

Praxis 2024

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

**AGRESSIEF GEDRAG BIJ PATIËNTEN BINNEN HET 'CENTRUM
INTENSIEVE BEHANDELING'**

Romy Schol



ROMY SCHOL (31) is sinds 31 december 2023 gediplomeerd Verpleegkundig Specialist GGZ. Romy heeft haar opleiding gevolgd bij de Parnassia Groep.

Het eerste praktijkleerjaar heeft zij bij MST Youz Den Haag gewerkt. Het tweede praktijkleerjaar bij de polikliniek van Youz te Spijkenisse. In deze twee jaren heeft zij zich ontwikkeld in het behandelen van kinderen en adolescenten van 7 t/m 23 jaar met diverse psychiatrische problematiek. Het laatste jaar van haar opleiding heeft Romy gewerkt bij Brijder Jeugd kliniek Mistral, waar adolescenten met verslavingsproblematiek in combinatie met psychiatrische problematiek behandeld worden. Haar onderzoek heeft zij in leerjaar twee en drie uitgevoerd op het CIB in Den Haag, ook onderdeel van de Parnassia Groep. Het onderzoek en de poster zijn te vinden in de praxis.

Het waren voor Romy drie leerzame jaren waarbij zij zich zowel op professioneel als persoonlijk vlak heeft kunnen ontwikkelen. Tevens heeft zij de positie van de verpleegkundig specialist GGZ binnen de kind- en jeugdpsychiatrie kunnen versterken en hier ook haar eigen visie op gevormd. Dit hoopt zij de komende jaren verder uit te dragen bij haar huidige werkplek het MST Youz in Den Haag.

SAMENVATTING

ACHTERGROND Een tijdelijke opname in een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) kan een interventie zijn voor het verminderen van ernstig ontregeld en destructief gedrag op een

klinische afdeling. Vaak is er bij deze patiënten sprake van agressie. Agressie zorgt voor een grote lijdensdruk bij zowel patiënten en hulpverleners. Agressie bemoeilijkt het herstel van de patiënt en zorgt voor een onveilig gevoel en verminderd werkplezier bij hulpverleners. Het is onbekend of een opname in een KIB leidt tot een afname van agressie.

DOEL Duidelijkheid krijgen of een behandeling in een KIB leidt tot een afname van agressie.

METHODE Een niet-experimenteel longitudinaal onderzoek is uitgevoerd. Hiervoor is de 'Social Dysfunction and Aggression Scale' (SDAS) wekelijks afgenomen bij 44 patiënten die opgenomen waren tussen mei 2019 en januari 2023 op de gesloten afdeling van het Centrum Intensieve Behandeling (CIB). Er is een multilevel regressieanalyse verricht.

RESULTATEN Het onderzoek toont een significante afname aan in gemiddelde SDAS-scores, met dien verstande dat de mate van afname over de periode minder sterk is.

CONCLUSIE Een behandeling op het CIB laat een significante afname zien van agressie door patiënten. De uitkomsten van het onderzoek zijn mogelijk generaliseerbaar naar de doelpopulatie, namelijk patiënten opgenomen op een gesloten afdeling van een KIB-afdeling in Nederland.

Agressief gedrag bij patiënten binnen het 'Centrum Intensieve Behandeling'

Een niet-experimenteel longitudinaal onderzoek naar het effect van een KIB-behandeling op agressief gedrag bij patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening binnen het 'Centrum Intensieve Behandeling' van de Parnassia Groep.

ONDERZOEK

INLEIDING

In de GGZ vindt bijna dagelijks agressief gedrag plaats (Foster et al., 2007; Nijman et al., 2005; Penterman & Nijman, 2009). Agressie op zichzelf wordt niet gezien als een psychiatrische stoornis, maar eerder als gedragsuiting. Daarom is het niet opgenomen in de DSM-5 als classificatie (American Psychiatric Association, 2014).

Agressie kan op verschillende manier worden beschreven en geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld als 'Agressie is gedrag waardoor de ander zich aangevallen of bedreigd voelt. Het gevoel van bedreiging hoeft niet overeen te stemmen met de feitelijke kans op een agressieve benadering' (Van Delft et al., 1997, p. 17). Agressief gedrag omvat ook gedrag waarbij iemand zichzelf schade

toebrengt of zijn of haar eigen leven bedreigt (Van Delft et al., 1997). In dit onderzoek verwijzen we naar agressie als fysieke agressie (naar personen of voorwerpen), verbale agressie en auto-agressie (agressie gericht op zichzelf). Agressie kan leiden tot destructief gedrag op een afdeling (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013).

Wanneer een patiënt ernstig onregelmatig en destructief gedrag laat zien op de afdeling waar hij of zij verblijft, kan dit zorgen voor een stagnatie in de behandeling. De interactie tussen patiënten en hulpverleners verloopt vaak moeizaam, waardoor de onderlinge therapeutische relatie ernstig kan worden verstoord (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013). Agressie zorgt voor een grote lijdensdruk bij zowel patiënten als hulpverleners, bemoeilijkt het herstel van de patiënt (Van Dam, 2021) en het zorgt voor een onveilig gevoel en minder werkplezier bij hulpverleners (Visser, 2018). Als het tij niet kan worden gekeerd om de behandeling te laten slagen, kan een tijdelijke opname in een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) een passende interventie zijn (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013).

De KIB's zijn opgericht voor volwassen mensen van 18 tot 65 jaar met een Ernstig Psychiatrische Stoornis (EPA) die dusdanig onregelmatig zijn en destructief gedrag vertonen, waardoor het bieden van zorg en handhaven van deze patiënten in de reguliere GGZ moeilijk is (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013). Volgens Delespaul & Consensusgroep EPA (2013) worden mensen tot de EPA-doelgroep gerekend wanneer zij

beperkingen ervaren in het maatschappelijk en sociaal functioneren, waarbij de beperking zowel een oorzaak als een gevolg is van hun ziekte, langdurig aanhoudt en georganiseerde zorg vereist.

Het voornaamste doel van opname in een KIB is het opheffen van ernstig onregelmatig en destructief gedrag, waarbij negatieve patronen doorbroken worden en de therapeutische relatie wordt hersteld. Vaak vertonen deze patiënten verschillende vormen van agressie. Een KIB-behandeling bestaat uit een gespecialiseerde, intensieve behandeling op maat om de patiënt weer te stabiliseren. Hierbij worden verschillende diagnostische instrumenten, observaties, interventies bij crisisgedrag, vaktherapie, en medicamenteuze en psychotherapeutische interventies gebruikt (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013). Na afronding van de KIB-behandeling keert de patiënt altijd terug naar de verwijzende afdeling. Uit onderzoek is gebleken dat de KIB's positieve resultaten behalen op het gebied van het herstellen van de therapeutische relatie, samenwerken met de patiënt en stabiliseren van de patiënt (Cuijpers et al., 2015; Sonneborn & Dijkstra, 2003). Tot heden is er geen onderzoek verricht naar een mogelijke afname van agressief gedrag patiënten gedurende een opname binnen de KIB's.

Eén van KIB's in Nederland is het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) van de Parnassia Groep in Den Haag. Hier heeft het huidige onderzoek plaatsgevonden. Het CIB bestaat uit een polikliniek en een klinische open- en gesloten afdeling. Het onderzoek heeft

plaats gevonden binnen de gesloten afdeling.

Probleemstelling

Het is onduidelijk of het agressieve gedrag van de patiënten daadwerkelijk vermindert wordt door een KIB-behandeling bij het CIB in Den Haag.

Onderzoeksdoel

Duidelijkheid verkrijgen of een KIB-behandeling leidt tot een afname van agressie.

Hypothese

Een KIB-behandeling bij het 'Centrum Intensieve Behandeling' van de Parnassia Groep leidt tot een vermindering van agressief gedrag bij klinisch opgenomen patiënten met een EPA.

METHODE

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een beschrijvend, niet-experimenteel kwantitatief onderzoek waarbij niet wordt gemanipuleerd. Het onderzoek beschrijft feitelijke gebeurtenissen, waardoor er geen causaliteit kan worden aangetoond (Nieswiadomy et al., 2017). Het onderzoek heeft een longitudinaal design. Longitudinale onderzoeken verzamelen gegevens van dezelfde deelnemers meerdere keren om te zien of deze in de loop van de tijd zijn veranderd (Nieswiadomy et al., 2017; Polit & Beck, 2020).

Context

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de gesloten afdeling van het CIB met 17 bedden, waar patiënten gemiddeld 3 tot 12 maanden verblijven.

Onderzoekspopulatie

De doelpopulatie bestond uit patiënten tussen de 18 en 65 jaar met een EPA die klinisch opgenomen zijn op een KIB-afdeling in Nederland. De bronpopulatie zijn patiënten met een EPA tussen de 18 en 65 jaar die klinisch opgenomen zijn binnen het CIB. De patiëntenpopulatie van het CIB kenmerkt zich door ernstige persoonlijkheidsproblematiek waarbij problemen ontstaan in het contact met anderen. Een groot deel van de patiënten zoekt regelmatig op een negatieve manier interactie met andere personen en vertoont destructief (vaak agressief) gedrag, zowel naar zichzelf als naar een ander (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013).

Steekproefbepaling & inclusie- en exclusiecriteria

Elke patiënt die vanaf 27 mei 2019 tot en met 31 januari 2023 opgenomen is geweest binnen de gesloten afdeling van het CIB is automatisch geïncludeerd in het onderzoek tenzij de patiënt geen informed consent heeft afgegeven. Het ontbreken van informed consent was het enige exclusie-criterium. Er is daarom geen sprake van een steekproefbepaling. Omdat de gehele onderzoekspopulatie is meegenomen in het onderzoek is er sprake van een census-onderzoek (McClave et al., 2007).

Dataverzameling

Voor elke patiënt hebben getrainde verpleegkundigen van de gesloten afdeling van het CIB gedurende de opname elke week op zondag de Social Dysfunction and Aggression Scale

(SDAS) (Wistedt et al., 1990) ingevuld. Dit is gedaan door getrainde verpleegkundigen werkzaam op de gesloten afdeling van het CIB. In de onderzoeksperiode zijn 83 mensen opgenomen. Hiervan hebben 30 patiënten geen informed consent afgegeven en 9 patiënten zijn nog opgenomen na 31 januari 2023, waardoor 39 patiënten zijn geëxcludeerd. Tijdens het opnamegesprek zijn patiënten geïnformeerd over het onderzoek en is er gevraagd om deelname. Wanneer de patiënt wilde deelnemen aan het onderzoek, is er een 'informed consent' ondertekend.

Variabelen

De variabelen in het onderzoek zijn agressie, geslacht, leeftijd en hoofddiagnose bij opname. De hoofddiagnose bij opname is een storende variabele, omdat maar een gedeelte van alle bestaande diagnoses zijn gecodeerd en dit een vertekend beeld geeft.

Meetinstrument

De SDAS bestaat uit elf items waarmee de mate van agressief gedrag gedurende een week wordt gemeten. Twee items zijn gericht op auto-agressie en negen op agressie naar buiten, zoals verbale en fysieke agressie naar anderen of tegen voorwerpen (Van der Werf, 1997; Wistedt et al., 1990). Elk item wordt gescoord via een 5-punts-Likertschaal van 0 (niet aanwezig) tot 4 (zeer ernstig) (Vagias, 2006). Voor de totale score voor agressie wordt het gemiddelde over de 11 items berekend (interval meetniveau). Volgens Steinert et al. (2000) en Wistedt et al. (1990) is de SDAS een valide

meetinstrument voor het meten van zowel interne als externe agressie. Uit beide onderzoeken blijkt dat de SDAS een gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft met een interclass coëfficiënt score van 0,97 en een alfa-score van 0,79.

Data-analyse

Om vast te stellen of de gemiddelde mate van agressie gedurende de behandelingsperiode afneemt, is een aantal multilevel regressieanalyses (Mixed Effects Models, Growth-Curve Modelling) uitgevoerd met het softwareprogramma SPSS (versie 27) (Baarda et al., 2014). Een multilevel analyse is hier geschikt voor omdat de agressiescores (level 1) genest zijn binnen de patiënten (level 2). Er is specifiek gekeken naar de vorm van de groeicurve (lineaire of kwadratische trend) voor agressie over het aantal meetmomenten. Hierbij dient de agressiescore als afhankelijke variabele en de tijd als onafhankelijke variabele. Verder zijn de covariaten leeftijd en geslacht meegenomen in de analyses. Voor het definitieve model (Model C) zijn de aannames van homoscedasticiteit (gelijke spreiding rond de voorspelde waarden) en normaliteit van residuen gecheckt, en hieraan bleek te zijn voldaan. Er is ook aan de aanname van normaliteit voldaan.

Methodologische kwaliteit

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen is gekozen voor het sterkste design passend bij de hypothese die onderzocht wordt, namelijk een longitudinaal design. Een uitspraak over oorzaak-en-gevolgverbanden of

causaliteit kan niet gedaan worden, maar de hypothese kan wel worden ondersteund (Verhoeven, 2018). Van manipulatie is in het onderzoek geen sprake, waardoor het onderzoek een werkelijkheidsgetrouw beeld geeft van de bronpopulatie. Ook zijn de resultaten generaliseerbaar naar de doelpopulatie omdat de doelpopulatie hetzelfde is binnen elke CIB-afdeling en ook de behandelingsmethode veelal overeenkomt (Nieswiadomy et al., 2017). Een beperking bij een longitudinaal design is de kans op het verlies van deelnemers (Polit & Beck, 2020). Hier was bij dit onderzoek weinig kans op omdat de verpleegkundigen de vragenlijsten invulden naar eigen inzicht en er niet direct iets van de patiënt zelf werd verwacht.

De SDAS, de gedrags-observatieschaal die gebruikt is in het onderzoek, wordt valide en betrouwbaar geacht in klinische settingen bij alle psychiatrische patiënten (Steinert et al., 2000; Wistedt et al., 1990). Er bestaat een risico op random bias omdat de SDAS door verschillende verpleegkundigen is afgenomen met elk een eigen interpretatie heeft van de items (Polit & Beck, 2020; Slotboom, 2018). Dit risico is ondervangen door hier aandacht aan te besteden tijdens de training.

Doordat er veel data moest worden ingevoerd in het programma SPSS, is er kans op foutieve invoer. Dit is zoveel mogelijk ondervangen door alle data door twee personen te laten invoeren en analyseren, onafhankelijk van elkaar (Slotboom, 2018).

Ethische aspecten

Dit onderzoek is onderdeel van een

brede onderzoekslijn binnen het CIB met de titel: 'Aard, ernst en omstandigheden van zelfbeschadigend gedrag van patiënten van het Centrum voor Intensieve Behandeling (CIB)'. Hiervoor is toestemming verkregen van de Ethiek Commissie van de faculteit der Sociale Wetenschappen (ECSW) te Nijmegen (toestemmingsnummer ECSW-2019-004R2). Vervolgens is er toestemming gegeven door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van PG. De gegevens zijn geanonimiseerd en niet herleidbaar tot de persoon opgeslagen op een beveiligde server, en worden 15 jaar bewaard volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Alleen de betrokken onderzoekers hebben inzage in de gegevens. Een patiënt konden zich te allen tijde terugtrekken uit het onderzoek zonder consequenties.

RESULTATEN

Er zijn 44 patiënten geïnccludeerd in het onderzoek, van wie 37 vrouwen en 7 mannen. De gemiddelde leeftijd is 29,7 jaar en de gemiddelde opname duur 46 weken. Er is bijna 3 jaar lang wekelijks data verzameld, wat heeft geleid tot 1601 data. (zie tabel 2),

Om de variatie in SDAS-scores te verklaren zijn modellen A, B en C toegepast op de data (zie tabel 2). Model C, waarin ook het kwadratische verband tussen tijd en de SDAS is opgenomen, verklaart waarom alleen een lineaire trend niet voldoende verklaart. Model C verklaart significant beter dan Model A ($\delta\chi^2(1)=11,89, p < ,001$), en zowel de lineaire als de kwadratische trend dra-

Tabel 1
Beschrijvende Statistieken

Variabele	M	SD	Min.	Max.	n
Leeftijd in jaren					
Man	31,57	19,20	19	73	7
Vrouw	29,32	10,91	18	57	37
Totaal	29,68	12,32	18	73	44
SDAS					
Man	10,05	5,21	3,42	17,88	7
Vrouw	15,44	6,15	2,89	28,77	37
Totaal	14,59	6,36	2,89	28,77	44
Opnameduur in weken	45,49	30,32	11,86	142,00	44
Aantal metingen			8	115	44
Hoofddiagnose bij opname					
	n	%			
Persoonlijkheidsstoornis	23	52,3			
Posttraumatische stressstoornis	6	13,6			
Dissociatieve identiteitsstoornis	4	9,1			
ASS	3	6,8			
Anders	8	18,2			

gen significant bij aan de verklaring.

Eerst kijken we naar het lineaire effect van tijd middels Model B. Aangezien het regressiegewicht negatief is en significant afwijkt van nul (btijd lineair = -0,15, $p = ,010$), kunnen we zeggen dat aan het begin (tijd = 0) van de behandelperiode er sprake is van een afname in SDAS-score met 0,15 eenheden per week. Maar omdat het kwadratische effect ook significant is (btijd kwad. =

0,002, $p < ,001$), blijft de afname van 0,15 eenheden per week niet constant. Het kwadratische effect zorgt ervoor dat de afname in SDAS-score per week met 0,002 eenheid afneemt en dus steeds minder snel afneemt (zie figuur 1). Al met al kunnen we dus stellen dat er wel degelijk sprake is van afname in gemiddelde SDAS-scores, maar dat de mate van afname over de periode wel minder sterk wordt.

Tabel 2
Multilevel Regressieanalyse, Agressie op basis van Geslacht, Leeftijd en Tijd

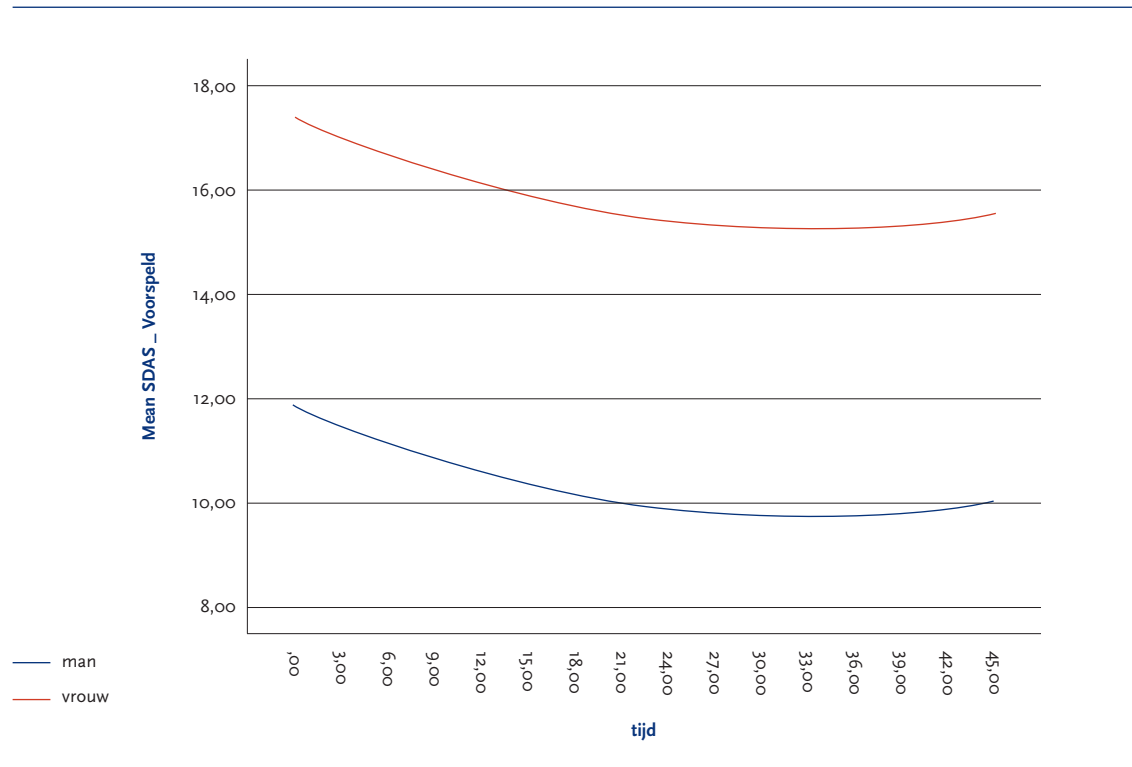
Predictor	Afhankelijke variabele SDAS											
	Model A				Model B				Model C			
	B	SE	t	p	B	SE	t	p	B	SE	t	p
Intercept	15,33	0,94	16,23	< ,001	16,83	1,10	15,29	< ,001	17,39	1,10	15,76	< ,001
Covariaten												
Man	-5,21	2,37	-2,19	,034	-5,58	2,73	-2,04	,048	-5,52	2,71	-2,04	,048
Leeftijd (gecentreerd)	-0,10	0,07	-1,48	,14	-0,13	0,08	-1,55	,13	-0,13	0,08	-1,62	,11
Tijd (weken)												
Lineair					-0,08	0,05	-1,57	,13	-0,15	0,05	-2,73	,010
Kwadratisch									0,002	0,0004	3,46	< ,0
Variance												
Intercept												
Tijd, lineair												
Residu												
Log Likelihood Ratio-test												
	Compared Random Intercept Model				Compared to Model A				Compared to Model B			
Delta Chi-Square (df)	6,70 (2)				131,70 (2)				11,89 (1)			
p	< ,05				< ,001				< ,001			
Number of Observation												
Level I	1601				1601				1601			
Level !!	44				44				44			

DISCUSSIE

In dit onderzoek is de hypothese 'Een K1B-behandeling bij het 'Centrum Intensieve Behandeling' van de Parnassia Groep zorgt voor een vermindering van agressief gedrag bij klinisch opgenomen patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening' bevestigd gezien een afname in gemiddelde

SDAS-scores van de onderzoekspopulatie. De onderzoeksuitkomsten zijn statisch significant gebleken, en lijken niet op toeval te berusten vanwege de grote hoeveelheid data die zijn verzameld en geanalyseerd. De behandeling bij het C1B zorgt voor een afname in agressie, hetgeen het herstel van de patiënt (Van Dam, 2021), het

Figuur 1
Mean SDAS Voorspeld



gevoel van veiligheid en werkplezier bij hulpverleners (Visser, 2018) en de therapeutische relatie (Van Rooijen & Neijmeijer, 2013) positief beïnvloedt. Dit sluit aan bij de resultaten van het onderzoek van Kool et al. (2014) waaruit naar voren kwam dat een meerderheid van de patiënten na een behandeling in een KIB vooruitgaan.

Het onderzoek is relevant omdat er geen eerder onderzoek is gedaan naar de afname van agressie binnen de KIB's. Wel is onderzoek verricht door Gielis (2010), waarin een afname van agressie bij klinisch opgenomen

forensische patiënten werd aangetoond bij de inzet van verschillende de-escalerende interventies. Tenslotte beschrijft ook Voskes et al. (2011) een afname in agressie bij klinisch opgenomen patiënten met de inzet van interventies gericht op het verbeteren van het contact met en de bejegening van patiënten.

Dit onderzoek kent echter ook enige methodologische beperkingen. Alhoewel de hypothese ondersteund wordt middels het gekozen onderzoeksdesign, kan er geen uitspraak worden gedaan over oorzaak-en-gevolgverbanden.

den. De hoofddiagnose kan invloed hebben op de uitkomsten, echter kan dit niet worden meegenomen in het onderzoek gezien de beperking in de indeling van de hoofddiagnoses. Niet alle DSM-diagnoses zijn gecodeerd waardoor een gedeelte onder 'overige diagnoses' valt. Dit maakt het moeilijk om iets te kunnen zeggen over de invloed van de hoofddiagnose op de mate van agressie. Er kan sprake zijn van selectiebias aangezien er weinig exclusiecriteria aanwezig waren en niet alle versturende variabelen in kaart zijn gebracht. Hierdoor is het niet duidelijk of er eventueel andere dan de gemeten variabelen invloed hebben gehad op de uitkomsten.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat de agressie van mensen met een EPA gedurende een opname op het CIB significant vermindert, alhoewel minder sterk in de loop der tijd. De uitkomsten van het onderzoek zijn mogelijk generaliseerbaar naar de doelpopulatie, namelijk patiënten opgenomen op een gesloten afdeling van een KIB in Nederland. Het is aan te bevelen om middels gerandomiseerd onderzoek de mogelijke invloed van verschillende factoren op agressie in kaart te brengen, evenals de specifieke aspecten binnen de behandeling die bijdragen aan de vermindering in agressie. Ook is het aan te bevelen om middels niet-experimenteel kwantitatief onderzoek verder te kijken naar de afname in de verschillende vormen van agressie bij verschillende diagnoses, om na te gaan of een KIB-behandeling bij een bepaalde diagnose effectiever is dan bij andere diagnoses.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van criteria (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Boom.
- Baarda, D. B., Dijkum, C. J., & Goede, M. P. M. (2014). *Basisboek statistiek met SPSS*. Noordhoff Uitgevers.
- Cuijpers, J. P. M., Van Oorsouw, W. M. W. J., Hendriks, A. H. C., & Embregts, P. J. C. M. (2015). De samenwerkingsrelatie tussen patiënt en hulpverlener in een Kliniek Intensieve Behandeling: een verkennende studie. *Gz-Psychologie*, 7(4), 10-19. <https://doi.org/10.1007/s41480-015-0027-8>
- Delespaul, P. H., Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of advanced nursing*, 58(2), 140-149. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>
- Gielis, K. A. L. (2010). *Ervaringen van hulpverleners met agressie van opgenomen (forensisch) psychiatrische patiënten* [Master's thesis, Universiteit Utrecht]. UU Thesis Repository. Geraadpleegd op 21 mei 2023 van <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/5058>
- Kool, N., Van Meijel, B., Koekkoek, B., & Kerkhof, A. (2014). Evaluation of an Intensive Treatment Program for Disrupted Patient–Staff Relationships in Psychiatry. *Perspectives in psychiatric care*, 50(2), 139-146. <https://doi.org/10.1111/ppc.12034>
- McClave, J. T., Benson, P. G., & Sinich, T. (2007). *Statistiek. Een inleiding voor hoger onderwijs*. Pearson Benelux.
- Nieswiadomy, R. M., Ter Maten-Speksnijder, A., & Hoogerduijn, J. (2017). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Pearson Benelux.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive behavior*, 31(3), 217-227. <https://doi.org/10.1002/ab.20038>
- Penterman, E. J. M., & Nijman, H. L. I. (2009). Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 355-364.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Slotboom, A. (2018). *Statistiek in woorden: De meest voorkomende begrippen van A tot Z*. Noordhoff Uitgevers.
- Sonneborn, C., & Dijkstra, J. B. (2003). Moeilijke psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(1), 5-14.
- Steinert, T., Wolfle, M., & Gebhardt, R.P. (2000). Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 107-112. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002107.x>
- Vagias, W. M. (2006). *Likert-type scale response anchors*. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University.
- Van Dam, A. (2021). *De antisociale persoonlijkheidsstoornis, een samenspel tussen psychiatrie en maatschappij*. Tilburg University.
- Van Delft, F., Rooijendijk, L., & Sjerps, N. (1997). *Agressie in het sociaal pedagogisch werk*. Boom Lemma.
- Van der Werf, L. J. (1997). *Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS-11)*. Nederlandse vertaling. Signal Symposia.
- Van Rooijen, S., & Neijmeijer, L. (2013). *Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB)*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 15 januari 2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/cab15b3d-01b8-4a7d-a422-ocd47e7c7222.pdf?act=winkeldl.download&prod=87>
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Boom.
- Visser, J. (2018). Werken aan tevreden personeel. *Zorgvisie*, 48(6), 32-35. <https://doi.org/10.1007/s41187-018-0073-0>
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. VUMC Amsterdam.
- Wistedt, B., Rasmussen, A., Pedersen, L., Malm, U., Träskman-Bendz, L., Wakelin, J. & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23(6), 249-252. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1014514>