel, A. van (1994), *Agressie in psychiatrische ziekenhuizen en het antwoord daarop*. Literatuuroverzicht: Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg.

Summary: Aggressive behaviour on an acute psychiatric admission ward

This article describes a study into the occurrence of aggressive behaviour of patients at an acute admission ward of Psychiatric Center Welterhof (Heerlen, the Netherlands). To monitor aggression, the Staff Observation Aggression Scale (SOAS) of Palmstierna and Wistedt (1987) was used. The investigation lasted for 24 weeks during which 164 aggressive incidents were registered. Aggressive behaviour was especially likely to occur in the afternoon and frequently took place in the dayrooms of the ward, in or near the staff office, and before the closed door of the ward. Patients involved in the incidents were younger and more often involuntarily admitted than non-aggressive control patients. It appeared that sex and diagnosis were not related to aggressive behaviour. In practice, the SOAS proved to be a reliable and suitable instrument for measuring aggressive behaviour. This is important because it provides clinicians with an index for measuring effects of interventions aimed at reducing aggressive behaviour.

Dankwoord

Met speciale dank aan de behandelteamleden van de gesloten-opnameafdeling BC van Psychiatrisch Centrum Welterhof voor hun hulp bij de opzet van dit onderzoek en voor de nauwkeurigheid waarmee zij de agressieve incidenten op hun afdeling hebben geregistreerd. Tevens dank aan drs. M. Dassen, kwaliteitsmedewerker, en drs. A. Moonen, assistent geneeskundige in opleiding tot psychiater, voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

H.L.I. Nijman is gezondheidswetenschapper en werkzaam als onderzoeker in Psychiatrisch Centrum Welterhof; W.F.F. Allertz is verpleegkundige en teamleider van de afdeling waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden; J.M.L.G. à Campo is psychiater en was ten tijde van het onderzoek werkzaam als hoofdbehandelaar van de afdeling waar dit onderzoek plaatsvond.

Correspondentieadres: Psychiatrisch Centrum Welterhof, t.a.v. H. Nijman, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 9-9-1994.