

# HANDREIKING ANALYSEREN VAN AGRESSIE INCIDENTEN

---

## COLOFON

Deze **Handreiking Analyseren van agressie incidenten** is opgesteld in opdracht van de Stuurgroep *Veilige zorg, ieders zorg* – patiëntveiligheidsprogramma GGZ.

Met dank aan experts van Altrecht, Dimence, GGZ Breburg, GGZ Oost Brabant, Reinier van Arkel, Rivierduinen en V&VN.

### Opgesteld door:

GGZ Nederland Amersfoort  
CKMZ Hendrik Ido Ambacht

### Tekstredactie:

Wybo Vons Journalistieke Producties BV Hilversum

### Vormgeving

o2 concept + graphic design Utrecht

### Drukker

Drukkerij Damen B.V. Werkendam

### Copyrights

GGZ Nederland 2013  
Publicatienummer 2013-394

Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding.



# VOORAF

Van alle veiligheidsincidenten in de ggz wordt agressie het meest gemeld. Vrijwel dagelijks zijn er patiënten en zorgverleners die zich bedreigd voelen of te maken krijgen met verbale of fysieke agressie. Dat heeft een grote impact op alle betrokkenen en het behandelklimaat. Soms lijkt het wel alsof agressie er 'gewoon' bij hoort en we agressie incidenten in de ggz voor lief moeten nemen. Dat is echter niet de insteek van deze handreiking. Hier gaan we ervan uit dat agressie incidenten in veel gevallen zijn terug te voeren op aanwijsbare oorzaken. Als die oorzaken worden geanalyseerd en aangepakt, kan het aantal agressie incidenten aanzienlijk worden verminderd.

Om agressie effectief te kunnen terugdringen, moeten incidenten veilig gemeld kunnen worden. Dat is inmiddels volop mogelijk in de ggz. Het melden en registreren van incidenten is echter slechts een eerste stap. Om de veiligheid van patiënten en medewerkers daadwerkelijk te kunnen vergroten, is het van cruciaal belang om vervolgens de oorzaken van de gemelde incidenten grondig te analyseren en aan te pakken. Deze handreiking is bedoeld voor teams, managers en VIM-commissies die hiermee aan de slag willen gaan.

Om deze essentiële vervolgstap te kunnen zetten, is bij deze handreiking een agressie analyse kaartenset ontwikkeld. Teams kunnen hiermee de oorzaken van agressie incidenten gestructureerd inventariseren. Bovendien kunnen hulpverleners met behulp van deze set op een open en dynamische manier incidenten evalueren, zonder de focus op een schuldige. En nog een voordeel: met de kaartenset kunnen de teams gericht voorstellen doen voor concrete maatregelen om agressie te voorkomen.

Deze handreiking en de agressie analyse kaartenset maken deel uit van een reeks handreikingen die GGZ Nederland uitbrengt in het kader van het landelijke patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg*. De overheid startte dit programma in 2008 om de veiligheid van patiënten in ggz-instellingen structureel te verbeteren. Dankzij een overheidssubsidie beschikken ggz-instellingen inmiddels over een digitaal systeem voor het veilig melden van incidenten (VIM). Hierdoor hebben zij nu zicht op de frequentie van incidenten en de omvang van specifieke veiligheidsrisico's. Dat is een uitstekend vertrekpunt voor de volgende uitdaging: het terugdringen van het aantal agressie incidenten. Hopelijk biedt deze handreiking u hierbij de nodige richting en praktische ondersteuning. Aan de slag!

# INHOUDSOPGAVE

VOORAF .....	3
1 AGRESSIE EN VEILIGHEID .....	7
1.1 Landelijke afspraken.....	7
1.2 Agressie benaderen vanuit de principes van een veiligheidsmanagementsysteem.....	7
1.2.1 Stap 1: Herstellen.....	9
1.2.2 Stap 2: Analyseren .....	9
1.2.3 Stap 3: Verbeteren .....	9
1.2.4 Preventie .....	9
2 AGRESSIEMODEL: VIER CRUCIALE FACTOREN .....	10
3 STAP 1: HERSTELLEN .....	13
3.1 Evalueer het incident .....	13
3.1.1 Met medewerkers nabespreken .....	13
3.1.2 Met medepatiënten nabespreken.....	13
3.1.3 Met de patiënt nabespreken.....	14
3.2 Stimuleer melden en registreren .....	16
3.2.1 Bespreek onveiligheidsgevoel.....	16
3.2.2 Meld alle agressie incidenten in het VIM-systeem.....	16
3.2.3 Betrek patiënten bij melden en registreren .....	17
3.2.4 Geef de melding een vervolg.....	17

4	STAP 2: ANALYSEREN .....	18
4.1	Bestaande methoden om agressie incidenten te analyseren .....	18
4.2	Nieuwe gebruiksvriendelijke analysemethode voor teams.....	19
4.2.1	De agressie analyse kaartenset.....	20
4.2.2	Cluster van meldingen analyseren.....	21
4.3	Trendrapportages over agressie incidenten .....	22
5	STAP 3: VERBETEREN .....	24
5.1	Continu verbeteren: meet effecten van verbetermaatregelen .....	26
6	PREVENTIE: WERKEN AAN EXTRA VEILIGHEIDSBARRIÈRES .....	27
6.1	Prospectief risico's inventariseren .....	28
	BIJLAGE 1: Drie voorbeelden van analyses met de kaartenset .....	31
	BIJLAGE 2: Het Eindhovens classificatie model.....	34
	VERDER LEZEN .....	36

# 1

## AGRESSIE EN VEILIGHEID

Agressie incidenten komen veel voor in de ggz. Hierbij kan het gaan om agressie tussen patiënten onderling of om agressief gedrag van een patiënt naar een medewerker of bezoeker. De impact van dit soort incidenten is groot. Het tast niet alleen de veiligheid en het welzijn van medewerkers en patiënten aan. Het heeft ook een negatieve invloed op het leef-, werk- en behandelklimaat.

Onder een agressie incident<sup>1</sup> verstaan we: alle handelingen van een individu of groep die door degene die deze ondergaat als vijandig, vernederend of intimiderend worden ervaren of beschouwd. Het kan hierbij gaan om:

- schelden, dreigen, manipuleren
- slaan, schoppen, bijten, prikken, steken
- intimideren
- met spullen gooien
- spugen
- discrimineren
- pesten, treiteren, belachelijk maken
- duwen, trekken
- seksueel overschrijdend geweld.

Er is sprake van agressie wanneer 1) een medewerker of patiënt psychisch of fysiek wordt lastiggevallen, 2) iemand wordt bedreigd of aangevallen of 3) iemand zich anderszins onveilig voelt door bepaald gedrag. Het gaat dus niet alleen om feitelijke agressie, maar net zozeer

om gevoelens van onveiligheid die worden veroorzaakt door vijandig, vernederend of intimiderend gedrag. Er is overigens een verschil tussen agressie en boosheid. Boosheid is een emotie die ontstaat wanneer iemand zich onrechtvaardig behandeld voelt; in dat geval willen we voor onszelf op komen, ons recht halen en daardoor de balans weer herstellen. Soms kan zich dat vertalen in agressief gedrag.

Agressief gedrag in de ggz is niet volledig uit te bannen, omdat het soms te maken heeft met het ziektebeeld van patiënten. Soms is het echter ook onaangepast gedrag of een uiting van boosheid of frustratie. Dit betekent niet dat we agressie in de ggz hoeven te accepteren als iets onoverkomelijks. Aan agressie is iets te doen!

Zorgverleners kunnen verschillende maatregelen nemen om agressie te beheersen en daarmee het risico op agressief gedrag terug te dringen. Vrijwel alle ggz-instellingen hebben hiermee inmiddels een begin gemaakt. Maar nu staan zij voor een volgende uitdaging: het analyseren en daadwerkelijk aanpakken van oorzaken.

## 1.1 LANDELIJKE AFSPRAKEN

Systematisch investeren in agressiereductie is niet vrijblijvend.

### Arbeidsomstandigheden wet

In de Arbowet is vastgelegd dat medewerkers recht hebben op een veilige werkomgeving. De Inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) ziet hierop toe. In de Arbo catalogus staat beschreven wat een werkgever moet doen om de veiligheid van medewerkers te garanderen. De Arbo catalogus vormt het toetsingskader van de Inspectie SZW. Wanneer een ggz-instelling niet voldoet aan de afspraken in de Arbo catalogus of onvoldoende maatregelen heeft getroffen die minimaal hetzelfde beschermingsniveau garanderen, dan kan de Inspectie SZW van de instelling eisen om deze zaken alsnog op orde te brengen. De Arbo catalogus voor ggz-instellingen is bedoeld voor werkgevers en werknemers om zo gezond en veilig mogelijk te kunnen werken. In de Arbo catalogus ggz zijn afspraken opgenomen over het terugdringen van agressie en geweld tegen personeel. Ggz-instellingen zijn verplicht op dit terrein actief beleid te voeren. In de Arbo catalogus ggz (versie 2013) is vastgelegd dat agressie incidenten moeten worden geregistreerd, geanalyseerd en dat er vervolgens verbetermaatregelen moeten worden getroffen om herhaling te voorkomen. De Inspectie SZW ziet hierop toe.

### Kwaliteitswet zorginstellingen

Sinds 2012 houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op het veiligheidsmanagementsysteem van ggz-instellingen. Ggz-instellingen die niet systematisch veiligheidsincidenten registreren en analyseren, worden hierop aangesproken door de IGZ.

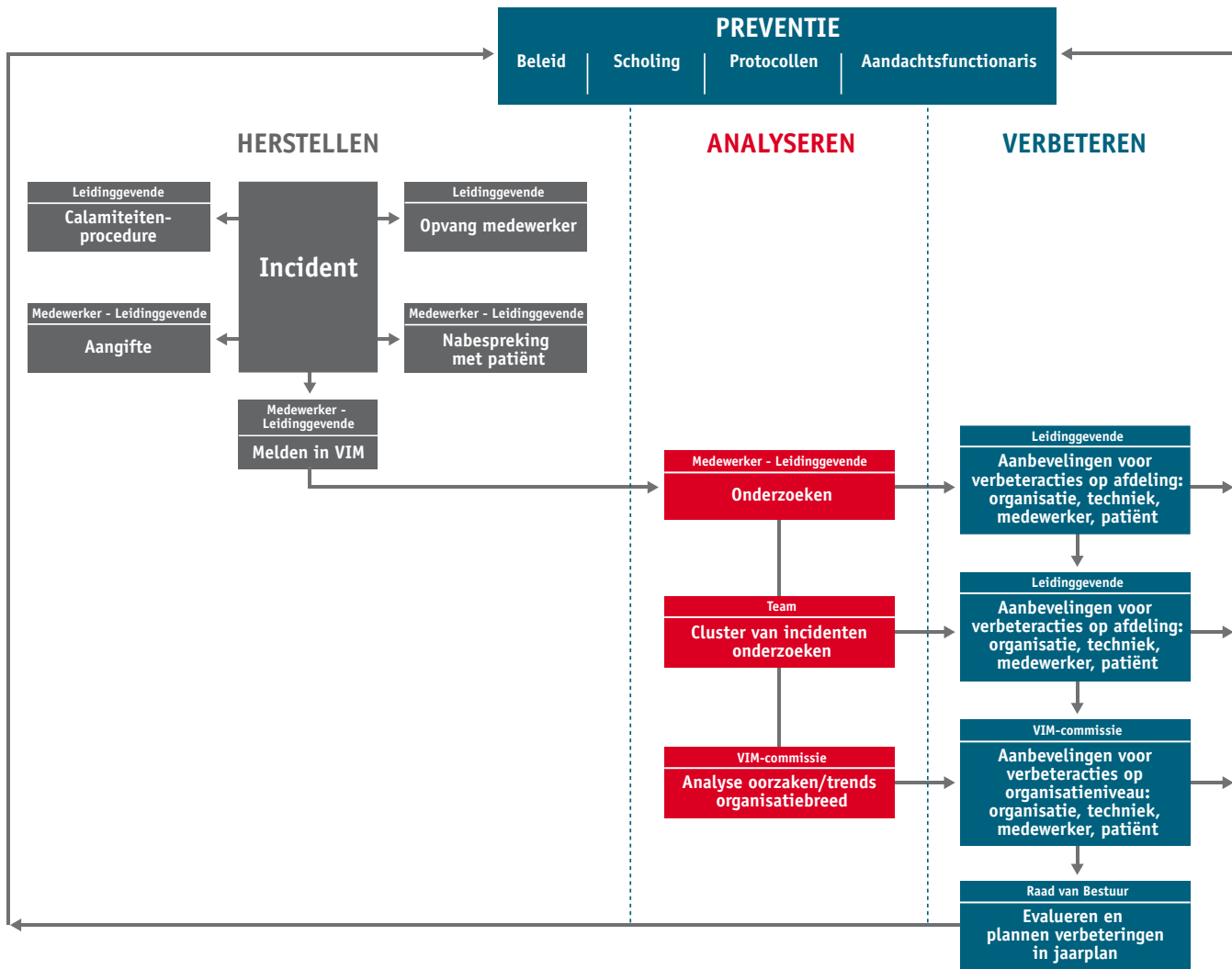
## 1.2 AGRESSIE BENADEREN VANUIT DE PRINCIPES VAN EEN VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) zijn ggz-instellingen in staat continue risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en beleid vast te leggen, te evalueren en aan te passen<sup>2</sup>. Het tegengaan van agressie is een van de speerpunten van het VMS in de ggz. Het veilig incidenten meldsysteem (VIM) maakt deel uit van het VMS. Met het VIM-systeem kunnen instellingen op eenvoudige wijze de aard en omvang van alle incidenten in kaart brengen, analyses maken en toetsen of verbetermaatregelen effect hebben.

**Agressie incidenten worden het vaakst gemeld in het VIM-systeem van ggz-instellingen.**

Na een incident of een onveilige situatie moeten de volgende stappen worden gezet: herstellen, analyseren en verbeteren. Hieronder meer over wat er bij elk van deze stappen centraal staat.

<sup>2</sup> In deze reeks is een aantal anderen handreikingen verschenen waarin verschillende aspecten van een veiligheidsmanagementsysteem aan bod komen, zoals de *Handreiking Veilig incidenten melden*, de *Handreiking Risicomanagement in de ggz* en de *Handreiking Veiligheidscultuur*. Deze handreikingen zijn beschikbaar op [www.veiligezorgederszorg.nl](http://www.veiligezorgederszorg.nl).





### 1.2.1 Stap 1: Herstellen

Direct na het incident staat het beheersen van de situatie voorop. Doel is de schade van het incident zo veel mogelijk te beperken of te herstellen en directe aanleidingen en zichtbare oorzaken weg te nemen. In deze eerste fase zijn met name de betrokken medewerker(s) en de direct leidinggevende aan zet. Bijvoorbeeld bij het nemen van aanvullende maatregelen, zoals het regelen van opvang. Soms kan ook een melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de Inspectie SZW nodig zijn. Deze fase wordt afgesloten met een VIM-melding.

### 1.2.2 Stap 2: Analyseren

Na een melding start het onderzoek naar de factoren die hebben bijgedragen aan het incident. Dit vergt de nodige kritische zelfreflectie van medewerkers en leidinggevendenden. Ook vindt in deze fase onderzoek plaats naar vermijdbare, structurele oorzaken. Dit onderzoek kan plaatsvinden in teamverband en/of worden uitgevoerd door de VIM-commissie. Deze fase wordt afgesloten met een aanbeveling voor verbeteringen, zodat tekortkomingen kunnen worden verholpen.

### 1.2.3 Stap 3: Verbeteren

Op basis van de aanbevelingen gaan vervolgens verbetertrajecten van start om vermijdbare en structurele oorzaken van veiligheidsproblemen aan te pakken. Dit is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van het management van de betrokken organisatorische eenheid. Het is mogelijk dat verbeterplannen vanwege andere prioriteiten of schaarste van middelen terzijde worden gelegd. In dat geval is het van belang de argumentatie hiervoor vast te leggen. Afgewezen of uitgestelde verbeterplannen worden gemonitord door een hoger managementniveau.

### 1.2.4 Preventie

Behalve te reageren op gemelde incidenten (retrospectief) kunnen ggz-instellingen ook proactief maatregelen nemen om agressie incidenten te voorkomen (prospectief). Hierbij gaat het vaak om organisatorische maatregelen, zoals het vaststellen van beleid en protocollen, het (bij)scholen van medewerkers en het aanstellen van een aandachtfunctionaris agressie.

# 2

## AGRESSIEMODEL: VIER CRUCIALE FACTOREN

Bij de evaluatie van agressie incidenten wijzen hulpverleners vaak in eerste instantie op het ziektebeeld van de patiënten, de impulsiviteit van patiënten en/of op hun alcohol- of druggebruik. Daarbij denken hulpverleners vaak dat er nauwelijks iets kan worden veranderd aan de verbale en fysieke agressie van patiënten. Maar klopt het dat agressie incidenten vooral te herleiden zijn tot de problematiek van de patiëntenpopulatie in de ggz?

Om agressie te begrijpen en te beïnvloeden, is het belangrijk om *alle* factoren die hieraan hebben bijgedragen in kaart te brengen. Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat agressie kan samenhangen met heel verschillende zaken:

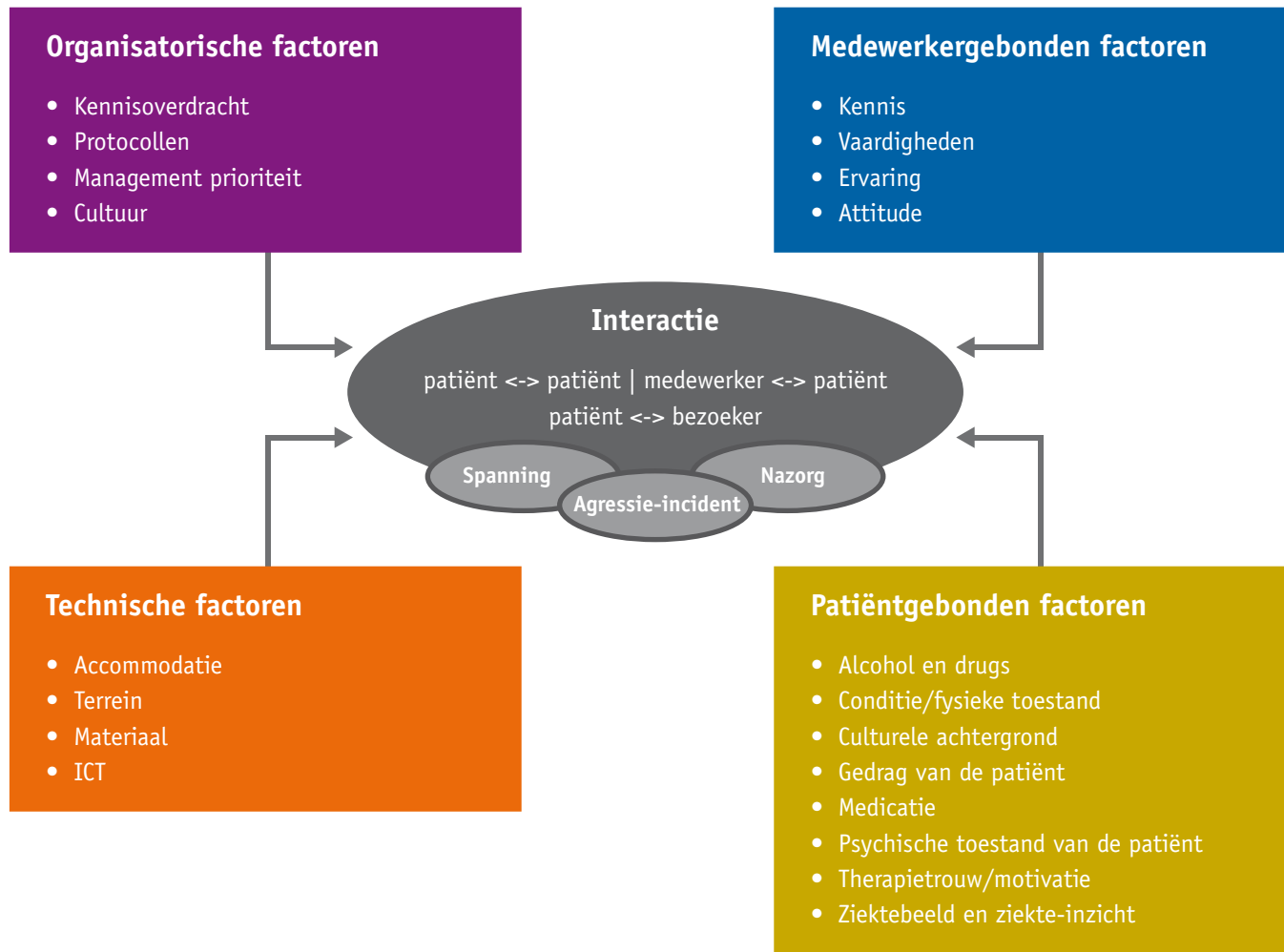
- Tijdstippen: tijdstip van de dag ('s nachts/overdag, overdracht moment), tijdstip in de week (voor /na weekend/verlof).
- Omgevingsfactoren: mate waarin overzicht kan worden gehouden binnen een gebouw, afstanden op een afdeling, mate van privacy voor patiënten, de mate van bewegingsvrijheid van patiënten.
- Omstandigheden: mate van onrust op de afdeling, de personeelsbezetting, de ervaring/deskundigheid van medewerkers.
- Interactie: irritatie tussen patiënten onderling, controlerende stijl van verpleegkundigen, provoceren, negeren of onderbreken van patiënten, het niet nakomen van afspraken, patiënten overvragen.
- Behandelmomenten: beperkende maatregelen, verandering van medicatie, patiënt korter dan twee dagen opgenomen.
- Patiëntkenmerken: mannelijk, leeftijd tussen 20-39, psychopathologie: paranoïde schizofrenie, organisch hersensyndroom, dementie/alzheimer.

**Een agressie incident is vrijwel nooit het gevolg van één enkele tekortkoming of gebeurtenis. Aan een incident gaat heel vaak een keten van gebeurtenissen vooraf, die samen uiteindelijk leiden tot agressief gedrag. Het onderzoek is gericht op het vinden van die oorzaken, niet om het aanwijzen van een schuldige.**

In totaal zijn er vier factoren die kunnen meespelen bij agressie:

- Organisatorische factoren: omstandigheden of voorwaarden die op organisatieniveau niet of onvoldoende geregeld zijn.
- Technische factoren: tekortkomingen van apparatuur, hulpmiddelen, inrichting of staat / ligging van een gebouw.
- Medewerker gebonden factoren: interventies van medewerkers.
- Patiënt gebonden factoren: (gedrags)kenmerken van patiënten, interactie tussen patiënten.

### Agressiemodel: vier clusters van factoren<sup>3</sup>



Dit model maakt inzichtelijk dat patiënt gebonden factoren slechts één van de vier triggers zijn voor agressie incidenten. Agressief gedrag ontstaat niet alleen door iets wat mensen voelen of denken. Het kan ook ontstaan door interactie met hulpverleners of mede

patiënten, door de wijze waarop zaken zijn georganiseerd of door omstandigheden die stress opleveren. Risico verhogende factoren hebben dus zowel te maken met de persoon die de agressie uit als met de fysieke en sociale omstandigheden waarin hij of zij verkeert.

<sup>3</sup> Dit model combineert theoretische beschouwingen op agressie (zie literatuurlijst) en Het Eindhovens classificatiemodel (zie bijlage 2).

**Agressie kan door verschillende factoren worden getriggerd. Dat betekent dat er verschillende aangrijpingspunten zijn om agressie incidenten terug te dringen.**

Om agressie incidenten terug te dringen, is het zaak zicht te krijgen op de directe en indirecte oorzaken. Dat totaaloverzicht is essentieel om te voorkomen dat verschillende kleine risico's uiteindelijk samen tot een onacceptabel groot veiligheidsrisico leiden. Het bovenstaande model biedt hulpverleners objectieve criteria waarmee zij met elkaar incidenten kunnen onderzoeken. Bovendien biedt het model hen een breed arsenaal aan interventies waarmee zij het risico op agressie incidenten kunnen terugdringen. Dat kan zowel vooraf (prospectief) als achteraf nadat een incident heeft plaatsgevonden (retrospectief).

# STAP 1: HERSTELLEN

Direct na een incident staat het beheersen van de situatie voorop. Doel is de schade van het incident zo veel mogelijk te beperken of te herstellen en directe aanleidingen en zichtbare oorzaken weg te nemen. Deze fase wordt afgesloten met een VIM-melding.

## 3.1 EVALUEER HET INCIDENT

Een agressie incident kan ingrijpend zijn voor alle betrokkenen. Meestal zijn de gevolgen beperkt, maar soms is er ook sprake van letsel en materiële of immateriële schade. Daarom is het belangrijk om elk incident met alle betrokkenen na te bespreken.

### 3.1.1 Met medewerkers nabespreken

Betrokkenheid bij een agressie incident kan leiden tot een gevoel van onveiligheid bij medewerkers. Daarom is het belangrijk dat medewerkers meteen na een agressie incident worden opgevangen door collega's en hun leidinggevende, zodat zij hun verhaal kwijt kunnen. Het afdelingsmanagement biedt hierbij ondersteuning en ziet erop toe dat er ondersteuning wordt geboden door het bedrijfsopvangteam.

### 3.1.2 Met medepatiënten nabespreken

Patiënten die getuige zijn van een agressie incident kunnen te maken krijgen met gevoelens van onveiligheid. Het is van belang dat medewerkers zich hiervan bewust zijn en na een incident snel in actie komen. Zij kunnen patiënten hierbij:

- Ruimte bieden om te ventileren
- Ingaan op mogelijke gevoelens van onveiligheid

#### STEL DE VOLGENDE VRAGEN AAN HULPVERLENERS TIJDENS HET NABESPREKEN VAN EEN AGRESSIE INCIDENT:

- Hoe heb je de situatie ervaren?
  - Ben je tevreden over de inschatting van de situatie?
  - Heb je signalen gemist voorafgaand aan het incident?
  - Hoe was je rol als regienemer/ houder of deelnemer?
  - Hoe verliep de communicatie?
  - Hoe verliep het handelen?
  - Wat ging er goed en wat kan er beter?
- Afdelingsregels toelichten
  - Verduidelijken hoe op de afdeling stapsgewijs wordt ingegrepen bij dreigende agressie
  - Informeren over mogelijke reacties, zoals slechter slapen, schrikken van harde geluiden of spanningshoofdpijn
  - Wijzen op de mogelijkheid een klacht in te dienen of aangifte te doen
  - Aanbieden dat zij altijd op het incident kunnen terugkomen om er over door te praten.

**STEL DE VOLGENDE VRAGEN AAN PATIËNTEN  
BIJ HET NABESPREKEN VAN EEN AGRESSIE  
INCIDENT:**

- Hoe heb je de situatie ervaren?
- Wat was je eigen inschatting van de situatie?
- Hoe verliep de communicatie?
- Hoe verliep het handelen?
- Heb je behoefte aan extra ondersteuning?
- Wat ging goed?

**3.1.3 Met de patiënt nabespreken**

Zodra de veroorzaker van het incident weer aanspreekbaar is, bespreekt de hulpverlener het incident met deze patiënt. Hierbij kan aan de orde komen hoe de patiënt de situatie heeft ervaren en wat er meespeelde. Op grond van dit gesprek kan het behandelplan zo nodig worden aangepast. Deze nabespreking met de patiënt is cruciaal om een goed beeld te krijgen van alle omstandigheden en risicofactoren die tot het incident hebben geleid. Vaak zijn er gedurende de dag al zaken voorgevallen die frustraties hebben gevoed, zoals onvoldoende aandacht, geen toegang tot bepaalde ruimtes, bezoek dat niet kwam opdagen, een hulpverlener die niet op de afgesproken tijdstip beschikbaar was etc. Deze gezamenlijke terugblik met de patiënt kan via een open gesprek, maar ook aan de hand van een standaard gespreksformulier.

## AGRESSIE – EVALUATIE FORMULIER

In te vullen voorafgaand aan het gesprek met de cliënt:

1. Incident - nummer (SOAS-nummer): .....
2. Naam van de medewerker tijdens nabespreking: .....
3. Was de medewerker getuige van het te bespreken incident?  Ja  
 Nee

4. Korte beschrijving van het incident (bij voorkeur door een medewerker die aanwezig was bij het incident):

Datum incident: .. - .. - .....

Tijdstip incident: .. : .. uur

.....  
.....  
.....

In te vullen tijdens het gesprek met de cliënt

*Beschrijf wat er gebeurd is aan de cliënt. Vermeld waar en wanneer het incident zich voordeed, welke gedragingen als agressief of bedreigend werden ervaren en welke gevolgen dit had voor de medewerker of andere betrokkenen. Leg uit waarom (eventuele) maatregelen genomen moesten worden en beantwoord eventuele vragen van de cliënt over het incident.*

5. Kan de cliënt zich het incident nog herinneren?  Cliënt herinnert zich het voorval nog  
 Cliënt herinnert zich het voorval niet meer  
(sla volgende vraag over)
6. Wat was volgens de cliënt de aanleiding tot het agressieve gedrag?

.....  
.....

7. Hoe kunnen dit soort situaties - volgens de cliënt - in de toekomst worden voorkomen?

Voorbeelden: Kan de cliënt op een andere manier aangeven dat hij of zij het ergens niet mee eens is? Kan de cliënt aangeven wanneer hij of zij het moeilijk krijgt? Kan de cliënt zich wellicht even terugtrekken in dergelijke situaties om tot rust te komen? Zou de hulpverlener bepaalde zaken anders moeten aanpakken volgens de cliënt? Heeft de cliënt andere hulp nodig om te voorkomen dat een dergelijke situatie ontstaat?

.....  
.....

8. Zijn er afspraken gemaakt?:  Nee  
 Ja, namelijk

.....  
.....

## 3.2 STIMULEER MELDEN EN REGISTEREN

Vrijwel dagelijks zijn er patiënten en zorgverleners die zich bedreigd voelen of te maken krijgen met verbale of fysieke agressie. Dat heeft een grote impact op alle betrokkenen en het behandelklimaat. Soms lijkt het wel alsof agressie er 'gewoon' bij hoort en we agressie incidenten in de ggz voor lief moeten nemen. Dat is echter niet de insteek van deze handreiking. Hier gaan we ervan uit dat agressie incidenten in veel gevallen zijn terug te voeren op aanwijsbare oorzaken. Om daarachter te komen is het belangrijk dat agressie incidenten worden gemeld.

### TIP

Stimuleer dat *alle* agressie incidenten worden gemeld in het VIM-systeem volgens de definitie in de hoofdclassificatie (zie H1/pag 6). Alleen zo ontstaat goed zicht op de aard en omvang van agressie in de organisatie.

### 3.2.1 Bespreek onveiligheidsgevoel

Het is mogelijk dat het werkelijke aantal agressie incidenten hoger ligt dan het aantal gemelde incidenten in het VIM-systeem. Bovendien geven cijfers uit registraties of vragenlijsten soms een vertekend beeld van de sfeer in een team of organisatie. Daarom is het zinvol regelmatig de gevoelens van onveiligheid te peilen. Dat kan periodiek op teamniveau, individueel tijdens functioneringsgesprekken of algemeen met behulp van bijvoorbeeld verslagen van exitgesprekken, medewerkers-tevredenheidsonderzoeken, RI&E en klanttevredenheidsonderzoeken. Daarnaast is het raadzaam om tijdens individuele gesprekken met patiënten en medewerkers regelmatig expliciet te informeren naar hun gevoel van veiligheid. Wanneer deze

gevoelens onbesproken blijven bestaat namelijk een grote kans dat agressie incidenten minder vaak worden gemeld en geregistreerd.

### 3.2.2 Meld alle agressie incidenten in het VIM-systeem

In sommige instellingen wordt alleen melding gemaakt van ernstige agressie incidenten of een reeks van incidenten, terwijl minder ernstige incidenten niet worden geregistreerd. Om goed zicht te krijgen op de omvang, aard en oorzaken is het echter van groot belang dat *alle* incidenten worden gemeld én geregistreerd in het VIM-systeem. Stimuleer daarom dat medewerkers zowel grote als kleine incidenten melden.

Het is belangrijk dat medewerkers zien wat er met hun meldingen wordt gedaan. Als dat onduidelijk blijft, zullen medewerkers het melden en registreren als administratieve last ervaren en zich niet realiseren dat dit kan bijdragen aan betere en veiligere zorg.

Binnen ggz-instellingen is bepaald welk type incidenten en gegevens in het VIM-systeem worden geregistreerd. De meeste ggz-instellingen werken met een specifiek meldformulier voor agressie incidenten. Dit meldformulier zit in het digitale meldsysteem. Er zijn ook ggz-instellingen die werken met SOAS-R. Veel digitale meldsystemen bieden de mogelijkheid om in vrije tekstvelden het incident te beschrijven.

Om een goede analyse te kunnen maken van het agressie incident, moet op het meldformulier zoveel mogelijk informatie worden gegeven over de toedracht van het incident; zowel over de directe aanleiding als over de gebeurtenissen die indirect hebben bijgedragen aan het ontstaan van het incident.



### 3.2.3 Betrek patiënten bij melden en registreren

Ook voor patiënten kunnen agressie incidenten leiden tot gevoelens van onveiligheid. Daarom is het belangrijk dat zij en hun naasten de mogelijkheid hebben om agressie incidenten te melden. Hiervoor zijn verschillende vormen mogelijk: van een afdelingsschrift tot een digitaal meldsysteem. In de *Handreiking Signaleren en melden van onveiligheid door cliënten en naasten* staat een overzicht van verschillende methoden die hierbij kunnen worden gebruikt. Deze handreiking is beschikbaar op de website [www.veiligezorgieterszorg.nl](http://www.veiligezorgieterszorg.nl).

### 3.2.4 Geef de melding een vervolg

Tot slot nog een algemene aanbeveling. Geef de direct leidinggevende een belangrijke rol bij het herstellen van het incident, het onderzoek en de analyse. Meldingen vinden doorgaans plaats op het niveau van de directe werkomgeving van de melder. Op dit team- of afdelingsniveau is de meeste betrokkenheid te verwachten. Bovendien is daar vaak de meeste kennis aanwezig over plaatselijke omstandigheden. Die kennis kan goed worden gebruikt bij de analyse en het bedenken van verbetermaatregelen.

## TIPS

Neem in ieder geval de volgende aspecten op in meldingen:

- Het soort incident: schelden, dreigen, manipuleren, slaan, schoppen, bijten, prikken, steken, intimideren, met spullen gooien, spugen, discrimineren, pesten, treiteren, belachelijk maken, duwen, trekken, seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- De ernst van het incident: fataal, zeer ernstig, ernstig, minder ernstig, bijna-incident;
- De locatie, de dag en het tijdstip waarop het incident plaatsvond;
- De kenmerken van de veroorzaker van het incident: sekse, leeftijd, opnameduur, ziektebeeld, wel/niet beperkende maatregelen, eventuele juridische status;
- De kenmerken van de getroffen(e)n: sekse, leeftijd, medepatiënt / medewerker / bezoeker;
- De roosterkenmerken: bezetting en mate van aanwezige deskundigheid;
- Een schets van de situatie: aanleiding, sfeer, andere bijzonderheden.

# 4

## STAP 2: ANALYSEREN

Na de eerste evaluatie van het incident is het belangrijk om te onderzoeken welke factoren aan het agressie incident hebben bijgedragen. Daarbij moet ook een inschatting worden gemaakt op de kans op herhaling. De focus ligt hierbij niet op het vinden van een schuldige, maar op het inzichtelijk maken van het geheel aan oorzaken. Op basis van dit onderzoek kunnen afgewogen maatregelen worden genomen.

Voor het maken van een goede analyse is het essentieel dat er zoveel mogelijk feitelijke informatie wordt verzameld. Start daarom na een melding met een inventarisatie van alle factoren die hebben bijgedragen aan het incident. Dit vergt kritische zelfreflectie van de betrokken medewerkers en leidinggevenden. Dit onderzoek kan op teamniveau samen met medewerkers worden uitgevoerd en/of door de VIM-commissie. In elk geval is hierbij een belangrijke rol weggelegd voor de direct betrokken leidinggevende. Hij of zij kan tijdens een teamoverleg een ernstig agressie incident of een cluster van incidenten samen met de betrokken medewerkers nabespreken en analyseren, of aan de VIM-commissie vragen om dit te doen.

### 4.1 BESTAANDE METHODEN OM AGRESSIE INCIDENTEN TE ANALYSEREN

Er zijn verschillende methoden om incidenten grondig te analyseren: PRISMA<sup>4</sup>, SIRE, en DAM. Voor meer informatie over deze methoden zijn de *Handreiking Veilig Incidenten Melden* en de *Handreiking Risicomanagement* beschikbaar op [www.veiligezorgiederszorg.nl](http://www.veiligezorgiederszorg.nl).

Bij PRISMA, SIRE, en DAM staat de zogeheten oorzakenboom centraal. Hiermee kunnen de basisoorzaken worden vastgesteld. Met deze methoden kan bovendien worden gezocht naar verbeteracties en -maatregelen. Een ggz-instelling kan zelf kiezen voor een van deze methoden. Van belang is dat de volgende stappen worden doorlopen:

- Benoem het incident
- Bepaal de directe en indirecte oorzaken van de gebeurtenis
- Bepaal de basisoorzaken van de gebeurtenis als er geen objectieve feiten meer te benoemen zijn bij de vraag waarom het is misgegaan

<sup>4</sup> Prisma en Prismalight zijn gebaseerd op het Eindhovens classificatiemodel. Het Eindhovens classificatiemodel is een model voor de beschrijving van incidenten en classificatie van oorzaken, dat goed bruikbaar is voor de zorg. Zie bijlage 2.

- Classificeer de basisoorzaken in technische, organisatorische, medewerker- en patiënt-gerelateerde oorzaken
- Bepaal voor iedere geclassificeerde oorzaak of er actie ondernomen dient te worden.

Al de genoemde methoden zijn tamelijk tijdrovend. Bovendien moeten medewerkers hiervoor opgeleid worden. Daarom passen veel ggz-instellingen Prismalight toe, een vereenvoudigde vorm van PRISMA. Bij Prismalight worden echter niet alle bovenbeschreven stappen grondig doorlopen. Hierdoor bestaat het risico dat niet alle kernoorzaken boven tafel worden gehaald.

Het grondig analyseren van incidenten vraagt niet alleen om een specifieke (zelf)reflecterende attitude, maar ook om een veilige cultuur. Daarnaast vergt het de nodige tijd. Dat staat vaak op gespannen voet met de dynamiek van het dagelijks werk.

Verder blijkt dat op afdelingsniveau niet altijd alle benodigde bedrijfskennis aanwezig is om de basisoorzaken van incidenten te kunnen achterhalen. Daarom is het raadzaam om de VIM-commissie te betrekken bij uitgebreide retrospectieve analyses. Zo kan de kennis van deskundigen uit de gehele organisatie, zoals materiedeskundigen, een Arbo coördinator, ervaringsdeskundigen/een cliëntvertegenwoordiger worden ingezet bij de analyses. Verder kunnen VIM-commissies (mede) bepalen welke risico's direct moeten worden aangepakt en welke risico's als acceptabel moeten worden beschouwd. De VIM-commissie kan tenslotte ook een advies uitbrengen over normen: binnen hoeveel tijd moet een bepaalde oorzaak bijvoorbeeld met een bepaald percentage teruggedrongen zijn.

## TIP

Het uitvoeren van grondige retrospectieve analyses is vooral aan te bevelen bij agressie incidenten die een grote impact hebben op de instelling.

## 4.2 NIEUWE GEBRUIKSVRIENDELIJKE ANALYSEMETHODE VOOR TEAMS

Het is raadzaam om op teamniveau structureel agressie incidenten te analyseren, ook al wordt daarnaast de VIM-commissie ingezet voor het analyseren van incidenten. Dat 'bijt' elkaar niet!

Het bespreken van incidenten is voor professionals niet altijd even vanzelfsprekend. Toegeven dat er bij het uitvoeren van de zorg misschien iets niet goed is verlopen, is voor hen niet altijd gemakkelijk; zelfs als zij daar zelf niets aan konden doen en de oorzaak elders ligt. Om het gesprek over incidenten goed te laten verlopen, is het in elk geval van belang dat er niet naar een schuldige wordt gezocht. Ook mogen er aan het gesprek geen sancties verbonden worden voor individuele medewerkers. Wat de ene medewerker overkomt, kan de ander namelijk net zo goed overkomen.

Het bespreken van incidenten in teams heeft meerdere functies. Allereerst komt zo het veiligheidsgevoel systematisch aan de orde. Daarnaast kan de bespreking extra informatie opleveren over de toedracht en omstandigheden waarin agressie incidenten hebben plaatsgevonden. Bovendien leiden de registraties, analyses en teambesprekingen tot extra inzicht in de oorzaken en risicofactoren, zodat het team hierop kan anticiperen.

## DE KAARTENSET KAN BIJ HET ANALYSEREN VAN AFZONDERLIJKE AGRESSIE INCIDENTEN ALS VOLGT WORDEN GEBRUIKT:

- Betrokkene(n) brengen met de direct leidinggevende aan de hand van de VIM-melding de situatie rondom een agressie incident in kaart.
- Hierbij benoemen zij mogelijke knelpunten die meegespeeld hebben; hierbij gaat het niet zozeer om de agressieve uiting, maar vooral om de gebeurtenis(sen) die aan het incident voorafging(en). Centrale vraag hierbij: wat ging er mis?
- Selecteer uit de stapel de kaarten met triggers die betrekking hebben op het agressie incident. Stel hierbij de vraag: waardoor vond dit agressie incident plaats?
- Herhaal deze vraag een aantal keren. Zo worden waarschijnlijk meerdere oorzaken genoemd, en dus verschillende kaarten getrokken.
- Leg op het scoreformulier vast welke kaarten getrokken zijn.
- Maak met elkaar een inschatting van de kans op herhaling: dit is de risicotaxatie.
- Bespreek welke maatregelen er genomen moeten worden om de oorzaken weg te nemen en geef daarbij waar nodig aan welke maatregelen prioriteit hebben.
- Bekijk welke vakjes niet zijn aangekruist, en benoem in het verlengde hiervan de dingen die wel goed gaan.

Omdat de hierboven beschreven methoden vrij tijdrovend zijn en specialistische kennis vereisen, is bij deze handreiking een nieuw instrument ontwikkeld om agressie incidenten op teamniveau *blamefree* te kunnen analyseren: de Agressie analyse kaartenset. De gedachte achter deze kaartenset is dat het letterlijk zorgt voor beweging in het gesprek. Hierdoor ontstaat er geen statische opstelling van vragensteller en ondervraagde. De kaartenset kan worden gebruikt om een afzonderlijk incident te analyseren, maar ook om een cluster van incidenten te onderzoeken.

Er is relatief veel wetenschappelijke kennis beschikbaar over factoren die bijdragen aan agressie incidenten in de klinische setting. In de kaartenset zijn daarom vooral triggers beschreven die in de klinische setting voorkomen. De kaartenset kan echter ook worden gebruikt in een ambulante setting.

### 4.2.1 De agressie analyse kaartenset

De kaartenset bestaat uit 38 kaarten. Op de ene kant van de kaarten staan triggers vermeld, op de andere kant staan hiervan de oorzaken en suboorzaken vermeld. De set is gebaseerd op het Eindhovens Classificatiesysteem. De oorzaakcategorieën en subcategorieën hebben elk een eigen kleur.

Na een agressie incident bestaat het risico dat er blikvernaauwing optreedt bij een betrokken medewerker waarbij een enkele aanleiding gezien wordt als de trigger van het incident.

Door de hoeveelheid kaarten worden medewerkers geprikkeld hun blikveld te verruimen en worden ze zich meer bewust van het aantal verschillende én beïnvloedbare factoren die kunnen leiden tot agressie incidenten.



## GEbruik DE AGRESSIE ANALYSE KAARTENSET. DAT HEEFT MEERDERE VOORDELEN!

- Het biedt een gezamenlijk denkraam om agressie incidenten te beschouwen
- Het structureert het gesprek over incidenten
- Het vergemakkelijkt het objectiveren van subjectieve ervaringen
- Het maakt het mogelijk om incidenten op een systematische en uniforme manier te beschouwen
- Het helpt te 'ontschuldigen': doorgaans is het incident niet veroorzaakt door een enkele factor maar door een cluster van factoren
- Het biedt aanknopingspunten voor corrigerende maatregelen en preventieve maatregelen
- Het bevordert het lerend vermogen in de organisatie
- Het stimuleert de veiligheidscultuur in de organisatie.

### De 'spelregels'...

Een medewerker en leidinggevende, een team medewerkers, of een medewerker en patiënt kunnen elk kaarten uit de stapel halen die volgens hen het meest van toepassing zijn op het betreffende incident. Deze kaarten worden op tafel gelegd. Vervolgens worden ze omgedraaid. Doordat de verschillende oorzaken een eigen kleur hebben, wordt in één oogopslag duidelijk welke factoren hebben bijgedragen aan het ontstaan van het agressie incident. Vervolgens worden de nummers van de kaarten aangekruist op het scoreformulier. Omdat de kaartenset niet uitputtend is, kunnen op het scoreformulier ook andere triggers worden toegevoegd. Nadat een aantal incidenten op deze manier is besproken en onderzocht, blijkt vanzelf of bepaalde kaarten relatief vaak worden getrokken. Die kaarten vormen het startpunt van verbeterplannen of -maatregelen om veel voorkomende oorzaken weg te nemen.

### 4.2.2 Cluster van meldingen analyseren

Het kan goed werken om in een team regelmatig een cluster van meldingen te analyseren. Dat kan steekproefsgewijs, door selectie van een bepaald subtype melding (zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag), meldingen in een bepaalde periode of op basis van de risicomatrix. Zo krijgt het team meer zicht op veel voorkomende triggers van agressie incidenten op de afdeling. In bijlage 1 staat een voorbeeld van een ingevuld scoreformulier van drie incidenten.

#### TIP

Zorg ervoor dat het onderzoeken van agressie incidenten wordt ingebouwd in de werkroutine van medewerkers, bijvoorbeeld aan het eind van de dienst.

### **BIJ HET ANALYSEREN VAN EEN CLUSTER AGRESSIE INCIDENTEN KAN DE KAARTENSET ALS VOLGT WORDEN GEBRUIKT:**

- Verzamel circa acht meldingen die aan de hand van de agressie analyse kaartenset zijn onderzocht.
- Kijk welke triggers vaak voorkomen.
- Bekijk of er 'rode draden' zijn in de meldingen, zoals kritische tijdstippen, gebouwkenmerken, of omstandigheden op de afdeling.
- Bekijk welke oorzaken relatief vaak voorkomen in het cluster van meldingen.
- Bekijk of de risicotaxatie (kans op herhaling) juist wordt ingeschat.
- Verwerk de conclusies in een overzichtelijke rapportage.
- Beleg een teamvergadering om de agressie incidenten gezamenlijk te bespreken.
- Presenteer de analyse aan het team. Besteed hierbij aandacht aan wat er goed gaat en wat er nog beter kan.
- Prioriteer welke oorzaken actie vereisen.
- Bespreek op welk domein veranderingen zijn te bewerkstelligen.
- Laat teamleden mogelijke oplossingen en beheersmaatregelen benoemen.

## **4.3 TRENDRAPPORTAGES OVER AGRESSIE INCIDENTEN**

Een VIM-commissie kan op basis van de VIM-meldingen en aan de hand van aanvullende informatiebronnen (zoals medewerker- en klanttevredenheidsonderzoeken, cultuurmetingen, RI&E, audits e.d.) trendanalyses maken van agressie incidenten. Ook ingevulde scoreformulieren van de agressie analyse kaartenset kunnen hierbij zeer bruikbaar zijn. Trendrapportages kunnen worden gemaakt op concern-, regio-, locatie- of afdelingsniveau.

Wat zijn zinvolle elementen in trendrapportages over agressie?

- Alle agressie meldingen per tijdperiode
- Onderverdeling naar type agressie
- Onderverdeling naar ernst van de incidenten
- Herhalingskans per type incident
- Veel voorkomende oorzaken
- Onderverdeling naar locaties / afdelingen / zorgtype
- Meldingsfrequentie per locatie
- Meldingsfrequentie per beroepsgroep
- Verloop van meldingen gedurende een tijdperiode

## TIPS voor VIM commissies

- Onderzoek oorzaken. Welke oorzaken worden vaak gesignaleerd in de teambesprekingen. Zijn deze oorzaken afdeling gebonden of komen ze bij meer afdelingen voor?
- Onderzoek het veiligheidsgevoel. Relateer de meldingsfrequentie aan de uitkomsten van het MTO en ziekteverzuim.
- Onderzoek de veiligheidscultuur. Relateer meldingen aan de veiligheidscultuur. Wat komt naar voren in MTO, VVB/IZEP/ComPaz?
- Onderzoek of er een verband is tussen meldingen en FTE (personeelsbezetting: formatie, bekwaamheid, senioriteit, sekse van de teamleden).
- Onderzoek lerend vermogen. Bekijk aan de hand van de teamanalyses of er verschuiving plaatsvindt in oorzaken. Worden oorzaken daadwerkelijk aangepakt met verbeterplannen? Zijn dit toetsbare en SMART geformuleerde plannen? En wordt er op toegezien of de verbeterplannen daadwerkelijk worden uitgevoerd?
- Onderzoek of Arbo maatregelen geïmplementeerd zijn.
- Adviseer over (instellingsbrede) verbetermaatregelen.
- Concludeer wat er goed gaat en wat beter moet.

# 5

## STAP 3: VERBETEREN

Wanneer de uiteenlopende oorzaken van een agressie incident bekend zijn, kan de volgende stap worden gezet. Nu kunnen beheersmaatregelen worden bepaald om de oorzaken weg te nemen en de kans op herhaling van soortgelijke incidenten te verkleinen.

Sommige oorzaken zijn makkelijker weg te nemen dan anderen. Daarom is het van belang een realistisch verbeterplan op te stellen met acties voor de korte en langere termijn. De verbeteracties en maatregelen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op het aanpassen van processen, het aanscherpen van

de veiligheidscultuur, het persoonlijk aanspreken van medewerkers of het volgen van trainingen. Verbeteracties hebben vaak betrekking op reeds bestaand beleid, procedures of afspraken die zijn opgenomen in het kwaliteitssysteem.

Overzicht van niet-patiëntgebonden beheersmaatregelen bij agressie incidenten

	Voorbeeld	Sterkte	
Type beheersmaatregelen	Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sloten op een deur om weglopen te voorkomen.</li> <li>• Keuze voor apparatuur die maar op één manier te bevestigen is.</li> </ul>	Maken de ongewenste gebeurtenis onmogelijk.
	Tijd en plaats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inrichting van het gebouw (geen donkere hoeken, voldoende verlichting).</li> <li>• Time-outkamers inrichten.</li> </ul>	Reduceren van omgevingsfactoren die bijdragen aan een ongewenste gebeurtenis.
	Administratief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agressieprotocollen en richtlijnen opstellen en invoeren.</li> <li>• Formulieren en registratiesystemen invoeren, zoals VIM.</li> </ul>	Reduceren menselijke fouten als oorzaak van een ongewenste gebeurtenis.
	Menselijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op tijd hulp inroepen.</li> <li>• Overdragen van zorg.</li> <li>• Elkaar aanspreken.</li> <li>• Opleiden en kennis delen, zoals agressie- en weerbaarheidstrainingen en intervisie.</li> </ul>	Afhankelijk van óf en hoe ze worden uitgevoerd.



Voor welk type beheersmaatregel een instelling kiest, hangt af van de omvang van het risico. Ook moet een kosten- en batenanalyse worden gemaakt. Centrale vraag hierbij is: wegen de tijdsinvestering, ingezette menskracht en kosten van de verbeteringen op tegen de impact van het risico?

Aandachtspunten bij het bepalen van verbeteracties:

- Het spreekt voor zich dat verbeteracties moeten aansluiten bij de gesignaleerde oorzaken.
- Met de verbeteracties moeten de risicofactoren worden teruggebracht tot een aanvaardbaar niveau.
- Het al dan niet nemen van beheersmaatregelen is afhankelijk van de grootte van het risico en van de risicohouding van de organisatie. Bij het bepalen van een passende risicoreactie kan een risicomatrix worden gebruikt.

- De maatregelen moeten proportioneel zijn en passen bij de omvang van het gesignaleerde risico of de dreiging in een specifieke situatie.
- De maatregelen moeten doeltreffend zijn en ook op een doelmatige manier worden geëffectueerd. Daarom is het van belang er op toe te zien hoe de maatregel wordt vormgegeven, beheerd en gecontroleerd.

Door beheersmaatregelen in te zetten, is de cirkel uit de figuur in H2/pag 8 rond.

## TIPS voor effectief verbeteren

- Het tegengaan van agressie staat of valt met een grondige analyse van de incidenten.
- Communiceer tijdig en helder waarom en waartoe verbetermaatregelen worden ingezet; dat motiveert medewerkers ermee aan de slag te gaan.
- Wees helder en duidelijk over de gesignaleerde oorzaken.
- Formuleer realistische verbetermaatregelen.
- Betrek ervaringsdeskundigen en cliëntvertegenwoordigers bij het bedenken en uitzetten van verbeteracties.
- Stel de beoogde veranderingen realistisch voor.
- Start op de afdelingen of teams waar agressiebeheersing het meest nodig is.
- Communiceer niet alleen bij aanvang en afronding van de implementatie, maar ook tussentijds over eerste resultaten: maak acties zichtbaar en markeer successen.
- Vraag regelmatig naar reacties en feedback van de medewerkers die met een nieuwe maatregel moeten werken.
- Ga na of medewerkers zich voldoende competent en gesteund voelen om anders te gaan werken.
- Biedt waar nodig extra informatie, steun of training aan.
- Erken en beloon motivatie en geleverde inspanningen.

## **5.1 CONTINU VERBETEREN: MEET EFFECTEN VAN VERBETERMAATREGELN**

Of organisaties nu prospectief of retrospectief werken bij het terugdringen van agressie, in beide gevallen is het zaak dat zij de effecten van de ingezette verbetermaatregelen meten. Het werkt goed om in een gegevensbestand de basisoorzaken van alle geanalyseerde agressie incidenten op te slaan, inclusief de verbetermaatregelen die hierbij zijn genomen. Zo is voor iedereen duidelijk welke beheersmaatregelen bij welk type oorzaak zijn genomen.

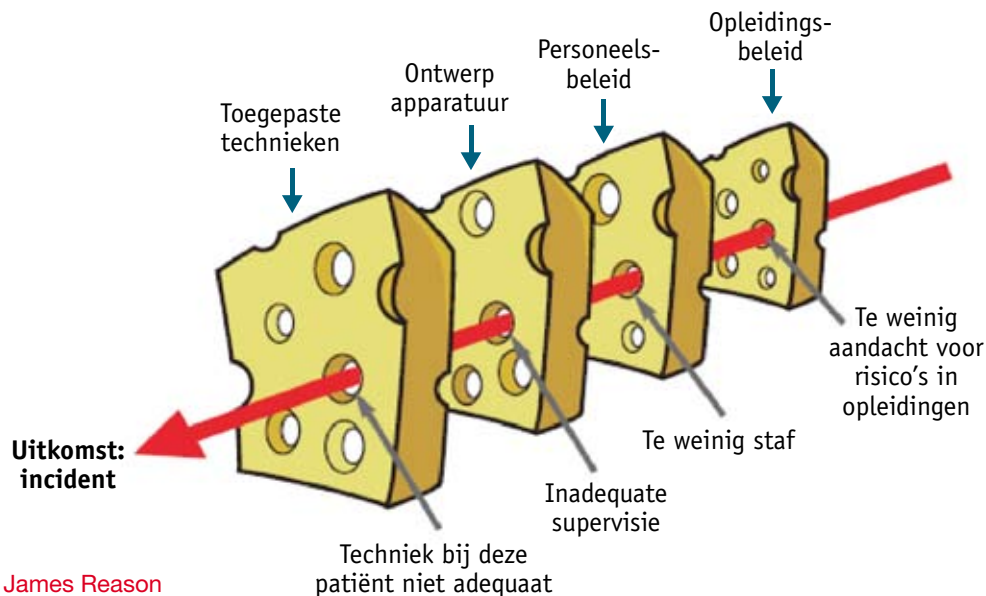
Na een bepaalde periode kan binnen de organisatie worden onderzocht of de genomen verbetermaatregelen effect hebben gehad. Bijvoorbeeld met een interne audit. Daarnaast kan aan de hand van de scoreformulieren van de agressie analyse kaartenset worden gekeken of er verschuivingen zijn opgetreden in de (basis)oorzaken. Door dit structureel te doen, geven ggz-instellingen concreet invulling aan het element Continu verbeteren van het VMS-systeem. Zij maken zo aantoonbaar in hoeverre de ondernomen veiligheidsactiviteiten inderdaad leiden tot een vermindering van het aantal agressie incidenten.

# PREVENTIE: ZORG VOOR VEILIGHEIDSBARRIERES

Instellingen kunnen na een agressie incident maatregelen nemen (retrospectief). Maar ze kunnen hierbij ook preventief te werk gaan (prospectief). In het laatste geval wordt nog voordat er een incident heeft plaatsgevonden onderzocht welk risico op agressie de organisatie loopt.

Dit risico wordt bepaald door een optelsom van uiteenlopende kwetsbaarheden of risicofactoren. De verschillende factoren die in de agressie analyse kaartenset staan beschreven, vormen allemaal afzonderlijke kleine risico's. Wanneer een aantal van deze risico's echter tegelijkertijd optreedt, kan dit leiden tot

een incident met ernstige gevolgen. Bij een prospectieve benadering worden al deze risico's geïnventariseerd en daarna preventief teruggedrongen. In feite worden zo dus veiligheidsbarrières ingebouwd. En hoe meer veiligheidsbarrières er zijn, hoe veiliger het wordt voor medewerkers en patiënten.



De plakjes gatenkaas uit bovenstaand model staan symbool voor veiligheidsbarrières. Voordat een reeks fouten leidt tot schade, moeten er meestal meerdere veiligheidsbarrières worden doorbroken. Bij incidenten is immers vrijwel altijd sprake van een ingewikkeld samenspel tussen meerdere factoren op organisatorisch, technische en menselijk niveau.

## 6.1 PROSPECTIEF RISICO'S INVENTARISEREN

Omdat er intern en extern voortdurend van alles verandert, zijn organisaties continu in beweging. Op afdelingen kan de patiëntenpopulatie of het medewerkersbestand bijvoorbeeld constant veranderen. Hierdoor kunnen ook de factoren die tot een agressie incident leiden veranderen. Tegen die achtergrond kunnen zorginstellingen besluiten om prospectief risico's te inventariseren. Het afdelingsmanagement heeft hier een belangrijke taak in, net als staffunctionarissen, zoals de Arbo coördinator en de kwaliteitsfunctionaris.

**Bij een prospectieve risico-inventarisatie van agressie incidenten moeten risico's integraal worden getaxeerd op individueel patiënt-, proces- en organisatieniveau.**

Er zijn verschillende instrumenten om vooraf risico's integraal in kaart brengen. Met deze instrumenten kan inzichtelijk worden gemaakt of er kwetsbaarheden in de organisatie zijn waardoor het risico op agressie incidenten groot is. Door het geheel aan risico's te beoordelen in hun onderlinge samenhang, ontstaat de mogelijkheid om gericht en proportioneel gepaste maatregelen te treffen, zorginhoudelijke en bedrijfsmatige belangen tegen elkaar af te wegen en 'in control' te blijven.

Op afdelingen waar regelmatig agressie incidenten voorkomen kan het heel nuttig zijn om een prospectieve risico analyse uit te voeren met medewerkers en cliëntvertegenwoordigers. Dat helpt niet alleen bij het maken van een goede risico-inschatting. Het geeft medewerkers ook het signaal dat zij serieus worden genomen.

ORGANISATORISCH NIVEAU	TECHNISCH NIVEAU	MEDEWERKER NIVEAU	PATIËNT NIVEAU <sup>5</sup>
Met deze interventies wordt in kaart gebracht welke omstandigheden of voorwaarden op procesniveau niet of onvoldoende geregeld zijn.	Met deze interventies wordt inzichtelijk gemaakt welke apparatuur, hulpmiddelen of huisvestingszaken risico's opleveren.	Met deze interventies wordt duidelijk welke risico's er spelen op professioneel handelings- en interactieniveau - tussen medewerkers of tussen patiënten en medewerkers.	Met deze interventies wordt zichtbaar welke risico's er spelen bij patiënten. Bij een individuele risicotaxatie wordt op basis van de diagnostiek een inschatting gemaakt van mogelijk agressief gedrag.
Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)	Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)	Team signaleringsplan	Brøset Violence Checklist
Audits (intern en extern)	Audits (intern en extern)	Incidentenmeldingen	Signaleringsplannen
Incidentenmeldingen	Incidentenmeldingen	Mewerkerstevredenheids-onderzoek (MTO)	Crisismonitor
Cultuuronderzoek (Compaz/IZEP/VVB)		Klanttevredenheidsonderzoek	Crisiskaarten
Vertrouwenspersoon		Vertrouwenspersoon	PVP
Mewerkerstevredenheids-onderzoek (MTO)			
Klanttevredenheids-onderzoek		Exitgesprekken	Notulen huiskamergesprekken
Evaluaties van opleidingsbeleid			Klachten
Veiligheidsscan			
Roosters			
Ziekteverzuimcijfers			

### Instrumenten voor risico-inventarisatie op verschillende niveaus

<sup>5</sup> In *Best Practises rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg* (VUMC/GGZ Nederland, 2011) zijn deze risicotaxatie instrumenten nader uitgewerkt. Deze publicatie is gratis te downloaden via [www.veiligezorggederszorg.nl](http://www.veiligezorggederszorg.nl).



# BIJLAGE 1

## DRIE VOORBEEDEN VAN ANALYSES MET DE KAARTENSET

### Incident I

Op een dagactiviteitencentrum staan vast twee medewerkers ingeroosterd. Door ziekte en opleiding is het de laatste weken een paar keer voorgekomen dat er maar één medewerker op de groep staat. De medewerker moet hierdoor noodgedwongen simpelere activiteiten aanbieden. De patiënten voelen zich hierdoor niet uitgedaagd waardoor er onderling irritatie ontstaat. Een patiënt scheldt een medepatiënt uit voor kutwif.

### Incident II

In de huiskamer ontstaat ruzie over de afstandsbediening. Patiënt A valt patiënt B aan. Patiënt B valt en loopt daarbij een kneuzing op. Tijdens het incident zit de groepsleiding in de verpleegpost. Sommige medewerkers zijn de laatste berichten op intranet aan het doornemen, anderen zijn dossiers aan het bijwerken.

Het aantal agressie incidenten is op deze afdeling het laatste half jaar gestegen. Volgens medewerkers hangt er een onveilige sfeer op de afdeling. Er verblijven veel patiënten die onaangepast gedrag vertonen. Medewerkers reageren daarop door zich terug te trekken in de verpleegpost. Hierdoor escaleert de onveiligheid op de afdeling. De instelling heeft niet vastgelegd wat de minimale bezetting en minimale deskundigheid op de afdeling moet zijn. Medewerkers kunnen zelf aangeven wanneer ze het te risicovol vinden en assistentie inroepen. Op deze afdeling gebeurt dat echter zelden, medewerkers kiezen voor andere strategieën.

### Incident III

In de binnentuin krijgt patiënt A forse klappen van patiënt B van een andere unit.

Er zijn vier units die toegang hebben tot deze binnentuin. Regelmatig is sprake van agressie incidenten in deze tuin. Bij twee units zijn drugs verboden, bij twee andere units wordt drugs gedoogd. De toegang tot de binnentuin wordt niet gecontroleerd. Hierdoor is de binnentuin een levendige avondmarkt voor allerlei genotsmiddelen.

## SCOREFORMULIER AGRESSIE ANALYSE KAARTENSET

Kaartnummer	TRIGGERS	incidentnummer VIM / datum	incidentnummer VIM / datum	incidentnummer VIM / datum	CONTRIBUERENDE FACTOREN AAN HET INCIDENT
		I	II	III	
1	Inwerkprogramma: nieuwe medewerkers worden niet ingewerkt en begeleid op specifieke afdelingen			III	KENNISOVERDRACHT
2	Er is geen agressie protocol aanwezig		X		
3	Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op gebied van agressie zijn onvoldoende vastgelegd				
4	<b>VIM systeem</b> a. Agressie incidenten worden niet structureel gemeld in het VIM-systeem b. Agressie incidenten worden niet uniform geregistreerd c. Agressie incidenten worden niet volgens een vaste methode geanalyseerd d. VIM-gegevens worden niet structureel teruggekoppeld aan team en directie				
5	<b>Formatie</b> a. De afdeling is onderbezet b. Er is geen goede mix en diversiteit van personeel op de afdeling: leeftijd, sekse, culturele achtergrond c. Onvoldoende deskundig en bekwaam personeel op de afdeling	X			ORGANISATORISCHE FACTOREN
6	<b>Beleid</b> a. Agressie staat niet structureel op de agenda van het team b. Agressie wordt niet integraal aangepakt c. Verbetermaatregelen worden niet doorgevoerd		X		
7	<b>Scholing</b> a. Er is geen budget voor scholing b. Scholing wordt niet periodiek ingepland		X		
8	Er is achterstallig onderhoud op de afdeling				
9	<b>Onveilige cultuur</b> a. Medewerkers ervaren dat zij worden afgeremd op de dingen die ze fout doen b. Medewerkers spreken elkaar niet aan op veiligheidsrisico's		X	X	CULTUUR
10	Er is geen structurele aandacht voor het effect van agressie incidenten op het functioneren van medewerkers	X	X		
11	<b>Accommodatie</b> a. Onoverzichtelijke accommodatie b. Weinig privacy voor patiënten c. Geluidsoverlast op kamers d. Weinig bewegingsruimte voor patiënten			X	
12	Onoverzichtelijk terrein			X	
13	<b>ICT</b> a. Software voldoet niet b. Gebruiksvriendelijk systeem			X	TECHNISCHE FACTOREN
14	<b>Materiaal defect</b> a. Alarmering functioneert niet b. (Buiten)lampen kapot c. Sloten/sleutels functioneren niet				
15	De afdeling is vull				
16	De handleiding is niet beschikbaar				
17	<b>ICT</b> Slechte technische toegankelijkheid software: niet kunnen inloggen, niet bij het EPD kunnen, niet bij VIM kunnen				
18	Medewerker heeft onvoldoende verband gelegd tussen verschillende escalatie signalen	X			REDENEREN
19	De taak die uitgevoerd moet worden, correspondeert niet met de opleiding van de medewerker				
20	<b>Medewerker niet bekend met</b> a. Crisisontwikkelingsmodel b. Signaleringsmodel		X		



		MEDEWERKER FACTOREN			PATIËNTGEBONDEN FACTOREN		
		COÖRDINATIE			VERIFICATIE		
		INTERVENTIE			BEWAKEN		
	c. De-escalatie theorie						X
	d. Conflicttheringsvaardigheden						X
	e. Veilig fysiek ingrijpen						
<b>21</b>	Een taak wordt niet uitgevoerd omdat iedereen dacht dat iemand anders de taak zou uitvoeren						X
<b>22</b>	<b>Overdracht</b>						
	a. Er is geen dagelijks ongestoorde overdracht						
	b. Er is onvoldoende overdracht bij afdelingen die bij elkaar inspringen						X
<b>23</b>	Er is onvoldoende afstemming tussen verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak						
<b>24</b>	<b>Intervisie / supervisie</b>						
	De medewerker neemt niet deel aan intervisie / supervisie						
<b>25</b>	<b>Evaluatie</b>						
	a. Het agressie incident wordt niet aantoonbaar geëvalueerd met de patiënt		X			X	X
	b. Uitkomsten van de evaluatie worden niet aantoonbaar gebruikt voor verbetering van de handelswijze					X	X
<b>26</b>	<b>Concentratie medewerker</b>						
	a. Snel afgeleid zijn						
	b. Zich vergissen						
<b>27</b>	Zorgvuldigheid: medewerker komt afspraken niet na						
<b>28</b>	<b>Assertiviteit</b>						
	a. Medewerker vertoont vermijdingsgedrag					X	
	b. Medewerker geeft grenzen onvoldoende aan						
<b>29</b>	Risicotaxatie: medewerker schat niet structureel de kans op agressie in en zet daardoor niet de juiste beheersmaatregelen in					X	
<b>30</b>	Het agressie incident is niet nabesproken op de afdeling met medepatiënten					X	X
<b>31</b>	<b>Alcohol &amp; drugs</b>						
	a. Patiënt vertoont onrustig of geagiteerd gedrag						X
	b. Patiënt is niet aanspreekbaar/corrigeerbaar						
<b>32</b>	<b>Beperkende maatregelen patiënt</b>						
	a. Gedwongen kader						X
	b. Verzet tegen beperkende maatregelen						
	c. Oneens met beperkende maatregelen						X
<b>33</b>	<b>Culturele achtergrond patiënt</b>						
	a. Grote tolerantie tov agressie						
	b. Beperkte mate corrigeerbaarheid door andere sekse						
<b>34</b>	<b>Gedrag patiënt</b>						
	a. Onaangepast gedrag		X			X	X
	b. Oppositioneel gedrag		X			X	X
<b>35</b>	<b>Medicatie patiënt</b>						
	a. Geagiteerd door medicatie						
	b. Traag door medicatie						
<b>36</b>	<b>Psychische toestand patiënt</b>						
	a. Onrustig					X	X
	b. Gespannen					X	X
	c. Geagiteerd					X	X
<b>37</b>	<b>Therapietrouw</b>						
	a. Patiënt neemt medicatie niet of onregelmatig in						
	b. Patiënt is niet gemotiveerd voor behandeling						
<b>38</b>	<b>Ziektebeeld</b>						
	a. Stoornis gerelateerde agressie						
	b. Beperkt ziekte-inzicht						
	c. Slechte prognose						
	Overig, namelijk:						
	Overig, namelijk:						

# BIJLAGE 2

## HET EINDHOVENS CLASSIFICATIE MODEL

Het Eindhovens classificatiemodel is een model voor het beschrijven van incidenten en het classificeren van oorzaken. Dit model is goed bruikbaar voor de zorg. Daarom zijn de agressie analyse kaarten hierop gebaseerd.

CATEGORIE	SUBCATEGORIE	OMSCHRIJVING
<b>Organisatorische factoren</b>	Extern	Fouten op een organisatorisch niveau buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de organisatie.
	Kennisoverdracht	Fouten als gevolg van onvoldoende maatregelen om te garanderen dat alle situatie- of domeingebonden kennis of informatie wordt overgedragen aan alle nieuwe of onervaren medewerkers.
	Protocollen	Fouten met betrekking tot de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen (te ingewikkeld, onnauwkeurig, onvolledig, onrealistisch, afwezig of slecht gepresenteerd).
	Managementprioriteit	Interne managementbeslissingen waarbij veiligheid een lagere prioriteit heeft gekregen als gevolg van conflicterende vraag of doelstellingen. Dit is een conflict tussen productiebehoeften en veiligheid.
	Cultuur	Fouten als gevolg van een gezamenlijk gedeeld gedachtegoed, respectievelijk gedragspatroon, dat risico's bagatelliseert, onderschat, dan wel negeert.
<b>Technische factoren</b>	Extern	Technische fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de organisatie.
	Ontwerp	Fouten als gevolg van slecht ontwerp van materialen, hulpmiddelen, software, labels of vormen.
	Constructie	Een correct ontwerp dat niet goed geconstrueerd of ingesteld is.
	Materiaal	Materiaaldefecten die niet onder Ontwerp of Constructie vallen.
<b>Menselijke factoren</b>	Extern	Menselijke fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de organisatie.
	Redeneren	Fouten veroorzaakt door, in nieuwe situaties, beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen.
	Kwalificaties	Er is een niet toegestaan verschil tussen de kwalificaties, training of opleiding van een individu en de uit te voeren taak.
	Coördinatie	Fouten als gevolg van een gebrek aan afstemming en coördinatie tussen verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak.
	Verificatie	Fouten in de correcte en complete beoordeling van een situatie inclusief de voorwaarden voor de patiënt en de benodigde materialen en hulpmiddelen voordat men tot uitvoering van de taak overgaat.
	Interventie	Fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van een taak.
	Bewaken	Fouten tijdens het bewaken van de staat van het proces of de patiënt tijdens of na het uitvoeren van de taak.
	Fijne motoriek	Fouten met betrekking tot de fijne motoriek.
	Grove motoriek	Fouten met betrekking tot de grove motoriek.
<b>Overige factoren</b>	Patiënt gerelateerd	Fouten die gerelateerd zijn aan de kenmerkende eigenschappen van de patiënt, die buiten de controle van de medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden.
	Overig	Fouten die niet geassocieerd kunnen worden in een van de andere categorieën.

# VERDER LEZEN

[www.veiligezorgiederszorg.nl](http://www.veiligezorgiederszorg.nl)

[www.arbo-ggz.nl](http://www.arbo-ggz.nl) Arbowerkpakket ggz

Flutter F.A.J. (2010) *Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing. The application of the Early Recognition Method*

Hemmes I, Zweekhorst, P (2008) *Prisma Praktisch. Tijdig leren van (bijna-)incidenten*  
Amersfoort Zweekhorst

Ilkiw-Lavalle O & Grenyer B.F.S. (2003) Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units *Psychiatric services, vol 54, no 3, 389-393*

Jansen G.J et al (2005) An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *International journal of nursing studies 42, 467-477*

Nijman H.L.I et al (1997) Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward  
*Psychiatric Services, vol 48, nr 5, 694-698*

Nijman H.L.I et al (1999) The Staff observation Aggression scale revised (SOAS-R)  
*Aggressive behavior vol 25, 197-209*

Stewart D. et al (2009) *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review* City University London

Veraart M. (2012) *Over de grens Veiligheid in zicht/4*

VUMC/GGZ Nederland (2011) *Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*





In deze serie zijn verschenen:



