

Het gebruik van de *Brøset Violence Checklist* binnen de forensische psychiatrie

B.A.G.T. van der Laan, N. Verstegen en V. de Vogel

- Achtergrond** Het is bekend dat gestructureerde instrumenten voor taxatie van het kortetermijnrisico bijdragen aan het voorspellen van fysiek agressief gedrag bij patiënten in de acute psychiatrie.
- Doel** Onderzoeken of de *Brøset Violence Checklist* (BVC), een instrument voor de inschatting van fysieke agressie op korte termijn, kan bijdragen aan het voorspellen van fysieke agressie-incidenten binnen de forensische psychiatrie en onderzoeken hoe het gebruik van de BVC wordt ervaren.
- Methode** Tweemaal per 24 uur op min of meer vaste momenten werd voor alle patiënten die in 2019 verbleven op een crisafdeling binnen een forensisch psychiatrisch centrum een BVC-score geregistreerd. De totaalscores van de BVC werden vervolgens gerelateerd aan fysieke agressie-incidenten. Daarnaast werden focusgroepen en interviews gehouden met sociotherapeuten om de ervaringen met het gebruik van de BVC te onderzoeken.
- Resultaten** Uit de analyse kwam een significante voorspellende waarde van de BVC-totaalscore naar voren (AUC = 0,69; $p < 0,01$). Bovendien ervoeren de sociotherapeuten de BVC als gebruikersvriendelijk en weinig tijdsintensief.
- Conclusie** De BVC heeft toegevoegde waarde voor de forensische psychiatrie. Dit geldt met name voor patiënten bij wie de primaire diagnose géén persoonlijkheidsstoornis betreft.

Agressie-incidenten komen regelmatig voor in zowel de reguliere als de forensische psychiatrie. Een Nederlands onderzoek onder hulpverleners binnen de ggz toont aan dat 67% van de 1534 respondenten slachtoffer is geweest van een agressie-incident in de periode 2006-2011.¹ Agressie-incidenten hebben vaak negatieve consequenties voor de gezondheid, de ervaren veiligheid en het algemeen welbevinden van zowel hulpverleners als patiënten.² Emotionele consequenties zoals angst, boosheid en symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) voeren de boventoon als reactie op agressie-incidenten.^{3,4} Daarnaast ontstaan gevoelens van zelfverwijt, schuld en schaamte,³ is er meer ziekteverzuim en vermindert de werktevredenheid.⁴

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de impact van agressie-incidenten op patiënten, terwijl het juist een kwetsbare groep betreft die in hun verleden vaak slachtoffer zijn geweest van geweld.^{1,5} Bij opname worden zij opnieuw blootgesteld aan agressie: als dader, slachtoffer of getuige. Dit kan leiden tot hertraumatisering en stagnatie van de behandeling. Daarnaast leidt agressie van patiënten voor henzelf vaak tot vrijheidsbeperkingen. Het terugdringen van dwang en drang is dan ook een van de speerpunten binnen de psychiatrie.⁶

Tot op heden is er voornamelijk retrospectief onderzoek naar de gevolgen van agressie-incidenten uitgevoerd en bestaan er aanzienlijk minder prospectieve onderzoeken.⁷ Ook is het meeste onderzoek gedaan binnen de reguliere psychiatrie en relatief weinig binnen de forensische psychiatrie.

Binnen De Forensische Zorgspecialisten, een instelling voor klinische en ambulante forensische zorg, is een traditie van inzet van en onderzoek naar risicotaxaties om diverse vormen van delictgedrag, waaronder agressie, te kunnen inschatten. Zo worden er sinds 2001 gestructureerde risicotaxaties verricht en zijn diverse risicotaxatie-instrumenten uit het Engels vertaald en zijn nieuwe instrumenten ontwikkeld.⁸ Deze risicotaxaties zijn bedoeld voor het inschatten van delictgedrag op de middellange en lange termijn (tot maximaal 1 jaar) binnen de maatschappij en ze worden sinds 2005 verplicht ingezet bij de totstandkoming van verlengingsadviezen en bij de aanvraag van verloven bij terbeschikkingstellingen. Hoewel er veel ervaring is met risicotaxatie voor het inschatten van delictgedrag ter bescherming van de maatschappij, is er minder ervaring met het inschatten van dreigend delictgedrag, zoals agressie, tijdens opname binnen de forensische psychiatrie.

AUTEURS

Bob van der Laan, klinisch psycholoog, de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.

Nienke Verstegen, cultureel antropoloog en onderzoeker, de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.

Vivienne de Vogel, bijzonder hoogleraar Forensische Zorg, Universiteit Maastricht, lector Werken in Justitieel Kader aan de Hogeschool Utrecht, onderzoeker, de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.

Correspondentie

Bob van der Laan (bvanderlaan@hoevenkliniek.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-2-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(4):253-258

Taxatie-instrumenten voor kortetermijnrisico

Er zijn meerdere dynamische instrumenten voor taxatie van het kortetermijnrisico ontwikkeld om agressie van patiënten binnen klinische settingen in kaart te brengen, waaronder de *Brøset Violence Checklist* (BVC),⁹ de *Violence Screening Checklist* (VSC), en de *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA).¹⁰ Deze instrumenten bevatten dynamische variabelen die sensitief zijn voor veranderingen en makkelijk zijn te observeren en te scoren. Het betreft dagelijkse beoordelingen waarmee de kans op het ontstaan van agressie binnen 0-24 uur in kaart kan worden gebracht om vervolgens te bepalen welke maatregelen nodig zijn om agressie af te wenden. Uit een meta-analyse komt naar voren dat genoemde instrumenten beschikken over een goede predictieve validiteit, waarbij de BVC meer en in een bredere context is onderzocht.¹¹

Een ander instrument dat goede resultaten laat zien bij het voorspellen van agressie binnen een forensische klinische setting is de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START). Het instrument wordt gescoord op 20 dynamische risicofactoren en meerdere onderzoeken tonen aan dat de START agressie binnen de klinische setting significant voorspelt.¹²

Er is voor zover ons bekend geen onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten specifiek voor de korte termijn (0-24 uur) van agressie binnen de forensische psychiatrie in Nederland. In een onderzoek naar de BVC binnen de forensische psychiatrie in Noorwegen werd een *area under the curve* (AUC)-waarde van 0,92 gevonden.² Gezien de beschreven gevolgen van agressie en de prevalentie van agressie binnen de klinische setting is het interessant om te onderzoeken of gestructureerde risicotaxatie op de korte termijn ook binnen de forensische psychiatrie in Nederland fysieke agressie kan voorspellen.

Huidige studie

In een doorlopend onderzoeksproject binnen DFZS naar de prevalentie en gevolgen van incidenten tijdens de behandeling voor zowel forensisch psychiatrische patiënten als hun behandelaars werden gegevens verzameld van alle geregistreerde incidenten in de periode 1 januari-31 december 2019. Het doel van het huidige onderzoek is om te onderzoeken of gestructureerde risicotaxatie kan bijdragen aan het voorspellen van fysieke agressie-incidenten op de korte termijn op crisisafdelingen in de forensische psychiatrie.

De centrale vraag in dit onderzoek is: Wat is de waarde van de *Brøset Violence Checklist* voor het voorspellen van fysieke agressie-incidenten op de crisisafdelingen binnen de forensische psychiatrie?

De deelvragen die we daarbij formuleerden, zijn:

1. Wat is de voorspellende waarde van de BVC voor fysieke agressie-incidenten op de crisisafdelingen binnen DFZS?
2. Wat zijn de ervaringen van de sociotherapeuten binnen de crisisafdelingen van DFZS met het gebruik van de BVC?

METHODE

Populatie

Het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek werd uitgevoerd op vier crisisafdelingen binnen de drie klinische locaties van DFZS, een centrum voor klinische forensische psychiatrie waar zowel mannen als vrouwen worden opgenomen met een strafrechtelijke of civielrechtelijke titel (verhouding in aantal patiënten per jaar ongeveer 60% strafrechtelijke titel vs. 40% civielrechtelijke titel). Vrouwen vormen ongeveer 18% van de populatie van de crisisafdelingen. In totaal werd bij 106 unieke patiënten op meerdere momenten de BVC afgenomen.

Van deze 106 patiënten (25%) hadden 26 als primaire DSM-5-classificatie een persoonlijkheidsstoornis. De primaire classificatie is de belangrijkste reden voor behandeling. Van deze 106 patiënten hadden 71 (67%) patiënten een primaire classificatie binnen het schizofreniespectrum en andere psychotische stoornis, 4 (4%) hadden als primaire classificatie een bipolaire stemmingsstoornis, 3 (3%) een autismespectrumstoornis en 2 (2%) een middelgerelateerde en verslavingsstoornis. Bijna de helft van deze patiënten (n = 48; 45,3%) was met de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) opgenomen. Verder waren er 5 patiënten (4,7%) opgenomen met een andere strafrechtelijke maatregel (overige forensische zorg). De overige patiënten waren opgenomen in de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) (n = 53,5%) met een civielrechtelijke maatregel zoals een zorgmachtiging. KIB is bedoeld voor tijdelijke opname van psychiatrische patiënten bij wie sprake is van ernstig agressief en/of risicovol gedrag en een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de patiënt en het behandelteam in de oorspronkelijke ggz-instelling. Voor het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek benaderden we diverse sociotherapeuten aan de hand van *stratified random sampling*. Hierbij werd de keuze gemaakt de groep sociotherapeuten in twee groepen in te delen van 0 tot 2 ervaringsjaren en 2 of meer ervaringsjaren. De toewijzing van deelname aan een interview of focusgroep gebeurde at random.

Instrumenten

BVC

De BVC is een checklist van zes items waarmee hulpverleners potentieel fysiek geweld binnen de komende 24 uur kunnen inschatten. De BVC bestaat uit drie patiëntkenmerken (verwardheid, geïrriteerdheid en luidruchtigheid) en drie gedragskenmerken (fysiek bedreigend, verbaal bedreigend en aanval op voorwerpen). Een score boven de 2 betekent dat het risico op fysiek geweld binnen 24 uur verhoogd is. Bij een score van 0 is het risico laag en bij een score van 1-2 matig. Bij een totaalscore boven de 2 is het risico op fysiek agressief geweld hoog. Onderzoek naar de BVC toont een sensitiviteit van 0,74 en een specificiteit van 0,91 aan.⁹ Ook laten diverse onderzoeken hoge voorspellende waarden zien van de AUC (*area under the receiver operating curve*), uiteenlopend van 0,82 tot 0,88.^{9,13} Eerder onderzoek liet tevens zien dat medewerkers binnen een forensisch psychiatrische kliniek in Canada de BVC ervoeren als een gemakkelijk instrument om te begrijpen en gebruiken.¹⁴

MOAS+

De *Modified Observed Aggression Scale+* (MOAS+) is een veelgebruikt instrument om agressie te registreren met goede psychometrische eigenschappen.¹⁵ Het bestaat uit vijf categorieën: verbale agressie, agressie tegen objecten, fysieke agressie, autoagressie en seksuele agressie.

Binnen de categorieën worden vier niveaus van ernst onderscheiden (licht, matig, sterk en extreem). Voor de huidige studie gebruikten we de categorie fysieke agressie.

Procedure

De BVC is medio 2018 in de kliniek geïntroduceerd om fysieke agressie-incidenten te voorspellen. Een getrainde sociotherapeut en onderzoeker hebben alle teams gedurende één uur voorgelicht over het gebruik van de BVC. Ook waren zij na afloop beschikbaar voor vragen.

Voor elke patiënt op de crisisafdeling wordt door een sociotherapeut tweemaal per dag de BVC gescoord aan het eind van een dienst: eenmaal op het eind van de ochtenddienst rond 14:00 uur (ochtenddienst is van 7:00 uur tot 15:00 uur) en eenmaal aan het eind van de avonddienst rond 22:00 uur (avonddienst loopt van 15:00 uur tot 22:30 uur).

De *hoogste* BVC-score in de twee diensten de dag *voorafgaand* aan het fysieke agressie-incident werd gerelateerd aan het incident, omdat deze score als voorspeller zou moeten dienen voor het incident. Omdat de BVC een fysiek agressie-incident beoogt te voorspellen binnen 24 uur werden er in ons onderzoek niet de scores van de dienst waarin het incident zelf plaatsvond aan het incident gekoppeld.

Alle incidenten werden geanalyseerd aan de hand van een intern document in de periode 1 januari-31 december 2019, genaamd het 'ochtendbulletin'. Dit zijn dagelijkse rapportages om staf en patiënten te informeren over belangrijke gebeurtenissen in de kliniek. Per incident werd aan de hand van de MOAS+ bekeken of er sprake was van fysieke agressie.

Voor de interviews/focusgroep benaderden we 8 sociotherapeuten, 2 van elke afdeling. We hielden een focusgroep met 4 participanten en 4 afzonderlijke interviews. Door het gebruik van 2 afnamevormen verzamelden we op zo'n breed mogelijke manier informatie teneinde een zo 'rijk' mogelijk beeld te verkrijgen.¹⁶ De interviews werden op semigestructureerde wijze afgenomen, aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. Van de interviews/focusgroep werd audio-opname gemaakt, waarvoor *informed consent* werd getekend.

Statistische analyse

De kwantitatieve data werden met SPSS 25.0 geanalyseerd. De statistische analyses werden uitgevoerd met *receiver operating characteristics*, waarbij de *area under the curve* de uitkomstmaat was. De AUC is een statistische maat die de voorspellende waarde (de verhouding tussen specificiteit en sensitiviteit) weergeeft. Waarden van 0,60 worden beschouwd als matig, van 0,70 als redelijk en waarden boven de 0,75 als groot.¹⁷

Verder werden op een systematische manier, namelijk aan de hand van een topiclijst, de ervaringen met de BVC besproken middels interviews en een focusgroep.

De topiclijst baseerden we op eerder verschenen artikelen over de BVC.^{14,18}

De geluidsopnames van de interviews werden volledig getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd volgens de *grounded theory approach*.¹⁹ Vanuit de data werden de relevante onderwerpen gedestilleerd, die werden onderverdeeld in verschillende codes, die aangeven wat het thema is per fragment (open codering). Vervolgens werd axiaal gecodeerd waarbij de codes met elkaar vergeleken werden om zo thema's en subthema's met elkaar te verbinden. Op deze manier brachten we een hiërarchie in de thema's aan en legden we de eerste verbanden tussen de verschillende data. Ten slotte reflecteerden we op de data en werden deze in relatie gebracht met de onderzoeksvraag en eerdere onderzoeken over de BVC (selectief coderen).¹⁹ Na het ordenen van de codes beschreven we de resultaten die de interviews opleverden op systematische wijze.^{19,20}

RESULTATEN

Kwantitatief onderzoek

In het jaar 2019 werden voor in totaal 106 afzonderlijke patiënten 22.666 BVC-scores bepaald. Dit waren patiënten die in 2019 minimaal 1 dag en maximaal 365 dagen opgenomen waren geweest op de vier verschillende crisisafdelingen. In totaal werden in deze periode 27 incidenten geregistreerd waarbij fysieke agressie een rol speelde zoals geregistreerd met de MOAS+. Deze incidenten waren gepleegd door 14 verschillende patiënten: 6 vrouwen waren verantwoordelijk voor 10 incidenten (37%) en 8 mannen voor 17 incidenten (63%). Twee patiënten waren verantwoordelijk voor bijna de helft (41%) van de fysieke agressie-incidenten. Zij veroorzaakten respectievelijk 6 (22%) en 5 (19%) fysieke agressie-incidenten van het totale aantal fysieke agressie-incidenten van 27. Van de 14 patiënten die betrokken waren bij fysieke agressie-incidenten hadden er 8 een tbs-maatregel, 5 een zorgmachtiging en 1 had een overige forensische maatregel. Van de ingevulde BVC's had 80,4% een score van 0, 17,1% scoorde een 1 en een klein deel scoorde een 3 of hoger, namelijk 2,5%.

Voor de totale populatie bleek de BVC-totaalscore een significante voorspeller voor fysieke agressie-incidenten (AUC = 0,69; $p < 0,01$). De BVC-totaalscore had een significante voorspellende waarde voor fysieke agressie-incidenten bij mannelijke patiënten (AUC = 0,72; $p < 0,05$), maar niet bij vrouwelijke patiënten (AUC = 0,65; ns). De voorspellende waarde van de BVC-totaalscore voor patiënten met als primaire classificatie een persoonlijkheidsstoornis was niet significant (AUC = 0,53). Voor de overige stoornissen, waarbij voornamelijk psychiatrische ontregeling op de voorgrond stond, werd wel een significant voorspellende waarde van de totaalscore van de BVC gevonden van 0,72 ($p < 0,001$) voor fysieke agressie-incidenten.

Kwalitatief onderzoek

De respondenten waren het erover eens dat de BVC een gebruiksvriendelijk instrument is. Zo noemden respondenten zeer tevreden te zijn over zowel de korte tijdsinvestering als over het gemak waarmee je het instrument kan gebruiken. De tijdsinvestering werd gekwalificeerd als efficiënt en als gebruiksvriendelijke eigenschappen werden genoemd dat het prettig is dat het instrument compact en overzichtelijk is. Ook werd de BVC als handig overzicht in de notulen ervaren, zodat in één oogopslag zichtbaar is wat belangrijk is om terug te lezen.

BVC als risicotaxatie-instrument

Binnen de crisisafdelingen van De Forensische Zorgspecialisten werd de BVC volgens de respondenten niet heel scherp gebruikt om fysieke agressie-incidenten te voorspellen of te voorkomen. De respondenten gaven aan dat zij vaak los van de BVC gedragsinterventies inzetten om agressie-incidenten te voorkomen. Wel gaven zij aan door de BVC bewuster te letten op bepaalde patiënt- en gedragskenmerken.

Items BVC

Meerdere respondenten vertelden dat zij problemen ervaren met het scoren van de items van de BVC. Het betrof hier voornamelijk de items geïrriteerdheid en verwardheid. Er was niet altijd overeenstemming over de invulling van deze items in de teams. Daarbij noemden de respondenten met name chronisch verwarde en/of geïrriteerde patiënten: het was voor hen lastig in te schatten of ze meer verward en/of geïrriteerd waren dan altijd. Ook had een aantal sociotherapeuten het idee dat de BVC op itemniveau belangrijk ander observeerbaar gedrag, zoals suïcidale uitspraken, heftige stemmingswisselingen, middelengebruik en zelfbeschadiging, niet meenam in de risicoweging.

Kennis

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat zij ervoeren over te weinig kennis te beschikken om de BVC optimaal te benutten. Zij waren van mening dat het instrument effectiever gebruikt zou kunnen worden wanneer er meer kennis zou bestaan op de afdelingen en een cursus om nieuwe collega's bekend te maken met de BVC zou worden geboden.

DISCUSSIE

De in dit onderzoek gevonden voorspellende waarde van de BVC (AUC = 0,69; $p < 0,01$) is in lijn met eerdere onderzoeken naar de BVC,^{21,22} hoewel in een aantal onderzoeken ook hogere AUC-waarden worden gevonden.⁹ Een mogelijke verklaring hiervoor is de inclusie van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in het huidige onderzoek. Voor de patiënten die als primaire classificatie geen persoonlijkheidsstoornis hebben, is de inzet van de BVC binnen de crisisafdelingen van de

forensische psychiatrie van waarde, maar minder voor de categorie patiënten met als primaire classificatie een persoonlijkheidsstoornis. Een groot deel van eerder onderzoek naar de BVC heeft plaatsgevonden binnen psychiatrische instellingen op acute-opnameafdelingen, waarbij de primaire classificatie met name samenhangt met acute psychiatrische ontregeling. Bij een onderzoek naar de BVC in Noorwegen binnen de forensische psychiatrie worden hoge AUC-waarden gevonden (AUC = 0,92).² Bij dit onderzoek had 83,3% schizofrenie en slechts 3% een persoonlijkheidsstoornis als primaire classificatie.

Voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is er geen instrument voor de taxatie van het kortetermijnrisico voor handen; veelal moeten we kijken naar dynamische factoren waarvan bekend is dat ze agressie voorspellen. Onderzoek van Verstegen e.a. heeft uitgezonden dat *zelfbeschadiging* een belangrijke voorspeller is voor geweldsincidenten binnen de behandeling.²³ Bij afdelingen waar persoonlijkheidsstoornissen de primaire classificatie zijn, zou het interessant kunnen zijn om met een ander risicotaxatie-instrument dit onderzoek te herhalen, zoals de DASA. De DASA scoort andere gedragskenmerken, zoals impulsiviteit, negatieve attitude, gevoeligheid voor vermeende provocatie, onwil om aanwijzingen op te volgen en snel boos worden indien een verzoek wordt geweigerd, die mogelijk beter aansluiten. Onderzoek tot nu toe laat echter zien dat de DASA bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen slechts een matige voorspellende waarde heeft.²⁴

Een andere verklaring voor de lagere voorspellende waarde is dat het onderzoek is uitgevoerd binnen een zeer beveiligde omgeving. Binnen deze afdelingen bestaat een sterke focus op beveiliging en worden incidenten waarschijnlijk voor een groot deel voorkomen. Er zijn binnen dit onderzoek voor mannen significante waarden gevonden voor de BVC in het voorspellen van fysieke agressie-incidenten. Daarbij dienen we aan te tekenen dat er relatief weinig vrouwen zijn opgenomen op de crisisafdelingen. Bij een deel van deze vrouwen is een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd, wat mogelijk verklaart waarom voor de vrouwelijke patiënten in dit onderzoek geen significante waarden zijn gevonden. Daarnaast komt uit eerder onderzoek naar voren dat juist geweld van vrouwen moeilijk te voorspellen is met de huidige risicotaxatie-instrumenten.²⁵

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de BVC als een gebruikersvriendelijk instrument wordt ervaren dat makkelijk is te integreren in de dagelijkse praktijk. De sociotherapeuten ervaren de BVC echter meer als een evaluatie-instrument dan als een risicotaxatie-instrument. Dit heeft mogelijk te maken met de opzet van dit onderzoek, aangezien er gekozen is om op twee vaste tijden de BVC in te vullen om de uniformiteit van scores zoveel mogelijk te waarborgen. De sociotherapeuten geven aan dat alhoewel het instrument hun voordelen biedt, zoals bewustwording van bepaalde patiënt- en gedragskenmerken, zij niet altijd het nut

ervan in hebben gezien. Met name op de afdelingen waar een deel van de patiënten is opgenomen met een persoonlijkheidsstoornis kwam dit naar voren.

Beperkingen

Onderzoek naar risicotaxatie in de dagelijkse praktijk heeft altijd een gelimiteerd karakter, daar er op de ingeschatte risico's in principe interventies volgen. De 'voorspelling' van het instrument klopt dan wel, maar het mogelijke fysieke agressie-incident wordt voorkomen door de getroffen maatregelen. Het 'risico-denken' is binnen de forensische psychiatrie waarschijnlijk nog sterker aanwezig dan binnen de reguliere psychiatrie, gezien het doel van de forensische psychiatrie, namelijk het voorkomen van strafbare feiten.

Ten tweede is ervoor gekozen om slechts tweemaal per dag een BVC-score af te nemen. Deze frequentie kan naar eigen inzicht worden verhoogd of verlaagd. Mogelijk dat het afnemen van meer scores de predictieve validiteit verhoogt.

Een andere beperking van het onderzoek is dat het verloop in de teams van sociotherapeuten relatief hoog is. Het 'leren' omgaan met de BVC is overgedragen van sociotherapeut naar sociotherapeut, waardoor mogelijk kennis over het instrument verloren is gegaan of items anders zijn geïnterpreteerd dan bedoeld.

Tot slot is het totale aantal patiënten met een of meerdere incidenten relatief klein geweest, wat een mogelijke vertekening heeft opgeleverd in het onderzoek. Bovendien is het mogelijk dat de codering beïnvloed werd wanneer een patiënt in korte tijd meerdere incidenten had. Aangezien de berekening van de predictieve validiteit echter telkens om een nieuwe momentopname gaat, is dit naar onze mening nog steeds informatief voor de onderzoeksvraag: kunnen we met dit instrument een incident op korte termijn voorspellen?

Aanbevelingen

Vanuit de resultaten kunnen we een aantal aanbevelingen doen, waarmee het gebruik van de BVC binnen de forensische psychiatrie mogelijk een grotere toegevoegde waarde kan hebben.

- Allereerst adviseren we om de BVC met name te gebruiken voor die patiënten wiens primaire classificatie betrekking heeft op een psychiatrische ontregeling (psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en waanstoornissen).
- Daarnaast moet men meer aandacht besteden aan de kennis over het instrument. We bevelen aan om dit standaard in het introductieprogramma voor sociotherapeuten op de crisisafdelingen op te nemen.
- Verder onderzoek is nodig om instrumenten te ontwikkelen die op korte termijn (fysieke) agressie van patiënten met als primaire classificatie een persoonlijkheidsstoornis voorspellen.

CONCLUSIE

In 2019 heeft er binnen De Forensische Zorgspecialisten een onderzoek plaatsgevonden naar het gebruik van de *Brøset Violence Checklist*. Daaruit komt naar voren dat de BVC toegevoegde waarde heeft voor de forensische psychiatrie. Dit geldt met name voor die patiënten bij wie de primaire diagnose geen persoonlijkheidsstoornis betreft. Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat sociotherapeuten de BVC als prettig en gebruikersvriendelijk ervaren, zij het meer als evaluatief instrument dan als risicotaxatie-instrument.

 Nikki van den Berg en Sascha Struijs gaven waardevolle hulp bij de totstandkoming van het manuscript.

LITERATUUR

- Leeuwen ME van, Harte JM. Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2017; 28: 581-98.
- Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, e.a. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 536-42.
- Needham I, Abderhalden C, Halfens, e.a. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 49: 283-96.
- Lancôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggres Violent Behav* 2014; 19: 492-501.
- Bohle A, de Vogel V. Gender differences in victimization and the relation to personality disorders in forensic psychiatry. *J Aggress Maltreat Trauma* 2017; 26: 411-29.
- Bierbooms JIPA, Lorenz-Artz CAG, Pols E, e.a. Drie jaar high en intensive care; evaluatie van ervaringen van cliënten en medewerkers en effect op gebruik van dwang en drang. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 427-32.
- Huitema A, Verstegen N, de Vogel V. A study into the severity of forensic and civil inpatient aggression. *J Interpers Violence* 2021; 36: 11-2.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, van den Broek E. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Fundamenten en praktijk. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, red. *Leerboek forensische psychiatrie* Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2019. p. 501-24.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence* 2000; 15: 1284-96.
- Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006; 24: 799-813.
- Dickens GL, O'Shea LE, Christensen M. Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2020; 104: 103526.
- Nicholls TL, Petersen K, Almond M, e.a. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Rationale, applications, and empirical overview. In: Douglas KS, Otto RK, red. *Handbook of violence risk assessment* (2de ed.). New York: Routledge; 2021. pp. 359-88.
- Abderhalden C, Needham I, Miserez B, e.a. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 422-7.
- Clarke DE, Brown AM, Griffith P. The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 614-20.
- Oliver PC, Crawford MJ, Rao, e.a. Modified Overt Aggression Scale (MOAS) for people with intellectual disability and aggressive challenging behaviour: a reliability study. *J Appl Res Intellect Disabil* 2007; 20: 368-72.
- Lambert SD, Loiselle CG. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs* 2008; 62: 228-37.
- Douglas KS, Otto RK. *Handbook of violence risk assessment*. (2de ed.). New York: Routledge; 2021.
- Woods P, Ashley C, Kayto D, e.a. Piloting violence and incident reporting measures on one acute mental health inpatient unit. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29: 455-69.
- Boeije H. *Analysis in qualitative research*. Londen: Sage; 2010.
- Bakker EC, van Buuren H. *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff; 2014.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K. Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Brøset Violence Checklist. *Int J of Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 862-7.
- Woods P, Olver M, Muller M. Implementing violence and incident reporting measures on a forensic mental health unit. *Psychol Crime Law* 2015; 21: 973-86.
- Verstegen N, de Vogel V, Huitema A, e.a. Physical violence during mandatory psychiatric treatment: prevalence and patient characteristics. *Crim Justice Behav* 2020; 47: 771-89.
- Daffern M, Howells K. The prediction of imminent aggression and self-harm in personality disordered patients of a high security hospital using the HCR-20 clinical scale and the dynamic appraisal of situational aggression. *Int J Forensic Ment Health* 2007; 6: 137-143.
- Vogel V de. Risicotaxatie bij vrouwen. *Expertise en Recht* 2022; 2: 35-40.