

WETENSCHAP

Het effect van een de-escalatietraining op agressie-incidenten en op het gebruik van vrijheidsberkende maatregelen bij vrouwen in de forensische psychiatrie

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

1 Inleiding

Veiligheid en risicomangement zijn fundamentele aspecten in de (forensische) psychiatrie en hierbij is relationele veiligheid heel belangrijk.¹ Relationele veiligheid verwijst naar de uitbouw van professionele relaties tussen medewerkers en patiënten en de mate waarin die uitgebouwde relaties kunnen helpen in het voorkomen van en omgaan met agressie-incidenten.² Binnen dit kader wordt de-escalatie aanbevolen als het eerste antwoord op potentiële agressie in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg.³ Algemeen worden de-escalatietechnieken gedefinieerd als *een set van verweven, aan te leren, niet fysieke, psychosociale technieken met als doel het stoppen van een naderende escalatie van agressie naar geweld*.⁴ Price en Baker (2012) verwijzen hierbij naar zeven kerncomponenten die gerelateerd zijn aan enerzijds de vaardigheden van de medewerkers (karakteristieken van personen gerelateerd aan effectieve de-escalatie, behouden van persoonlijke controle, verbale en non-verbale vaardigheden) en anderzijds aan het interventieproces (interageren met patiënten, wanneer tussenkomen, veiligheid, strategieën). Andere auteurs zien de-escalatie niet alleen als een interventie, maar ook als een cultuurshift.⁵ De bijbehorende definitie verwijst dan naar het creëren van een cultuur van verbinden, in relatie komen, actief weten om te buigen, te verlichten van soms onafwendbare dwang en hierover te reflecteren.⁶

Om de-escalerend werken te incorporeren in het denken en doen van medewerkers, zijn opleiding en training een must.⁷ Zo kan het agressief gedrag van patiën-

1 Kennedy (2002).

2 Chester et al. (2017).

3 Hallett & Dickens (2017).

4 Price & Baker (2012).

5 Voskes et al. (2011).

6 Schaftenaar & Ruiters (2023); Voskes et al. (2011).

7 Schaftenaar & Ruiters (2023).

ten en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (afzondering⁸ en fixatie⁹) als reactie hierop verminderen.¹⁰ Het belang van de-escalierend werken is groot in de forensische psychiatrie.¹¹ Ten eerste lopen medewerkers in de forensische psychiatrie een reëel risico om slachtoffer te worden van fysiek en psychologisch agressief gedrag van patiënten.¹² Een Nederlands onderzoek vond dat meer dan de helft van de 503 bestudeerde patiënten verbale agressie stelden en 27.2% fysieke agressie ten aanzien van medewerkers en/of medepatiënten.¹³ Ten tweede wordt in reactie op agressief gedrag in de forensische psychiatrie frequent gegrepen naar vrijheidsbeperkende maatregelen (27.7-44%), zoals afzondering en/of fixatie.¹⁴ Het implementeren van de-escalatietechnieken en het opleiden van medewerkers in deze technieken wordt in de internationale literatuur benoemd als de kernstrategie om het aantal agressie-incidenten en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen.¹⁵

Verscheidende de-escalatietrainingen werden reeds uitgebouwd, waaronder ProDeMa¹⁶ en de de-escalatiepiramide,¹⁷ maar onderzoek in de forensische psychiatrie betreffende de effectiviteit van deze trainingen blijft beperkt.¹⁸ Uit een recente literatuurreview van Brenig en collega's (2023) blijkt dat slechts vijf studies focusten op het effect van de-escalatietraining op agressief gedrag of agressie-management in de forensische psychiatrie. Slechts één van deze vijf studies onderzocht het effect van deze training op de prevalentie en de ernst van het gepleegde agressieve gedrag. Deze studie onderzocht een driedaagse de-escalatietraining gebaseerd op drie thema's: 1) persoonlijke veiligheid (omgaan met en vermijden van gevaarlijke situaties, verdedigingstechnieken, hoe veilig afzonderen), 2) communicatietools ter verbetering van medewerker-patiëntinteractie, en 3) incidentanalyse (hoe incidenten analyseren en hieruit leren). Na deze driedaagse training vond een jaarlijkse opfrissing van de training plaats afgestemd op de noden van de getrainde medewerkers. Het doorlopen van de training resulteerde in een significante daling in de prevalentie van agressie-incidenten en van letsels bij medewerkers na de training, en dit zowel op korte (na één jaar) als op lange termijn (na tien jaar).¹⁹ Een ander onderzoek, dat niet opgenomen was in bovenstaande review, uitgevoerd in een medium beveiligde afdeling voor vrouwen in het Verenigd Koninkrijk, onderzocht een

- 8 Afzondering is het verblijf van een patiënt in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer (veilig ingerichte, hoog beveiligde ruimte), welke de patiënt niet zelfstandig kan verlaten (De Cuyper et al., 2021).
- 9 Fixatie is elk gebruik van materiaal dat de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen (De Cuyper et al., 2021).
- 10 Long et al. (2016); Price & Baker (2012).
- 11 Dexter & Vitacco (2020); Maguire et al. (2012); Verstegen et al. (2020).
- 12 Bowers et al. (2011); Dickens et al. (2013); Verstegen (2023); Verstegen et al. (2017).
- 13 Verstegen et al. (2017).
- 14 Hui et al. (2016).
- 15 Dix & Page (2008); Huckshorn (2011); Price & Baker (2012); Schaftenaar & Ruiters (2023).
- 16 Professional Deescalation Management; Weissenberger (2020).
- 17 Schaftenaar & Ruiters (2023).
- 18 Robertson et al. (2012).
- 19 Isaak et al. (2017; 2018).

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

gelijkaardig opgebouwde training. Deze driedaagse training focuste op persoonlijke veiligheid en de-escalatietechnieken en organiseerde boostersessies afgestemd op de noden van de getrainde medewerkers. Een daling in de frequentie van fysieke agressie ten aanzien van personen en ten aanzien van objecten werd vastgesteld.²⁰ Voor verbale agressie en agressie gericht op zichzelf, ook wel auto-agressie genoemd, werden geen significante verschillen tussen voor en na de training gevonden.²¹ In dit onderzoek werd bijkomend een daling aangetoond in het gebruik van afzondering en in de duur ervan.²²

De specifieke impact van een de-escalatietraining bij vrouwelijke patiënten is naar ons weten alleen onderzocht door Long en collega's (2016). Dit is opvallend, gezien de eigenheid van hun agressief gedrag en de frequentere toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in reactie hierop. Onderzoek toont immers aan dat vrouwen in de forensische psychiatrie evenveel of meer agressie plegen – zeker naar medewerkers²³ en naar zichzelf²⁴ toe – dan mannen.²⁵ Bijkomend wijst onderzoek erop dat agressief gedrag bij vrouwen mogelijk hardnekkiger is, gezien hun agressief gedrag minder snel beïnvloed lijkt te worden door omgevingsgerichte aanpassingen.²⁶ Tot slot wordt ook gesuggereerd dat het correct inschatten van gedrag en de reactie hierop bij vrouwen in forensische psychiatrie als moeilijker ervaren wordt. Medewerkers stellen bijvoorbeeld dat vrouwen complexere noden hebben en vaker verborgen, subtiel, psychologisch complexer gedrag stellen.²⁷ In reactie op dit gedrag wordt er bij vrouwen in vergelijking met mannen sneller gekozen voor afzondering,²⁸ zeker op afdelingen met alleen maar vrouwen.²⁹ Zo lijken vrouwen frequenter afgezonderd te worden voor verbaal agressief gedrag dan mannen.³⁰

Om bovenstaande redenen is de doelstelling van dit onderzoek dan ook om het effect te meten van een de-escalatietraining op agressie-incidenten en afzondering binnen een hoogbeveiligde forensisch psychiatrische afdeling voor vrouwen met een interneringsstatuut.³¹ De onderzochte training is gebaseerd op de de-escalatie-

20 Long et al. (2016).

21 Long et al. (2016).

22 Long et al. (2016).

23 Nicholls et al. (2009).

24 De Vogel et al. (2016); De Vogel & Verstegen (2021).

25 Dack et al. (2013); Verstegen et al. (2017, 2020).

26 Dickens et al. (2013).

27 De Vogel et al. (2016).

28 Ahmed & Lepnurm (2001); Nicholls et al. (2009); Paavola & Tiihonen (2010); Pannu & Milne (2008).

29 Fish & Hatton (2017).

30 Mason & Whitehead (2001).

31 In België kunnen personen die een misdrijf hebben gepleegd maar die ontoerekeningsvatbaar worden geacht ten tijde van de feiten, een interneringsmaatregel opgelegd krijgen in overeenstemming met de Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen. Enerzijds beoogt de maatregel de maatschappij te beschermen tegen een als sociaal gevaarlijk bestempeld persoon. Anderzijds wil het voorzien in adequate zorg en behandeling voor personen met een interneringsstatuut, teneinde nieuwe misdrijven te voorkomen en re-integratie in de maatschappij te bewerkstelligen (Verpoorten, 2022). Internering is in zekere mate vergelijkbaar met tbs in Nederland.

Het effect van een de-escalatietraining op agressie-incidenten bij vrouwen in de forensische psychiatrie

piramide ontwikkeld door Petra Schaftenaar en Minco Ruiter.³² De de-escalatiepiramide suggereert dat een de-escalerend klimaat hoe dan ook beter is voor zorgontvanger en zorgverlener en stelt dat ingezet moet worden op het geven van goede relationele zorg. De de-escalatiepiramide is opgebouwd uit vier fasen: 1) verbinden,³³ 2) voorkomen,³⁴ 3) verlichten³⁵ en 4) reflecteren³⁶. Via deze vier fasen wordt ingezet op een samenhangende set van interventies en werkwijzen die bijdragen aan het de-escaleren werken.³⁷ Deze training verschilt van bovenstaande beschreven training doordat het meer gericht is op visieontwikkeling en cultuurverandering en minder op het effectief leren werken met vooropgestelde de-escalatietools.³⁸ Op basis van voorgaand onderzoek wordt verwacht dat na het volgen van deze de-escalatietraining de prevalentie en de ernst van de verschillende typen agressie-incidenten (verbale agressie, agressie tegenover objecten, agressie tegenover personen en auto-agressie) daalt, net als de prevalentie en de duur van de afzondering.³⁹

2 Methode

2.1 Steekproef

Het onderzoek vond plaats in de high-security afdeling (Levanta) van het (forensisch) psychiatrisch centrum Sint-Jan-Baptist in Zelzate, België. Deze afdeling, opgestart in juni 2016, biedt forensisch psychiatrische behandeling aan twintig vrouwen met een interneringsstatuut die – omwille van een hoog ingeschat recidiverisico en/of gevaar voor anderen of zichzelf – geplaatst werden door de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM).⁴⁰ De afdeling streeft drie behandeldoelen na: 1) het verminderen van agressief gedrag, 2) het promoten van middelenvrij functioneren, en 3) het inzetten op pro-sociaal functioneren.⁴¹ Wanneer deze doelen bereikt zijn, wordt ingezet op een vlotte transfer naar een andere gepaste setting. Deze afdeling kent een hoge prevalentie van agressie-incidenten en vrijheidsbepalende maatregelen⁴² en was zoekende naar een gepast agressie-

32 Schaftenaar & Ruiter (2023).

33 Verbinden verwijst naar relatiegericht werken en hoe dit te organiseren (bijv. motiverende gespreksvoering, ervaringsdeskundigheid) (Schaftenaar & Ruiter, 2023).

34 Voorkomen wijst op het ombuigen van de escalatie tussen patiënt en de omgeving (bijv. signaleringsplan) (Schaftenaar & Ruiter, 2023).

35 Verlichten verwijst naar het verlichten of compenseren van de dwangervaring door in contact te blijven met de patiënt (bijv. een-op-eenbegeleiding) (Schaftenaar & Ruiter, 2023).

36 Reflecteren is evalueren, ombuigen en anders kijken (Schaftenaar & Ruiter, 2023).

37 Schaftenaar & Ruiter (2023).

38 Schaftenaar & Ruiter (2023).

39 Brenig et al. (2023); Long et al. (2016).

40 De KBM is een kamer van de strafuitvoeringsrechtbank die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de interneringsmaatregel en kan beslissen tot verplichte plaatsing. Deze kamer bestaat uit een rechter en twee assessoren die zijn gespecialiseerd in sociale integratie en in klinische psychologie (Heimans et al., 2015).

41 Cappon et al. (2022).

42 Cappon et al. (2022).

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

beleid. Daarom werd vanuit de directie beslist om een de-escalatietraining in te plannen en te evalueren.

Tijdens de onderzoeksperiode (april 2019 t/m 2020) werden op deze afdeling dertig vrouwen behandeld. Hiervan waren er zestien die gedurende de volledige onderzoeksperiode aanwezig waren. Gemiddeld waren deze vrouwen 822 dagen opgenomen op deze afdeling ($SD = 433$ dagen, range: 396-1441 dagen). Alle zestien patiënten hadden minimaal één geweldsdelict als interneringsdelict. Gemiddeld hadden deze vrouwen twee psychiatrische diagnoses ($SD = .88$, range: 1-4). De meestvoorkomende diagnoses waren borderline persoonlijkheidsstoornis ($n = 10$; 62.5%) en verstandelijke beperking ($n = 4$; 25.0%).

Gedurende de onderzoeksperiode waren er geen wijzigingen in de gemiddelde bedbezetting of in het aantal permanentiemedewerkers ($n = 33$) werkzaam op de betrokken afdeling. De meerderheid van de medewerkers was vrouw ($n = 21$, 64%) en had minimaal twee jaar werkervaring in de forensische psychiatrie ($n = 25$; 75%). De werkervaring op de afdeling zelf is bij 69% ($n = 23$) van de deelnemers minimaal twee jaar.

2.2 Instrumenten

- *Agressie-incidenten – Modified Overt Aggression Scale*

Van bij de start van de afdeling werd ernaar gestreefd om elk agressie-incident gepleegd door een patiënt te registreren in het elektronisch patiëntendossier op basis van de Modified Overt Aggression Scale (MOAS).⁴³ Dit instrument is één van de meest gehanteerde gestructureerde agressieregistratie-instrumenten.⁴⁴ Het instrument is gebruiksvriendelijk⁴⁵ en heeft een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($r = 0.85-0.94$).⁴⁶ Vier typen agressie worden geregistreerd: 1) verbale agressie, 2) agressie tegenover objecten, 3) fysieke agressie tegenover personen, en 4) autoagressie. Per agressietype wordt ook de ernst gescoord (geen, licht, matig, sterk, extreem). Overkoepelend kan een gewogen agressiescore berekend worden.⁴⁷ Om deze gewogen agressiescore te berekenen krijgt elk type agressie een gewicht toegekend (verbale agressie = 1, agressie tegenover objecten = 2, autoagressie = 3 en fysieke agressie tegenover personen = 4) dat dan vermenigvuldigd wordt met de ernstscore per type (geen = 0, licht = 1, matig = 2, sterk = 3 en extreem = 4). De gewogen agressiescore kan een getal zijn tussen 1 (alleen lichte verbale agressie) en 40 (alle agressietypen in extreme vorm).

De registratieprocedure in het elektronisch patiëntendossier is gebaseerd op het onderzoeksprotocol van Tremmery en collega's.⁴⁸

43 Cappon et al. (2022); Kay et al. (1988).

44 Nijman et al. (2006).

45 Crocker et al. (2006).

46 Kay et al. (1988).

47 Kay et al. (1988).

48 Tremmery et al. (2014).

Het effect van een de-escalatietraining op agressie-incidenten bij vrouwen in de forensische psychiatrie

• *Afzondering – Afzonderingsregister*

Het registreren van elke afzondering gebeurt in het afzonderingsformulier in het elektronisch patiëntendossier van de betrokken patiënt. Dit is een gestandaardiseerd formulier, waarin alle nodige informatie betreffende de afzondering genoteerd wordt, waaronder de tijdsduur en of er al dan niet gebruik gemaakt is van fixatie. In deze studie werden alleen afzonderingen ‘niet op eigen vraag’ geanalyseerd, gezien hier de beslissing tot afzondering bij de medewerker ligt.

2.3 Procedure

De driedaagse de-escalatietraining vond plaats in oktober en november 2019 en werd in twee groepen gevolgd door alle teamleden van de afdeling ($n = 33$). Deze training werd verzorgd door Metis Zorg. De doelstelling was om alle teamleden te laten kennismaken met verschillende de-escalatietechnieken en om de afdelingswerking (afdelingsregels, omgaan met spanningsopbouw en agressie, toepassen van dwang, ...) uit te dagen. De training was gebaseerd op de de-escalatiepiramide.⁴⁹ Tijdens de driedaagse training werd aandacht besteed aan 1) het theoretisch perspectief op dwang, drang en (de-)escalatie, 2) het uitvoeren van een sterkte-zwakteanalyse van de afdelingscultuur, 3) de randvoorwaarden voor verandering van deze afdelingscultuur, en 4) het toelichten en prioriteren van de-escalerende interventies voor deze specifieke doelgroep. Er hebben na de driedaagse training geen extra opleidingsmomenten plaatsgevonden.

Om de impact van deze training te meten, werd gebruikgemaakt van een pre- en postmetingopzet.⁵⁰ Voor de premeting (i.e. voor de training) zijn de uitkomstmaten verzameld van 1 april 2019 tot en met 30 september 2019. Voor de postmeting (i.e. na de training) zijn de uitkomsten verzameld van 1 december 2019 tot en met 31 mei 2020. Voor de aanwezigheid van agressie-incidenten werden de volgende uitkomstmaten geselecteerd: aantal, aantal per agressietype, ernst per agressietype en gewogen agressiescore. Voor de afzondering werden de volgende uitkomstmaten geselecteerd: aantal, aantal met en zonder fixatie, en tijdsduur. Gezien individuele karakteristieken van patiënten mee bepalend zijn in de prevalentie van agressie-incidenten en in het hanteren van de afzonderingsmaatregel, werd gebruik gemaakt van gepaarde data per patiënt.⁵¹

2.4 Ethisch luik

Dit onderzoek werd ethisch goedgekeurd door de Toetsingscommissie voor Ethiek Sector Geestelijke Gezondheidszorg van de overkoepelende organisatie (Broeders Van Liefde).⁵²

2.5 Data-analyse

De uitkomstmaten werden geanalyseerd met SAS en SPSS. De normaliteit van de data werd eerst getest met de Shapiro-Wilks-test. Afhankelijk van de mate van nor-

49 Schaftenaar & Ruiter (2023).

50 Fletcher et al. (2019b); Long et al. (2016); Maguire et al. (2012).

51 Ewington et al. (2016); Nijman et al. (1999).

52 Referentienummer: OG054-2020-27.

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

maliteit, werd een gepaarde *t*-test (bij normaal verdeelde populatie) of een Wilcoxon Signed rank test (bij niet-normaal verdeelde populatie) gebruikt om de verschillen in het gemiddeld aantal agressie-incidenten tussen de pre- en postmeting te evalueren. Een verschil in de frequentieverdeling van de ernst van agressief gedrag werd getest met de Fisher's Exact-test. Voor het evalueren van de verschillen in aantal en gemiddelde duur van afzonderingen tussen beide periodes werd een gepaarde *t*-test of een Wilcoxon Signed rank test gebruikt, afhankelijk van de normaliteit van de data.

3 Resultaten

3.1 Agressie-incidenten

Het totaal aantal agressie-incidenten bedroeg 177 in de premetingperiode en 135 in de postmetingperiode. Er werd geen significant verschil gevonden voor het totaal aantal agressie-incidenten per patiënt ($z = -0.769, p = .442$) tussen beide periodes. Wanneer werd gekeken naar het type agressie per patiënt werd ook voor verbale agressie ($z = -0.472, p = .637$), agressie tegenover objecten ($t(14) = 0.390, p = .702$), fysieke agressie tegenover personen ($t(14) = 1.094, p = .292$) en auto-agressie ($z = -1.347, p = .178$) geen significante verschillen gevonden tussen beide periodes.

Voor verbale agressie werd wel een significante daling in de ernst van de incidenten gevonden tijdens de postmetingperiode (Fisher's Exact Test, $p < .0001$). Voor de andere agressietypen werd geen significant verschil op vlak van ernst gevonden tussen beide periodes (tegenover objecten, $p = .100$; tegenover personen, $p = .894$; autoagressie, $p = .123$). Ook voor de gewogen agressiescore per patiënt werd geen significant verschil tussen beide periodes vastgesteld ($z = -1.194, p = .233$).

3.2 Afzondering

Het totaalaantal afzonderingen bedroeg 111 in de premetingperiode en 79 in de postmetingperiode. Er was geen significant verschil in het aantal opgestarte afzonderingen per patiënt ($z = -1.200, p = .230$) tussen de pre- en postmeting. Er werden ook geen significante verschillen gevonden in het aantal opgestarte afzonderingen per patiënt met ($z = -0.566, p = .572$) en zonder fixatie ($z = -1.592, p = .111$).

Het aantal afzonderingsuren per patiënt was significant lager in de postmetingperiode dan in de premetingperiode ($z = -2.070, p = .038$). De patiënten zaten gemiddeld 208 uren ($SD = 531u$; range: 0-2136) in afzondering in de premetingperiode en 143 uren ($SD = 300u$; range: 0-1178) in de postmetingperiode.

4 Discussie

Het belang van het uitbouwen van een de-escalatiegerichte cultuur in de forensische psychiatrie wordt als groot beschouwd.⁵³ Er wordt verondersteld dat agres-

53 Hallett & Dickens (2017); Schaftenaar & Ruiter (2023).

sie-incidenten en vrijheidsbeperkende maatregelen zo voorkomen worden.⁵⁴ Daarom moet ingezet worden op het trainen van medewerkers hierin.⁵⁵ Het huidige onderzoek onderzocht de impact van een driedaagse de-escalatietraining op de prevalentie en ernst van agressie-incidenten en op de prevalentie en duur van afzondering via een pre- en postmetingdesign van zes maanden. Dit onderzoek vond plaats in een Vlaamse hoogbeveiligde forensisch psychiatrische afdeling voor vrouwen met een interneringsstatuut.

Tegen de verwachtingen in werden er geen significante verschillen vastgesteld in het aantal agressie-incidenten (totaal en per type) en het aantal opgelegde afzonderingsmaatregelen met en zonder fixatie tussen de pre- en postmetingperiode.⁵⁶ In de huidige studie werden wel significante dalingen tussen de pre- en postmetingperiode gevonden voor ernstige verbale agressie en voor de gemiddelde duur van de afzondering, wat wel in lijn ligt met voorgaand onderzoek.⁵⁷ Maar niet bij elke individuele patiënt daalde de gemiddelde duur van de afzondering. De persoonskarakteristieken spelen hier mogelijk een rol in, in aanvulling op de contextuele factoren, en dit moet verder onderzocht worden. Er kan bijvoorbeeld nagegaan worden wat de impact is van de aanwezige psychiatrische diagnose op de duur van de afzondering.⁵⁸ Een daling in de afzonderingsduur kan mogelijk beschouwd worden als een eerste belangrijke stap in het verminderen van het gebruik van afzondering als vrijheidsbeperkende maatregel.⁵⁹

Een eerste mogelijke verklaring voor de beperkte impact van de de-escalatietraining op de onderzochte uitkomstmaten is de wijze waarop de training werd vormgegeven en verder werd geïmplementeerd. In tegenstelling tot in voorgaand onderzoek werd bij deze de-escalatietraining niet ingezet op het grondig aanleren van concrete de-escalatietechnieken, maar eerder op het planten van de eerste zaadjes in het ontwikkelen van een de-escalatiegerichte cultuur. Idealiter moest er na de training extra tijd geïnvesteerd worden in het verder veranderen van werkwijzen, structuur en cultuur.⁶⁰ Een ideale manier om dit verdere implementatieproces te bevorderen, is het organiseren van boostersessies of tussentijdse contactmomenten, wat gebeurde in voorgaand onderzoek.⁶¹ Er wordt immers verwacht dat het opfrissen en het trouw blijven implementeren van de training zal helpen om een impact op de agressie-incidenten en op het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te bewerkstelligen en te behouden. Aanvullende boostersessies of opvolgmomenten werden hier echter niet georganiseerd, omwille van de start van de COVID-19 pandemie in maart 2020. Een belangrijke randvoorwaarde om een succesvol implementatieproces te bewerkstelligen – met name een stabiele omgeving

54 Brenig et al. (2023).

55 Schaftenaar & Ruiters (2023).

56 Isaak et al. (2017, 2018); Long et al. (2016).

57 Long et al. (2016).

58 Hui et al. (2013).

59 Maguire et al. (2012).

60 Schaftenaar & Ruiters (2023).

61 Isaak et al. (2018); Long et al. (2016); Tölli et al. (2017).

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

– ontbrak hierdoor.⁶² De pandemie had immers een grote impact op de afdelingswerking. Zo werd de prikkelarme ruimte (cf. comfortroom⁶³) gebruikt als quarantaineruimte, waardoor deze niet meer als alternatieve maatregel ingezet kon worden bij spanning en/of overprikkeling bij de patiënt. Hierdoor bleef enkel de afzonderingsruimte beschikbaar in deze situaties. Deze laatste wijziging kan een directe impact gehad hebben op het niet significant dalen van het aantal afzonderingen in de postmetingperiode. Daarnaast verschoof tijdens deze uitdagende periode de prioriteit naar de afdeling draaiend houden en was er weinig mogelijkheid of ruimte om aan de slag te gaan met de besproken de-escalatietechnieken. Na de COVID-19 pandemie werden op de onderzochte afdeling wel verdere stappen gezet in het verder uitbouwen van een de-escalerende cultuur en structuur. In een vervolgstudie zal dan ook ingezet worden op het verder in kaart brengen van de implementatiewijze en de impact hiervan op de agressie-incidenten en het gebruik van afzondering.⁶⁴ Voor het opvolgen van het implementatieproces kan participerende observatie van meerwaarde zijn, alsook bevragingen bij medewerkers waarin gepeild wordt naar de aanwezige barrières en facilitators in het uitbouwen van een de-escalatiegerichte cultuur.⁶⁵ Tot slot moet dit toekomstig onderzoek ook aandacht besteden aan hoe medewerkers de verworven kennis daadwerkelijk hebben ingezet in hun werk. Dit werd in de huidige studie niet onderzocht. Kennis kan ook verloren gaan door medewerkersverloop, maar dat was in dit onderzoek beperkt. Vijf medewerkers (15.1%) vertrokken tijdens de postmetingperiode en werden vervangen door medewerkers die de opleiding niet hadden gevolgd. Het verlies in opgedane kennis zou hierdoor beperkt kunnen zijn,⁶⁶ maar door het gebrek aan opvolging en boostersessies is het effect van de training waarschijnlijk snel afgenomen.⁶⁷

Ten tweede kan de specificiteit van de doelgroep van deze afdeling – vrouwen met een hoog recidiverisico – enige verklaring bieden voor de huidige onderzoeksbevindingen. De onderzochte afdeling is een high-securityafdeling alleen voor vrouwen, terwijl voorgaand onderzoek focuste op mannen⁶⁸ of op vrouwen binnen een mediumbeveiligde afdeling.⁶⁹ Hoog recidiverisico betekent dat er meer risicofactoren voor toekomstig agressief gedrag aanwezig zijn, waardoor er ook meer kans is op agressie.⁷⁰ Medewerkers beschouwen het gebruik van afzondering binnen deze context mogelijk als noodzakelijk om de veiligheid op de afdeling te garanderen.⁷¹ Bijkomend heeft voorgaand onderzoek aangetoond dat agressie bij vrouwen een

62 De Leede et al. (2016); Müller-Isberner et al. (2017).

63 Comfortroom is een prettig ingerichte kamer op een afdeling waar patiënten die onrustig of gespannen zijn tot rust kunnen komen (De Veen et al., 2007).

64 Brenig et al. (2023); Müller-Isberner et al. (2017).

65 Fletcher et al. (2019a/b).

66 Goodman et al. (2020).

67 Tölle et al. (2017).

68 Isaak et al. (2017, 2018).

69 Long et al. (2016).

70 Bader & Evans (2015); Beck et al. (2017); Daffern et al. (2007); De Varé et al. (2022); Hodgins (2022); Verstegen (2020).

71 Maguire et al. (2012).

creatievere en meer geïndividualiseerde aanpak vergt.⁷² Deze specificiteit zorgt er mogelijk voor dat het meer tijd en oefening vraagt om de-escalatietechnieken gericht op deze specifieke doelgroep te kunnen toepassen. De korte follow-upperiode heeft er dan mogelijk voor gezorgd dat het effect van de de-escalatietraining nog niet ten volle tot uiting is gekomen bij de onderzochte uitkomstmaten. De mogelijke impact van de patiëntkarakteristieken gerelateerd aan deze hogere kans op agressie op de vatbaarheid voor de-escalatie moet verder onderzocht worden.⁷³ Een laatste verklaring voor de verschillen met bestaand onderzoek is de gehanteerde methodologie. In dit onderzoek werd in tegenstelling tot in voorgaand onderzoek⁷⁴ gebruik gemaakt van gepaarde data, waardoor rekening gehouden wordt met de impact van elk individu en met de herhaalde metingen. Dit is aangewezen bij dit type onderzoek, omdat de prevalentie van agressie-incidenten alsook het gebruik van afzondering mee bepaald worden door persoonskarakteristieken.⁷⁵ Bijkomend is de gehanteerde pre- en postmetingsperiode korter dan in voorgaand onderzoek, waar dit minstens één jaar is.⁷⁶ De impact van de de-escalatietraining op agressie-incidenten en het gebruik van afzondering wordt mogelijks pas duidelijker na een langere tijd, omdat de medewerkers dan meer tijd hadden om te oefenen met de nieuwe technieken, maar ook om een wijziging in hun afdelingscultuur te kunnen realiseren (cf. supra).⁷⁷ In het huidige onderzoek was het echter niet mogelijk om de pre- en postmeting één jaar te laten aanhouden met gepaarde data. De steekproefgrootte bij deze follow-upperiode ($n = 10$) was immers te klein om met de gekozen statistiek een effect te kunnen detecteren.

4.1 Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Naast de moeilijkheden in het implementatieproces zijn er nog een aantal beperkingen. Ten eerste is de generalisatie van dit onderzoek beperkt, gezien het onderzoek heeft plaatsgevonden in slechts één type context, zijnde een high-securityafdeling voor vrouwen met een interneringsstatuut. Door de focus op deze ene afdeling was de steekproefgrootte ook beperkt. Dit zorgde er vooral voor dat de follow-upperiode beperkt was tot zes maanden. Ten tweede was er geen controlegroep – waar geen de-escalatietraining werd gegeven – waardoor de significante verschillen tussen de pre- en postmetingsperiode mogelijk niet exclusief kunnen worden toegewezen aan de gevolgde de-escalatietraining.

Om tegemoet te komen aan bovenstaande beperkingen en inhoudelijke bedenkingen zou toekomstig onderzoek aan de volgende voorwaarden moeten voldoen. Ten eerste moet ingezet worden op een goede beschrijving van de gegeven de-escalatietraining (tijd, format en inhoud). Ten tweede moet het implementatieproces ook expliciet beschreven worden en hierbij moet aandacht besteed worden aan de ervaringen van de medewerkers doorheen dit proces. Ten derde moet de impact van de de-escalatietraining onderzocht worden op verschillende uitkomstmaten (agres-

72 Dickens et al. (2013); Goodman et al. (2020).

73 Bader & Evans (2015).

74 Isaak et al. (2017;2018); Long et al. (2016).

75 Larue et al. (2009); Nijman et al. (1999).

76 Isaak et al. (2017; 2018); Long et al. (2016).

77 Goodman et al. (2020); Maguire et al. (2012); Schaftenaar & Ruiter (2023); Tölli et al. (2017).

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

sie-incidenten, afzondering, gehanteerde de-escalatietechnieken) en op de ervaringen van de medewerkers (werkklimaat, o.a. jobtevredenheid en veiligheidsgevoel)⁷⁸ en van de patiënten (leefklimaat).⁷⁹ Voorgaand onderzoek toont immers aan dat na de implementatie van een de-escalatietraining gericht op het aanpassen van de leefomgeving het leefklimaat positiever werd ingeschat door zowel patiënten als medewerkers.⁸⁰ Hierbij wordt best gebruik gemaakt van een *multi-method* design (bijv. participerende observatie, interviews met medewerkers en patiënten, afname leefklimaatvragenlijst en analyse van geregistreerde agressie-incidenten en het gebruik van afzondering). Ten vierde worden het gebruik van gepaarde data, een voldoende lange onderzoeksperiode – met meerdere meetmomenten – en de inclusie van een controlegroep sterk aanbevolen. Daarnaast moet – indien mogelijk – ingezet worden op onderzoek in verschillende contexten zowel qua beveiligingsniveau als qua doelgroep, om de impact van contextuele factoren na te kunnen gaan. Tot slot moet het medewerkersverloop in de follow-upperiode in kaart gebracht worden. Als het medewerkersverloop groot is, is de kans immers groot dat de impact van de training verkleint.⁸¹

4.2 Aanbevelingen voor de klinische praktijk

Afsluitend willen we nog de volgende suggesties meegeven voor de klinische praktijk die aan de slag wil met de-escalatietrainingen en de-escalatie succesvol wil implementeren in hun praktijk. Ten eerste is het belangrijk dat er voldoende draagvlak is bij het team om aan de slag te gaan met de-escalatie. Dit draagvlak kan vergroot worden door het volledige team te trainen. Het helpt ook om klein te beginnen – door bijvoorbeeld een beperkt aantal de-escalatiestrategieën te implementeren – en het van daaruit verder te laten groeien.⁸² Ten tweede moet het implementatieproces voldoende voorbereid worden.⁸³ Plan van bij de start opfrissingsessies van de training in, want kennis gaat snel terug verloren.⁸⁴ Monitor het gebruik van de de-escalatietechnieken en blijf die voldoende afstemmen op de doelgroep die je behandelt. Doorheen het implementatieproces moet voldoende ruimte zijn voor reflectie en blijvende oefening.⁸⁵ Ten derde is het belangrijk om voldoende tijd te voorzien om de afdeling te laten kennismaken en aan de slag te gaan met de-escalerend werken.⁸⁶ Het is een werk van lange adem. Tot slot moet ingezet worden op evaluatie van het implementatieproces.⁸⁷ Welke impact heeft de introductie van een de-escalatiegerichte cultuur op de werking van de afdeling, als ook hoe wordt dit ervaren door betrokkenen (medewerkers, patiënten, netwerkleden)? Denk op voorhand goed na hoe je dit gaat evalueren en of een onderzoeks-

78 Dekker et al. (2018).

79 Van der Helm et al. (2021).

80 Nasset et al. (2009).

81 Goodman et al. (2020).

82 Schaftenaar & Ruiter (2023).

83 Brenig et al. (2023); Müller-Isberner et al. (2017).

84 Töllli et al. (2017).

85 Maguire et al. (2012); Schaftenaar & Ruiter (2023).

86 Schaftenaar & Ruiter (2023).

87 Brenig et al. (2023); Müller-Isberner et al. (2017).

Het effect van een de-escalatietraining op agressie-incidenten bij vrouwen in de forensische psychiatrie

matige aanpak van de evaluatie haalbaar is. Hou hierbij rekening met de hierboven beschreven aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

5 Conclusie

In deze studie werd tegen de verwachting in alleen maar een significante daling van de ernst van de gepleegde verbale agressie-incidenten en van de duur van de afzonderingen waargenomen, zes maanden na het doorlopen van een de-escalatietraining. Omdat boostersessies en een gedegen opvolging van het implementatieproces ontbraken en gezien de korte postmetingperiode, moeten deze bevindingen gezien worden als het resultaat van een eerste stap in het implementatieproces. Het verminderen van agressie-incidenten en van het gebruik van afzondering via de-escalerend werken is een langetermijndoel en vraagt heel wat reflectie en verdere oefening in de dagdagelijkse praktijk.⁸⁸ Met een goed voorbereide en opgevolgde implementatie kan de impact van dergelijke initiatieven vergroten.⁸⁹ De-escalerend werken wordt beschouwd als een goede praktijk, maar of dit effectief zo is, moet nog verder geëvalueerd worden.

Literatuur

- Ahmed, A.G., & Lepnurm, M. (2001). Seclusion practice in a Canadian forensic psychiatric hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 303-309.
- Bader, S.M., & Evans, S.E. (2015). Predictors of severe and repeated aggression in a maximum-security forensic psychiatric hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(2), 110-119. doi.org/10.1080/14999013.2015.1045633
- Beck, N.C., Hammer, J.H., Robbins, S.B., Tubbesing, T., Menditto, A.A., & Pardee, A.L. (2017). Highly aggressive women in a forensic psychiatric hospital. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(1), 17-24.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., & Khanom, H. (2011). *Inpatient violence and aggression: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme*. King's College.
- Brenig, D., Gade, P., & Völlm, B. (2023). Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 23(1), 246. doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y
- Cappon, L., Heyndrickx, M., Rowaert, S., Grootaert, N., de Decker, A., Tremmery, S., Vandeveldel, S., & De Varé, J. (2024). Systematic aggression registration in forensic psychiatric care: A qualitative study on preconditions for successful implementation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 68(6-7), 657-676. doi.org/10.1177/0306624X221102850
- Chester, V., Alexander, R.T., & Morgan, W. (2017). Measuring relational security in forensic mental health services. *BJPsych Bulletin*, 41(6), 358-363. doi.org/10.1192/pb.bp.116.055509

88 Maguire et al. (2012); Schaftenaar & Ruiters (2023).

89 Schaftenaar & Ruiters (2023).

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

- Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M.E. (2006). Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661. doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255-268. doi.org/10.1111/acps.12053
- Daffern, M., Howells, K., & Ogloff, J.R.P. (2007). The interaction between individual characteristics and the function of aggression in forensic psychiatric inpatients. *Psychiatry, Psychology and Law*, 14(1), 17-25. doi.org/10.1375/pplt.14.1.17
- De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Droogmans, G., Beeckmans, D., Vanhoof, J., Mertens, N., Maes, B., Vanlinthout, E., van Achterberg, T., Nijs, S., Peeters, T., Put, J., & Van Audenhove, C. (2021). *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp: Een intersectorale richtlijn met zicht op de toekomst*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- De Leede, P., van der Helm, P., Gerritsen, S., & Voskes, Y. (2020). *FHIC Werkboek: High en Intensive Care vanuit forensisch perspectief*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- De Varé, J., de Vogel, V., de Decker, A., Tremmery, S., Uzieblo, K., & Cappon, L. (2022). Women admitted to forensic psychiatry in Flanders (Belgium): Who are they? *The Journal of Forensic Practice*, 24(2), 184-198. doi.org/10.1108/JFP-10-2021-0053
- De Veen, R.C.A., Noorthoorn, E.O., & Poelert, H. (2009). Comfortroom-project Mediant, Een update [Samenvattingen 37^{ste} voorjaarscongres]. *Tijdschrift voor Psychiatrie, Suppl.* 1.
- de Vogel, V., & Versteegen, N. (2021). Zelfbeschadigend gedrag door patiënten in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(6), 419-425.
- de Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y.H.A., Ter Horst, P., & Lancel, M. (2016). Violent women: A multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(2), 145-168. doi.org/10.1080/14789949.2015.1102312
- Dekker, A.L., van Miert, V.S.L., & van der Helm, G.H.P. (2018). *Handleiding Living Group Climate Inventory (LGWCI), inclusief referentiegroepen voor jeugd- en volwassensetting*. Hogeschool Leiden.
- Dexter, E., & Vitacco, M.J. (2020). Strategies for assessing and preventing inpatient violence in forensic hospitals: A call for specificity. *European Psychologist*, 25(2), 146-154. doi.org/10.1027/1016-9040/a000393
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x
- Dix, R., & Page, M.J. (2008). De-escalation. In M.D. Beer, S.M. Pereira, & C. Paton (Eds.), *Psychiatric intensive care: Second Edition* (pp. 24-31). Cambridge University Press. doi.org/10.1017/CBO9780511543593.006
- Ewington, J. (2016). Best practices for reducing the use of coercive measures. In B. Völlm, & N. Nedopil (Eds.). *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 285-314). Springer.
- Fish, R., & Hatton, C. (2017). Gendered experiences of physical restraint on locked wards for women. *Disability and Society*, 32(6), 790-809. doi.org/10.1080/09687599.2017.1329711

- Fletcher, J., Buchanan-Hagen, S., Brophy, L., Kinner, S.A., & Hamilton, B. (2019a). Consumer perspectives of Safewards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 461. doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S.A., & Brophy, L. (2019b). Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria, Australia: Staff perspectives. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 462. doi.org/10.3389/fpsy.2019.00462
- Goodman, H., Brooks, C.P., Price, O., & Barley, E.A. (2020). Barriers and facilitators to the effective de-escalation of conflict behaviours in forensic high-security settings: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems, 14*(1), 59. doi.org/10.1186/s13033-020-00392-5
- Hallett, N., & Dickens, G.L. (2017). De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing studies, 75*, 10-20. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003
- Heimans, H., Vanderbeken, T., & Schipaanboord, A.E. (2015). Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 1: De gerechtelijke fase. *Rechtskundig Weekblad, 27*, 1043-1064.
- Hodgins, S. (2022). Female forensic patients may be an atypical sub-type of females presenting aggressive and antisocial behavior. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 809901. doi.org/10.3389/fpsy.2022.809901
- Huckshorn, K.A. (2011). *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*. NASMHPD Publications.
- Hui, A., Middleton, H., & Völlm, B. (2016). The uses of coercive measures in forensic psychiatry: A literature review. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.). *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 151-184). Springer.
- Isaak, V., Vashdi, D., Bar-Noy, D., Kostisky, H., Hirschman, S., & Grinshpoon, A. (2017). Enhancing the safety climate and reducing violence against staff in closed hospital wards. *Workplace Health & Safety, 65*, 409-416. doi.org/10.1177/2165079916672478
- Isaak, V., Vashdi, D., & Steiner-Lavi, O. (2018). The long-term effects of a prevention program on the number of critical incidents and sick leave days. *International Journal of Mental Health Systems, 12*(1), 71. doi.org/10.1186/s13033-018-0250-y
- Kay, S.R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L.M. (1988). Profiles of Aggression among Psychiatric Patients: I. Nature and prevalence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*(9), 539-546. doi.org/10.1097/00005053-198809000-00007
- Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*(6), 433-443. doi.org/10.1192/apt.8.6.433
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, M.P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 440-446. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x
- Long, C.G., Afford, M., Harris, R., & Dolley, O. (2016). Training in de-escalation: An effective alternative to restrictive interventions in a secure service for women. *Journal of Psychiatric Intensive Care, 12*(1), 11-18. doi.org/10.20299/jpi.2016.008
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 97-106. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x
- Mason, T., & Whitehead, E. (2001). Some specific problems of secluding female patients. *Medicine, Science and the Law, 41*(4), 315-324. doi.org/10.1177/002580240104100408

Leen Cappon, Hannah Dhaene, Saskia Roggeman, Femke Hanssens, Sarah Herremans & Kurt Audenaert

- Müller-Isberner, R., Born, P., Eucker, S., & Eusterschulte, B. (2017). Implementation of evidence-based practices in forensic mental health services. In R. Roesch & A.N. Cook (Eds.), *Handbook of forensic mental health services* (pp. 443-469). Routledge.
- Neset, M.B., Rossberg, J.I., Almvik, R., & Friss, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23(1), 117-124. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00597.x
- Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30. doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.007
- Nijman, H.L.I., Bjorkly, S., Palmstierna, T., & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and its prevalence. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 11-21). Springer Science. doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_1
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Ravelli, D.P., & Merckelbach, H.L.G.J. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834. doi.org/10.1176/ps.50.6.832
- Paavola, P., & Tiihonen, J. (2010). Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 27-34. doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.006
- Pannu, H., & Milne, S. (2008). Use of seclusion in an English high security hospital. *Medicine, Science & Law*, 48(4), 288-294. doi.org/10.1258/rsmmsl.48.4.288
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310-319. doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x
- Roberton, T., Daffern, M., Thomas, S., & Martin, T. (2012). De-escalation and limit setting in forensic mental health units. *Journal of Forensic Nursing*, 8(2), 94-101. doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01125.x
- Schaftenaar, P., & Ruiter, M. (2023). *De-escalatie en dwangreductie: Een praktijkboek voor de klinische intensieve en forensische zorg*. Uitgeverij SWP.
- Tölli, S., Partanen, P., Kontio, R., & Häggman-Laitila, A. (2017). A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2817-2831. doi.org/10.1111/jan.13351
- Tremmery, S., Danckaerts, M., Bruckers, L., Molenberghs, G., De Hert, M., Wampers, M., De Varé, J., & de Decker, A. (2014). Registration of aggressive incidents in an adolescent forensic psychiatric unit and implications for further practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(9), 823-833. doi.org/10.1007/s00787-014-0534-y
- van der Helm, P., Roest, J., Dekker, A., van Miert, V., Klapwijk, G., & Kuiper, C. (2021). *Handleiding herziene versie leefklimaatvragenlijst Group Climate Inventory – Revisited (GCI-R)*. Hogeschool Leiden.
- Verpoorten, P. (2022). *Internering*. Wolters Kluwer.
- Verstegen, N. (2023). *Hurt people hurt people: Characteristics and impact of inpatient aggression in forensic mental health care*. Proefschrift-ai.o.nl.
- Verstegen, N., de Vogel, V., de Vries Robbé, M., & Helmerhorst, M. (2017). Inpatient violence in a Dutch forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Practice*, 19(2), 102-114. doi.org/10.1108/JFP-04-2016-0020

Het effect van een de-escalatietraining op agressie-incidenten bij vrouwen in de forensische psychiatrie

- Verstegen, N., de Vogel, V., Huitema, A., Didden, R., & Nijman, H. (2020). Physical violence during mandatory psychiatric treatment. Prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice and Behavior, 47*(7), 771-789. doi.org/10.1177/0093854820924691
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best practices rondom dwang reductie in de geestelijke gezondheidszorg*. VUMC.
- Weissenberger, G. (2020). Professioneller umgang mit gewalt und aggressionen: Das präventionskonzept ProDeMa. *Psychotherapy im Dialog, 21*(1), 74-78. doi.org/10.1055/a-0968-2364