

Preventie van agressie in de kliniek moet beter

Systematisch inzetten van evidence-based interventies helpt

Opinie

Agressief gedrag van patiënten is een veelvoorkomend probleem op acute opname-afdelingen in de psychiatrie. Schattingen van het aantal gevallen van agressie op deze afdelingen lopen uiteen van 0.4 tot 33.2 incidenten per patiënt per jaar (Nijman, Palmstierna, Almvik en Stolker, 2005). Het veelvuldig voorkomen van agressie op acute opnameafdelingen heeft nadelige gevolgen voor patiënten en verpleegkundigen. Patiënten die worden blootgesteld aan agressie ervaren een toename van stress en angstklachten (Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta-Maierle en Bennett, 2003). Verpleegkundigen die regelmatig met agressie geconfronteerd worden hebben minder plezier in het werk en zijn vaker ziek (Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer en Dassen, 2005). Agressie leidt bovendien regelmatig tot inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder gedwongen separatie en fixatie (Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila en Lehtinen, 2003). De toepassing van deze interventies is onwenselijk. Ten eerste vanuit ethisch oogpunt omdat deze interventies de autonomie en waardigheid van de patiënt aantasten (Prinsen en Van Delden, 2009). Ten tweede uit oogpunt van veiligheid, omdat de toepassing van deze interventies tot geestelijk en fysiek letsel bij patiënten kan leiden. Veelvoorkomende letsels als gevolg van separatie en fixatie zijn traumatisatie en verstikking (Cusack et al., 2003; Paterson, Bradley, Stark, Saddler, Leadbetter en Allen, 2003). In dit artikel wordt betoogd dat het aantal agressie-incidenten op acute opname-afdelingen omlaag gebracht kan worden door invoering van evidence-based risicotaxatie methoden. Er is hierbij een centrale rol weggelegd voor de GGZ-verpleegkundig specialist in het overbruggen van de kloof tussen wetenschap en praktijk in agressiepreventie.

Risicofactoren

Onderzoek heeft een breed scala aan risicofactoren voor het ontstaan van agressie opgeleverd. Er wordt in de literatuur onderscheid

gemaakt tussen statische, dynamische en acuut dynamische risicofactoren (Douglas en Skeem, 2005). Statische risicofactoren veranderen niet of nauwelijks in de tijd, hieronder vallen factoren als het geslacht, de huwelijks staat en de geweldshistorie van een patiënt. Dynamische risicofactoren veranderen wel in de tijd. Hieronder vallen kenmerken zoals de ernst van het psychiatrisch toestandsbeeld en de afhankelijkheid van alcohol of drugs. Tenslotte worden er nog acuut dynamische risicofactoren onderscheiden, hieronder vallen veranderingen in observeerbaar gedrag van patiënten, zoals verward gedrag en fysiek bedreigend gedrag (Douglas en Skeem, 2005). Statische risicofactoren hebben een voorspellende waarde voor agressierisico over lange periodes van vijf tot tien jaar, terwijl dynamische risicofactoren een voorspellende waarde hebben voor korte periodes van weken tot maanden. Acuut dynamische risicofactoren zijn geschikte predictoren voor korte tijdsintervallen van 12 tot 48 uur. De praktijk van psychiatrisch verpleegkundigen in acute opnamesettingen bestaat uit patiënten met sterk veranderlijke toestandsbeelden en gedragingen. Dit betekent dat het risicopotentieel sterk fluctueert met de tijd, spontaan of ten gevolge van interventie. Vooral (acuut) dynamische risicofactoren zijn daarom effectief als hulpmiddel voor risicotaxatie door verpleegkundigen in acute opnamesettingen.

Risicotaxatie

Verpleegkundigen schatten het agressierisico in de dagelijkse praktijk veelal intuïtief in op basis van hun klinische blik (Trenoweth, 2003). Daartegenover staat gestructureerde risicotaxatie; het herhaaldelijk beoordelen van agressierisico met gevalideerde taxatie-instrumenten. In de studie van Daffern (2007) wordt een overzicht gegeven van studies naar risicotaxatie-instrumenten die toepasbaar zijn in de psychiatrie. Uit deze studie komt de Brøset Violence Checklist (bvc) naar voren als een geschikt instrument voor verpleegkundige beoordeling van het kortetermijnrisico op agressie (Daffern, 2007). De bvc is op dit moment het enige instrument waarnaar uitgebreid onderzoek is gedaan in acute opnamesettingen. In dit artikel wordt daarom alleen ingegaan op het gebruik van de bvc. Er zijn echter andere instrumenten beschikbaar voor andere tijdsintervallen, andere disciplines en andere populaties (Daffern, 2007). De bvc is in Noorwegen ontwikkeld door Almvik, Woods en Rasmussen (2000). Het gebruik van de bvc bestaat uit het observeren van zes gedragskenmerken: verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, verbale dreiging, fysieke dreiging en een aanval op voorwerpen. Observatie van een verandering in één of meer gedragskenmerken betekent een matig risico op agressie in de 24 uur na taxatie (Almvik et al., 2000). Verandering in meer dan

Tabel 1
Validiteit van korte termijn risicotaxatie-instrumenten

Studie	Instrument en afkappunt	Sensitiviteit	Specificiteit	AUC ^b (95% bhi)
Almvik et al., 2000	BVC ^a ≥1	.63	.92	.82 (.75 - .89)
Abderhalden et al., 2004	BVC ^a ≥1	.64	.94	.88 (.76 - .99)
Björkdahl, Olsson en Palmstierna, 2006	BVC ^a >2	.33	.90	n.b.
Abderhalden et al., 2006	BVC ^a >2	.68	.91	.86 (.79 - .92)

^a Brøset Violence Checklist, ^b Area Under the Receiver operating Curve.

twee gedragskenmerken geeft een hoog risico op agressie in de 24 uur na taxatie (Abderhalden et al., 2004). De overeenstemming tussen verschillende beoordelaars bij gebruik van de BVC blijkt groot te zijn (Woods en Almvik, 2002). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van studies naar de validiteit van de BVC op basis van de Area Under the receiver operating Curve (AUC). De AUC is een maat die sensitiviteit en specificiteit van een instrument uitdrukt in één getal, hoe dichter deze AUC-waarde nadert naar één hoe sterker de voorspellende waarde van het instrument. De gevonden AUC-waarden van de BVC liggen dicht bij één. Op basis van voorgaande is de conclusie dat de BVC een valide en betrouwbaar hulpmiddel is voor taxatie van korte termijn agressierisico door verpleegkundigen.

Preventie van agressie in de klinische praktijk

Agressie in acute opname-settingen kan effectief verminderd worden door de praktijk op een aantal punten structureel te wijzigen. Ten eerste door niet alleen uit te gaan van de verpleegkundige klinische blik bij het inschatten van agressierisico, maar door inzet van gestructureerde risicotaxatie met de BVC. Gestructureerd betekent in dit geval dat bij opname van een patiënt en vervolgens gedurende iedere dag het risico op agressie systematisch wordt ingeschat. Dit lijkt misschien een hele investering, maar het gebruik van dit instrument kan eenvoudig geïntegreerd worden in de verpleegkundige rapportage en overdracht. Een belangrijk voordeel van gestructureerde risicotaxatie is dat de inschatting van het risico op agressie plaatsvindt op basis van geobserveerd gedrag. In tegenstelling tot de klinische blik is deze beoordeling daarmee objectieverbaar en minder gevoe-

lig voor subjectiviteit. Uiteraard blijft het van belang de klinische blik van de verpleegkundige te combineren met de uitkomst van de taxatie. Op basis van de systematische beoordeling en evaluatie van het agressierisico gaan verpleegkundigen vervolgens over tot het inzetten van één of meerdere preventieve interventies. Ook op dit vlak wordt wetenschappelijke kennis onvoldoende ingezet. Gebruik van signaleringsplannen heeft als doel om patiënten te leren oplopende spanningen vroegtijdig te herkennen en de patiënt te leren acties in te zetten om escalatie te voorkomen (Fluttert, Van Meijel, Webster, Nijman, Bartels en Grypdonck, 2008). De combinatie van het gebruik van gestructureerde risicotaxatie en signaleringsmethodieken leidt tot een forse afname van agressie-incidenten (Fluttert et al., 2008). De studie van Van de Sande et al. (2011) laat zien dat de effectiviteit van risico-taxatie wordt vergroot door gebruik van een set met verschillende evidence-based risicotaxatie-instrumenten. In deze studie werd gebruikt gemaakt van instrumenten die gebaseerd zijn op acuut dynamische en dynamische risicofactoren. Bovendien werden de risico's getaxeerd vanuit zowel de verpleegkundige als de medische discipline. In deze studie werden zowel agressie-incidenten als de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen effectief verminderd door gestructureerde taxatie van agressierisico's (Van de Sande et al., 2011). In de praktijk worden risicotaxatie-instrumenten en signaleringmethoden nog te vaak niet ingezet. In de internationale literatuur worden diverse barrières beschreven die de implementatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk belemmeren (Stefanos, 2009). Ten eerste is er in de verpleegkundige praktijk uit traditie weinig aandacht voor onderzoek omdat het als een praktijkberoep wordt gezien. Ten tweede wordt er een gebrek aan communicatie tussen wetenschap en praktijk geconstateerd, waardoor kennis niet landt in de praktijk (Stefanos, 2009). GGZ-verpleegkundig specialisten hebben een belangrijke rol in het overbruggen van de kloof tussen praktijk en wetenschap bij het invoeren van evidence-based interventies om agressie te voorkomen. Ten eerste door hun kennis van evidence-based practice die hen in staat stelt de actuele stand van onderzoek naar het inschatten en voorkomen van agressie in kaart te brengen. Ten tweede door hun kennis van de implementatie van interventies in de praktijk die hen in staat stelt veelvoorkomende barrières te slechten. Tenslotte stelt de positionering van de GGZ-vs als behandelverantwoordelijke op het verpleegkundig domein hen in staat om invloed uit te oefenen naar zowel het management, het verpleegkundig team als de andere disciplines om de preventie van agressie evidence-based aan te gaan pakken.

Conclusie

Het terugdringen van agressie in acute-opname settingen is belangrijk om de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen te voorkomen. Gestructureerde taxatie van agressierisico's en de inzet van signaleringsmethodieken zijn effectieve interventies gebleken om agressieincidenten terug te dringen. Deze interventies worden in de praktijk vaak niet ingevoerd omdat er onder verpleegkundigen onvoldoende kennis is over evidence-based methoden voor risicotaxatie en methoden om uitkomsten van onderzoek in te vertalen naar de verpleegkundige praktijk. De GGZ-verpleegkundig specialist beschikt over de kennis en de positie om deze kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten.

Literatuur

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J. & Fischer, J. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset Violence Checklist: Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*, 6(17), 1-9.
- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H. J. et al. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset Violence Checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(4), 422-427.
- Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence*, 15(12), 1284-1296.
- Björkdahl, A., Olsson, D. & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand*, 113(3), 224-229.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S. & Bennett, S. (2003). *Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report*. *Adm Policy Ment Health*, 30(5), 453-460.
- Daffern, M. (2007). The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 116-130.
- Douglas, K. S. & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347-383.
- Flutters, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(4), 208-216.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J. & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry*, 26(2), 139-149.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E. & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs*, 49(3), 283-296.
- Nijman, H. L., Palmstierna, T., Almvik, R. & Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 111(1), 12-21.
- Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D., Leadbetter, D. & Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(1), 3-15.
- Prinsen, E. J. & Van Delden, J. J. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics*, 35(1), 69-73.
- Sande, R.van de, Nijman, H. L. I., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., Van der Staak, C. et al. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473-478.
- Stefanos, M. (2009). The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. *Int J Nurs Stud*, 46(4), 479-489.
- Trenoweth, S. (2003). Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *J Adv Nurs*, 42(3), 278-287.
- Woods, P. & Almvik, R. (2002). The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand Suppl*(412), 103-105.

Samenvatting

Agressief gedrag van patiënten is een veelvoorkomend probleem op acute opname-afdelingen in de psychiatrie. Het veelvuldig voorkomen van agressie heeft negatieve gevolgen voor patiënten en verpleegkundigen op deze afdelingen. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar effectieve interventies om agressie te voorkomen. Belangrijke verpleegkundige evidence-based interventies zijn gestructureerde taxatie van agressierisico's en vroegsignalering. De invoering van deze evidence-based interventies in de praktijk blijft nog te vaak achterwege. De GGZ-verpleegkundig specialist heeft een belangrijke rol in het overbruggen van de kloof tussen wetenschap en praktijk op het gebied van agressiepreventie.