



HoGent

Faculteit Mens en Welzijn

AGRESSIE TEGEN VERPLEEGKUNDIGEN TEWERGESTELD IN PSYCHIATRIE

Lore Berteloot

Bachelorproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van

Bachelor in de verpleegkunde

Promotor:
David Van Bunder

Instelling: Hogeschool Gent

Academiejaar 2017-18

Eerste examenperiode

© 2018, Lore Berteloot. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. Het gebruik of de reproductie van bepaalde informatie uit dit werk is enkel toegestaan voor persoonlijk gebruik en mits bronvermelding. Elk gebruik voor commerciële of publicitaire doeleinden is verboden. Deze bachelorproef is gemaakt door Lore Berteloot, student aan de Hogeschool Gent, ter voltooiing van Bachelor in de verpleegkunde. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijke standpunt van de individuele auteur en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening, het officiële standpunt of het beleid van de Hogeschool Gent.



HoGent

Agressie tegen verpleegkundigen tewerkgesteld in de psychiatrie

Opleiding: Bachelor in de verpleegkunde

Bachelorproef academiejaar: 2017-2018

Promotor: Dhr. D. Van Bunder

Lore Berteloot



HoGent

“Deze bachelorproef is gemaakt door Lore Berteloot, student aan de Hogeschool Gent, ter voltooiing van de bacheloropleiding verpleegkunde. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijke standpunt van de individuele auteur en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening, het officiële standpunt of het beleid van de Hogeschool Gent.”



HoGent

Agressie tegen verpleegkundigen tewerkgesteld in de psychiatrie

Opleiding: Bachelor in de verpleegkunde

Bachelorproef academiejaar: 2017-2018

Promotor: Dhr. D. Van Bunder

Lore Berteloot

Woord vooraf

Tijdens het doorlopen van mijn opleiding Bachelor in de verpleegkunde werd mij al snel duidelijk dat het vakgebied 'psychiatrie' mijn interesse wekt. Gezien ook mijn interesse rond agressie in de psychiatrie groot is, werd het schrijven van dit werk voor mij een aangename taak. Mijn stage-ervaringen in het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent leerden me dat agressie een veelvoorkomend probleem vormt voor de verpleegkundigen aldaar. Ik hoop dat ik de kennis die ik opdeed tijdens het schrijven van dit werk zal kunnen toepassen in het FPC, waar ik vanaf deze zomer tewerkgesteld word als verpleegkundige.

Ondanks de grote interesse voor het onderwerp van deze Bachelorproef, was het schrijven ervan toch geen sinecure. Daarom zou ik graag van de gelegenheid gebruik willen maken om mijn ouders te bedanken. Hun steun en hulp zorgden ervoor dat het opstellen van deze Bachelorproef een stuk makkelijker verliep. Daarnaast zou ik ook graag mijn promotor, Dhr. D. Van Bunder, willen bedanken. Zijn kritische blik en bereidwilligheid om mij te helpen droegen bij aan de kwaliteit van dit werk.

Ik hoop dat u, als lezer van deze Bachelorproef, geboeid blijft tijdens het doorlopen van het werk. Verder zou het leuk zijn mocht u na het lezen van dit werk een beter zicht hebben op de mogelijke gevolgen die kunnen ontstaan bij de verpleegkundige na agressie.

Veel leesplezier!

Lore Berteloot

Abstract en trefwoorden

Inleiding: Het valt voor dat psychiatrische verpleegkundigen het slachtoffer worden van agressie. Dit kan gevolgen teweegbrengen bij verpleegkundigen. In dit werk wordt gepoogd een opsomming te maken van deze mogelijke gevolgen.

Methode: De gegevens uit deze Bachelorproef werden verzameld a.d.h.v. een literatuurstudie. Wetenschappelijke artikels werden gezocht op drie verschillende databanken.

Resultaten: Agressie kan gevolgen veroorzaken op vlak van de fysieke en psychische gezondheid van de verpleegkundige. Dit kan eventueel gepaard gaan met een herstelperiode en/of ziekteverzuim. Verder kan er ook sprake zijn van een invloed op het uitoefenen van het verpleegkundig beroep en veranderd gedrag tegenover de eigen familie. Rechtelijk reacties na agressie kunnen ook voorkomen. Naast eerder negatief ervaren gevolgen, kunnen ook positieve gevolgen optreden.

Conclusie: Het is niet eenvoudig een pasklaar antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Iedereen ervaart agressie op een andere manier. De opgesomde gevolgen kunnen voorkomen na agressie maar er is geen zekerheid dat ze weldegelijk tot stand komen bij elke verpleegkundige. Een eenduidige conclusie is hier dus moeilijk te formuleren.

Trefwoorden: agressie, verpleegkundige, psychiatrie, gevolg

Inhoudsopgave

1	Agressie: wat en hoe	13
1.1	Begrip 'agressie'	13
1.2	Uitgangsvormen van agressie	14
2	Fysieke letsels	14
3	Gevolgen aangaande de psychische gezondheid	17
3.1	Uitgelokte emoties en gevoelens	18
3.1.1	Emoties en gevoelens	18
3.1.2	Onderdrukking en rationalisering.....	22
3.2	Job-stress – Burn-out – Jobtevredenheid en levenskwaliteit	23
3.3	Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)	27
3.4	Depressieve stoornis	29
3.5	Herbelevingen en slapeloosheid	30
4	Herstelperiode en ziekteverzuim	31
4.1	Herstelperiode	32
4.2	Ziekteverzuim	33
5	Gevolgen voor het uitoefenen van het verpleegkundig beroep	34
5.1	Sociale rol.....	34
5.1.1	Intern rolconflict	35
5.1.2	“Part of the job?”	35
5.2	Invloed op de therapeutische relatie ‘verpleegkundige vs. patiënt’	36
5.3	Afzonderen en fixeren als reactie op agressie	37
5.3.1	Theoretische toelichting	38
5.3.2	Toepassing.....	38
5.4	Invloed jobkeuze	40
6	Gedrag tegenover eigen familie	41
7	Rechtelijke reactie.....	42
8	Positieve gevolgen	43
8.1	Leerkans	43

8.2	Verhoogde waakzaamheid	44
8.3	Stijging zelfzekerheid	44
8.4	Weerstandsvormogen	44

Inleiding

Het gebeurt dat individuen kampen met negatieve emoties zoals frustratie, kwaadheid, angst... Sommigen uiten deze gevoelens onder de vorm van agressie. Agressie kan dus een manier zijn om ervaren emoties te uiten waarbij men bepaald gedrag gaat stellen (Bos, Hoekstra, Minderhoud, Timmermans & Visscher, 2011). Ook kan men agressief gedrag gaan stellen indien men een doel wil bereiken; doelgerichte agressie (De Clercq, 2016). Hierbij gaat het minder om een uiting van negatieve emoties, maar om het bewust bereiken van iets door gesteld agressief gedrag.

Het valt soms voor dat een individu met een psychiatrisch ziektebeeld agressief gedrag stelt (Bos et al., 2011). Hoewel niet iedere psychiatrische patiënt frequent en ernstig agressief gedrag stelt, vormt het agressief gedrag bij sommige patiënten weldegelijk een probleem.

Hun ervaren emoties kunnen tot uiting komen in de vorm van agressief gedrag. Zo kan een psychotische patiënt de verpleegkundige aanzien als een monster en zal hij hierdoor de verpleegkundige aanvallen uit eigen bescherming. Ook wanneer men iets wil verkrijgen, stellen sommige patiënten agressief gedrag indien blijkt dat andere opties niet werken. Een medicatie-zuchtige patiënt kan bijvoorbeeld een verpleegkundige wegduwen om zo toegang te krijgen tot de medicatie.

Hoewel een psychiatrische ziektebeeld een oorzaak kan zijn voor het stellen van agressief gedrag, is agressie vaak een samenspel tussen het ziektebeeld en het karakter, de persoonlijkheid en/of de staat van de patiënt (De Clercq, 2016). Zo kan een patiënt onder invloed van medicatie de controle kwijt raken en zo sneller agressief gedrag stellen.

Agressief gedrag wordt vaak gericht tegen personen uit de omgeving (Bos et al., 2011). Gezien verpleegkundigen zich in de omgeving bevinden van (mogelijks) agressieve psychiatrisch patiënten, bestaat de kans dat de verpleegkundigen het slachtoffer worden van agressief gedrag. In de literatuur wordt aangetoond dat verpleegkundigen weldegelijk slachtoffer kunnen worden van agressief gedrag van de patiënt. In een onderzoek van Itzhaki et al. (2018) kregen 88,6 % van de psychiatrische verpleegkundigen gedurende het jaar voor het onderzoek te maken met verbale

agressie. Meer dan de helft van de verpleegkundigen (56,1%) werd slachtoffer van fysieke agressie. 97,6% van de verpleegkundigen gaf aan (eender welke vorm) van agressie te hebben ervaren gedurende hun loopbaan als verpleegkundige. Ook Nijman, Bowers, Oud & Jansen (2005) toont het voorkomen van agressie in de psychiatrie aan. 80% tot 90% van hun respondenten zou te maken krijgen met verbale agressie op jaarlijkse basis. Tevens wordt fysieke agressie ervaren; 76% van de verpleegkundigen geeft aan al minstens 1 keer slachtoffer geweest te zijn van fysieke agressie.

Wel dient hierbij vermeld te worden dat in beide onderzoeken verpleegkundigen deelnamen met tewerkstelling op een gesloten psychiatrische afdeling. Bovenstaande cijfers zijn relatief hoog gezien agressie frequenter voorkomt in gesloten afdelingen (van Leeuwen & Harte, 2015). Ook blijken de gevolgen van agressie vaak groter indien men tewerkgesteld is in een gesloten afdeling. Indien men werkt op een open afdeling is de kans op een agressie-incident kleiner (van Leeuwen & Harte, 2015). Agressie kan dus voorkomen maar dit wil niet zeggen dat het een alledaags verschijnsel is waarmee de verpleegkundige in aanraking komt.

Literatuur toont aan dat agressie tegen de psychiatrische verpleegkundige tal van gevolgen kan teweegbrengen bij de desbetreffende verpleegkundige. Gezien het frequent voorvallen van deze agressie tegen de verpleegkundige, is een lijvige opsomming van de eventuele gevolgen niet overbodig.

Binnen het bestek van deze Bachelorproef wordt gepoogd een opsomming weer te geven van de gevolgen die de psychiatrische verpleegkundige ervaart van agressie tegen hen, veroorzaakt door de patiënt. Het betreft enkel en alleen psychiatrische verpleegkundigen, agressie tegen hen en agressie veroorzaakt door de patiënt.

Indien het algemeen begrip 'agressie' in de het verdere verloop van de Bachelorproef wordt aangehaald, duidt dit op de agressie tegen de psychiatrische verpleegkundige, veroorzaakt door de patiënt.

Gezien het frequente voorkomen van het begrip 'agressie-incident' in deze Bachelorproef, wordt dit begrip afgekort met 'AGRI'.

Bij de opsomming van de gevolgen wordt soms onderscheid gemaakt tussen verbale en non-verbale/fysieke agressie. Dit wordt gedaan omdat in sommige literatuur de gevolgen variëren naargelang de uitgangsvorm van de agressie. Indien de

uitgangsvorm niet verduidelijkt wordt en er wordt gesproken over 'agressie', dan duidt dit op het algemene begrip agressie met al zijn verschillende uitgangsvormen.

Ter verduidelijking van het begrip 'agressie', wordt bij aanvang van de corpus (beknopt) verduidelijkt wat agressie juist inhoudt en worden de mogelijke uitgangsvormen ervan weergegeven.

Na deze verduidelijking volgt de uiteindelijke opsomming van de eventuele gevolgen van agressie tegen de psychiatrische verpleegkundige. Eerst wordt een reeks van mogelijke gevolgen toegelicht met een eerder negatief karakter. Tenslotte wordt stilgestaan bij de eventuele positieve gevolgen voor de verpleegkundige.

Door het schrijven van dit werk werd geprobeerd inzicht te verschaffen in de eventuele gevolgen die agressie kan teweegbrengen bij de verpleegkundige.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de gevolgen van agressie tegen verpleegkundigen tewerkgesteld in de psychiatrie voor de verpleegkundige?

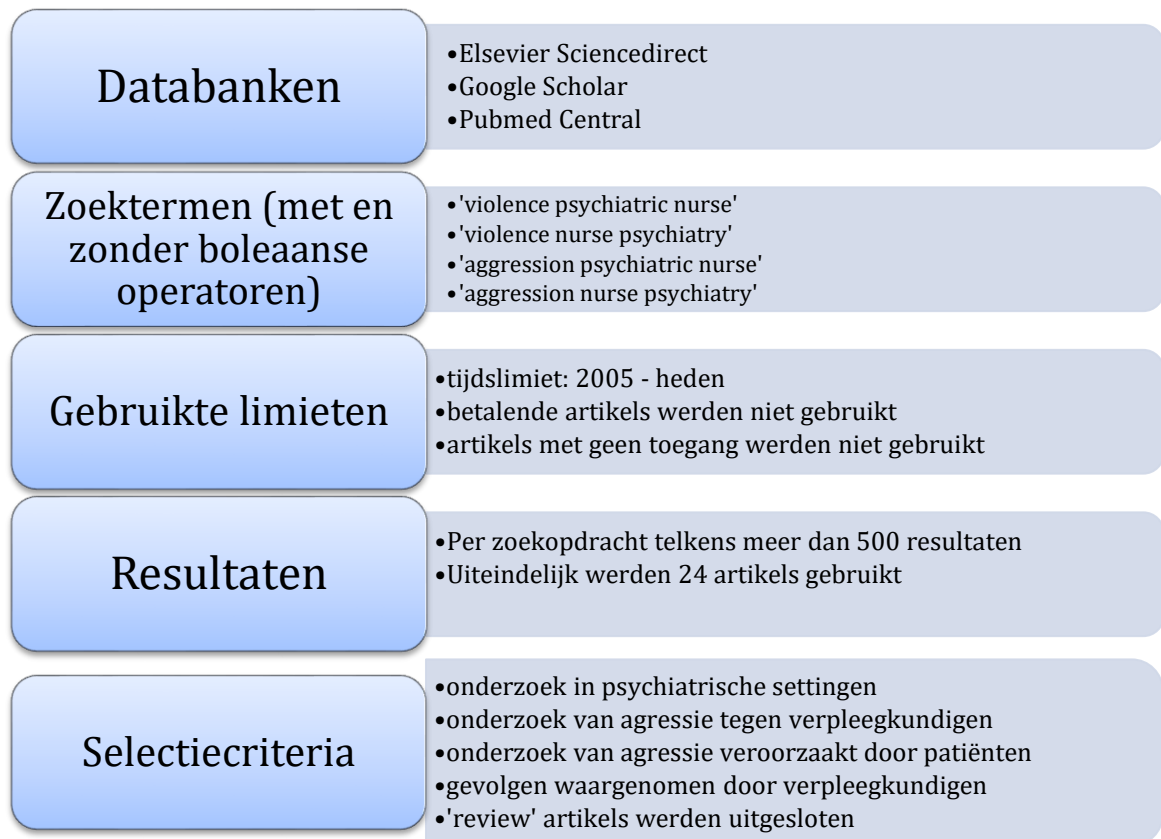
Methodie

Opzet

Dit werk kwam tot stand d.m.v. het uitvoeren van een literatuurstudie.

Zoekstrategie

Onderstaand wordt de zoekstrategie van de wetenschappelijke artikels grafisch weergegeven. Bijkomend werd informatie gehaald uit enkele boeken en cursussen. Deze boeken en cursussen werden me aangeboden tijdens de opleiding Bachelor in de verpleegkunde of werden gezocht in 'BYB Vesalius' van Hogeschool Gent. Ten slotte werden enkele betrouwbare sites gehanteerd. Dit gebruik werd echter tot een minimum beperkt.



1 Agressie: wat en hoe

Uit de literatuur valt af te leiden dat elk individu agressie op een andere manier beleeft. Tijdens het doornemen van de mogelijke gevolgen is het dus belangrijk om te weten dat de gevolgen weldegelijk kunnen bestaan, maar dat ze niet per sé altijd voorkomen na agressie.

Vooraleer wordt overgegaan naar de opsomming van de eventuele gevolgen van agressie wordt eerst theoretische achtergrond omtrent het begrip 'agressie' verschaft. Er wordt gepoogd te formuleren wat het begrip 'agressie' inhoudt en mogelijke uitingsvormen van agressie worden toegelicht. Gezien deze informatie geen rechtstreeks antwoord biedt op de onderzoeksvraag van deze Bachelorproef, wordt de theoretische toelichting beperkt tot het hoogstnoodzakelijke.

1.1 Begrip 'agressie'

Zoals eerder vermeld is agressie een manier om bepaalde gevoelens (frustratie, kwaadheid, angst...) te uiten of om een doel te bereiken. Hierdoor stelt de agressor bepaald gedrag. Toch is het niet eenvoudig om te bepalen welke gedragingen we kunnen bestempelen als agressieve gedragingen. Voor de ene verpleegkundige kan bepaald gedrag normaal geacht worden terwijl een andere verpleegkundige dit zelfde gedrag beschouwt als agressief (Bos et al., 2011). De situatie waarin het gedrag zich afspeelt, bepaalt ook het al dan niet agressieve karakter van het gedrag (Bos et al., 2011). Indien je bijvoorbeeld een patiënt observeert tijdens een sportactiviteit kan verbale uiting van frustratie gezien worden als deel van het spel, maar indien de patiënt dit zelfde gedrag stelt terug op de afdeling dan kan de verpleegkundige dit abnormaal en agressief aanschouwen.

Gesteld gedrag van een patiënt wordt door een verpleegkundige als agressief gedrag aanzien indien het gedrag een fysiek of emotioneel letsel veroorzaakt bij de verpleegkundige (De Clercq, 2016). De verpleegkundige ervaart gevolgen (pijn, kwaadheid, angst...) van het gestelde gedrag van de patiënt. Het ervaren van gevolgen bij de verpleegkundige is dus een voorwaarde om gedrag te bestempelen als agressief

gedrag.

Samengevat kan worden gesteld dat agressie een uiting van gevoelens of doelgericht handelen inhoudt waarbij het veroorzaakte gedrag voor gevolgen zorgt bij de verpleegkundige.

1.2 Uitgangsvormen van agressie

Agressie kan zich in verschillende vormen uiten. In de gebruikte wetenschappelijke artikels en in de bijkomstige literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen verbale agressie en non verbale agressie. In de realiteit gaan beide uitingsvormen van agressie vaak samen (Bos et al., 2011).

Verbale agressie omvat alle agressie waarbij de agressor enkel zijn/haar stem gebruikt. Men gaat de verpleegkundige uitschelden en/of beledigen, men kan ook intimideren en discriminerend taalgebruik hanteren. Ook het geven van seksueel getinte opmerkingen, roepen/schreeuwen en dreigen met vb. fysieke agressie, plaatst men onder verbale agressie (Bos et al., 2011; De Clercq, 2016).

Men kan spreken van **non-verbale/fysieke agressie** indien de agressor agressief gedrag stelt met behulp van zijn/haar lichaam. Mogelijks kan de agressor slaan, schoppen, aanvallen, spugen...Ook het maken van obscene of dreigende gebaren behoort tot non-verbale agressie (Bos et al., 2011; De Clercq, 2016).

2 Fysieke letsels

Een AGRI waarbij de patiënt fysieke agressie vertoont, kan directe fysieke schade teweegbrengen bij de verpleegkundige. In een onderzoek van van Leeuwen & Harte (2015) had ongeveer 33% van de incidenten een fysiek letsel tot gevolg. Respondenten uit dit onderzoek beoefenen diverse beroepen uit binnen de psychiatrie. De meerderheid hiervan, ongeveer 51% van de 1258 respondenten, is tewerkgesteld als psychiatrisch verpleegkundige. In onderstaand tabel wordt een opsomming weergegeven van het soort voorgevallen fysieke letsel volgens het onderzoek van van Leeuwen & Harte (2015). n = 2617 slaat op het aantal incidenten. De respondenten konden meerdere soorten fysieke letsels aanduiden per ervaren agressie-incident.

Tabel 1: Fysieke letsels (van Leeuwen & Harte, 2015)

Table 3. Injuries of the victims.

Victims' injuries* (<i>n</i> = 2617)	Number	(%)
No injuries	1452	55.4
Physical injury	848	32.4
Bruising	772	29.5
Injured back or neck	48	1.8
Biting wound(s)	39	1.5
Pain	33	1.3
Concussion	21	.8
Fracture(s), torn muscle	20	.7
Respiratory problems	18	.7
Stab- and cutting wounds	16	.6
Burns	10	.4
Dental damage	8	.3
Eye injury	8	.3
Contamination	3	.1

Ook Moylan & Cullinan (2011) stellen dat verpleegkundigen tewerkgesteld in de psychiatrie fysieke letsels ondervinden als gevolg van agressie. De voorgekomen letsels zijn vergelijkbaar met de letsels uit tabel 1 en ook hier is de aard uiteenlopend. Andere soorten fysieke letsels die kunnen voorvallen volgens Moylan & Cullinan (2011) zijn:

- Schrammen
- Gescheurde ligamenten
- Schade aan gewrichten

Het valt voor dat de patiënten waarmee verpleegkundigen dagelijks in contact komen, besmet zijn met het hepatitis-B-virus (HBV) en/of het immunodeficiëntievirus (HIV) (Schoor, 2005). Indien een besmette patiënt agressief gedrag stelt, bestaat de kans dat de besmetting wordt overgedragen naar de verpleegkundige. Beide virussen kunnen op verschillende manieren worden overgedragen (CM Ziekenfonds, 2017). De

overdracht kan gebeuren via besmet bloed van de agressor dat in aanraking komt met beschadigde huid of slijmvliezen van de verpleegkundige. Zo kan het voorvallen dat een verpleegkundige tijdens een agressie-incident een open wonde oploopt. Als die open wonde in contact komt met besmet bloed van de agressor, bestaat de kans op besmetting. Ook wanneer een verpleegkundige gebeten wordt, ontstaat beschadiging van de huid. Het gebeurt dat er zich tijdens het bijten besmet bloed in de mond van de agressor bevindt. Indien dit het geval is, loopt de verpleegkundige een risico op besmetting aangezien het besmet bloed van de agressor rechteerds in contact komt met bloed van de verpleegkundige. Ingeval er sprake zou zijn van seksuele agressie waarbij de agressor de verpleegkundige dwingt tot (onveilige) seksuele handelingen, kunnen de virussen via sperma of vaginaal vocht worden overgedragen.

Tegenstrijdigheden worden gevonden in de literatuur omtrent mannen vs. vrouwen en fysieke agressie. In een onderzoek van van Leeuwen & Harte (2015) is slechts een verwaarloosbaar verschil terug te vinden tussen fysieke agressie naar vrouwen en fysieke agressie naar mannen. Vrouwelijke en mannelijke verpleegkundigen worden quasi evenveel het slachtoffer van fysieke agressie. Verder wordt in het onderzoek gesteld dat meer ernstige letsels zoals bijvoorbeeld steek- en snijwonden, bewustzijnsverlies en breuken evenveel voorkomen bij zowel vrouwelijke verpleegkundigen als mannelijke verpleegkundigen.

De gegevens uit het onderzoek van Tema, Poggenpoel & Myburgh (2011) zijn niet overeenkomstig met bovenstaande stellingen. Tema et al. (2011) ponereren dat de kans op agressie het grootst is indien het een vrouwelijke verpleegkundige betreft. Verder is het waarschijnlijker dat een agressor agressief gedrag gaat stellen tegenover een vrouwelijke verpleegkundige indien er geen mannelijke teamleden aanwezig zijn op de afdeling. Gezien vrouwelijke verpleegkundigen in dit onderzoek vaker in contact komen met fysieke agressie, is het ook waarschijnlijk dat zij vaker fysieke letsels oplopen in vergelijking met mannelijke verpleegkundigen.

In een onderzoek van Moylan & Cullinan (2011) werden mannelijke verpleegkundigen vaker aangevallen dan vrouwelijke verpleegkundigen. Een consensus over wie nu het vaakst het slachtoffer wordt van agressie gekoppeld met fysieke letsels is in de literatuur dus niet te vinden.

Indien een verpleegkundige fysieke letsels oploopt, kan het voorvallen dat sommigen geen pijn ervaren tijdens het incident. Volgens Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris (2015) zou dit te wijten zijn aan de aanwezigheid van adrenaline. Een verpleegkundige uit hun onderzoek licht verder toe:

“Ik denk niet dat ik op dat moment echt veel aan het voelen was. Ik denk dat de adrenaline de bovenhand nam? Ik was helemaal in elkaar geslaan, mijn arm was gezwollen, zwart en blauw en ik voelde daar niets van...”

Agressief gedrag van psychiatrische patiënten kent soms extreme gevolgen. Zo werd een medewerker van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) de Kijvelanden te Nederland aangevallen door een patiënt met een schaar en werd meerdere malen gestoken (Fivoor, 2017). Twee dagen later is de medewerker overleden ten gevolge van de toegebrachte fysieke letsels. Welke functie de medewerker uitoefende is onduidelijk. Dit incident toont aan dat psychiatrische patiënten in staat zijn om fysieke letsels te veroorzaken bij een hulpverlener met de dood tot gevolg. Aangezien verpleegkundigen ook een hulpverlenende functie aannemen tegenover de psychiatrische patiënt, bestaat een risico op overlijden als gevolg van (extreme) agressie.

3 Gevolgen aangaande de psychische gezondheid

Zowel fysieke als verbale agressie kan de psychische gezondheid van de verpleegkundige schaden. Hoewel niet voorbij mag worden gegaan aan de impact van fysieke agressie en bijhorende fysieke letsels, wordt gesteld dat sommige aangevallen verpleegkundigen meer hinder ondervinden van de psychische schade dan van de fysieke schade (Yang, Hsieh, Lee & Chen, 2016). Dit bewijst dat agressie een behoorlijke indruk kan nalaten op de verpleegkundige.

3.1 *Uitgelokte emoties en gevoelens*

In verschillende gehanteerde literatuur, wordt geponeerd dat agressie naar verpleegkundigen een scala van emoties en gevoelens uitlokt. Zowel tijdens als na het incident, is er sprake van een emotionele respons.

3.1.1 *Emoties en gevoelens*

Angst

Angst werd door respondenten uit een onderzoek van Stevenson et al. (2015) omschreven als overheersend in diverse situaties wanneer er sprake is van fysieke agressie. Indien een situatie door de verpleegkundige aanzien werd als uiterst gevaarlijk voor hun eigen veiligheid of wanneer men het gevoel had dat men de situatie niet meer onder controle had, nam angst de bovenhand. Indien fysieke agressie uitsluitend naar één verpleegkundige wordt geuit, ervaart men angst als prominente emotie. Wanneer een patiënt zich agressief opstelt tegen het gehele (verpleegkundige) team, dan wordt angst minder diepgaand ervaren. Angst treedt alsook minder op de voorgrond indien een verpleegkundige een aangevallen collega bijtreedt om deze te verdedigen en te beschermen. Respondenten uit het onderzoek van Stevenson et al. (2015) voelden zich na het agressie-incident angstig bij de gedachte 'wat had kunnen gebeuren indien het anders was afgelopen'. Verscheidende vragen werden gesteld door de verpleegkundigen; Wat zou er gebeuren mocht ik mijn huidig werk niet meer kunnen uitvoeren omdat ik een fysiek letsel opliep? Wat gebeurt er als ik niet meer voor mijn zoon kan zorgen? Wat zou er gebeuren mocht ik blijvend mindervalide zijn?

Niet alleen fysieke agressie veroorzaakt angst, ook bij situaties waarbij er sprake is van verbale agressie treedt angst op de voorgrond (Stevenson et al., 2015). Het aanvoelen van de verpleegkundige dat ze niet genoeg vaardigheden bezit omtrent omgaan met verbale agressie zorgt voor angst, alsook het zich kwetsbaar voelen in de situatie. Angst voor het eventuele escaleren van de situatie is ook heersend.

Verder omschrijft Stevenson et al. (2015) angst die aanwezig kan zijn in situaties waarbij de verpleegkundige de desbetreffende agressor ontmoet buiten de ziekenhuis-

setting. Als voorbeeld wordt het verhaal van een verpleegkundige weergegeven die tijdens het uitvoeren van haar beroep te maken kreeg met agressie. Een patiënt had bedreigd haar te verkrachten en andere vormen van fysieke agressie te hanteren tegen haar. Een week na het ontslag van de patiënt, liep de verpleegkundige de agressor tegen het lijf buiten het ziekenhuis tijdens een wandeling met haar man. De verpleegkundige gaf aan zich zeer angstig te voelen tijdens de confrontatie met de patiënt. Ze liep langs de patiënt zonder hem een blik te gunnen... Het feit dat de verpleegkundige zich in deze situatie meteen angstig voelt bij het zien van de agressieve patiënt is niet toevallig. Uitgelokte emoties zorgen ervoor dat er een psychisch label wordt gekleefd op een persoon, object of situatie (Craeynest et al., 2012). Zo wordt in dit geval de desbetreffende patiënt als gevaarlijk bestempeld door de uitgelokte angst bij de verpleegkundige. Het label zorgt ervoor dat men bij een volgende aanraking met de persoon, het object of de situatie, direct aangepast gedrag gaat stellen. Tijdens het zien van de patiënt buiten de ziekenhuis-setting, voelt de vrouw zich meteen angstig door het gegeven label 'gevaarlijk'. Ze gaat zich hier ook naar gedragen door bijvoorbeeld de patiënt te negeren. Er kan worden gesteld dat dit label gepaard gaat met vermijdingsgedrag.

Niet alleen buiten de muren van het ziekenhuis, maar ook tijdens de opname van de agressieve patiënt ervaart de verpleegkundige angsten door het psychisch label gekleefd op de patiënt. Verpleegkundigen ervaren tijdens het uitoefenen van hun job de angst om opnieuw te worden aangevallen door de patiënt (Yang et al., 2016) en voelen zich bijgevolg onveilig. Een respondent nam hierdoor tijdens haar shift bewust afstand van de desbetreffende patiënt (vermijdingsgedrag). Verpleegkundigen blijken ook niet alleen angsten te ontwikkelen voor de agressor in kwestie maar ook voor de andere patiënten op de afdeling (Yang et al., 2016). Het psychisch label schijnt hier dus niet gekleefd te zijn op de desbetreffende agressor maar op de afdeling met de bijbehorende patiënten in het algemeen. Sommige verpleegkundigen beweren zich weken tot maanden na het agressie-incident angstig te voelen tijdens het contact met de, in hun ogen, agressieve patiënten. Het gevoel dat elke patiënt hen zou kunnen aanvallen, is hierbij vertegenwoordigd.

Verhoogde waakzaamheid

Het ontstane psychisch label na een AGRI, kan een verhoogde waakzaamheid bij de verpleegkundige teweegbrengen. Dit geldt zowel tijdens aanwezigheid bij de specifieke agressor als tijdens aanwezigheid bij andere patiënten (Yang et al., 2016). Ongeveer 93% van de respondenten (N = 110) uit een onderzoek van Al-Azzam, Al-Sagarat, Tawalbeh & Poedel (2017) geeft aan zich super-alert, waakzaam of op zijn hoede te voelen na een agressie-incident.

Met een verhoogde waakzaamheid probeert men de (eigen) veiligheid in de hand te werken. Zo zal de verpleegkundige bijvoorbeeld goed observeren welke patiënten aanwezig zijn in een ruimte en waar de voormalige agressor zich bevindt (Stevenson et al., 2015).

Ook kan de verhoogde waakzaamheid zich uiten in rechtstreeks contact met de patiënt (Yang et al., 2016). Er wordt op een bepaalde manier gehandeld door de verpleegkundige met als doel het vermijden van agressie. Een patiënt kan bijvoorbeeld voorzichtig benaderd worden om zo geen agressief gedrag uit te lokken. Hierbij maken verpleegkundigen een afweging; welke woorden hanteer ik bij een bepaalde patiënt en op welke toon breng ik ze naar voor. De afweging zorgt er niet alleen voor dat de kans op een potentieel agressie-incident daalt, maar verhoogt ook de graad van professionalisme bij de verpleegkundige.

Ondanks het soms negatief ervaren van deze verhoogde waakzaamheid, kan het ook aanzien worden als positief gevolg aangezien de verpleegkundige agressie probeert te vermijden.

Soms valt het voor dat verpleegkundigen meermaals het slachtoffer worden van agressie waardoor de verhoogde waakzaamheid deel uitmaakt van het dagelijkse leven, ook buiten de werkomgeving (Stevenson et al., 2015). Het psychisch label 'gevaarlijk' blijkt hier dus van toepassing in elke situatie en bij elk ander individu met constante alertheid tot gevolg.

Kwaadheid

Bijkomend kan een gevoel van kwaadheid ervaren worden als gevolg van agressie. In de gehanteerde literatuur wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen kwaadheid omschreven bij fysieke agressie en kwaadheid ervaren bij verbale agressie.

Fysieke agressie veroorzaakt een algemene trend van kwaadheid (Stevenson et al., 2015). Dit is zeker het geval indien de verpleegkundige de patiënt bekwaam achtte om gedrag te controleren. Niet alleen wordt kwaadheid tegenover de patiënt waargenomen bij fysieke agressie, ook wordt dit dikwijls geuit naar collega's (verpleegkundigen of andere teamleden). Deze vorm van kwaadheid ontstaat wanneer verpleegkundigen het gevoel hebben dat collega's niet efficiënt optraden tijdens een incident. Het ontbreken van collegialiteit en effectief teamwerk, draagt op die manier bij aan het ontstaan en ontsporen van een agressie-incident.

Het valt voor dat verbale agressie specifiek gericht wordt naar een bepaalde verpleegkundige waarbij de agressor gericht gaat kwetsen t.a.v. (lichamelijke) eigenschappen van de verpleegkundige (Stevenson et al., 2015). Het subjectief ervaren van een vernederend karakter van de verbale agressie, lokt kwaadheid uit bij de verpleegkundige (Jalil, Huber, Sixsmith & Dickens, 2017).

Mogelijks valt het voor dat de kwaadheid bij de verpleegkundige een aanzienlijk niveau bereikt waardoor men zich wil wreken op de agressor (Tema et al., 2011). Sommige verpleegkundigen voelen hierbij de drang om die wrok uit te drukken a.d.h.v. fysieke agressie tegen de patiënt.

Waardeloosheid

Verbale agressie waarbij de agressor bewust een kwetsende woordkeuze hanteert, lokt niet alleen kwaadheid uit; deze vorm van agressie brengt ook gevoelens van waardeloosheid teweeg (Tema et al., 2011). Een verpleegkundige uit een onderzoek van Tema et al. (2011) getuigt:

"De patiënt kwam naar de verpleegpost en schold me uit, hij zei dat ik niets voorstelde. Ik voelde me klein."

Een persoonlijke verbale aanval waarbij seksueel getinte opmerkingen gegeven worden door de agressor, zorgt er tevens voor dat de verpleegkundigen zich gekleineerd voelen (Stevenson et al., 2015).

Daling zelfzekerheid

Als gevolg van een AGRI, kennen sommige verpleegkundigen een daling van hun zelfzekerheid (Stevenson et al., 2015). Die onzekerheid kan optreden tijdens het de-escalerend werken om agressie te voorkomen of tijdens het omgaan met de patiënt als de agressie al aanwezig is.

3.1.2 Onderdrukking en rationalisering

Twee mechanismen duiken op bij de verpleegkundige wanneer er sprake is van een agressie-incident. Onderdrukking en rationalisering hebben als gevolg dat de ontstane emoties van de verpleegkundige niet volledig tot uiting kunnen komen (Tema et al., 2011).

Indien men de rol van 'verpleegkundige' inneemt, is het niet altijd gebruikelijk om de uitgelokte emoties volledig te uiten in bijzijn van de agressor en andere patiënten (Tema et al., 2011). Het blijkt bijvoorbeeld niet normaal geacht dat een verpleegkundige extreme kwaadheid uit rechtstreeks naar de agressor. Taalgebruik met een agressieve ondertoon of agressief gedrag zou haaks staan op de kenmerken die een professionele verpleegkundige hoort te bezitten. Indien er sprake is van uitgelokte angst bij de verpleegkundige, valt het voor dat sommige verpleegkundigen zich niet angstig opstellen tegenover de agressor (Lantta, Anttila, Kontio, Adams & Välimäki, 2016). Verpleegkundigen proberen hun angst te verbergen aangezien ze vrezen nog kwetsbaarder te zijn indien ze de angst uiten. Een verpleegkundige uit een onderzoek van Lantta et al. (2016) verduidelijkt:

*"Je bent bang, maar als iemand jouw angst opmerkt, dan is de situatie volledig verloren.
Je moet rustig proberen blijven."*

Deze vormen van denken geven aanleiding tot onderdrukking van de emoties bij de verpleegkundige. Gezien de onderdrukking in het bijzijn van de patiënten, is het van

belang dat de verpleegkundige gevoelens kan delen met zijn/haar collega's (Tema et al., 2011). Op die manier kunnen de emoties toch een uitgangsweg vinden en blijft de verpleegkundige hier niet mee zitten.

Hoewel agressie emoties kan uitlokken t.a.v. de eigen veiligheid van de verpleegkundige, ervaren sommigen eerder bezorgde gevoelens tegenover anderen (Stevenson et al., 2015). Ze blijken meer energie te steken in het beschermen van collega's of andere patiënten die ook betrokken zijn bij het agressie-incident. Het waarnemen van eigen gevoelens is hierbij ondergeschikt aan de veiligheid van anderen. Ook deze manier van denken en handelen zorgt voor onderdrukking van eigen emoties en gevoelens.

Tijdens en na vertoonde agressie door een patiënt is er ook sprake van 'rationalisering' (Tema et al., 2011). De uitgelokte emoties bij de verpleegkundige worden in toom gehouden door zijn/haar rationele gedachten. Sommige wijten het agressieve gedrag aan het feit dat de agressor weinig bezoek krijgt. Anderen vergeven de patiënt gezien ze overtuigd zijn dat agressief gedrag deel uitmaakt van hun psychiatrisch ziektebeeld. Nog een mogelijke denkwijze die verpleegkundigen hanteren in het kader van rationalisering is de overtuiging dat verpleegkundigen moeten zorgen voor de patiënt zonder negatieve gevoelens.

3.2 *Job-stress – Burn-out – Jobtevredenheid en levenskwaliteit*

Job-stress

Job-stress wordt gedefinieerd als "een schadelijke emotionele en fysieke respons indien de vaardigheden en middelen van een individu niet voldoen aan de vereisten het beroep" (Leka, Hassard & Yanagida zoals geciteerd in Qi et al., 2013).

Stress ervaren tijdens het uitoefenen van het verpleegkundig beroep, staat in verband met blootstelling aan agressie (Itzhaki et al., 2018). Uitgelokte emoties door agressie zoals angst voor onveiligheid, verhogen job-stress bij verpleegkundigen (Jackson et al. zoals geciteerd in Itzhaki et al., 2018). Soms valt het voor dat een verhoogd niveau van stress juist meer agressie veroorzaakt (Hauge et al. zoals geciteerd in Itzhaki et al.,

2018). Stress is in dit geval niet het gevolg van agressie maar eerder de oorzaak. Men kan spreken over een vicieuze cirkel.

Qi et al. (2013) verduidelijkt in welke domeinen deze job-stress, ten gevolge van agressie, vooral tot uiting komt.

- 1) 'werkdruk en tijd' → Dit segment omvat de hoeveelheid papierwerk, niet-verpleegkundig gerelateerde taken, aantal aanwezige collega's en werkdruk.
- 2) 'werkomgeving en middelen' → Hiermee wordt de werkomgeving met een eventueel tekort aan noodzakelijke uitrusting bedoeld alsook een te groot aantal patiënten aanwezig op de afdeling.
- 3) 'patiëntenzorg' → Dit domein omvat volgende topics: erkenning van het verpleegkundig werk door patiënten en hun familie, eisen van de patiënt en samenwerking en relaties met patiënten en hun familie. De impact die het lijden of eventuele dood van de patiënt nalaat op de verpleegkundige, behoort ook thuis binnen dit segment.
- 4) 'verpleegkundig beroep en bijhorende verplichtingen' → Sociale status, eventuele promotie, bijscholingen, loon en extralegale voordelen behoren tot dit onderdeel. Steun van leidinggevende functies wordt hier ook onder geplaatst.

Uitgelokte emoties gepaard met job-stress kunnen ertoe leiden dat verpleegkundigen hun toevlucht zoeken in middelen zoals sigaretten, alcohol en drugs (Tema et al., 2011). Het gebruik van deze middelen wordt als coping-mechanisme gebruikt als reactie op de job-stress. Gevoelens van angst, kwaadheid etc. met bijhorende job-stress worden via deze manier verlicht. Indien verpleegkundigen deze vorm van coping regelmatig hanteren, bestaat de mogelijkheid dat ze afhankelijk worden van middelen zoals alcohol en drugs en het hun fysieke gezondheid negatief beïnvloedt. Een verpleegkundige in een onderzoek van Tema et al. (2011) gaf aan niet in de mogelijkheid te zijn om te gaan werken indien er op voorhand geen gebruik werd gemaakt van drugs.

Ook kan job-stress door uitgelokte emoties een verminderde eetlust teweegbrengen (Stevenson et al., 2015), wat de fysieke gezondheid ook kan beïnvloeden mits er sprake is van langdurige vermindering in eetlust.

Het ervaren van job-stress gebeurt niet enkel op de werkvloer (Kindy, Petersen & Parkhurst, 2005). Het kan voorvallen dat verpleegkundigen zich zorgen maken over het terugkeren naar de werkomgeving gelinkt met agressie. Hierdoor kan stress ervaren worden. Aangezien er geen onderbreken plaatsvindt in het ervaren van stress, kunnen we spreken van een constante stress.

Burn-out en uitputting

Langdurige en overmatige job-stress bij verpleegkundigen kan aanleiding geven tot het ontwikkelen van een 'burn-out' (Peterson et al. zoals geciteerd in Yang et al., 2017). In het kader van de onderzoeksvraag van deze Bachelorproef kan de vraag gesteld worden of de ondervonden job-stress ten gevolge van agressie in die mate aanwezig is zodat ze uitmondt in een burn-out. Gezien het fenomeen burn-out niet opgenomen is in de DSM 5, bestaat hierover geen internationaal overeengekomen definitie.

Iemand die kampt met een burn-out bevindt zich in een staat van emotionele uitputting, ten gevolge van werkgerelateerde en langdurende stress. Bijkomende kenmerken zijn; extreme vermoeidheid, depersonalisatie en het gevoel niet meer competent te zijn (Janssens & de Man, 2013). Depersonalisatie duidt op een verminderde betrokkenheid en/of een afstandelijke houding naar het werk.

Yang, Stone, Petrini & Morris (2017) tonen het verband aan tussen agressie en het mogelijks ontstaan van een burn-out. Het al dan niet aanwezig zijn van een burn-out werd bepaald door de Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) als methode van datacollectie. Het slachtoffer worden van agressie, ging gepaard met een hogere score op de MBI-GS waardoor de kans op het effectief tot stand komen van een burn-out verhoogd is.

Hoewel agressie een verhoogde kans tot het ontstaan van een burn-out kan veroorzaken, was de gemiddelde score van de MBI-GS in het onderzoek relatief laag. Verpleegkundigen aanzien het agressieve gedrag als onderdeel van de ziekte van de

patiënt, ze gaan niet uit van een persoonlijke aanval. Sommige respondenten aanzien het agressieve gedrag als behorend tot hun job. Door deze redenering daalde de kans op het onderworpen worden aan een burn-out.

Agressie kan niet alleen leiden tot een verhoogde kans op het ontstaan van een burn-out, ook kan het een effectieve burn-out als gevolg hebben (Baby, Glue & Carlyle, 2014). Ook van Leeuwen & Harte (2015) toont het bestaan van een burn-out als gevolg van agressie aan. Hoewel burn-out weldegelijk voorkomt als gevolg van agressie, is het voorkomen ervan ook in dit onderzoek vrij laag. Slechts 20 van de 2617 incidenten (0,7%) veroorzaakte een burn-out bij de verpleegkundigen.

Uitputting en vermoeidheid hoeven niet per se gelinkt te worden aan langdurige stress met een burn-out als gevolg. Uitgelokte gevoelens zoals angst en kwaadheid, gelinkt aan job-stress, kunnen ook zorgen voor uitputting zonder dat er sprake hoeft te zijn van een burn-out (Tema et al., 2011).

Jobtevredenheid en levenskwaliteit

Steunend op de gehanteerde literatuur, kan gesteld worden dat agressie voornamelijk negatieve gevolgen teweegbrengt bij verpleegkundigen. Zijn de waargenomen negatieve gevolgen in die mate ingrijpend dat ze een effect hebben op de jobtevredenheid en algemene levenskwaliteit van de verpleegkundige?

De houding die verpleegkundigen aannemen tegenover hun beroep m.a.w. de mate waarin ze voldoening halen uit hun beroep wordt uitgedrukt in de term 'jobtevredenheid' (Itzhaki et al., 2018). Met algemene levenskwaliteit wordt de kwaliteit van het leven in zijn geheel, dus ook buiten het werk, beoordeeld.

In een onderzoek van Itzhaki et al. (2018) wordt géén rechtstreeks verband aangetoond tussen blootstelling aan agressie en jobtevredenheid. Ook is een rechtstreeks verband tussen agressie en algemene levenskwaliteit minder opvallend waar te nemen (Itzhaki et al., 2015). Verschillende verklaringen zijn mogelijk om te duiden waarom agressie een geringe invloed heeft op de jobtevredenheid en de algemene levenskwaliteit (Itzhaki et al., 2015). Sommige verpleegkundigen verwachten agressie op de werkvloer. Ze gaan er van uit dat de kans op een incident

bestaande is en zien het daardoor als deel uitmakend van beroep. Toewijding naar het psychiatrisch verpleegkundig beroep met bijhorende voldoening en een trots gevoel om te werken met kwetsbare patiënten kunnen ook de impact van agressie op levenskwaliteit doen dalen.

Jobtevredenheid en algemene levenskwaliteit kunnen wel in direct verband gebracht worden met job-stress (Itzhaki et al., 2015; Itzhaki et al., 2018). Meer job-stress zorgt voor een daling in jobtevredenheid en een minder hoge algemene levenskwaliteit. Aangezien agressie wel aanleiding geeft tot meer job-stress, kunnen we stellen agressie indirect wel een invloed heeft op de jobtevredenheid en algemene levenskwaliteit.

De onrechtstreekse invloed van agressie op de levenskwaliteit werd aangetoond door Zeng et al. (2013). Respondenten die in de voorbije 6 maand éénmalig of meermaals werden blootgesteld aan agressie, vertoonden een lagere levenskwaliteit vergelijkend met verpleegkundigen die geen slachtoffer werden van agressie. Vooral het verschil in levenskwaliteit inzake fysieke gezondheid is bestaand. Agressie met fysieke schade tot gevolg blijkt de levenskwaliteit meer te beïnvloeden dan de psychische gevolgen ervan (Zeng et al., 2013).

3.3 Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

Een agressie-incident kan in die mate escaleren dat het een blootstelling wordt aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Deze blootstelling wordt als beginnend criterium aangehaald in de DSM-5, wanneer men de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) omschrijft. Om te kunnen spreken van een PTSS na een agressie-incident, dient de verpleegkundige ook te voldoen aan de andere bijkomende omschreven criteria (zie bijlage 1).

Richter & Berger (2006) onderzochten of medewerkers uit psychiatrische ziekenhuizen voldeden aan de criteria van een PTSS nadat zij werden onderworpen aan agressie. Van de medewerkers die deelnamen aan het onderzoek, kon de meerderheid (70%) zich psychiatrisch verpleegkundige noemen. Een eerste vaststelling werd genomen kort na de aangifte van een agressie-incident. Hierbij kwam

men tot de constatacie dat 8 van de 46 respondenten (= 17%) voldeed aan de criteria van een PTSS. Een tweede balans werd opgemaakt twee maanden na het plaatsvinden van het incident. 11 respondenten konden geen beschikbare data meer leveren wegens het weigeren van een follow-up of het niet correct invullen van de methode van datacollectie. De weggevallen respondenten bleven gemiddeld 26,6 dagen thuis wegens ziekte, de blijvende respondenten gemiddeld 7,2 dagen. Er kan dus worden gesteld dat de impact van het agressie-incident een bepalende factor was bij het weigeren van de follow-up. Bij de overgebleven respondenten, leden 3 van de 35 medewerkers (= 9%) aan een PTSS. Hierbij wordt afgeleid dat bij sommigen de aanwezigheid van PTSS-symptomen daalt en men dus m.a.w. herstelt binnen een periode van twee maand. Zes maand na de aangifte, bleken 4 van de 35 respondenten (=11%) te voldoen aan de criteria. De stijging is te wijten aan het feit dat 1 respondent kort na het incident en na de eerste follow-up niet gediagnosticeerd werd met PTSS maar vlak voor de tweede follow-up opnieuw slachtoffer werd van agressie. Gezien hij opnieuw werd blootgesteld aan traumatische ervaring, namen de symptomen toe en was er vanaf dan wel sprake van een PTSS (Hoeyberghs, 2016).

Onderstaand samenvattend tabel geeft het percentage respondenten weer dat lijdt aan PTSS ten gevolge van een agressie-incident.

Tabel 2: Aanwezigheid PTSS (Richter & Berger, 2006; eigen aanpassing)

Moment van datacollectie	Aanwezigheid PTSS
Kort na aangifte incident	8 van de 46 respondenten = 17%
1 ^e follow-up (twee maand na incident)	3 van de 35 respondenten = 9%
2 ^e follow-up (zes maand na incident)	4 van de 35 respondenten = 11 %

In het onderzoek werd o.a. de Impact of Event Scale-Revised (IES-R) gebruikt om de aanwezigheid van posttraumatische stress vast te stellen. De aanwezigheid van symptomen wordt bevraagd en hierbij geldt; hoe hoger de score , hoe groter de kans op aanwezigheid van een PTSS (Fujimoto, Hirota, Kodama, Greiner & Hashimoto,

2017). Er werd vastgesteld dat de score beïnvloed werd door de ernst van eventuele fysiek opgelopen letsels. De aanwezigheid van ernstige fysieke schade leidde tot de hoogste IES – R score. Het oplopen van een ernstig fysiek letsel staat dus in direct verband met het ontwikkelen van een PTSS. Respondenten met geen fysiek opgelopen letsels scoorden hoger dan respondenten met minder zware verwonding. Gedurende het onderzoek werden hogere IES – R scores waargenomen bij vrouwen.

Fujimoto et al. (2017) hanteerde de Japanse versie van de IES – R (IES-R-J). Ze bevestigen het feit dat agressie een verhoogd risico tot het ontwikkelen van een PTSS tot gevolg heeft. 2 van de 34 responderende verpleegkundigen (= 6%) riskeerde een hoog risico te hebben op het ontwikkelen van een PTSS.

Bovenstaande gegevens tonen aan dat het voorvallen van een PTSS of een verhoogde kans op het ontwikkelen van een PTSS slechts gering voorkomt ten gevolge van agressie. Desondanks mag niet voorbij worden gegaan aan het feit dat de aanwezigheid van een PTSS of een verhoogd risico op het ontwikkelen van PTSS ten gevolge van agressie weldegelijk voorkomt.

3.4 *Depressieve stoornis*

Verpleegkundigen kunnen lijden aan een Depressieve Stoornis ten gevolge van een AGRI. De omschrijving van een Depressieve Stoornis volgens de DSM-5 is terug te vinden in bijlage 2. De aanwezigheid van depressieve symptomen bij aangevallen verpleegkundigen wordt aangetoond door Hsieh, Wang, Shen & Li (2018) d.m.v. de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Deze schaal meet de aanwezigheid van depressieve symptomen en dus niet de aanwezigheid van een depressie stoornis. Echter kan gesteld worden dat depressieve symptomen risicofactoren zijn voor het ontstaan van een depressieve stoornis (Nederlands Jeugdinstituut, 2018). Hoe hoger de score op de CES-D, hoe meer symptomen aanwezig zijn en hoe groter het risico op een depressieve stoornis (Hsieh et al., 2018). Indien een individu minder scoort dan 16 op 60 is het niet waarschijnlijk dat de depressieve symptomen uitmonden in een depressieve stoornis (Center for Innovative Public Health Research, 2012). Bij score van 16 of meer op 60 is het risico op een depressieve stoornis weldegelijk bestaand. Hierdoor plaatsten de onderzoekers de aangevallen

verpleegkundigen die 15 of meer op 60 scoorden binnen de 'depressieve groep'. Van de 278 verpleegkundigen die het slachtoffer werden van agressie, werden 211 verpleegkundigen (75,9%) binnen de 'depressieve groep' geplaatst. 75,9% van de verpleegkundigen scoorden dus 15 of meer op 60 op de CES-D. Gezien de score van de depressieve groep 15 of meer op 60 inhoudt, is de kans dat een depressieve stoornis ontstaat bij deze verpleegkundigen bestaand.

Het is mogelijk dat een verpleegkundige na een AGRI wordt opgevangen door het gezin/de familie. Deze familiale steun wordt gezien als beschermende factor die het ontwikkelen van depressieve symptomen tegenhoudt (Hsieh et al., 2018). Indien er zich toch depressieve symptomen zouden voordoen, dan kan familiale steun het verder ontwikkelen van deze symptomen vermijden of de symptomen verlichten.

Eerder in deze Bachelorproef werd job-stress aangetoond als gevolg van agressie tegen de verpleegkundige. Er bestaat een verband tussen deze ervaren job-stress en het 'depressie-niveau' van de verpleegkundige (Wang et al., 2015). In een onderzoek van Wang et al. (2015) hanteert men de Taiwanese Depression Questionnaire (TDQ) om het depressie-niveau aan te tonen bij de verpleegkundigen. Hoe hoger de score, hoe hoger het depressie-niveau. Vanaf een bepaalde score/niveau spreekt men van een depressieve stoornis. Hoe meer job-stress verpleegkundigen ervaren, hoe hoger ze scoorden op de TDQ dus hoe hoger het depressie-niveau. Hier toont men dus onrechtstreeks aan dat agressie leidt tot een verhoogd depressie-niveau en dus een depressieve stoornis in de hand kan werken.

3.5 Herbelevingen en slapeloosheid

Het is voorkomend dat verpleegkundigen na het agressie-incident herhaaldelijk blijven denken aan de gebeurtenis (Al-Azzam et al., 2017). Beelden van de agressor samenhangend met het incident worden terug voor de geest gehaald en de bijhorende gevoelens zoals angst en kwaadheid worden mogelijks terug opgeroepen. Het agressie-incident wordt als het ware herbeleefd. In een onderzoek van Al-Azzam et al. (2017) vonden deze herbelevingen plaats bij 72 van de 110 (=65,45 %) bevroegde psychiatrische verpleegkundigen. Bij de overige verpleegkundigen gaven 24 van de 110 (=21,82 %) aan te twijfelen of ze deze herbelevingen ervaren. Slechts 14 van de

110 (= 12,73 %) verpleegkundigen gaf aan er zeker van te zijn dat er van herbelevingen geen sprake was. Hieruit kan worden afgeleid dat het fenomeen 'herbeleving' een veelvoorkomend gevolg is van een agressie-incident.

De herbelevingen als gevolg van een agressieve gebeurtenis kunnen leiden tot slapeloosheid (Tema et al., 2011). De herbelevingen kunnen er zijn wanneer men in bed ligt en hierdoor de slaap niet kan vatten, maar ze kunnen ook voorkomen in de vorm van een nachtmerrie. Deze nachtmerries zorgen alsook voor een verstoring in het slaappatroon indien men ontwaakt uit de slaap ten gevolge van een nachtmerrie. Een respondent uit een onderzoek van Tema et al. (2011) schetst een situatie waarin ze de agressor naar zich toe zag stappen tijdens een nachtmerrie. Hierna schrok ze wakker, sprong ze uit bed en stak ze het licht aan. Het herbeleven van een gebeurtenis in de vorm van een nachtmerrie wordt als zeer emotioneel en indrukwekkend ervaren (Tema et al., 2011) gezien het opnieuw ervaren van angst.

Niet enkel de herbelevingen zorgen voor slapeloosheid bij de verpleegkundige, ook bijkomstig gepieker kan zorgen voor een verstoring van het slaappatroon. Men overloopt hierbij verschillende scenario's die konden plaatsvinden indien men anders had gehandeld of indien een bepaalde collega er niet was geweest etc.

Een verstoring van het slaappatroon versterkt de eventueel opgelopen vermoeidheid en uitputting door het agressie-incident.

Herbelevingen, al dan niet in de vorm van een nachtmerrie, kunnen voorkomen als symptoom bij een PTSS (zie bijlage 1). Indien herbelevingen zich voordoen, is de kans dus bestaande dat er sprake is van een PTSS. In het geval van herbelevingen dient men aandacht te schenken aan eventuele andere criteria van een PTSS, zodat een PTSS gediagnosticeerd of uitgesloten kan worden.

4 Herstelperiode en ziekteverzuim

Fysieke letsels en veranderingen inzake de psychische gezondheid ten gevolge van agressie, gaan soms gepaard met een herstelperiode en/of ziekteverzuim.

4.1 Herstelperiode

In onderstaand tabel maken (van Leeuwen & Harte, 2015) de balans op omtrent de herstelperiode na een agressie-incident. De herstelperiode werd hierbij bevraagd bij 1149 slachtoffers die weldegelijk enige vorm van schade opliepen.

Zoals eerder aangegeven, spitsten van Leeuwen & Harte (2015) zich toe op medewerkers binnen de psychiatrie, waarvan 51% het beroep 'psychiatrisch verpleegkundige' uitoefent.

Tabel 3: Herstelperiode (van Leeuwen & Harte, 2015)

Herstelperiode	Aantal respondenten (N = 1149)	%
Geen herstelperiode	495	43,1
Minder dan 1 week	258	22,5
1 week - 1 maand	231	20,1
1 maand - 3 maanden	80	7,0
3 maanden - 1 jaar	40	3,5
Langer dan een jaar	14	1,2
Blijvend letsel	31	2,7
- Blijvende psychische klachten	15	1,3
- Blijvend fysiek letsel	16	1,4

Van de slachtoffers die schade overhielden ten gevolge van agressie, moest 57% zich beroepen op enige vorm van herstelperiode. Enkele respondenten (2,7 %) hielden blijvende schade over aan het agressie-incident en worden dus permanent geconfronteerd met de opgelopen schade.

4.2 Ziekteverzuim

Wanneer we ons richten op ziekteverzuim ten gevolge van agressie, wordt uitgegaan van 659 respondenten lijdend aan bepaalde vorm van schade. Ziekteverzuim wordt niet alleen gezien als een gevolg voor het slachtoffer; de afwezigheid van de verpleegkundige op de werkvloer heeft ook consequenties voor de werkgever (van Leeuwen & Harte, 2015).

Tabel 4: Ziekteverzuim (van Leeuwen & Harte, 2015)

Termijn van ziekteverzuim	Aantal respondenten (N = 659)	%
Geen ziekteverzuim	464	70,4
1 dag of korter	34	5,2
1 dag - 1 week	68	10,3
1 week – 1 maand	35	5,3
1 maand – 3 maanden	36	5,5
3 maanden – 1 jaar	18	2,7
Langer dan een jaar	3	0,5
Mogelijk blijvend (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt	1	0,2

De overgrote meerderheid (70,4 %) van de respondenten kon het werk hervatten zonder enige vorm van ziekteverzuim. De veroorzaakte schade zorgde ervoor dat 93 van de 659 respondenten (14,2 %) langer dan een week afwezig bleven wegens ziekte. Ook Nijman et al. (2005) toont ziekteverzuim aan als onrechtstreeks gevolg van agressie tegen verpleegkundigen. Ongeveer 1/5 van de responderende verpleegkundigen was gedurende het onderzochte jaar een (uiteenlopende) periode afwezig door de gevolgen van agressie. Gemiddeld kende hun ziekteverzuim 5,2 dagen per jaar met een algemeen bereik van 1 tot 23 dagen.

Inkomensverlies?

In sommige gevallen valt het voor dat ziekteverzuim door een AGRI kan leiden tot een inkomensverlies voor de verpleegkundige (FOD Sociale Zekerheid, 2018). Indien een verpleegkundige een maand lang (of minder) afwezig is wegens ziekte, wordt het basisloon nog altijd voor 100% uitbetaald. Die uitbetaling gebeurt door de werkgever. Indien de verpleegkundige langer dan een maand arbeidsongeschikt is, dan ontvangt zij maar 60% van het basisloon (uitbetaald door het ziekenfonds). Wanneer de verpleegkundige dus langer dan een maand afwezig is, heeft dit een inkomensverlies tot gevolg. Men spreekt van invaliditeit vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid. Ook hier is er sprake van inkomensverlies, zo wordt er bijvoorbeeld maar 40% van het basisloon uitbetaald aan een samenwondende verpleegkundige.

5 Gevolgen voor het uitoefenen van het verpleegkundig beroep

5.1 Sociale rol

Een sociale rol wordt omschreven als 'gedragingen die horen bij een bepaalde sociale positie' (Denuwelaere, 2014). Er wordt m.a.w. verwacht dat iemand gedragingen gaat uitvoeren die gekoppeld zijn aan zijn/haar sociale positie. In het kader van deze Bachelorproef duidt dit op de gedragingen die de verpleegkundige stelt, gekoppeld aan het verpleegkundig beroep. Een AGRI kan invloed hebben op het begrip 'sociale rol'.

Interne rolconflicten kunnen ontstaan alsook een verandering in visie rond de sociale rol als verpleegkundige.

5.1.1 Intern rolconflict

Men spreekt over een 'intern rolconflict' indien er tegenstrijdigheden plaatsvinden in sociale rollen afkomstig van één sociale positie (Denuwelaere, 2014). Er treden dus tegenstrijdige gedragingen op binnen éénzelfde sociale positie. Het ervaren van een AGRI kan een intern rolconflict doen ontstaan bij de verpleegkundige (Kindy et al., 2005). De gedragingen die worden toegeschreven aan een verpleegkundige in 'normale' omstandigheden komen immers niet overeen met de gedragingen die men stelt als je als verpleegkundige het slachtoffer wordt van agressie. Kindy et al. (2005) toont dit aan a.d.h.v. een voorbeeld. Na het ervaren van een AGRI vond een verpleegkundige dat haar verwachtingen rond gedragingen/functioneren als verpleegkundige niet overeenstemden met de opgelopen ervaringen. De tegenstrijdigheden veroorzaakten een intern rolconflict.

5.1.2 "Part of the job?"

Een sociale rol werd eerder al omschreven als 'gedragingen die horen bij een bepaalde sociale positie'. Is het omgaan met agressie één van die gedragingen die toegeschreven worden aan het verpleegkundig beroep? Hoort agressie m.a.w. samen met de sociale rol 'verpleegkundige'?

Op dit vraagstuk is echter geen éénduidig antwoord. In de literatuur worden verschillende visies geschetst rond de sociale rol van de verpleegkundige. Sommige verpleegkundigen vinden dat het ervaren van agressie geen deel uitmaakt van hun sociale rol. Kindy et al. (2005) toont dit aan a.d.h.v. een citaat van een verpleegkundige:

(na een AGRI): "Ik voelde me geen verpleegkundige. Ik voelde me eerder als eens onderbetaalde cipier. Ik voelde dit niet aan als 'verplegen'."

Sommige verpleegkundigen zijn het hier niet mee eens en hebben bijgevolg een andere visie rond hun sociale rol. Ze geloven dat het agressieve gedrag van patiënten beïnvloed wordt door hun psychiatrische aandoening. Als gevolg wordt agressie als

onvermijdelijk en normaal aanzien. Het maakt dus m.a.w. deel uit van hun job/sociale rol (Stevenson et al., 2015; Yang et al., 2016).

Deze vorm van rationalisering heeft zoals eerder vermeld invloed op het ontstaan van gevolgen na een AGRI. Het aanzien van agressie als 'part of the job', kan ervoor zorgen dat de ontwikkelde emoties na een AGRI minder hevig zijn. Het ontwikkelen van een burn-out of een daling van jobtevredenheid/levenskwaliteit kan ook worden tegengehouden door deze rationalisering. Ten slotte zorgt dit denken ervoor dat de verpleegkundige de zorg kan verderzetten zonder al te veel negatieve gevoelens tegenover de agressor (Yang et al., 2016). Dit werd ondervonden door een verpleegkundige uit een onderzoek van Yang et al. (2016).

"Ik overtuigde mezelf dat de patiënt ziek was en dat dit de reden was waarom hij mij dit aandeed. Enkel door deze manier van denken, kan ik nu blijven zorgen voor hem zoals ik ervoor deed."

Wanneer verpleegkundigen agressie aanzien als 'part of the job', wil dit niet zeggen dat alle mogelijke gevolgen verminderd of uitgesloten zijn. Gevolgen van agressie kunnen weldegelijk voorkomen bij verpleegkundigen die agressie aanzien als 'part of the job' (Yang et al., 2016).

Frequente blootstelling aan agressie kan een verandering in visie 'sociale rol van de verpleegkundige' impliceren. Dit gevolg van agressie wordt aangetoond door Lantta et al. (2016). Verpleegkundigen kunnen agressie aanvankelijk niet aanzien als onderdeel van hun rol maar na frequente blootstelling aan agressie, wordt agressie wel toeschreven aan hun rol als verpleegkundige. Hun visie rond de sociale rol 'verpleegkundige' is dus aangepast.

5.2 Invloed op de therapeutische relatie 'verpleegkundige vs. patiënt'

Na een AGRI komt de verpleegkundige terug in contact met de agressor (Yang et al., 2016). De agressie kan in sommige gevallen invloed hebben op de therapeutische relatie tussen de verpleegkundige en de desbetreffende patiënt.

Het psychisch label 'gevaarlijk' dat gegeven wordt aan de agressor en/of medepatiënten heeft als gevolg dat, zoals eerder aangegeven, de verpleegkundige

aangepast gedrag gaat stellen. Met een gevoel van onzekerheid en angst of de eigen veiligheid al dan niet gewaarborgd blijft, gaat men bijvoorbeeld letterlijk afstand nemen van de patiënt gedurende een shift (vermijdingsgedrag) (Stevenson et al., 2015). Ook werd eerder aangetoond dat verhoogde waakzaamheid door het psychisch label, in het kader van het verzekeren van eigen veiligheid, het gedrag tegenover de patiënt kan bepalen.

Daarnaast kan kwaadheid ten gevolge van een incident, de houding tegenover de agressor veranderen met bijhorend aangepast gedrag. Zo geeft een verpleegkundige aan het strikt noodzakelijke te doen voor de patiënt wat van haar verwacht, als het ware op automatische piloot. Enige vorm van extra inspanning kon de patiënt niet meer verwachten van haar (Stevenson et al., 2015). De invulling van het verpleegkundige beroep tegenover de agressor blijkt nu vooral taak-gericht en praktisch. Het gegeven dat de patiënt centraal staat, wordt ondergeschikt. Veranderd gedrag door angst of verhoogde waakzaamheid kan zich, zoals eerder omschreven, ook vertonen tijdens contact met andere patiënten.

Agressief gedrag wordt vaak gekenmerkt door een plots en onverwacht karakter (Tema et al., 2011). Een plotsklapse verandering in het gedrag van de patiënt zorgt ervoor dat verpleegkundigen zich geschrokken en overrompeld voelen. Dit onvoorspelbaar gedrag heeft een invloed op de therapeutische relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt: het gevoel van vertrouwen tegenover de patiënt verdwijnt. Dit gebrek aan vertrouwen heeft niet alleen invloed op de relatie tussen de verpleegkundige en de agressor waarvan sprake, maar kan ook geprojecteerd worden op de gehele patiëntenpopulatie. Gezien het begrip 'vertrouwen' essentieel is tijdens het opbouwen van eender welke (therapeutische) relatie, is het niet onlogisch dat onverwacht gesteld gedrag invloed heeft op de relatie 'verpleegkundige vs. patiënt' (Fortinash & Holoday Worret, 2006).

5.3 Afzonderen en fixeren als reactie op agressie

Verpleegkundigen tewerkgesteld in de psychiatrie beschikken op sommige afdelingen over de mogelijkheid om patiënten af te zonderen of te fixeren. Een interessant vraagstuk dringt zich op wanneer we agressie linken aan het afzonderen en fixeren

van de agressor. In welke mate opteert de verpleegkundige om over te gaan naar afzondering/fixatie bij het voorvallen van agressie? Kan agressie m.a.w. een gevolg hebben voor het gedrag inzake afzondering/fixatie door de verpleegkundige? Vooraleer gepoogd wordt hier een antwoord op te formuleren, worden de termen 'afzonderen' en 'fixeren' theoretisch toegelicht.

5.3.1 Theoretische toelichting

Afzonderen en fixeren zijn beide een vorm van vrijheidsbeperkende maatregelen (Thomas, 2010). Het valt voor dat een patiënt zich in een toestand bevindt waarin hij zijn eigen veiligheid of die van anderen in gevaar brengt. Verpleegkundigen stellen hierdoor handelingen waarbij de patiënt en/of anderen beschermd worden. Men spreekt over 'vrijheidsbeperkende beschermingsmaatregelen' indien die bescherming met toestemming van de patiënt plaatsvindt. Indien er sprake is van bescherming tegen de wil van de patiënt, dan wordt de term 'vrijheidsbeperkende dwangmaatregelen' gehanteerd.

Hoe een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingericht, hangt af van de vorm ervan.

'Afzonderen' wordt door Thomas (2010) gedefinieerd als volgt: *"Een beschermingsmaatregel tov de patiënt en/of zijn omgeving door tijdelijk onderbrengen in een gesloten afzonderingskamer met als doel het voorkomen dat hij/zij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen."*

Ook werd gepoogd om een duidelijke betekenis te geven aan het begrip 'fixeren': *"Een beschermingsmaatregel die de mobiliteit en het handelen van de patiënt beperkt door het vastbinden in een bed met als doel het voorkomen dat hij/zij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen en/of om levensnoodzakelijke behandeling mogelijk te maken"* (Thomas, 2010).

5.3.2 Toepassing

In verscheidene gehanteerde literatuur is een algemene trend op te merken waarbij verpleegkundigen afzonderen en/of fixeren zien als laatste redmiddel als reactie op agressie. Men is ervan overtuigd dat eerst geprobeerd moet worden om andere

interventies toe te passen. Afzonderen en/of fixeren is in bijna alle gevallen een allerlaatste optie als reactie op agressie (Green, Shelly, Gibb & Walker, 2018; Lantta et al., 2016; Mahmoud, 2016; Vedana et al., 2017). Mogelijke interventies die wel als eerste reactie toegepast worden zijn: de-escalerende gesprekken aangaan met de agressor, de agressor aansporen om zich terug te trekken in zijn/haar kamer, de mogelijkheid bieden aan de agressor naar een afzonderingskamer te gaan met de deuren open of het toedienen van medicatie (Lantta et al., 2016).

Slechts in één gevonden artikel wordt vermeld dat sommige verpleegkundigen fixeren niet aanzien als laatste redmiddel (Mahmoud, 2016). In het onderzoek werden 96 verpleegkundigen bevraagd naar hun gedrag omtrent fixatie. Dit percentage is echter gering; slechts 7.3% van de respondenten probeert geen andere interventies als reactie op agressie en gaat meteen over naar fixeren. De overige 92,7% van de respondenten voert wél andere interventies uit voor men de agressor fixeert.

De risico's verbonden aan afzonderen en/of fixeren worden opgegeven als reden om afzonderen en/of fixeren als laatste redmiddel te gebruiken.

Mogelijks kan afzonderen en/of fixeren schade toebrengen aan de agressor. Fysieke schade kan optreden tijdens het fixeren van de agressor alsook tijdens de periode waarin de agressor gefixeerd blijft (Green et al., 2018). Ook psychisch leed als gevolg van afzonderen en/of fixeren kan ontstaan bij de agressor (Green et al., 2018).

Gevoelens van enorme angst, machteloosheid en/of wantrouwen kunnen bijvoorbeeld ontstaan wanneer de agressor geconfronteerd wordt met afzondering (Bos et al., 2011). Het afzonderen en/of fixeren met eventuele veroorzaakte schade bij de agressor kan op zijn beurt zorgen voor een toename van agressie waardoor de situatie escaleert (Bos et al., 2011; Yang et al., 2017).

Niet alleen kan de agressor schade ondervinden als gevolg van afzonderen en/of fixeren, ook de verpleegkundige kan schade oplopen (Green et al., 2018; Mahmoud, 2016; Vedana et al., 2017). Wanneer de agressor met verzet wordt overgebracht naar de afzonderingskamer om hem/haar af te zonderen en/of te fixeren, dan kan fysieke schade worden toegebracht aan de verpleegkundige. Ook psychische schade zoals angst, schuld en/of schaamte tegenover de agressor of familie van de agressor kan ervaren worden.

In sommige gevallen blijken andere, minder ingrijpende, interventies geen nut te hebben en blijft de agressie aanwezig (Bos et al., 2011). In deze gevallen is men genoodzaakt om toch over te gaan naar afzonderen en/of fixatie om zo de veiligheid van de agressor, verpleegkundige(n), andere teamleden en andere patiënten te waarborgen (Green et al., 2018; Lantta et al., 2016).

Een bijkomstig gevolg van afzonderen wordt aangehaald door Lantta et al. (2016). Dit gevolg beïnvloedt niet zozeer de keuze omtrent afzonderen, maar vindt wel plaats. Wanneer een patiënt verblijft in een afzonderingskamer, stijgt de werkdruk voor de verpleegkundige. Gezien extra tijd en energie gestoken moet worden in de patiënt in de afzonderingskamer, is er minder aandacht voor de andere patiënten. Dit in combinatie met een mogelijks stressvollere werkomgeving, veroorzaakt emoties/gevoelens bij patiënten en dit kan aanleiding geven tot nieuwe onverwachte situaties (agressie). Het gevolg zou zich vooral voordoen wanneer er sprake is van langdurige afzondering. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen dus niet alleen meer agressie veroorzaken bij de agressor waarvan sprake, maar kunnen ook agressie veroorzaken bij andere patiënten. In een onderzoek van Lantta et al. (2016) deelt een verpleegkundige de ervaring omtrent dit gevolg:

“Afzondering vraagt tijd, aandacht en energie van verschillende verpleegkundigen. Wanneer er hierdoor minder tijd is voor andere patiënten, merk je een angstige sfeer op.”

5.4 Invloed jobkeuze

Nadat een verpleegkundige het slachtoffer wordt van agressie, kan het voorvallen dat er twijfels ontstaan bij de verpleegkundige omtrent hun jobkeuze (Kindy et al., 2005). Voor- en nadelen van het uitoefenen van de job op een bepaalde dienst worden hierbij afgewogen. Een voorbeeld wordt gegeven door Kindy et al. (2005). De onderzoekers schetsen een situatie waarbij een verpleegkundige te maken kreeg met agressie. Na het AGRI ontstond er twijfel; wat als ik nog eens aangevallen wordt en een blijvend letsel oploop? Wat als ik hierdoor niet kan werken en bijgevolg geen loon ontvang? Is het dit wel allemaal waard?

In sommige gevallen is de twijfel beduidend groot en wegen de nadelen in die mate door dat er een wens ontstaat bij de verpleegkundige om de job te verlaten (Kindy et al., 2005). De wens kan ook beïnvloed worden door de gedachte dat er slechts een kleine kans is op verandering op de werkvloer. Een verpleegkundige uit een onderzoek van Kindy et al. (2005) ervaart deze wens om de huidige job te verlaten en verduidelijkt:

“Momenteel ben ik op zoek naar een nieuwe job. Ik vind dat het gewoon echt teveel is en het vraagt teveel van mij. Bovendien is het echt geen veilige omgeving.”

Zowel Al-Azzam et al. (2017) als Yang et al. (2017) omschreven diezelfde wens bij verpleegkundigen als gevolg van agressie.

Het gebeurt ook dat verpleegkundige niet enkel hun huidige job op een bepaalde werkplaats in twijfel trekken, maar ook twijfelen aan het verpleegkundig beroep in zijn geheel (Yang et al., 2017). De wens om geen verpleegkundige functie meer uit te oefenen kan ontstaan als gevolg van een AGRI.

6 Gedrag tegenover eigen familie

De gevolgen die agressie tegenover de verpleegkundige teweegbrengt, kunnen invloed hebben op hoe de verpleegkundige zich gedraagt tegenover zijn/haar eigen familie.

Eerder werd aangetoond dat agressie kan leiden tot uitputting en vermoeidheid bij de verpleegkundige. Deze gevoelens zorgen op hun beurt voor moeilijkheden t.a.v. de familie van de verpleegkundige. Uitputting en vermoeidheid kan een lage tolerantiegrens veroorzaken bij de verpleegkundige. Hierdoor ergert men zich soms snel aan bepaalde situaties in de thuissituatie en reageert men hier vaak heftig op. Dit zorgt ervoor dat een verpleegkundige uit een onderzoek van Baby et al. (2014) niet meer kon omgaan met de rol van het ouderschap:

“Ik was compleet vermoeid en dit uitte zich thuis. Op een avond kwam ik thuis en trok ik mijn dochter recht aan haar haar, ik kon niet langer omgaan met de ouder-rol.”

Hoe een verpleegkundige zich gedraagt in bijzijn van zijn/haar familie, kan ook bepaald worden door de onderdrukking en rationalisering. Door de onderdrukking en rationalisering van de uitgelokte emoties tijdens de uitvoering van het verpleegkundig beroep, is men niet in de mogelijkheid om de emoties ten volle te uiten (hoofdstuk 2). De emoties die de verpleegkundigen niet ten volle konden uiten op de werkvloer, worden meegenomen naar de thuissituatie (Tema et al., 2011). De verbeten emoties manifesteren zich tijdens interacties met gezinsleden gezien men hier wel over de mogelijkheid beschikt zich ten volle te uiten. Voorbeelden worden door Tema et al. (2011) aangehaald waarbij verpleegkundigen schreeuwen tegen hun kinderen of echtgenoot zonder enige aanneembare reden.

7 Rechtelijke reactie

Verpleegkundigen kunnen aangifte doen bij de politie om zo een gerechtelijk gevolg te geven aan agressie. Ruim een kwart van de gewelddadige incidenten opgenomen in een onderzoek van Harte, Van Leeuwen & Theuws (2013) werd aangegeven bij de politie. Deze onderzoekers stellen dat de motieven om een incident al dan niet aan te geven zowel rationeel als emotioneel gekleurd kunnen zijn. Het niet ernstig genoeg vinden van het feit of het wijten van het agressief gedrag aan een psychiatrisch ziektebeeld kunnen rationele overwegingen zijn om een incident niet te melden. Emotionele overwegingen om geen aangifte te doen zijn divers: angst voor wraakhandelingen van de patiënt na eventuele aangifte, het te belastend vinden van het aangifteproces of het zichzelf verwijten van het voorgevallen agressie-incident. De verzekering dat collega's en/of andere patiënten beschermd worden of het nodig achten van het opstarten van gerechtelijk dossier van de patiënt kunnen rationele keuzes zijn om wel aangifte te doen. Het aangeven van een incident in het kader van het verwerkingsproces van het slachtoffer kan een emotie beïnvloedend motief zijn. Naast de rationele en emotionele overwegingen is ook het beleid van de organisatie waar de verpleegkundige tewerkgesteld is, bepalend voor het al dan niet aangeven van het incident. Zo kan een organisatie in zijn beleid poneren dat er standaard een aangifte wordt gedaan bij het voorvallen van een agressie-incident. De organisatie kan

er ook voor kiezen om het incident intern af te handelen of leidinggevendenden kunnen slachtoffers afraden aangifte te gaan doen.

Indien toch aangifte wordt gedaan door de psychiatrische verpleegkundige, kan de dader mogelijks gerechtelijk vervolgd worden waardoor het slachtoffer in sommige gevallen recht heeft op een schadevergoeding (Harte et al., 2013).

8 Positieve gevolgen

Itzhaki et al. (2015) haalt de term 'post-traumatic growth' (PTG) aan. In de context van deze Bachelorproef houdt dit in dat verpleegkundigen positieve gevolgen ervaren (subjectief) als gevolg van een AGRI. Ze groeien dus m.a.w. door het meemaken van een incident. Deze groei kan zich uiten binnen verschillende domeinen: versterkt zelfvertrouwen, een bredere kijk op het leven, betekenisvolle relaties, hanteren van nieuwe aangeleerde vaardigheden en een rijker spiritueel leven (Tedeschi & Calhoun zoals geciteerd in Itzhaki et al., 2015). PTG wordt door Itzhaki et al. (2015) weldegelijk in verband gebracht met blootstelling aan agressie. Dit werd gemeten aan de hand van verkorte versie van de 'Posttraumatic Growth Inventroy'. Een rechtstreeks verband tussen PGT en een AGRI a.d.h.v. een meetschaal wordt in andere literatuur zelden weergegeven. Wel worden losstaande positieve gevolgen van agressie omschreven, wat een interne groei bij de verpleegkundige impliceert; deze gevolgen worden onderstaand geduid.

8.1 Leerkans

Het ervaren van een AGRI kan als een leerkans aanschouwd worden voor de verpleegkundige (Yang et al., 2016). Het reflecteren over het incident doet de verpleegkundige zijn of haar eigen handelen in vraag stellen. Het geeft verpleegkundigen de kans om na te denken of de gehanteerde aanpak effectief is bij de patiënt waarvan sprake.

Baby et al. (2014) stellen eveneens dat een agressie-ervaring kan worden aanzien als leerkans. Naast het opnieuw aanleren van vaardigheden wordt er meer vakkennis opgedaan. Ook zijn de verpleegkundigen zich meer bewust van het feit dat ze hun

veiligheid moeten waarborgen en dat gestelde acties weldegelijk effect kunnen hebben op patiënten.

8.2 Verhoogde waakzaamheid

Zoals eerder aangegeven, kan verhoogde waakzaamheid aanzien worden als positief gevolg. Door alert te zijn probeert men agressie te vermijden waardoor de veiligheid mogelijks gewaarborgd blijft.

8.3 Stijging zelfzekerheid

De zelfzekerheid van de verpleegkundige kan positief beïnvloed worden door een incident op vlak van omgaan met agressie (Stevenson et al., 2015). Door het eerder meemaken van een AGRI kunnen ze zich zelfzekerder voelen tijdens interventies om een volgend incident te voorkomen. Ook kan er sprake zijn van een verhoogde zelfzekerheid tijdens het omgaan met agressie als een volgend AGRI zich effectief manifesteert.

8.4 Weerstandsvermogen

Het in contact komen met agressie kan een hoger weerstandsvermogen creëren bij de verpleegkundige (Itzhaki et al., 2015). Weerstandsvermogen, ook wel veerkracht genoemd, duidt op het vermogen om na een tegenslag terug 'op te veren' (Geraerts, 2015). Hoe iemand omgaat met een tegenslag, hier een AGRI, kan worden uitgedrukt in de term 'veerkracht'. Een hoger weerstandsvermogen kan van belang zijn bij het omgaan met moeilijke verpleegkundige situaties zoals een volgend AGRI.

Discussie

Mijn stages in psychiatrische settings leerden me dat agressie niet door elke verpleegkundige op dezelfde manier ervaren wordt. Hoe iemand reageert op agressie hangt af van verschillende factoren. Ook in de literatuur verschillen de gevolgen van onderzoek tot onderzoek wat impliceert dat elke verpleegkundige een AGRI anders ervaart. Hierdoor stemt geen enkel artikel volledig overeen met een ander artikel. Soms worden dezelfde gevolgen aangehaald zoals bijvoorbeeld angst of verhoogde waakzaamheid, maar toch is geen enkel artikel volledig gelijklopend met elkaar. Verschillen werden tijdens mijn literatuuronderzoek dus constant waargenomen.

Gezien het uiteenlopend en individueel bepaald karakter van de gevolgen ben ik er mij van bewust dat lang niet alle gevolgen die ooit zijn ervaren door een verpleegkundige zijn opgenomen in dit werk. Deze Bachelorproef omvat dus een beperkte opsomming van gevolgen. De onvolledigheid aanschouw ik niet als een zwakte gezien de onmogelijkheid om alle gevolgen ooit waargenomen op te lijsten. Naast verschillen, kwam ik ook enkele tegenstrijdigheden tegen tijdens het analyseren van de artikels. In sommige literatuur wordt uitsluitend het negatief karakter van de gevolgen benadrukt. De impact van agressie als 'traumatische gebeurtenis' wordt in sommige artikels uitvoerig besproken. In tegenstelling hiermee, worden in sommige artikels ook positieve gevolgen aangehaald van agressie. Men geeft niet alleen aandacht aan mogelijke negatieve gevolgen, maar ook aan positieve gevolgen voor de verpleegkundige. Agressie wordt op deze manier bekeken via een andere invalshoek. Een andere tegenstrijdigheid werd gevonden wanneer 'fysieke gevolgen' worden besproken in literatuur. Een bepaald onderzoek toont aan dat vrouwelijke en mannelijke verpleegkundigen quasi evenveel het slachtoffer worden van fysieke agressie. Gegevens uit een ander onderzoek tonen ons aan dat de kans op fysieke agressie het grootst is indien het een vrouwelijke verpleegkundige betreft. Onderzoekers uit een derde onderzoek beweren dan weer dat fysieke agressie juist meer voorkomt bij mannelijke verpleegkundigen.

De inhoud van dit werk is gebaseerd op een ruim aantal artikels. 24 wetenschappelijke artikels werden gebruikt om deze Bachelorproef vorm te geven, wat de minimumvereiste van 15 artikels overstijgt. Hiernaast werden cursussen, boeken

en/of sites gebruikt om de wetenschappelijke artikels meer kracht te bieden. Door het hanteren van een ruim aantal bronnen, kon een genuanceerd en uiteenlopend beeld worden gevormd van de gevolgen, wat in mijn ogen een sterkte is van dit werk.

Bijkomstig zijn de gebruikte bronnen allemaal vrij recent. Aangezien recente gegevens werden opgenomen in deze Bachelorproef, is het beeld dat wordt geschetst up-to-date. Ten slotte zorgde mijn kritische blik ervoor dat er gepoogd werd een professionele schrijfstijl te hanteren. Dit zou de kwaliteit van het werk omhoog moeten halen.

Indien er wordt gekeken naar de gehanteerde literatuur, dan kan men zien dat een deel (11 vd 24) van de artikels onderzoeken betreft die werden afgenomen in niet-westerse landen. Gegevens uit onderzoeken gevoerd in bijvoorbeeld China, Taiwan of Japan etc. werden opgenomen in dit werk. Hoewel iedereen agressie anders ervaart, ook bijvoorbeeld hier in België, kan dit aanzien worden als zwakte van het werk. Na het lezen van de opsomming van mogelijke gevolgen zou men de veronderstelling kunnen maken dat werken in de psychiatrie geassocieerd wordt met dagelijkse agressie en samenhangende gevolgen. Zoals eerder aangehaald is nuancering belangrijk; niet overal in de psychiatrie komt agressie frequent voor. Indien hier niet genuanceerd wordt, zou deze Bachelorproef het stigma dat psychiatrie gelinkt wordt aan agressie in leven kunnen houden.

Zowel mijn stage-ervaringen als het doornemen van literatuur leert me dat psychiatrische verpleegkundigen agressie vaak aanzien als 'part of the job'. Ze blijken agressie te rationaliseren met de gedachte dat agressie voortkomt uit een ziektebeeld en dus deel uit maakt van hun dagelijkse werk. Deze gedachtegang kan soms voordelig zijn en ervoor zorgen dat gevolgen zoals kwaadheid of burn-out minder tot uiting kunnen komen. Naar mijn mening wordt er echter te weinig stilgestaan bij mogelijke gevolgen van agressie, dit als gevolg van de rationalisering. Negatieve gevoelens worden soms langs de kant geschoven met de gedachte dat agressie nu eenmaal hoort bij de job. Ik ben van de overtuiging dat het negeren van eventuele gevolgen nefast is voor de gezondheid van de verpleegkundige. Gezien het ondertussen duidelijk mag zijn dat agressie uiteenlopende gevolgen kan teweegbrengen, raad ik verpleegkundigen aan om de ernst van agressie en de eventuele impact niet te negeren. Een gezonde portie rationalisering is volgens mij nodig, maar niet in die mate dat het je blind moet maken voor mogelijke gevolgen. Ook als collega van iemand die het slachtoffer wordt van agressie kan het nuttig zijn om voldoende aandacht te besteden aan eventuele

gevolgen die kunnen ontstaan bij het slachtoffer. Door het geven van deze persoonlijke suggestie wil ik niet poneren dat alle verpleegkundigen mogelijke gevolgen zomaar aan de kant schuiven. De rationalisering is klaarblijkelijk wel een trend die waar te nemen is in het werkveld en in literatuur.

Conclusie

In dit werk werd gepoogd om eventuele gevolgen van agressie in kaart te brengen a.d.h.v. een literatuurstudie. Enkel de gevolgen die de psychiatrische verpleegkundige ervaart van agressie tegen hen én veroorzaakt door de patiënt werden opgenomen in deze Bachelorproef.

Agressie kan verschillende gevolgen veroorzaken op vlak van de fysieke en psychische gezondheid van de verpleegkundige. Indien dit het geval is, kan er eventueel sprake zijn van een herstelperiode en/of ziekteverzuim. Verder kan de manier waarop men het verpleegkundig beroep uitoefent, beïnvloed worden door blootstelling aan agressie alsook de manier waarop men zich gedraagt tegenover de eigen familie. In sommige gevallen is er ook sprake van een rechtelijke reactie en/of positieve gevolgen.

De onderzoeksvraag dient echter wel met de nodige nuance beantwoord te worden. De gevolgen verschillen van onderzoek tot onderzoek. Iedereen ervaart agressie op een andere manier en de gevolgen die een verpleegkundige ondervindt zijn individueel verschillend. De opgesomde gevolgen kunnen voorkomen, maar er is geen zekerheid dat ze weldegelijk tot stand komen na agressie. Bijgevolg is het niet eenvoudig om een pasklaar antwoord te geven op de vraag: 'wat zijn de gevolgen van agressie?'. Een eenduidige conclusie is hier dus moeilijk te formuleren.

Referentielijst

Al-Azzam, M., AL-Sagarat, A. Y., Tawalbeh, L., & Poedel, R. J. (2017). Mental health nurses' perspective of workplace violence in Jordanian mental health hospitals. *Perspectives in Psychiatric Care*. doi: 10.1111/ppc.12250

Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is Not Part of Our Job': A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses' Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655.

Bos, A., Hoekstra, T., Minderhoud, M., Timmermans, G., & Visscher, P. (2011). *Verzorgen in de geestelijke gezondheidszorg*. (1e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Center for Innovative Public Health Research. (2012). CESD-R. Geraadpleegd op 13 mei 2018 via <http://cesd-r.com/cesdr/>

CM Ziekenfonds. (2017). Hoe wordt een hiv-infectie veroorzaakt?. Geraadpleegd op 1 mei 2018 via <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/klachten-en-ziekten/hiv-infectie/oorzaken>

Craeynest, P., Craeynest, M., & Meuleman, S. (2012). *Algemene psychologie*. (3de druk). Leuven: Acco.

Denuwelaere, M. (2014). *Sociologie* [Cursus]. VIVES, Campus Kortrijk, Studiegebied sociaal-agogisch werk.

De Clercq, D. (2016). *Verpleegkundige communicatie 2, Deel 1: Agressiemanagement* [Cursus]. Hogeschool Gent, Faculteit Mens en Welzijn.

Fivoor. (2017). Ernstig incident in FPC de Kijvelanden. Geraadpleegd op 14 mei 2018 via <https://www.fivoor.nl/actueel/ernstig-incident-in-fpc-de-kijvelanden/>

FOD Sociale Zekerheid. (2018). Gewaarborgd loon. Geraadpleegd op 20 mei 2018 via <https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/arbeidsongeschiktheid-ongeval-en-beroepsziekte/arbeidsongeschikt-door-ziekte/gewaarborgd-loon#>

Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (2006). *Psychiatric Nursing Care Plans*. (5e druk). Elsevier - Health Sciences Division.

- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C., & Hashimoto, T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 638-647.
- Geraerts, E. (2015). *Mentaal Kapitaal*. (6e druk). Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.
- Green, R., Shelly, C., Gibb, J., & Walker, T. (2018). Implementing Seclusion in Forensic Mental Health Care: A Qualitative Study of Staff Decision Making. *Archives of Psychiatric Nursing*. doi: 10.1016/j.apnu.2018.04.008
- Harte, J. M., Van Leeuwen, M.E., & Theuws, R. (2013). Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(5), 325-335.
- Hoeyberghs, L. (2016). *Psychiatrische Pathologie, verpleegkunde en diagnostiek* [Cursus]. Hogeschool Gent, Faculteit Mens en Welzijn.
- Hsieh, H.-F., Wang, H.-H., Shen, S.-H., & Li, Y.-C. (2018). Predictors of depressive symptoms among psychiatric nurses who suffered from workplace violence. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 425-432.
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshtinsky, V., & Theilla, M. (2018). Mental Health Nurse's Exposure to Workplace Violence Leads to Job Stress, Which Leads to Reduced Professional Quality of Life. *Front. Psychiatry*, 9(59), 1-6. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00059
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403-412.
- Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 75, 130-138.
- Janssens, G., & de Man, L. (2013). *Gedragwetenschappen 4 – diversiteit- leerwerkboek*. Antwerpen: de boeck.

Kindy, D., Petersen, S., & Parkhurst, D. (2005). Perilous Work: Nurses' Experiences in Psychiatric Units with High Risks of Assault. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(4), 169-175.

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems, 10*(27), 1-10. doi: 10.1186/s13033-016-0059-5

Mahmoud, A. S. (2016). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(1), 2-7. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.013

Moylan, L. B., & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(6), 526-534.

Nederlands Jeugdinstituut. (2018). Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Geraadpleegd op 13 mei 2018 via [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Center-for-Epidemiological-Studies-Depression-Scale-\(CES-D\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Center-for-Epidemiological-Studies-Depression-Scale-(CES-D))

Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). Psychiatric Nurses' Experiences With Inpatient Aggression. *Aggressive Behavior, 31*(3), 217-227.

Richter, D., & Berger, K. (2006). Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry, 6*(15). doi: 10.1186/1471-244X-6-15

Qi, Y.-K., Xiang, Y.-T., An, F.-R., Wang, J., Zeng, J.-Y., Ungvari, G. S., Newhouse, R., Yu, D. S. F., Lai, K., Ding, Y.-M., Yu, L., Zhang, X.-Y., & Chiu, H. F. K. (2013). Nurses' Work-Related Stress in China: A Comparison Between Psychiatric and General Hospitals. *Perspectives in Psychiatric Care, 50*(1), 27-32.

Schuur, G. (2005). *Omgaan met agressie*. (6e, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & Legris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*. doi: 10.1186/s12912-015-0079-5

Tema, T. R., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2011). Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward. *Journal of Nursing Management, 19*(7), 915-924.

Thomas, B. (2010). *Handboek werken met patiënten – Specifieke thema's*. Brussel: Uitgeverij Politeia nv.

van Leeuwen, M. E., & Harte J. M. (2015). Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 28*(5), 581-598.

Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2017). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(3), 367-372.

Wang, S. M., Lai, C. Y., Chang, Y.-Y., Huang, C.-Y., Zauszniewski, J. A., & Yu, C.-Y. (2015). The Relationships Among Work Stress, Resourcefulness, and Depression Level in Psychiatric Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(1), 64-70.

Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Morris, D. L. (2017). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing*. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.013

Yang, C.-I., Hsieh, W.-P., Lee, L.-H., & Chen, S.-L. (2016). Assault experiences: Lessons learned from mental health nurses in Taiwan. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(3), 225-233.

Zeng, J.-Y., An, F.-R., Xiang, Y.-T., Qi, Y.-K., Ungvari, S., Newhouse, R., Yu, D. S. F., Lai, K., Yu, L.-Y., Ding, Y.-M., Tang, W.-K., Wu, P.-P., Hou, Z.-J., & Chiu, H.F.K. (2013). Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research, 210*(2), 510-514.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Classificatiecriteria PTSS

(Hoeyberghs, 2016)

- A. Blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld op één (of meer) van de volgende manieren:
 - 1. Zelf ondergaan van de psychotraumatische gebeurtenis(sen)
 - 2. Persoonlijk getuige zijn geweest van de gebeurtenis(sen) terwijl deze anderen overkwam(en)
 - 3. Vernemen dat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) een naaste familielid of goede vriend(in) zijn overkomen. Bij een feitelijke of dreigende dood van een familielid of vriend(in), moet(en) de gebeurtenissen gewelddadig van karakter zijn of een ongeval betreffen
 - 4. Ondergaan van herhaaldelijke of extreme blootstelling aan de afschuwwekkende details van de psychotraumatische gebeurtenissen (zoals bij hulpverleners die stoffelijke resten moeten verzamelen; politieagenten die herhaaldelijk worden geconfronteerd met de details van kindermisbruik)
- B. De aanwezigheid van één (of meer) van de volgende intrusieve symptomen die samenhangen met de psychotraumatische gebeurtenis(sen) en die zijn begonnen nadat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden:
 - 1. Recidiverende, onvrijwillige en intrusieve pijnlijke herinneringen aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen)
 - 2. Recidiverende onaangename dromen waarin de inhoud en/of het affect van de droom samenhangt met de psychotraumatische gebeurtenis(sen)
 - 3. Dissociatieve reacties (zoals flashbacks) waarbij de betrokkene het gevoel heeft of handelt alsof de psychotraumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
 - 4. Interne of langdurige psychische lijdensdruk bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenis(sen) symboliseren of erop lijken
 - 5. Duidelijke fysiologische reacties op interne of externe prikkels die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenis symboliseren
- C. Persisterende vermijding van prikkels die geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis:

1. Vermijding of poging tot vermijding van pijnlijke herinneringen, gedachten of gevoelens over, of sterk samenhangend met de psychotraumatische gebeurtenis
 2. Vermijding of poging tot vermijding van externe aspecten die aan de psychotraumatische gebeurtenis herinneren (mensen, plaatsen, gesprekken, activiteiten, voorwerpen, situaties) die pijnlijke herinneringen, gedachten of gevoelens oproepen over, of sterk samenhangen met de psychotraumatische gebeurtenis
- D. Negatieve veranderingen in cognities en stemming, gerelateerd aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen), die zijn begonnen of verergerd nadat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) heeft plaatsgevonden zoals blijkt uit 2 of meer van de volgende kenmerken:
1. Onvermogen om zich een belangrijk aspect van de psychotraumatische gebeurtenis te herinneren (gewoonlijk door dissociatieve amnesie)
 2. Persisterende en overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld (bijvoorbeeld: 'ik ben slecht', 'Je kunt niemand vertrouwen', 'De wereld is door en door gevaarlijk')
 3. Persisterende, vertekende cognities over de oorzaak of de gevolgen van de psychotraumatische gebeurtenis(sen), die ertoe leiden dat de betrokkene zichzelf of de anderen er de schuld van geeft
 4. Persisterende negatieve gemoedstoestand (bijvoorbeeld angst, afschuw, boosheid, schuldgevoelens of schaamte)
 5. Duidelijke verminderde belangstelling voor, of deelname aan belangrijke activiteiten
 6. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
 7. Persisterend onvermogen om positieve emoties te ervaren (zoals onvermogen om geluk, voldoening of liefdevolle relaties te ervaren)
- E. Duidelijke verandering in arousal en reactiviteit, gerelateerd aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen), die zijn begonnen of verslechterd nadat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) heeft plaatsgevonden, zoals blijkt uit 2 of meer van de volgende kenmerken:
1. Prikkelbaar gedrag en woedeuitbarstingen (met weinig of geen aanleiding), gewoonlijk tot uiting komend in verbale of fysieke agressie jegens mensen of

voorwerpen

2. Roekeloos of zelfdestructief gedrag

3. Hypervigilantie

4. Overdreven schrikreacties

5. Concentratieproblemen

6. Verstoring van de slaap (zoals moeite met in- of doorslapen of onrustige slaap)

F. De duur van de stoornis is langer dan één maand

G. De stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren

Bijlage 2: Classificatiecriteria Depressieve Stoornis

(Hoeyberghs, 2016)

- A. 5 (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van 2 weken aanwezig en wijken af van het eerdere functioneren; minstens een van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier
1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld: heeft tranen in de ogen)
 2. Duidelijke verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen)
 3. Significant gewichtsverlies zonder dat er gediët wordt, of een gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust
 4. Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
 5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden)
 6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag
 7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporig of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn)
 8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven of geobserveerd door anderen)
 9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen
- B. De symptomen veroorzaken lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren

