

Is er een samenhang tussen de zelf gerapporteerde scores op de BDHI-D en het daadwerkelijke agressieve gedrag in de praktijk?

Een onderzoek naar de voorspelbare waarde van de BDHI-D

2018/19

“Intellectuals solve problems; geniuses prevent them”

Albert Einstein

“Nothing we do can change the past, but everything we do changes the future”

Ashleigh Briljant

Is er een samenhang tussen de zelf gerapporteerde scores op de BDHI-D en het daadwerkelijke agressieve gedrag in de praktijk?

Een onderzoek naar de voorspelbare waarde van de BDHI-D

Naam: Hugo Witman

Studentnummer: 411829

Opleiding: Toegepaste Psychologie

School: Saxion Deventer

Afstudeerbegeleiders: Dr Janneke Joly en Drs Alice Klaver

Opdrachtgevende instelling: CTP Veldzicht Balkbrug

Opdrachtgevers: Maaïke Philippi en Neri Busbroek

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar de samenhang tussen de zelf gerapporteerde scores op de BDHI-D en het daadwerkelijke agressieve gedrag in de praktijk. Dit onderzoek heeft plaats gevonden binnen CTP Veldzicht Balkbrug. Ik heb hier vanaf september 2018 met veel voldoening aan gewerkt.

Ik wil Maaïke Philippi en Neri Busbroek hartelijk danken voor de begeleiding die zij mij hebben geboden binnen Veldzicht. Verder wil ik de onderzoeksassistenten Elles Meier, Romy Vlegels, Marlieke Krikken, Milou Nelissen en Adon Sharbat bedanken voor de hulp die zij mij hebben geboden met het afnemen van de vragenlijsten. Daarnaast wil ik Janneke Joly bedanken voor de hulp vanuit school, evenals Alice Klaver.

Veel leesplezier,

Hugo Witman, Balkbrug

25 maart 2019

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van CTP Veldzicht Balkbrug. Het geeft antwoord op de vraag of de BDHI-D een voorspelbare waarde heeft op feitelijk agressief gedrag in de praktijk binnen de kliniek, gemeten door CMIK-meldingen. Het heeft als doel te onderzoeken in hoeverre de BDHI-D agressie op korte termijn kan voorspellen en zodoende als extra instrument kan worden ingezet om de agressiecijfers binnen Veldzicht te minimaliseren. Daarnaast behoort het ook tot een groter onderzoek binnen Veldzicht waarin wordt onderzocht of de mate van sociale tegenslagen in het leven van patiënten als voorspelbare waarde kan worden gezien in het feitelijke agressieve gedrag in de praktijk.

Voor dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van de BDHI-D. Dit is een zelfrapportagevragenlijst, waar directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid wordt gemeten. Er werd gebruikt gemaakt van de normgroep psychiatrische patiënten, verdeeld onder de leeftijdsgroepen 13 tot en met 25 jaar, 26 tot en met 40 jaar en 41 jaar en ouder. In totaal namen er 47 patiënten deel aan het onderzoek.

Uit de resultaten is gebleken dat patiënten tussen de 13 en 25 jaar zichzelf als het minst agressief rapporteerden. Uit de CMIK-meldingen is gebleken dat deze groep patiënten het meest agressief was. Desondanks is er toch een positieve samenhang gevonden tussen de score op de directe agressie en de CMIK-meldingen. De hoge standaarddeviaties geven hier mogelijk een verklaring. Patiënten van 41 jaar en ouder rapporteerden zichzelf als het meest agressief. Uiteindelijk werden er voor deze groep patiënten nauwelijks CMIK-meldingen geregistreerd. Bij de patiëntengroepen 26 tot en met 40 jaar en 41 jaar en ouder is geen significante samenhang gevonden tussen de scores op de BDHI-D en de CMIK-meldingen. Bij alle normgroepen samen is wel een significante samenhang gevonden tussen de directe agressie en de CMIK-meldingen. Dat er bij de totale groep patiënten een samenhang is gevonden tussen de directe agressie en de CMIK-meldingen, wordt mogelijk veroorzaakt door de groep patiënten tussen de 13 en 25 jaar, aangezien er bij de overige twee normgroepen geen significante samenhang is gevonden.

De opvallende resultaten geven Veldzicht een aanleiding om het onderzoek langer door te voeren. Mocht er opnieuw een tegenstelling te vinden zijn tussen het zelf gerapporteerde gedrag en het agressieve gedrag in de praktijk lijkt het een optie om dieper in te gaan op het zelfbeeld van de patiënten. Desondanks is er wel een samenhang gevonden tussen de directe agressie en de CMIK-meldingen. Mocht dit in het vervolgonderzoek opnieuw blijken, lijkt een agressieregulatietraining op zijn plaats te zijn, bij patiënten met een hoge score voor directe agressie.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Onderzoeksvraagstellingen	9
1.3 Onderzoeksvraagstellingen	10
1.4 Verloop van het onderzoek	11
Hoofdstuk 2: Theoretische Kader	12
2.1 Het grote onderzoek en de relatie tot het huidige onderzoek.	12
2.2 Het begrip agressie.....	12
..... 2.2.1 Definities van directe en indirecte agressie	13
2.3 Voorspellen van agressie.....	14
2.4 Psychiatrisch opgenomen patiënten en de subschalen van de BDHI-D.....	14
..... 2.4.1 Psychiatrisch opgenomen patiënten en directe agressie en indirecte agressie	13
..... 2.4.2 Psychiatrisch opgenomen patiënten en sociale wenselijkheid	15
..... 2.4.3 Samenhang variabelen BDHI-D	15
..... 2.4.4 Normgroepen	16
2.5 CMIK-Meldingen.....	16
..... 2.5.1 Veiligheid en werking CMIK-Meldingen	16
..... 2.5.2 Psychiatrisch opgenomen patiënten en CMIK-meldingen	17
..... 2.5.3 Normgroepen	17
2.6 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen.....	17
2.7 Conceptueel model	18
2.8 Verloop van het onderzoek	18
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign.....	19
3.1 Onderzoeksmethode	19
3.2 Onderzoeksdoelgroep	19
3.3 Onderzoeksinstrumenten.....	19
..... 3.3.1 BDHI-D	19
..... 3.3.2 CMIK-Meldingen	20
3.4 procedure	21
..... 3.4.1 Onderzoeksprocedure	20
3.5 Analyses	21
..... 3.5.1 BDHI-D deelvragen	21
..... 3.5.2 Deelvragen samenhang BDHI-D onderling en BDHI-D en CMIK-meldingen	21
..... 3.5.3 CMIK-meldingen	22
..... 3.5.4 Hoofdvraag	22
Hoofdstuk 4 Resultaten	23
4.1 Uitvoering.....	23

4.2 Validiteit en betrouwbaarheid	23
4.3 Respons	24
4.4 De directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid van de BDHI-D.....	25
4.5 Samenhang directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid van de BDHI-	26
4.6 CMIK-Meldingen.....	27
4.7 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen.....	28
Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen	29
5.1 De BDHI-D.....	29
5.2 CMIK-meldingen -.....	30
5.3 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen-meldingen	30
5.4 Conclusie.....	31
5.5 Verklaringen	31
5.6 Beperkingen van het onderzoek.....	32
5.7 Aanbevelingen.....	32
Literatuurlijst	36
Bijlagen.....	40

1. Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de inleiding van dit onderzoek. Eerst wordt de aanleiding beschreven, waarna vervolgens de vraagstellingen en doelstellingen van dit onderzoek toegelicht worden.

1.1 Aanleiding

Op de voorkant van het beleidsplan van Veldzicht 2017-2021 (CTP Veldzicht, 2017) staat in grote letters “vaardig en veilig verder”. Dit onderzoek probeert daar een bijdrage aan te leveren.

Dit huidige onderzoek wordt samen met een ander onderzoek uitgevoerd om een groot onderzoek binnen Veldzicht af te ronden. Het grote onderzoek is een pilotstudie over sociale tegenslagen, beschreven als social defeat, en de neiging tot agressie. Om het grote onderzoek uit voeren wordt er in dit huidige onderzoek onderzocht in hoeverre de BDHI-D een voorspelbare waarde heeft op het daadwerkelijke agressieve gedrag in de praktijk bij patiënten binnen Veldzicht. In het andere onderzoek wordt de mate van social defeat onderzocht bij patiënten binnen Veldzicht. Deze onderzoeken worden vervolgens samen gebruikt om het grote onderzoek af te ronden, waarin de vraag wordt beantwoord of social defeat een relatie heeft met agressief gedrag. In hoofdstuk twee wordt dit grote onderzoek verder toegelicht.

Het huidige Veldzicht was vroeger een tbs-kliniek. In 2013 dreigde Veldzicht te moeten sluiten door een krimp in de tbs-sector, maar dit werd voorkomen en in 2016 maakte Veldzicht een doorstart als Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht (CTP Veldzicht) (CTP Veldzicht, z.d.). Het nieuwe Veldzicht biedt onder meer psychiatrische hulp aan mensen met een niet-westerse achtergrond. (CTP Veldzicht, z.d.). Een nieuwe diverse groep, met forensische en niet-forensische patiënten, met als gemeenschappelijk kenmerk de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, met daarbij de behoefte aan intensieve zorg. (CTP Veldzicht, z.d.-b). Manager hoofdbehandeling Maaïke Philippi (persoonlijke communicatie, 19 november 2018) vertelt dat aanvankelijk werd verwacht dat de agressie binnen de kliniek met de komst van de nieuwe doelgroep zou afnemen. Dit bleek echter niet het geval, de mate van agressie nam toe. In 2015, het laatste jaar van Veldzicht, als tbs-kliniek, waren er 201 patiënten en werden er 156 agressie-incidenten gemeld. In 2016, het eerste jaar van het nieuwe Veldzicht waren er minder (120) patiënten en meer (229) agressie-meldingen (B.Sterenborg, persoonlijke communicatie, 21 januari 2019). Onder deze meldingen vallen zowel verbale als fysieke agressie.

Een duidelijk voorbeeld van een ernstig incident vond plaats in augustus 2017 en werd in de media breed uitgemeten. Een tbs patiënt gooide in een recreatieruimte een volle waterkan met kokendheet water over het hoofd van een sociotherapeut. Betreffende sociotherapeut moest haar werk opgeven en ondervond vele huidtransplantaties (Satink, 2018). Philippi

(persoonlijke communicatie, 19 november 2018) vertelt dat ernstige incidenten zoals deze niet vaak voorkomen, maar dat ook één keer per jaar te veel is.

In tijdschrift voor psychiatrie (Harte, Van Leeuwen, & Theuws, 2013) werd onderzoek gedaan naar de aard en omvang van het geweld door patiënten tegen werknemers in de psychiatrie. In hun onderzoek wordt beschreven dat uit verschillende studies naar voren komt dat er in de psychiatrie veel geweld plaatsvindt (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Nijman, Bowers, Oud & Jansen, 2005). In het eigen onderzoek van Harte et al. (2013) hebben 1534 werknemers binnen de intramurale psychiatrie in vijf jaar meegewerkt aan een online enquête. Hieruit blijkt dat 509 personen (33,2%) geen gewelddadig incident hebben gemeld, 197 mensen hebben één incident gemeld, 191 twee, 148 drie, 89 vier, 87 vijf en 313 personen hebben meer dan vijf incidenten gemeld. In totaal zijn dit 2648 incidentmeldingen.

De toename van agressie incidenten binnen Veldzicht, inclusief het ernstige incident uit augustus 2007 geven binnen Veldzicht een aanleiding om te onderzoeken of agressie te voorspellen is, om dit soort situaties zoveel mogelijk te minimaliseren. Daarnaast laten cijfers uit onderzoek (Harte et al., 2013) zien dat binnen de gehele psychiatrie veel geweld plaatsvindt.

Hoofdbehandelaar Neri Busbroek (persoonlijke communicatie, 28 november 2018) vertelt dat een afname van agressie ook moet leiden tot vermindering van dwang en drang (gedwongen ingrijpen / vrijheid beperkende maatregelen). In 2016 hebben alle GGZ instellingen een toetsingskader ontvangen waarin het terugdringen van separeren en afzonderen centraal staat (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d.). Het verzoek was hierbij om dit te implementeren op alle afdelingen waar patiënten kunnen worden afgezonderd gesepareerd of ingesloten. Onderzoek van Raboch et al. (2010) laat zien dat agressie de meeste voorkomende reden is van een dwangbehandeling. Het voorspellen van agressie, waardoor er tijdig ingegrepen kan worden, kan dwang en drang (mogelijk) verminderen. Mocht de BDHI-D in staat zijn om agressie daadwerkelijk te voorspellen heeft Veldzicht nog geen concrete vervolgplannen. Voorzichtig wordt er gedacht aan een verplichte agressieregulatietraining, als een score op de BDHI-D daadwerkelijke voorspelbare waarde heeft (M.Philippi, persoonlijke communicatie, 19 november 2018).

Agressie wordt binnen Veldzicht geregistreerd in een meldingssysteem (CMIK-systeem). Uit gesprek met Philippi (persoonlijke communicatie, 19 november 2018) blijkt dat er momenteel binnen Veldzicht nog geen concrete handelingen verricht worden om de neiging tot agressie in beeld te brengen, en mogelijk ook te voorspellen. In het verleden, toen Veldzicht nog een tbs-kliniek was, werd agressie vooral voorspeld door signaleringsplannen en risicotaxaties. Risicotaxaties, die uitgevoerd blijven worden, zeggen iets over agressie, maar dienen hier niet specifiek voor en worden maar één keer per jaar afgenomen (M. Philippi, persoonlijke communicatie, 19 november 2018). De begrippen risicotaxatie en

risicomanagement zijn ontwikkeld voor patiënten die een delict hebben gepleegd, gerelateerd aan een psychiatrische stoornis. Het schatten van de recidivekans (taxatie) en risico verminderende interventies (management) vormen een essentieel onderdeel in een forensisch-psychiatrische kliniek (Boumans, Postulart, & Van Os, 2015). Onder een recidive wordt een herhaling van een strafbaar feit verstaan (Lycaeus Juridisch Woordenboek, 2018). Penterman en Nijman (2009) concludeerden dat men met risicotaxatie-instrumenten agressierisico's kan schatten, maar dat niet één instrument allesomvattend is. Verder benoemen ze dat de meeste instrumenten niet bedoeld zijn om agressie op de korte termijn te voorspellen. De instrumenten die daarvoor wel geschikt zijn, hebben vooral tot doel agressie tijdens opname in kaart te brengen, zoals de Brøset Violence Checklist (BVC), ontwikkeld door Almvik, Woods en Rasmussen (2000). Bij deze lijst wordt het gedrag van patiënten geobserveerd op enkele gedragskenmerken, door een behandelaar (Almvik et al, 2000). Het gaat hier echter om observatie waardoor de patiënt zelf geen inbreng heeft en er informatie gemist kan worden.

Akkerman-Bouwsema, Biesbroek, Lancel en Gerlsma (2004) hebben onderzoek gedaan in hoeverre agressievragenlijsten bruikbaar zijn binnen de Nederlandse forensische psychiatrie. Hieruit blijkt dat de BDHI-D, van alle vragenlijsten die specifiek gericht zijn op agressie, als enige instrument beoordeeld is door de COTAN (Egberink, Vermeulen, & Frima, in Akkerman-Bouwsema et al., 2004). De BDHI-D heeft als kenmerk om als hulpmiddel te dienen om risico's in de psychiatrie in te schatten (Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn, & De Beurs, 2005a). Daarnaast heeft de vorm van de zelfrapportagevragenlijst als voordeel dat het goedkoop is en dat het een snelle indruk geeft van de respondent (Lange et al., 2005a).

Het gaat bij de BDHI-D om directe en indirecte agressie. Vooral de indirecte agressie, wat wil zeggen de naar binnen gerichte agressie, onderdrukte vijandigheid of ingehouden agressie (Lange et al., 2005a) is een schaal die niet gemeten kan worden, wanneer een behandelaar een lijst invult, zoals bij de eerder benoemde observatieschalen. Volgens Philippi (persoonlijke communicatie, 19 november 2018) zal ook gekeken moeten worden in hoeverre iemand indirecte agressie bezit.

Theoretisch gezien lijkt de kans groter dat een patiënt met een hoge score op de BDHI-D eerder agressief gedrag laat zien dan een patiënt met een lage score op de BDHI-D. Op deze manier kan een instrument een voorspellende waarde hebben op het daadwerkelijke gedrag van patiënten. De BDHI-D is verder voorzien van een sociale wenselijkheidsschaal, zodat een sociaal wenselijke manier van invullen, mogelijk op kan vallen (Lange et al., 2005a). Delinquenten worden verondersteld zelfrapportage vragenlijsten eerder sociaal wenselijk in te vullen, omdat dit mogelijk correleert met een positieve invloed op hun juridische status. Dit wil zeggen dat deze patiënten ervan uit gaan, dat een positieve score op een vragenlijst, beter is voor hun toekomst (Kalmus & Beech, 2005). Dit kan binnen Veldzicht gelden voor de groep forensische patiënten.

Samengevat wordt in het huidige onderzoek onderzocht in hoeverre de BDHI-D op korte termijn agressie kan voorspellen van de psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht. Dit wordt gedaan om het grote onderzoek te voltooien, maar ook om te onderzoeken in hoeverre de BDHI-D een juist instrument is om directe en indirecte agressie in beeld te brengen. Men hoopt hiermee agressie te kunnen voorspellen en het daardoor ook te kunnen verminderen, evenals dwang en drang.

1.2 Onderzoeksvraagstellingen

Er is gekozen voor een logische opbouw om de hoofdvraag te beantwoorden. Aan de hand van twee hoofdthema's; de BDHI-D en de CMIK-meldingen wordt de samenhang (positief, negatief of geen) tussen de BDHI-D en de CMIK-meldingen in beeld gebracht. Vervolgens wordt de hoofdvraag beantwoord. Bij de hoofdvraag wordt er gesproken over een positieve samenhang, aangezien dit zou betekenen dat de BDHI-D een voorspelbare waarde heeft.

Hoofdvraag:

Is er bij psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht een positieve samenhang tussen de zelf gerapporteerde scores op de BDHI-D, en het feitelijke agressieve gedrag, komend uit CMIK-meldingen met het kenmerk agressie in een periode van zes weken na de afname.

De BDHI-D

1. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht directe agressie?
2. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht indirecte agressie?
3. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht sociale wenselijkheid?
4. Welke samenhang is er binnen Veldzicht te vinden tussen de directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid

CMIK-meldingen

5. In welke mate komen CMIK-meldingen voor bij Patiënten binnen Veldzicht zes weken na het afnemen van de BDHI-D?
6. In welke mate komen CMIK-meldingen voor bij patiënten binnen Veldzicht die niet meewerken aan het onderzoek?

Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen

7. Welke samenhang (positief, negatief of geen) is er te vinden tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen?
8. Welke samenhang (positief, negatief of geen) is er te vinden tussen de indirecte agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

1.3.1 Omschrijving organisatie

Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen het Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht (CTP Veldzicht). CTP Veldzicht is een onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie en Veiligheid (CTP Veldzicht, z.d.-c). CTP Veldzicht biedt als centrum voor transculturele psychiatrie voor acht verschillende doelgroepen klinische behandeling op maat. Alle patiënten hebben psychiatrische klachten (CTP Veldzicht, z.d.-d).

1.3.2 Doelstelling onderzoek en uitkomsten voor de praktijk

De toename van agressie binnen Veldzicht heeft ertoe geleid om te onderzoeken of agressie te voorspellen is. Daarnaast wordt er van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd verwacht dat er binnen de zorg zo min mogelijk dwang en vrijheidsbeperking plaatsvindt (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d.). Binnen Veldzicht is agressie een veel voorkomende reden van dwang (N. Busbroek, persoonlijke communicatie, 21 januari 2019) en dit is ook uit het onderzoek van Raboch et al. (2010) gebleken.

De inspectie verwacht het volgende:

De inspectie rekent op de inzet van betrokken partijen om te werken aan zorg waarin zo min mogelijk dwang en vrijheidsbeperking plaatsvindt. De inspectie verwacht dat zorgaanbieders alles op alles zetten om de toepassing van vrijheid beperkende maatregelen zoveel als mogelijk te voorkomen. Daar waar toepassing van dwang of vrijheidsbeperking onvermijdelijk is, verwacht zij dat deze zorgvuldig worden uitgevoerd. Waardering heeft de inspectie daarom voor de instellingen en afdelingen waar de zorg op het gebied van uitvoering van de Wet Bopz en het separeren volgens de geldende kaders werd uitgevoerd. Naast een actief beleid van instellingen is hiervoor de individuele inzet van hulpverleners onmisbaar. (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d-b, p 4)

Vanaf september 2018 maakt Veldzicht gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) ROM is een methodiek om de voortgang van patiënten in beeld te brengen (Ruesink, 2017) De BDHI-D behoort, mede door dit onderzoek, ook tot de vragenlijsten van de ROM. Na afloop van dit onderzoek wordt ook geëvalueerd of de BDHI-D een juiste vragenlijst is voor de ROM. De methode van de ROM wordt in hoofdstuk 3 toegelicht.

Binnen Veldzicht zijn nog geen vervolgplannen bedacht, wanneer de BDHI-D een voorspelbare waarde heeft. In de aanbevelingen worden opties benoemd. Deze opties zijn afhankelijk van de uitkomst van het onderzoek.

1.4 Verloop van het onderzoek

In het volgende hoofdstuk worden de theoretische uitgangspunten beschreven. De hoofdonderwerpen van het onderzoek worden toegelicht en aan de hand van wetenschappelijke literatuur worden er verwachtingen gedaan over de deelvragen.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste theoretische uitgangspunten beschreven. Eerst wordt het grote onderzoek nader uitgelegd, evenals de link naar het huidige onderzoek. Vervolgens worden de hoofdthema's van het huidige onderzoek besproken.

2.1 Het grote onderzoek en de relatie tot het huidige onderzoek.

Het grote onderzoek wordt binnen Veldzicht uitgevoerd door Maaïke Philippi en Neri Busbroek, namens Postmaster Psychologie Opleidingen (PPO). Dit is een onderzoek naar sociale tegenslagen, beschreven als social defeat en de relatie tot agressie bij klinisch psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht.

Binnen de GGZ is het aantal mensen met een migratie-achtergrond gedurende de afgelopen jaren door een grote toestroom van asielzoekers toegenomen. Uit onderzoeken (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Norredam, Garcia-Lopez, Keiding & Krasnik, 2009; Bogic, Njoku & Priebe, 2015) is gebleken dat mensen met een migratie-achtergrond een grotere kans hebben op een psychiatrische stoornis. Zowel tijdens de reis naar het land waar asiel wordt aangevraagd als tijdens de asielprocedure krijgen zij te maken met een grote hoeveelheid stress. Een migratie-achtergrond of psychiatrische stoornis bemoeilijkt de aansluiting bij de maatschappij. Er wordt verondersteld dat zowel een migratie-achtergrond als een psychiatrische stoornis leiden tot een toename van het gevoel een buitenstaander of een verliezer te zijn. Selten en Cantor-Graae (2007) spreken van social defeat. Dit leidt tot stress, frustraties en heeft daardoor een ongunstige invloed op herstel van een psychiatrische stoornis. Daarnaast wordt verondersteld dat social defeat een rol speelt in het ontstaan van de psychiatrische stoornis. Er wordt verondersteld dat de stress en frustraties die samen gaan met toename van social defeat een grotere kans geven op het ontstaan van agressie. Dit doet een beroep op professionals om rekening te houden met een andere culturele achtergrond van de patiënt en met factoren die samenhangen met (onvrijwillige) migratie.

2.2 Het begrip agressie

Een oudere definitie voor agressie is gedrag dat dient om een ander organisme schade toe te brengen (Buss, in Lange et al, 2005a). Deze definitie werd gebruikt in de eerste editie van de BDHI in Amerika. Deze definitie werd door Tedeschi, in Lange et al. (2005a) bekritiseerd. Hij stelde dat de definitie van Buss (in Lange et al, 2005a) ook reacties bevat die niet gezien kunnen worden als agressief gedrag, zoals pijn veroorzaakt door de tandarts. Dit beschreef hij als cultuur legitieme "onaangenaamheden" en deze "onaangenaamheden" moeten worden uitgesloten van de definitie.

2.2.1 Definities van directe en indirecte agressie

In onderzoek van Card, Sawalani, Stucky, & Little (2008) wordt directe agressie beschreven als fysieke of verbale agressie. Indirecte agressie wordt hier beschreven als agressie die zich naar binnen richt, zoals ingehouden agressie, onderdrukte vijandigheid, irritatie of jaloezie,

of waarbij een persoon op indirecte wijze toch agressie uit, zoals manipulatie, negeren of iemand buitensluiten. Lagerspetz, Björkqvist en Peltonen (1988) omschreven indirecte agressie als agressie waarbij een slachtoffer niet geconfronteerd wordt, bij directe agressie gebeurt dit wel. In de handleiding van de BDHI-D (Lange et al, 2005a) wordt indirecte agressie beschreven als naar binnen gerichte agressie, onderdrukte vijandigheid en ingehouden agressie. Wrok of hostiliteit zijn begrippen die onder indirecte agressie vallen. Directe agressie is het gedragsmatig objectief herkenbare agressie, zoals fysieke of verbale uitingen van agressie (Lange et al, 2005a). De definities uit de handleiding worden in dit onderzoek aangehouden.

2.3 Voorspellen van agressie

Onderzoeken in het verleden die als doel hadden om agressie te voorspellen gingen voornamelijk over risicotaxaties. Deze onderzoeken waren dus anders dan het huidige onderzoek. In tijdschrift voor psychiatrie (Boumans et., 2015) zijn een aantal studies naast elkaar gelegd. Uit deze studies blijkt dat voorspellingen van het recidiverisico op basis van een ongestructureerd klinisch oordeel nauwelijks beter zijn dan toeval, om deze reden zijn er gestructureerde risicotaxaties ontworpen (De Ruiter, 2000; De Vogel, 2005; Philipse, 2005; Quinsey, Harris, Rice, Cormier in Boumans, in Postulart, & Van Os, 2015). Penterman en Nijman (2009) concludeerden dat men met risicotaxatie-instrumenten agressierisico's kan schatten. Er is echter geen instrument wat alles omvattend is en verder benoemen ze dat de meeste instrumenten niet bedoeld zijn om agressie op de korte termijn te voorspellen. Mudde, Nijman, Van der Hulst en Van den Bout (2011) onderzochten in hoeverre agressie aan de hand van de Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) te voorspellen was tijdens de behandeling van forensisch psychiatrisch patiënten. De resultaten op de HCR-20 werden vergeleken met agressiemeldingen. Patiënten die betrokken waren bij één of meerdere incidenten bleken gemiddeld een hogere score te hebben dan patiënten zonder agressieve incidenten. Ook uit eerdere onderzoeken (McDermott, Edens, Quanbeck, Busse, Scott, 2007; Hildebrand, Hesper, Spreen, Nijman, 2005; Gray, Taylor, Snowden, 2008; Dahle, 2008) bleek dat de HCR-20 in hoge mate een voorspellende waarde heeft.

Het huidige onderzoek heeft niet als doel de risicotaxaties te vervangen. Mocht de BDHI-D op de korte termijn een voorspellende waarde voor agressie hebben, lijkt dit een goede aanvulling te zijn, aangezien de risicotaxaties binnen Veldzicht slechts jaarlijks worden afgenomen. Dit blijkt uit een intern document van Veldzicht. ("Instrumenten overzicht - versie 31 januari 2019", 2019). In het verleden gingen de meeste onderzoeken over risicotaxaties over de HCR-20. De HCR-20 mag nog steeds gebruikt worden. Sinds 2015 moeten er echter verplicht enkele indicatoren gebruikt worden van de HKT-R binnen alle klinische behandelinstellingen ("Risicotaxatie instrument HKT-R digitaal beschikbaar", 2017). Binnen Veldzicht is daarom ook besloten om de HKT-R volledig af te nemen. In de handleiding van de HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst, Bogaerts, 2013) staat beschreven dat het instrument ondersteuning biedt voor het gestructureerd beargumenteren van het

recidiverisico bij verlofaanvragen en Ter Beschikking Stelling (TBS-)adviezen. Verder kunnen klinische indicatoren van de HKT-R gebruikt worden voor metingen van de ROM, zodat forensische behandelingen geëvalueerd kunnen worden (Spreen et al., 2013).

Projectmanager ROM Hanneke Koenjer (persoonlijke communicatie, 22 januari 2019) vertelt dat binnen Veldzicht wordt nog onderzocht in hoeverre de HKT-R een toegevoegde waarde heeft bij de niet-forensische patiënten vanwege de (vaak) ontbrekende delict geschiedenis

2.4 Psychiatrisch opgenomen patiënten en de subschalen van de BDHI-D

Hieronder worden de subschalen van de BDHI-D; directe agressie, indirecte agressie gekoppeld aan psychiatrisch opgenomen patiënten. De verwachte uitkomsten van de deelvragen die onder de BDHI-D vallen worden beschreven. Bij elke verwachting moet rekening gehouden worden met zelfinzicht. Zelfrapportage wordt vaak beïnvloed door de pathologische aspecten, zoals gebrek aan zelfinzicht en onbegrip door het onvermogen om de betekenis van gemoedstoestanden als schuld en angst te omvatten (Barendse, 2009).

2.4.1 Psychiatrisch opgenomen patiënten en directe agressie en indirecte agressie

Zoals in de inleiding al beschreven is komt agressie binnen de psychiatrie veel voor. Lange et al. (1995b) vonden geen directe verbanden tussen psychiatrische stoornissen en directe agressie. Wel werd in dit onderzoek (Lange et al., 1995b) een samenhang gevonden tussen indicatoren voor psychiatrische stoornissen, zoals gemeten met de Sympton Checklist (SCL90) en indirecte agressie. Onder onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten komt agressie wel vaak voor (Nijman, de Allertz & Campo 1995; Shah, Fineberg & James, D.V. 1991). Het niet vrij de afdeling kunnen verlaten wanneer men wil, blijkt agressie uit te lokken op gesloten psychiatrische afdelingen (Nijman et al. 1995). Meerdere onderzoeken vonden een samenhang tussen onvrijwillige opname en agressief gedrag (Dhossche, & Ghani, 1998; Soliman & Reza, 2001; Nijman, Merckelbach, Evers, Palmstierna, & À Campo, 2002; Abderhalden et al., 2007). Deze bevinding lijkt echter niet opvallend, aangezien het feit dat een gevaar vormen voor anderen, de voornaamste reden is voor onvrijwillige opnames (Abderhalden et al., 2007). Er valt hierdoor een voorlopige conclusie te trekken dat er in hoge mate agressie aanwezig is bij psychiatrisch opgenomen patiënten. Hierdoor kan over de eerste deelvraag verondersteld worden dat de mate van directe agressie bij patiënten binnen Veldzicht hoog is. Verder kan er over de tweede deelvraag voorzichtig verondersteld worden dat binnen Veldzicht patiënten ook in hoge mate indirecte agressie bezitten. Dit is enkel gebaseerd op de constatering uit het onderzoek van (Lange et al., 1995b), waarin een samenhang werd gevonden tussen indicatoren voor psychiatrische stoornissen en indirecte agressie. Hierdoor moet dit voorzichtig worden geïnterpreteerd.

In het verleden zijn er weinig tot geen onderzoeken gedaan naar het begrip indirecte agressie. Wel is onderzocht dat een vijandige levensinstelling (hostiliteit) gepaard gaat met negatieve gezondheidsuitkomsten. Dit blijkt uit onderzoek van (Boyle et al., 2004) waarin een aantal kenmerken van hostiliteit wordt genoemd; negatieve opvattingen over

kwaliteiten van anderen, de gedachte dat anderen kwade bedoelingen hebben, het hebben van negatieve gevoelens over relaties en de neiging om bij problemen agressief te reageren. In hun onderzoek werd bij patiënten met hartklachten, de mate van hostiliteit onderzocht. Vijftien jaar later bleek dat er een relatie was tussen de mate van hostiliteit en sterfte. De verklaring die hiervoor werd gegeven was overmatig en herhaalde activatie van het sympathische zenuwstelsel en daarnaast verminderde therapietrouw.

2.4.2 Psychiatrisch opgenomen patiënten en sociale wenselijkheid

Om de mogelijke invloed van sociale wenselijkheid te bepalen hadden Lange et al. (1995b) de Nederlandse versie van de Sociale Wenselijkheidsschaal (Hermans, 1967) in hun onderzoek toegevoegd (Lange, et al., 2005a). Deze schaal bestond uit veertien items en bleek significant negatief te correleren met directe agressie ($r = -0.37$, $p < 0.01$). Respondenten die geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven zijn ook geneigd om minder agressief gedrag te rapporteren. Om deze reden is besloten om een verkorte versie van deze schaal toe te voegen aan de BDHI-D. Vijf vragen zijn onopvallend toegevoegd. In een later normeringsonderzoek werd opnieuw bevestigd dat de score op de sociale wenselijkheid significant negatief correleert met beide agressieschalen ($r = -0.42$, < 0.01 en $r = -0.34$, < 0.01). Hoe lager de agressiescores, hoe groter de kans dat er sociaal wenselijk geantwoord wordt (Lange, et al., 2005a). Vooral patiënten met een forensische status zouden geneigd kunnen zijn om de BDHI-D sociaal wenselijk in te vullen. Kalmus en Beech (2005) kwamen tot de veronderstelling dat delinquenten zelfrapportagevragenlijsten vaak sociaal wenselijk invullen, aangezien een gunstige score volgens henzelf een positieve invloed op hun juridische status heeft. Er kan hierbij verondersteld worden dat voornamelijk de forensische groep patiënten in staat kan zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven.

2.4.3 Samenhang variabelen BDHI-D

Bij de vierde deelvraag wordt de samenhang van de verschillende variabelen van de BDHI-D onderzocht. Het gaat hierbij om de onderlinge samenhang tussen de directe agressie, indirecte agressie en de sociale wenselijkheid. Lange et al. (1995b) vonden geen directe verbanden tussen psychiatrische stoornissen en directe agressie. Indirecte agressie correleert wel in hoge mate met de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen (Lange et al., 1995b), wat kan leiden tot opsluiting. Deze opsluiting kan vervolgens agressie veroorzaken (Nijman et al., 1995). Hieruit kan voorzichtig ook een positieve samenhang tussen indirecte en directe agressie worden verondersteld. Uit het onderzoek van Lange et al. (1995b) kwam een spearman-correlate van $r = 0.17$. Hierbij is de significantiewaarde niet genoemd. Kijkend naar de correlatie mate, valt hieruit te concluderen dat er nauwelijks samenhang was tussen beide schalen. (Lange et al., 1995b). In het verleden is meerdere malen een negatieve samenhang gevonden tussen sociale wenselijkheid en directe en indirecte agressie (Lange et al., 1995b). Er mag verwacht worden dat beide agressieschalen negatief correleren met de sociale wenselijkheid.

2.4.4 Normgroepen

Bij de BDHI-D worden scores vergeleken met normgroepen. Voor de groep psychiatrische patiënten bestaan er drie normgroepen; 13 tot en met 25 jaar, 26 tot en met 40 jaar en 41 jaar en ouder. Uit het normeringsonderzoek blijkt dat de psychiatrische populatie van 13 tot met 25 jaar aanzienlijke hogere gemiddelde scores behaalt op de directe ($M=9.22$, $SD=3.72$, $N=104$) en indirecte agressie ($M=11.51$, $SD=3.87$, $N=104$) ten opzichte van de groep 26 tot en met 40 jaar ($M=7.72$, $SD=3.51$, $N=197$), ($M=10.45$, $SD=4.45$, $N=197$) en 41 jaar en ouder ($M=7.05$, $SD=3.58$, $N=125$), ($M=9.83$, $SD=4.40$, $N=125$) (Lange, et al., 2005a). Nijman et al. (1995) deden onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. De patiënten die betrokken waren bij de incidenten bleken vaker onvrijwillig opgenomen en gemiddeld jonger te zijn dan niet-agressieve patiënten (Nijman et al., 1995). Kanttekening hierbij is dat in het onderzoek van Nijman et al. (1995) agressie incidenten werden onderzocht en het bij de normeringen van de BDHI-D gaat om zelf gerapporteerde scores. Er kan verwacht worden dat de jongste groep patiënten in hogere mate agressief is en aangezien in het normeringonderzoek is aangetoond dat ook op de zelfrapportagevragenlijsten de jongste groep patiënten zichzelf als meest agressief beschrijft, kan er verwacht worden dat de jongste groep patiënten de hoogste scores behaalt op de directe en de indirecte agressie.

2.5 CMIK-Meldingen

De deelvragen in dit onderzoek zijn onderverdeeld onder twee thema's. De BDHI-D en de CMIK-meldingen. In de volgende paragrafen worden de onderwerpen, horend bij de CMIK-meldingen nader toegelicht. Daarnaast worden de verwachtingen weergegeven over de deelvragen.

2.5.1 Veiligheid en werking CMIK-Meldingen

Veldzicht beschikt over regels, die in alle instellingen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) gelden. Ten eerste probeert DJI agressie en geweld te voorkomen. Men weet echter ook dat dit niet in alle gevallen mogelijk is. Medewerkers van DJI zijn getraind in de-escalerend optreden en zijn er daarnaast op gericht om een situatie in het begin verbaal onder controle te krijgen. Een respectvolle grondhouding is volgens DJI een basis waarmee agressie wordt voorkomen. Regelmatig wordt er door medewerkers een risico-inventarisatie en-evaluatie uitgevoerd. Hiermee worden de gezondheids- en veiligheidsrisico's in kaart gebracht, waaronder agressie en geweld. Ook worden er trainingen gegeven over het omgaan met agressie en geweld op de werkvloer en fysieke weerbaarheid. (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018a).

Mocht een medewerker binnen DJI te maken krijgen met een agressieve of gewelddadige situaties kan er alarm geslagen worden. Collega's komen dan meteen te hulp. Elke inrichting heeft een opvang- en nazorgteam, waar medewerkers na een incident terecht kunnen. Elk agressie- en geweldsincident wordt gemeld bij de leidinggevende en deze incidenten worden

geregistreerd in het CMIK-systeem. Zo krijgt men zicht op de omvang van agressie in de inrichtingen. Door het analyseren van deze incidenten leren de inrichtingen weer van elkaar en kunnen er maatregelen worden genomen om dergelijke situaties te voorkomen (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018b).

2.5.2 Psychiatrisch opgenomen patiënten en CMIK-meldingen

Om antwoord te geven op de vijfde deelvraag worden de CMIK-meldingen genoteerd van patiënten, in een periode van zes weken na afname van de BDHI-D, of zes weken na opname (bij weigering van de BDHI-D). Door toename van het aantal agressiemeldingen (B.Sterenborg, persoonlijke communicatie, 21 januari 2019) kan er verwacht worden dat in de periode van het onderzoek patiënten CMIK-meldingen achter hun naam krijgen. De hoeveelheid kan van te voren niet geschat worden.

2.5.3 Normgroepen

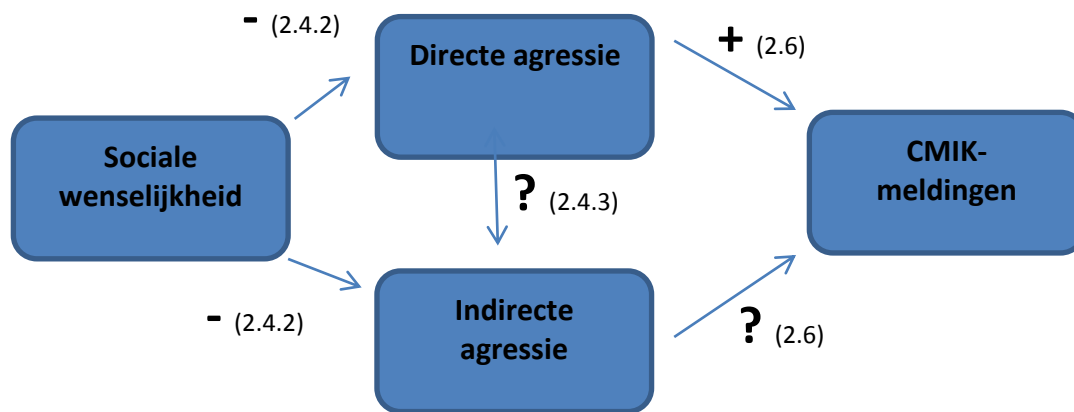
Aangezien de scores van de BDHI-D worden vergeleken met normgroepen, wordt er voor de volledigheid ook onderzocht in hoeverre de (mogelijke) samenhang tussen de BDHI-D en de CMIK-meldingen verschilt onder deze normgroepen. Aangezien de jongste groep patiënten in eerdere onderzoeken de hoogste gemiddeldes had op de directe en indirecte agressie (Lange et al., 2005a), lijkt het aannemelijk dat zij de meeste CMIK-meldingen achter hun naam krijgen. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met zelfzicht, aangezien zelfrapportage vaak beïnvloed wordt door zelfinzicht (Barendse, 2009). Uit onderzoek van Nijman et al. (1995) is echter wel gebleken dat patiënten die betrokken waren bij agressieve incidenten jonger waren dan de patiënten die niet betrokken waren bij agressie.

2.6 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen

De handleiding van de BDHI-D (Lange et al., 1995b) beschrijft directe agressie als gedragsmatig objectief herkenbare agressie, zoals fysieke of verbale uitingen van agressie. Er kan verwacht worden dat patiënten met een hoge score op de directe agressie, ook daadwerkelijk agressief gedrag kunnen vertonen in de praktijk, wat vervolgens leidt tot een CMIK-melding. Van te voren lijkt een hoge score op de indirecte agressie niet direct te correleren met een CMIK-melding. In onderzoek van Lange et al. (1995b) werd echter een correlatie gevonden tussen indirecte agressie en de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen. Opsluiting door deze psychiatrische stoornis kan agressie veroorzaken (Nijman et al., 1995), waardoor een hoge mate van indirecte agressie ook in samenhang kan zijn met een CMIK-melding. Indirecte agressie kan in samenhang zijn met een CMIK-melding, maar door het gebrek aan onderzoeken waarin dit is vastgesteld, blijft het voorsnog een vraagteken.

2.7 Conceptueel model

In dit hoofdstuk zijn de verschillende variabelen besproken. In Figuur 1 is het conceptuele model weergegeven. Hier wordt de verwachte samenhang tussen de verschillende variabelen in beeld gebracht. Deze verwachtingen zijn in dit hoofdstuk besproken. Achter de tekens staat de paragraaf met daarin de desbetreffende uitleg over de samenhang. De voorzichtige verwachting tussen de directe agressie en de indirecte agressie en de indirecte agressie met CMIK-meldingen wordt in dit model met een vraagteken weergegeven.



Figuur 1. Conceptueel model met verwachtingen over de variabelen.

2.8 Verloop van het onderzoek

In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode besproken. Tevens wordt de hele procedure beschreven. Ook wordt toegelicht hoe de deelvragen beantwoord gaan worden.

3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. Vervolgens worden de onderzoeksdoelgroepen en de onderzoeksinstrumenten toegelicht. Hierna volgt de procedure en volgen de analyses.

3.1 Onderzoeksmethode

De BDHI-D, die in dit onderzoek wordt gebruikt is een gestructureerde vragenlijst. Het gaat bij dataverzameling door vragenlijsten om surveyonderzoek, een vorm van kwantitatief onderzoek (Verhoeven, 2018). De keuze voor de BDHI-D is in eerdere hoofdstukken besproken.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep bevat alle opgenomen psychiatrisch opgenomen patiënten in Veldzicht. Deze patiënten hebben allemaal een psychiatrische stoornis (CTP Veldzicht, z.d.-b) Verder zijn er zowel forensische als niet-forensische doelgroepen aanwezig (CTP Veldzicht, z.d.-b) Voor de hoofdvraag wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de patiënten, alle patiënten worden meegenomen in het onderzoek. De hoeveelheid patiënten binnen Veldzicht wordt geschat op 140. Dit aantal verandert echter elke week, vanwege mutaties (B.Sterenborg, persoonlijke communicatie, 21 januari 2019). Bij opname in de kliniek ontvangen de patiënten een formulier waarin zij goedkeuring geven voor het deelnemen aan vragenlijsten. Er wordt verwacht dat zij meewerken aan de afname van vragenlijsten, omdat dit onderdeel is van hun opname en behandeling. Toch kan een patiënt weigeren om mee te werken. Mocht een patiënt meewerken, wordt vooraf, waar nodig, een tolk via telefoon gereserveerd.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

3.3.1 De BDHI-D

De BDHI-D is een zelfrapportagevragenlijst-instrument waarmee kan worden vastgesteld in hoeverre er bij iemand sprake is van hostiliteit en de neiging tot het vertonen van agressief gedrag. De BDHI-D is verdeeld in 3 subschalen: Directe Agressie, Indirecte Agressie (hostiliteit/wrok) en Sociale Wenselijkheid. Directe agressie heeft betrekking op agressie die voor een buitenstaander op een objectieve manier herkenbaar is in de vorm van gedragsmatige of verbale uitingen. Een voorbeelditem is: 'Soms laat ik mijn boosheid merken door op tafel te slaan'. Indirecte agressie heeft betrekking op naar binnen gerichte agressie en onderdrukte vijandigheid. Een voorbeelditem is: 'Mijn bloed gaat koken als iemand mij voor gek zet'. De hostiliteit valt tijdens dit onderzoek onder indirecte of ingehouden agressie. De neiging tot het vertonen van agressief gedrag valt onder directe agressie Een voorbeelditem van de schaal Sociale Wenselijkheid is: 'Ik heb nog nooit een intense hekel aan iemand gehad'. De BDHI-D bestaat uit 40 uitspraken waarvan de respondent aangeeft of deze voor hem of haar waar zijn of niet.

De BDHI-D is in Nederland genormeerd voor 3 populaties: psychiatrische patiënten (N= 426), gedetineerden (N=401) en de landelijke bevolking (N=468). Hierbij worden de volgende leeftijdsgroepen onderscheiden: Algemene bevolking 15 t/m 40 jaar en 41 jaar en ouder; Klinische normgroep psychiatrische patiënten 13 t/m 25 jaar, 26 t/m 40 jaar, 41 jaar en ouder; Gedetineerden 13 t/m 25 jaar en 26 jaar en ouder. Voor dit onderzoek wordt gebruikt gemaakt van de normgroep psychiatrische patiënten met bijbehorende drie normgroepen (Lange et al., 2005a)

Het invullen duurt circa tien minuten. Aangezien ook bij afname van de BDHI-D zo nodig gebruik gemaakt zal worden van een tolk wordt voor afname de dubbele tijd gerekend. Bij gebruik van een telefonische tolk, wordt de BDHI-D afgenomen als een interview.

3.3.2 CMIK-meldingen

De agressie-incidenten tijdens de klinische opname worden gerapporteerd in een informatiesysteem van de kliniek en worden CMIK-meldingen genoemd. De aard van het incident wordt hierin gerapporteerd. Er kan moet gekozen worden uit verbale agressie (bedreigen, beledigen, schelden/schreeuwen, vernederen, treiteren/pesten, dwingen gedrag, chanteren) fysieke agressie (duwen/trekken/vastgrijpen, slaan, schoppen, spugen, verwonden, fysiek hinderen, gooien met voorwerpen, voorwerpen vernielen, stalken, verkrachting) en overige (diefstal, roofoverval, bommelding, seksuele chantage, aanranding/betasting/knijpen, discriminatie naar sekse, discriminatie naar huidskleur, discriminatie naar seksuele geaardheid of voorkeur, discriminatie naar leeftijd).

3.4 procedure

3.4.1 Onderzoeksprocedure

Studenten van de opleidingen Toegepaste Psychologie nemen vragenlijsten af voor de Routine Outcome Monitoring (ROM). Bij deze methodiek worden regelmatig metingen gedaan waardoor de toestand van de patiënten in de gaten gehouden kan worden met het oog op evaluatie en om behandelingen bij te sturen (Ruesink, 2017).

Onder deze vragenlijsten valt ook de BDHI-D. Naast de BDHI-D worden de Brief Symptom Inventory (BSI), EuroQol 5D (EQ5D) en de Social Defeat Scale (SDS) afgenomen. Voor deze vragenlijsten bestaat geen vaste volgorde, maar meestal wordt er begonnen met de EQ5D.

De BDHI-D volgt meestal als derde. Om deze vragenlijsten af te nemen, wordt er van tevoren gebeld naar de afdeling. Er wordt een datum en tijd afgesproken en dit wordt vervolgens geregistreerd. Als een afname succesvol is verlopen en alle vragenlijsten zijn afgenomen, worden ze online ingevuld in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

Afhankelijk van de afdeling wordt een vragenlijst om de zeven tot 26 weken afgenomen ("Instrumenten overzicht - versie 31 januari 2019", 2019). Als voorbeeld kan gegeven worden dat de vragenlijsten bij TBS-patiënten slechts om de zes maanden wordt afgenomen, terwijl dit bij de vreemdeling in het strafrecht om de zeven weken is .

De BDHI-D wordt nog niet in het SPSS-bestand gezet, aangezien een aantal vragen nog moeten worden gehercodeerd en dit pas mogelijk is, als alle vragenlijst erin staan. De datum van de afname wordt wel in SPSS genoteerd. Aangezien er vanaf de afnamedatum zes weken wordt gekeken naar de CMIK-meldingen, wordt er een sluitingsdatum berekend, en deze wordt ook in SPSS geregistreerd. Om meerdere analyses uit te kunnen voeren, worden naar de datum van afname en datum van sluiting ook de volgende gegevens toegevoegd aan het spss bestand: Usernummer (om het anoniem te houden), geboortjaar, geslacht, normgroep (normgroep van de BDHI-D, drie keuzes), geboorteland, CMIK (Ja of nee), CMIK-hoeveelheid, Forensisch of niet forensisch, Type respons of non-respons (Indien er een respons is, wordt er nog gekeken of alle vragen zijn ingevuld).

3.5 Analyses

3.5.1 BDHI-D deelvragen

Om de eerste drie deelvragen te beantwoorden worden eerst totaalscores gemaakt van de directe agressie, indirecte agressie en de sociale wenselijkheid. Om deze totaalscores te maken, worden eerst vragen gehercodeerd, zodat er op een maximale score ook leidt tot een maximale mate van directe, indirecte agressie en sociale wenselijkheid. Via descriptieve statistics worden vervolgens de gemiddelde scores en de standaarddeviaties van deze subschalen berekend. Dit geeft echter een vertekend beeld, aangezien er patiënten van verschillende normgroepen aanwezig zijn in het bestand. Daarom wordt er via select cases gekozen om voor elke normgroep apart de gemiddelde scores en standaarddeviatie te berekenen. Door middel van crosstabs wordt er bij de totaalscore van de sociale wenselijkheid onderzocht worden in hoeverre forensische patiënten eerder sociaal wenselijke antwoorden geven.

3.5.2 Deelvragen samenhang BDHI-D onderling en BDHI-D en CMIK-meldingen

Om de vierde, zevende en achtste deelvraag te beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van Pearson's correlatiecoëfficiënt. Dit wordt in dezelfde tabel gedaan, aangezien het bij beide deelvragen gaat over samenhang. Bij een significante waarde van kleiner dan 0.05 wordt er gesproken over een samenhang (positief of negatief). Zonder significante waarde wordt er niet over een samenhang gesproken (geen). Vervolgens wordt er een waarde aan deze samenhang gekoppeld. Bij een correlatiewaarde van <0.3 is er sprake van een zeer zwak verband, bij een waarde tussen de 0.3 en 0,5 is er sprake van een zwak verband. Bij 0.5 tot 0.7 een matig verband, bij 0.7 tot 0.85 een sterk verband, bij 0.85 tot 0.95 een zeer sterk verband en bij een correlatiewaarde van >0.95 is er sprake van een uitzonderlijk sterk verband (Baarda, Van Dijkum, de Goede, 2014).

3.5.3 CMIK-meldingen

Via descriptive statistics worden de vijfde en zesde deelvraag beantwoordt. In het spss-bestand wordt eerst ingevuld of een patiënt één of meerdere CMIK-meldingen achter zijn naam heeft staan (ja of nee). Vervolgens wordt het aantal CMIK-meldingen in een aparte kolom weergegeven. Door middel van crosstabs waarbij de respons/non respons vergeleken wordt met de hoeveelheid meldingen wordt de zevende vraag beantwoordt.

3.5.4 Hoofdvraag

De hoofdvraag kan met “ja” beantwoordt worden als er een significante positieve samenhang wordt gevonden tussen de directe en indirecte agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Mocht er bij één van deze subschalen een positieve significante waarde worden gevonden, kan er gedeeltelijk “ja” worden gezegd.

4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Voor de volledigheid worden de hoofdvraag en de deelvragen nog eens herhaald.

Hoofdvraag:

Is er bij psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht een positieve samenhang tussen de zelf gerapporteerde scores op de BDHI-D, en het feitelijke agressieve gedrag, komend uit CMIK-meldingen met het kenmerk agressie in een periode van zes weken na de afname.

De BDHI-D

1. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht directe agressie?
2. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht indirecte agressie?
3. In welke mate rapporteren psychiatrisch opgenomen patiënten binnen Veldzicht sociale wenselijkheid?
4. Welke samenhang is er binnen Veldzicht te vinden tussen de directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid

CMIK-meldingen

5. In welke mate komen CMIK-meldingen voor bij Patiënten binnen Veldzicht zes weken na het afnemen van de BDHI-D?
6. In welke mate komen CMIK-meldingen voor bij patiënten binnen Veldzicht die niet meewerken aan het onderzoek?

Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen

7. Welke samenhang (positief, negatief of geen) is er te vinden tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen?
8. Welke samenhang (positief, negatief of geen) is er te vinden tussen de indirecte agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen.

4.1 Uitvoering

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van werkwijze van de ROM (beschreven in hoofdstuk 3). De uiteindelijke procedure is niet anders dan eerst beschreven. De BDHI-D werd samen met andere vragenlijsten afgenomen bij de patiënten. De datum van afname werd genoteerd en vervolgens werd er na zes weken een einddatum vastgelegd. In deze zes weken werden de CMIK-meldingen van de patiënten genoteerd. Mocht een patiënt een afname weigeren, of was hij niet in staat, dan zijn de CMIK-meldingen in een termijn van zes weken na zijn opname genoteerd.

4.2 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de validiteit van de BDHI-D vast te stellen zijn de schalen van de vragenlijst getest op constructvaliditeit. Bij deze toetsing is door de cronbach's alfa bij de sociale wenselijkheid

onvoldoende samenhang bewezen. Omdat dit van te voren verwacht kon worden, is hier verder niks mee gedaan.

Tabel 1

Interne validiteit subschalen BDHI-D; directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid

Schaal	Items	Cronbach alfa
Directe agressie	16	0,70
Indirecte agressie	19	0,81
Sociale wenselijkheid	5	0,23

4.3 Respons.

In Tabel 1 is te lezen dat 46 patiënten meegewerkt hebben aan het onderzoek. Zij zijn verdeeld onder drie leeftijdsgroepen; 13 tot en met 25 jaar, 26 tot en met 40 jaar en 41 jaar en ouder. Deze verdeling gemaakt is omdat de BDHI-D werkt met verschillende normgroepen en de patiënten binnen Veldzicht onder verschillende leeftijdscategorieën vallen. In totaal werden er acht vrouwen gevraagd om mee te werken. Aangezien er slechts drie vrouwen deelnamen, is in de tabel geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Eén van deze drie vrouwen heeft de directe agressie niet volledig ingevuld. Vijf vrouwen weigerden een meting of waren hier niet toe in staat.

In Tabel 1 is verder te lezen dat vijf patiënten één of meerdere vragen op een subschaal niet hebben ingevuld, waardoor deze subschaal onbruikbaar is geworden, aangezien het niet invullen van één of meerdere vragen op de vragenlijst deze onbruikbaar maakt (Lange, et al., 2005a). Kijkend naar de normgroep van 26 tot en met 40 jaar kan gezegd worden dat twintig patiënten de vragenlijst hebben ingevuld, maar dat één persoon niet alle vragen beantwoord heeft op de schaal die sociale wenselijkheid meet. Deze schaal is voor deze persoon dus onbruikbaar geworden. De directe en de indirecte agressie worden wel meegerekend in het onderzoek, aangezien de patiënt hier wel alle vragen heeft beantwoord. Om verschillende redenen is door 37 mensen de volledige vragenlijst niet ingevuld. De meest voorkomende reden was dat de patiënt weigerde om mee te werken. Daarnaast is het voorgekomen dat een patiënt niet in staat was om mee te werken. Hiervoor waren verschillende redenen, waaronder vrijheid beperkende opsluiting, of een toestandbeeld waarin het voor de patiënt moeilijk was om contact te leggen met mensen.

Tabel 2

Respons normgroepen BDHI-D; 13 t/m 25 jaar, 26 t/m 40 jaar, 41 jaar en ouder en totaal

	13 t/m 25	26 t/m 40	41 en ouder	Totaal
Vragenlijst volledig ingevuld	14	19	9	42
Directe agressie niet volledig ingevuld	0	0	1	1
Indirecte agressie niet volledig ingevuld	0	0	2	2
Sociale wenselijkheid niet volledig ingevuld	0	1	1	1
Non respons	15	13	9	37
Totaal	29	44	25	83

4.4 De directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid van de BDHI-D

Om antwoord te geven op de eerste drie deelvragen wordt Tabel 3 gebruikt. Hierin staan de verschillende normgroepen beschreven met hun bijbehorende scores op de subschalen van de BDHI-D. Hierin valt te lezen dat patiënten tussen de 13 en 25 een lage score behalen op de directe en indirecte agressie. De sociale wenselijkheid is hoog. Bij patiënten met een leeftijd tussen de 26 en 40 jaar is de directe agressie gemiddeld en de indirecte agressie laag. Ook hier is de sociale wenselijkheid hoog. De laatste normgroep behaalt een hoge score op de directe agressie, een zeer hoge score op de indirecte agressie, en evenals de andere normgroepen een hoge score op de sociale wenselijkheid. In tabel vier is het verschil in sociale wenselijk te zien tussen forensische en niet-forensische patiënten.

Tabel 3

Aantal, gemiddeldes, standaarddeviaties en interpretaties van de BDHI-D scores van de normgroepen 13 t/m 25 jaar, 26 t/m 40 jaar en 41 jaar en ouder

	Aantal	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Interpretatie
Normgroep 13 t/m 25				
Directe agressie	14	6,64	3,82	Laag
Indirecte agressie	14	7,57	5,21	Laag
Sociale wenselijkheid	14	3,14	1,17	Hoog
Normgroep 26 t/m 40				
Directe agressie	20	6,30	3,42	Gemiddeld
Indirecte agressie	20	7,60	4,33	Laag
Sociale wenselijkheid	19	3,42	0,77	Hoog
Normgroep 41 en ouder				
Directe agressie	11	8,09	3,56	Hoog
Indirecte agressie	10	11,00	5,03	Zeer hoog
Sociale wenselijkheid	12	2,67	1,37	Hoog

Tabel 4

Sociale wenselijkheid bij forensische en niet-forensische patiënten.

	Laag	Gemiddeld	Hoog	Totaal	Percentage hoog
Forensisch	1	6	18	25	72%
Niet forensisch	0	6	14	20	70%
Totaal	1	12	32	45	71%

4.5 Samenhang directe agressie, indirecte agressie en sociale wenselijkheid van de BDHI-D

Om antwoord te krijgen op de vierde deelvraag wordt er gebruik gemaakt van een Pearson Correlatiecoëfficiënt. Hierin is de samenhang te vinden tussen de verschillende subschalen van de BDHI-D. Ook zijn de CMIK-meldingen meegenomen. Hier wordt meer over verteld in 4.5. Voor de samenhanganalyse kan wel gebruik worden gemaakt van alle gegevens, aangezien bij variabelen onderling geen onderscheid gemaakt hoeft te worden van normscores. In Tabel 5 is de samenhang weergegeven tussen deze drie schalen door middel van een Pearson Correlatiecoëfficiënt. Deze tabel laat zien dat er een positieve matige samenhang is tussen directe agressie en indirecte agressie. Naarmate Patiënten hoger scoren op directe agressie, scoren ze ook hoger op indirecte agressie ($r=0.38$, $p=0.01$; $n=43$). Er is een negatieve zwakke samenhang tussen directe agressie en sociale wenselijkheid ($r=-0.35$, $p=0.21$; $n=44$) en een negatieve matige samenhang tussen indirecte agressie en sociale wenselijkheid ($r=-0.42$, $p=0.03$; $n=43$). Dit betekent dat patiënten bij lagere scores op beide agressieschalen, een hogere score behalen op de schaal voor de sociale wenselijkheid.

Tabel 5

Samenhang tussen de subschalen van de BDHI-D en de hoeveelheid CMIK-meldingen

		Directe agressie	Indirecte agressie	Sociale wenselijkheid	CMIK hoeveelheid
Directe agressie	Pearson		0.38*	-0.35*	0.36*
	Significant		0.01	0.21	0.03
	Aantal		43	44	45
Indirecte agressie	Pearson			-0.42*	0,01
	Significant			0.01	0.95
	Aantal			43	44
Sociale wenselijkheid	Pearson				0,10
	Significant				0.52
	Aantal				45

Voor de volledigheid is er ook gekeken naar de samenhang binnen de normgroepen. Aangezien bij de normgroep 13 t/m 25 jaar een sterke negatieve significante samenhang is gevonden tussen indirecte agressie en sociale wenselijkheid ($r=-0.74$, $p=0.01$; $n=414$) is deze ook opgenomen in dit hoofdstuk. De gevonden samenhang tussen directe agressie en CMIK-meldingen wordt later in dit hoofdstuk besproken. Bij de overige normgroepen zijn geen significante samenhangen gevonden. Deze tabellen zijn niet opgenomen in het onderzoek.

Tabel 6

Samenhang tussen de subschalen van de BDHI-D en de CMIK-meldingen; normgroep 13 t/m 25 jaar

		Directe agressie	Indirecte agressie	Sociale wenselijkheid	CMIK hoeveelheid
Directe agressie	Pearson		0.32	-0.13	0.62*
	Significant		0.26	0.67	0.02
	Aantal		14	14	14
Indirecte agressie	Pearson			-0.74*	0.08
	Significant			0.01	0.80
	Aantal			14	14
Sociale wenselijkheid	Pearson				0.27
	Significant				0.35
	Aantal				14

4.6 CMIK-meldingen

Deelvraag vijf en zes zijn te beantwoorden met Tabel 7. Hierin is het aantal CMIK-meldingen te lezen van patiënten in een periode van zes weken na afname, of, bij een non-respons, van zes weken na opname. In de grijze vlakken is per responsgroep het aantal patiënten met CMIK-meldingen te zien en het aantal CMIK-meldingen in totaal. Vanwege opvallende resultaten is er voor gekozen om ook een verdeling te maken in normgroepen.

In totaal zijn er voor 18 patiënten 33 CMIK-meldingen geregistreerd. Van het totale aantal van 33 meldingen, waren er 12 afkomstig van de patiëntengroep die meewerkten met het onderzoek, tegenover 21 meldingen van de patiënten die de vragenlijst niet ingevuld hadden. De normgroep 13 t/m 25 jaar is in totaal verantwoordelijk voor 23 van de 33 meldingen (9 bij respons en 14 bij non respons).

Tabel 7

Hoeveelheid CMIK-meldingen normgroepen 13 t/m 25 jaar, 26 t/m 40 jaar en 41 jaar en ouder

Meldingen							
Patiënten	Geen	1	2	3	4	5	Totaal
Patiënten responsgroep (n=46)							
Normgroep 13 t/m 25 jaar (n=14)	9	3	1	0	1	0	5
Meldingen totaal	0	3	2	0	4	0	9
Normgroep 26 t/m 40 jaar (n=20)	20	0	0	0	0	0	0
Meldingen totaal	0	0	0	0	0	0	0
Normgroep 41 jaar en ouder (n=12)	9	3	0	0	0	0	3
Meldingen totaal	0	3	0	0	0	0	3
Patiënten totaal	38	6	1	0	1	0	8
Meldingen totaal	0	6	2	0	4	0	12
Patiënten non-responsgroep (n=37)							
Normgroep 13 t/m 25 jaar (n=15)	9	2	2	1	0	1	6
Meldingen totaal	0	2	4	3	0	5	14
Normgroep 26 t/m 40 jaar (n=13)	10	1	1	1	0	0	3
Meldingen totaal	0	1	2	3	0	0	6
Normgroep 41 jaar en ouder (n=9)	8	1	0	0	0	0	1
Meldingen totaal	0	1	0	0	0	0	1
Patiënten totaal	27	4	3	2	0	1	10
Meldingen totaal	0	4	6	6	0	5	21
Patiënten respons- en non responsgroep (n=83)							
Normgroep 13 t/m 25 jaar (n=29)	18	5	3	1	1	1	11
Meldingen totaal	0	5	6	3	4	5	23
Normgroep 26 t/m 40 jaar (n=33)	30	1	1	1	0	0	3
Meldingen totaal	0	1	2	3	0	0	6
Normgroep 41 jaar en ouder (n=21)	17	4	0	0	0	0	4
Meldingen totaal	0	4	0	0	0	0	4
Patiënten totaal	65	10	4	2	1	1	18
Meldingen totaal	0	10	8	6	4	5	33

4.7 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen

In Tabel 5 is, naast de samenhang tussen de onderlinge BDHI-D variabelen ook de samenhang te lezen tussen de BDHI-D en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Hiermee kunnen de zevende en achtste deelvraag beantwoordt worden. Er is een zwakke significante positieve samenhang ($r=-0.36$, $p=0.03$; $n=45$) tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Er is geen significante samenhang gevonden tussen de CMIK-meldingen en de indirecte agressie en sociale wenselijkheid.

Voor de volledigheid is er ook gekeken naar de samenhang tussen de BDHI-D en CMIK-meldingen onderverdeeld in de drie normgroepen. In tabel zes is te zien dat er een matige positieve samenhang ($r=0.62$, $p=0.02$; $n=14$) te zien is tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen bij de normgroep 13 t/m 25 jaar. De samenhanganalyse van de

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Op basis van de gevonden onderzoeksresultaten staan in dit hoofdstuk de conclusies beschreven die uit de resultaten naar voren zijn komen. De conclusies zijn bediscussieerd in dit hoofdstuk om van daaruit sterk onderbouwde aanbevelingen te kunnen maken die ook terug te vinden zijn in dit hoofdstuk.

5.1 De BDHI-D

De verwachting was dat patiënten binnen Veldzicht in hoge mate directe en indirecte agressie zouden bezitten. Aangezien onder onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten agressie vaak voor komt (Nijman et al., 1995; Shah et al., 1991), en er in het verleden een samenhang gevonden is tussen onvrijwillige opname en agressief gedrag (Dhossche, & Ghani, 1998; Soliman & Reza, 2001; Nijman et al., 2002; Abderhalden et al., 2007) was de verwachting dat ook patiënten binnen Veldzicht in hoge mate directe agressie zouden bezitten. In onderzoek van (Lange et al., 1995b) werd een samenhang gevonden tussen indicatoren voor psychiatrische stoornissen, zoals gemeten met de Sympton Checklist (SCL90) en indirecte agressie. Hierdoor werd ook voorzichtig een hoge score op indirecte agressie verwacht binnen Veldzicht.

Kijkend naar de resultaten in hoofdstuk vier kan gezegd worden dat patiënten in wisselende mate directe en indirecte agressie rapporteren. De normgroep met de oudste patiënten, 41 jaar en ouder rapporteert, tegen de verwachting in, de hoogste score op directe en indirecte agressie, terwijl de jongste normgroep met patiënten tussen de 13 en 25 jaar, eveneens verassend, in lage mate directe en indirecte agressie rapporteert. De normgroep met patiënten tussen de 26 en 40 jaar blijft hier tussenin zitten en scoort gemiddeld en laag. In eerder normeringsonderzoek waren de gemiddelde scores van de jongste groep patiënten ook hoger op zowel de directe als de indirecte agressie, vergeleken met de oudere normgroepen (Lange et al., 1995b). Ook bleken patiënten die betrokken waren bij agressie vaker jonger te zijn dan niet agressieve-patiënten (Nijman et al., 1995). Hierdoor werd van de jongste groep patiënten de meeste agressie verwacht.

De sociale wenselijkheid is bij de drie normgroepen hoog. Patiënten binnen Veldzicht rapporteren dus in hoge mate sociaal wenselijkheid gedrag. Er is geen verschil gevonden tussen de forensische en de niet-forensische groep. Dit werd van te voren wel verwacht, aangezien er bij de forensische groep patiënten werd verondersteld dat zij ervan uitgingen dat een positieve score op een vragenlijst, beter zou zijn voor hun toekomst (Kalmus & Beech, 2005).

In de samenhanganalyse is te zien dat de sociale wenselijkheid in negatieve samenhang is met de directe en de indirecte agressie, wat wil zeggen dat naarmate patiënten in hoge mate sociaal wenselijkheid gedrag rapporteren, de directe en indirecte agressie omlaag gaat. Patiënten met een hoge score op de sociale wenselijkheid, lijken zich dus beter voor te doen,

waardoor de antwoorden op de directe en indirecte agressie voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. In onderzoek van (Lange et al., 1995b) en werd de negatieve samenhang tussen de agressieschalen en de sociale wenselijkheid al eens gevonden. De hoge mate van sociale wenselijkheid werd van te voren dan ook verwacht.

In eerder onderzoek (Lange et al., 1995b) werd geen samenhang gevonden tussen de directe en indirecte agressie. In dat onderzoek werd wel een samenhang gevonden tussen indicatoren voor psychiatrische stoornissen, gemeten met de Sympton SCL90 en indirecte agressie. Door deze samenhang en de onderzoeken waaruit bleek dat onder onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten agressie vaak voor komt (Nijman et al., 1995; Shah et al., 1991), werd in dit onderzoek vooraf wel een voorzichtige samenhang verwacht tussen de directe en de indirecte agressie.

5.2 CMIK-meldingen

De deelvragen bij dit thema gingen over de mate van CMIK-meldingen bij patiënten zes weken na de afname, of zes weken na opname, bij weigering van de BDHI-D

Voor 83 patiënten zijn CMIK-meldingen bijgehouden totaal werden er 33 CMIK-meldingen geregistreerd. Voor 46 patiënten die de BDHI-D hebben ingevuld, werden in totaal 12 CMIK-meldingen geregistreerd. De 37 patiënten, die de vragenlijst niet hebben ingevuld hadden in totaal een groter aantal CMIK-meldingen; 21.

Er werd van te voren verwacht van de jongste groep patiënten de meeste agressie verwacht. In onderzoek werd als eens bevestigd dat de jongste groep patiënten vaker betrokken is bij agressie incidenten (Nijman et al., 1995). Van de 46 patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld, kwamen er 14 uit de eerste normgroep, met jongste patiënten. In totaal werden voor deze 14 patiënten 9 CMIK-meldingen gedaan. Bij deze zelfde normgroep werden voor de 15 patiënten die de vragenlijst niet hebben ingevuld, in totaal 14 meldingen gedaan. In totaal werden er dus 23 meldingen geregistreerd voor patiënten tussen de 13 en 25 jaar.

Opvallend is dat de zelf gerapporteerde agressie in tegenstelling is tot het daadwerkelijk agressieve gedrag. Waar de eerste normgroep zichzelf als minst agressief rapporteert, gevolgd door de tweede normgroep en vervolgens de derde, is het bij de CMIK-meldingen andersom.

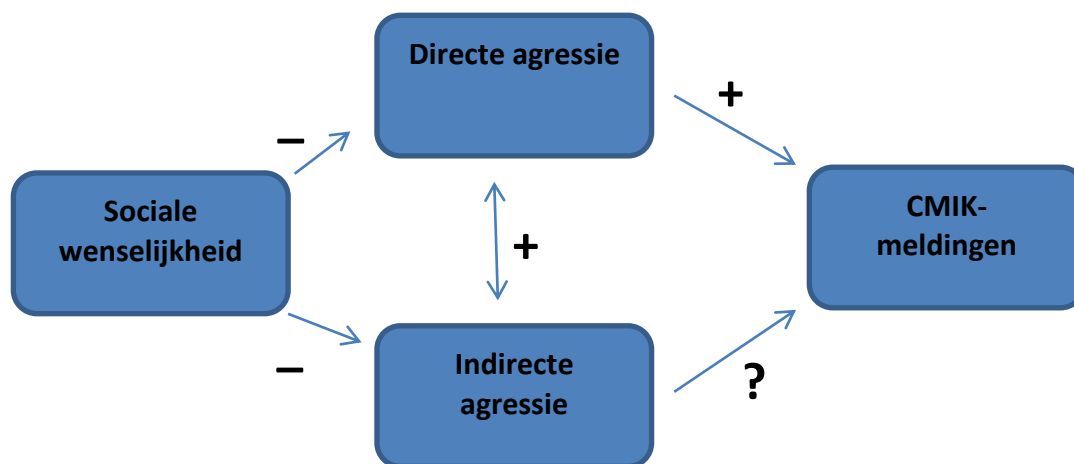
5.3 Samenhang BDHI-D en CMIK-meldingen

Uit de resultaten blijkt dat naarmate patiënten hoger scoren op directe agressie, er ook een stijging zichtbaar is in CMIK-meldingen. Een samenhang met de directe agressie en sociale wenselijkheid is nog niet gevonden. Er kan voorzichtig geconcludeerd worden dat patiënten met een hoge score op de directe agressie, eerder in staat zijn om feitelijk agressief te zijn. Een uitkomst die in hoofdstuk twee al voorzichtig verwacht werd. Hierin werd ook beschreven dat er nog een onduidelijk verband bestaat tussen indirecte agressie en CMIK-meldingen. Deze onduidelijke samenhang blijft bestaan. Ondanks de lage zelf

gerapporteerde score van de normgroep 13 tot en met 25 jaar op de indirecte en directe agressie, is er wel een (zwakke) significante samenhang gevonden tussen de directe agressie en de CMIK-meldingen. Er kan voorzichtig gesteld worden dat patiënten in deze normgroep met een hoge score op de directe agressie eerder in staat lijken te zijn om in de praktijk agressief gedrag te laten zien. Bij de andere normgroepen is geen significante samenhang te vinden. Het is dus mogelijk dat de (matige) significante samenhang die gevonden is bij de patiënten tussen de 13 en 25 jaar ook verantwoordelijk is voor de (zwakke) significante samenhang tussen de BDHI-D en de hoeveelheid CMIK-meldingen bij alle patiënten.

5.4 Conclusie

Er is een zwakke significante samenhang gevonden tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Op de hoofdvraag kan gedeeltelijk “ja” worden gezegd. Er is geen samenhang gevonden tussen de indirecte agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Voor de analyse zijn alle patiënten die de BDHI-D hebben ingevuld meegenomen. Aangezien er enkel bij de normgroep 13 tot en met 25 jaar ook een (matige) significante samenhang is gevonden, kan dit ervoor gezorgd hebben dat dit aantal voornamelijk verantwoordelijk is voor de significante samenhang. Het conceptuele model uit het tweede hoofdstuk is in Figuur 2 opnieuw ingevuld, ditmaal met de uitkomsten van dit onderzoek.



Figuur 2. Model met de samenhang van de variabelen

5.5 Verklaringen

Vooraf werd verwacht dat patiënten binnen Veldzicht in hoge mate directe en indirecte agressie zouden bezitten. De BDHI-D is echter een zelfrapportagevragenlijst, waarbij het dus gaat om het eigen inzicht van de patiënt. Dit kan een reden zijn dat er ook lage scores uit de BDHI-D komen. De hoge score voor sociale wenselijkheid was van te voren redelijk te verwachten. Deze schaal bestaat echter maar uit vijf vragen, en de betrouwbaarheid van deze schaal is niet hoog. Er werd van de jongste groep patiënten de meeste agressie verwacht en dit is ook uit dit onderzoek gebleken. De lage zelfrapportages van de jongste

groep patiënten is wel opvallend. Mogelijk heeft dit met het zelfinzicht te maken. Wel is er een hoge standaarddeviatie, waardoor de antwoorden op de zelfrapportages van de jongste groep patiënten wel ver uit elkaar liggen. De verwachte samenhang tussen directe agressie en hoeveelheid CMIK-meldingen is ook uit het onderzoek gekomen. De vooraf nog onduidelijke samenhang tussen indirecte agressie en CMIK-meldingen blijft bestaan.

5.6 Beperkingen van het onderzoek

De eerste beperking die beschreven kan worden is de interculturele achtergrond van de patiënten. Aangezien er binnen Veldzicht patiënten verblijven met verschillende achtergrond, is de kans aanwezig dat zij zelf een andere betekenis geven aan agressie. De BDHI-D werd niet altijd als eerste vragenlijst afgenomen. Tijdens een ROM-afname werden meestal eerst de EQ-5D en de BSI aan de patiënt voorgelegd. Vooral de BSI is een lange lijst, waardoor de concentratie en motivatie van de patiënt verzwakt kon zijn bij afnemen van de BDHI-D

De grootste beperking van het onderzoek lijkt het totale aantal respondenten te zijn. Van de 83 patiënten werkten er 46 mee. Daarnaast werden deze 46 patiënten ook nog eens onderverdeeld in normgroepen, waardoor het aantal nog lager werd. Deze beperking is echter op te lossen door het respondentenaantal groter te maken, door langer door te gaan met het onderzoek. Dit staat verder beschreven in de aanbevelingen.

5.7 Aanbevelingen

Het lage aantal respondenten, zorgt er voor dat er in dit onderzoek voorzichtige conclusies worden getrokken. Om een beter beeld te krijgen, moet dit onderzoek voor langere tijd worden uitgevoerd. Aangezien de BDHI-D onderdeel blijft van de ROM, tot het grote onderzoek is afgerond, kan het aantal respondenten in de komende maanden nog aanzienlijk toenemen. Nadat het grote onderzoek afgerond is wordt er geëvalueerd in hoeverre de BDHI-D een juiste toevoeging is voor de ROM. Het lijkt echter toch een aanbeveling om de BDHI-D voor langere tijd te blijven afnemen. Aangezien er bij een klein aantal patiënten al een significante samenhang gevonden is, lijkt het aan te raden om te onderzoeken in hoeverre deze samenhang veranderd naarmate er meer respondenten hebben deelgenomen. De test-hertestbetrouwbaarheid over een interval van zes weken was relatief hoog voor de subschalen directe en indirecte agressie (respectievelijk $r = .80$ en $r = .90$) (Lange et al., 1995b). Er mag verwacht worden scores op de BDHI-D bij een herhaalde meting niet veel verschillen, maar dit kan binnen Veldzicht pas bevestigd worden als het daadwerkelijk ook gedaan wordt.

Uit eigen ervaring is binnen Veldzicht gebleken dat het uitgebreid rapporteren van de BDHI-D weinig zin heeft. Deze rapportages worden op de afdelingen niet gelezen. Voor toekomstig onderzoek lijkt het beter om door de onderzoeksassistenten van de ROM enkel de uitslagen van de BDHI-D te noteren en deze een plek te geven in het EPD. De onderzoeksassistenten van de ROM kunnen in toekomstig onderzoek ook de taak krijgen de BDHI-D in te voeren in

SPSS, en na zes weken de geregistreerde CMIK-meldingen te noteren. Aangezien de vragen in SPSS niet meteen gehercodeerd worden, lijkt het een idee om dit om de twee maanden te doen en vervolgens een Pearson-correlatieanalyse te maken. Zo kan er om de twee maanden onderzocht worden in hoeverre een groter aantal respondenten invloed heeft op de samenhang tussen de verschillende variabelen. Het bijhouden en om de twee maanden vernieuwen van de resultaten lijkt een taak te kunnen worden van de onderzoekassistenten van de ROM, maar aangezien zij door de vele afnames al druk genoeg zijn, moet er binnen Veldzicht gekeken worden, wie deze taak op zich zal nemen. Wellicht vindt Veldzicht een nieuwe afstudeerstudent van de opleiding Toegepaste Psychologie.

Ondanks dat het langer afnemen van de BDHI-D voor een hoger aantal respondenten zorgt, moet de praktijk er ook iets mee kunnen. In hoeverre kan een afdeling iets bereiken met de wetenschap dat een hoge mate van directe agressie een grote kans geeft op CMIK-meldingen? Het bespreken van deze uitkomsten lijkt een eerste stap te zijn. Mogelijk komen er uit de BDHI-D voor de afdeling ook verrassende scores naar voren. Zo heeft een afdeling meer informatie over de patiënten. Ook kunnen deze gegevens worden meegenomen in behandelplanbesprekingen.

Een opvallende uitkomst in het huidige onderzoek is de zelfrapportage van de normgroep 13 tot en met 25 jaar. Zij beschrijven zichzelf een niet-agressieve groep. De hoeveelheid CMIK-meldingen laat zien dat dit geen juist beeld geeft. Bij de normgroep met de oudste patiënten is een tegenovergesteld beeld te zien. Desondanks is er binnen de normgroep van 13 tot en met 25 jaar wel een significante samenhang gevonden tussen de zelfrapportages en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Mocht er tijdens toekomstig onderzoek opnieuw een tegenstelling te vinden zijn tussen zelfrapportage en daadwerkelijk gedrag lijkt het een optie om dieper in te gaan op het zelfinzicht van de patiënten. In de HKT-R, de risicotaxatie die binnen Veldzicht gebruikt wordt, wordt er binnen het klinische domein gevraagd naar het probleeminzicht. Deze indicator gaat over de mate waarin de patiënt in de afgelopen twaalf maanden besef had van zijn specifieke risicofactoren en signalen in risicovolle situaties, beschreven als probleembesef. Daarnaast wordt er gevraagd naar probleeminzicht. Dit is de mate waarin de patiënt zich naar dit besef en deze kennis gedraagt (Spreen et al., 2013). Omdat deze informatie direct in te zien is, lijkt het een optie om de rapportages op de BDHI-D te vergelijken met de antwoorden van de HKT-R.

Mocht er bij een groter aantal respondenten opnieuw een significante samenhang gevonden worden tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen, kan er voor gekozen worden om patiënten met een hoge score op de directe agressie een verplichte agressieregulatietraining te geven. Deze training wordt intern gegeven binnen Veldzicht. Mogelijk is dit binnen Veldzicht alleen nodig voor een bepaalde groep patiënten. In het huidige onderzoek is een significante samenhang gevonden tussen de directe agressie en de

hoeveelheid CMIK-meldingen bij de normgroep 13 tot en met 25 jaar, terwijl er bij de overige normgroepen geen significante uitkomsten gevonden zijn.

In het huidige onderzoek is geen significante samenhang gevonden tussen Indirecte agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Mocht deze uitkomsten bij een grote groep respondenten hetzelfde blijven, lijkt het een optie om de gezondheid van de patiënten in de gaten te houden. In onderzoek van Boyle et al. (2004) is gebleken dat een vijandige levensinstelling (hostiliteit) gepaard gaat met negatieve gezondheidsuitkomsten. Kwalitatief onderzoek over deze uitkomsten lijkt een optie te kunnen zijn binnen Veldzicht.

Vooralsnog lijkt het niet voldoende om enkel de BDHI-D te gebruiken om agressie op de korte termijn te voorspellen. Voor toekomstig onderzoek lijkt het een optie om de uitkomsten op de BDHI-D, het aantal CMIK-meldingen en de HKT-R te gaan vergelijken, om zo een compleet beeld te krijgen over de mate van agressie van de patiënt. De BDHI-D kan een toegevoegde waarde zijn, als de mate van agressie wel blijkt uit de vragenlijst en de CMIK-meldingen, maar niet uit de HKT-R.

Momenteel is er binnen Veldzicht een onderzoek gestart naar het effect van de crisismonitor bij patiënten binnen Veldzicht. De crisismonitor is door Bavo Europort ontwikkeld, een specialist binnen de psychiatrie. De crisismonitor is een set van observatieschalen om risico's voor escalatie bij ernstig onregelde patiënten te objectiveren (Van de Sande et al., 2009; Voskes, Theunissen & Widdershoven, 2011). Het gaat bij de crisismonitor om vals-negatieve en vals-positieve inschattingen van risico's wat betreft agressie. Bij vals-negatieve inschattingen wordt het gevaar overschat en bij vals-positieve inschattingen wordt het gevaar onderschat. Vals negatieve inschattingen leiden tot vermijdbare incidenten en vals-positieve inschattingen leiden tot mogelijke dwang, terwijl dit vanwege de overschatting, vermeden had kunnen worden. Door het op tijd signaleren van contactverlies of mogelijke oplopende agitatie kan er preventief een interventie gepland worden. Deze interventies kunnen door de crisismonitor inzicht geven in het rendement, zoals bij bijvoorbeeld noodmedicatie (Van de Sande et al., 2009).

De lijsten van de crossmotor bestaan uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit de Broset Violence Checklist (BVC) en de verkorte versie van de Kennedy As 5. Deze twee lijsten zijn bedoeld om risico te inventariseren op de korte termijn (12-24 uur). Het tweede deel bestaat uit wekelijkse scores en geven risico's op de langere termijn weer.

Er is in het verleden één onderzoek gedaan naar de crisismonitor. Hieruit blijkt dat het aantal agressie-incidenten met 68% is afgenomen en dat patiënten tot 45% korter apart gezet werden. Er is echter geen significant verschil gevonden in het aantal separaties (Van de Sande et al., 2009). Het resultaat van het onderzoek binnen Veldzicht met de crisismonitor moet worden afgewacht

Daarnaast lijkt kunstmatige intelligentie een rol te gaan spelen in de toekomst. Van Lonkhuyzen (2019) schrijft in een artikel in het NRC over het voorspellen van agressie bij verwarde mensen of het levensgevaar op de intensive care. In dit online krantenartikel staat beschreven dat Margo Faay, verpleegkundige en beleidsmedewerker bij academisch ziekenhuis UMC Utrecht en Vincent Menger, datawetenschapper bij Universiteit Utrecht een algoritme ontwikkeld hebben, dat beter dan behandelaars kan voorspellen hoe groot de kans is dat een patiënt agressief gedrag gaat vertonen. De vraag blijft hoe dit op een ethische manier in de praktijk gebracht kan worden. Een student van de Universiteit Utrecht heeft een tweede algoritme ontwikkeld. Aan de hand van woorden kan bepaald worden of een patiënt agressief wordt. Het algoritme kijkt naar woorden en geeft een bepaalde waarde aan deze woorden. Groene woorden geven een laag risico aan, rood een hoog risico. 'genieten', 'piekeren', 'leven' en 'suïcidaal' zijn groene woorden. 'schopt', 'gevaar' en 'noodmedicatie' zijn rood (Van Lonkhuyzen, 2019).

Het combineren van de BDHI-D, (mogelijk) de crisimonitor en de risicotaxaties lijken voor Veldzicht de beste manier om agressie zoveel mogelijk te minimaliseren. Wellicht kan er in de toekomst ook gebruikt gemaakt worden van een algoritme. Een combinatie van mens en computer lijkt een nog betere oplossing. Vooralsnog moet er gewacht worden tot het huidige onderzoek meer respondenten heeft. De uitkomsten van dit onderzoek lijken Veldzicht al te kunnen helpen om ideeën te verzinnen om agressie te verminderen. Een groter aantal respondenten lijkt hier aan bij te dragen. Op deze manier kan Veldzicht "vaardig en veilig verder" (CTP Veldzicht, 2017).

Literatuurlijst

- A quote by Ashleigh Brilliant. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.goodreads.com/quotes/340722-nothing-we-do-can-change-the-past-but-everything-we>
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-30>
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-30>
- Akkerman-Bouwsema, G., Biesbroek, B., Lancel, M., Gerlsma, C. (2015). De bruikbaarheid van agressievragenlijsten in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk. *Gedragstherapie*, 48 (3), 282-300.
- Albert Einstein: Intellectuals solve problems geniuses prevent them.. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.quotes.net/quote/9243>
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284–1296. <https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- Baarda, B., Van Dijkum, C., & Goede, M. P. M. (2014). Basisboek statistiek met SPSS. Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Barendse, H. P. J. (2009). Meer aandacht voor informantenvragenlijsten in de forensische psychiatrie. Geraadpleegd van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/398/articles/7242>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15:29.
- Boumans, C., Postulart, D., & Van Os, J. (2015). Risicotaxatie: meten is niet altijd weten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 535-537.
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and Indirect Aggression During Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations, and Relations to Maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185–1229. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x>
- CTP Veldzicht. (2017). Beleidsplan 2017-2021. Geraadpleegd van <https://www.ctpveldzicht.nl/content/uploads/Meerjarenbeleid2017-2021.pdf>
- CTP Veldzicht. (z.d.-a). Historie - Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht. Geraadpleegd van <https://www.ctpveldzicht.nl/historie/>
- CTP Veldzicht. (z.d.-b). Onze patiënten - Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht. Geraadpleegd van <https://www.ctpveldzicht.nl/onze-patienten/>
- CTP Veldzicht. (z.d.-c). Over CTP Veldzicht - Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht. Geraadpleegd van <https://www.ctpveldzicht.nl/over-ctp-veldzicht/>

- CTP Veldzicht. (z.d.-d). Onze patiënten - Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht. Geraadpleegd van <https://www.ctpveldzicht.nl/onze-patienten/>
- Dahle, K. (2006). Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 431–442. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.03.001>
- De Ruiter, C. (2000). Voor verbetering vatbaar. Amsterdam: Vossiuspers ANP.
- De Vogel, V. (2005). Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. Amsterdam: Dutch University Press.
- Dhossche, D. M., & Ghani, S. O. (1998). Who brings patients to the psychiatric emergency room? *General Hospital Psychiatry*, 20(4), 235–240. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(98\)00026-7](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(98)00026-7)
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- 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>
- Gray, N. S., Taylor, J., & Snowden, R. J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *British Journal of Psychiatry*, 192(05), 384–387. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.044065>
- 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.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). De waarde van gestructureerderisicotaxatie en van de diagnose psychopathie. *Een onderzoek naar debetrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). Dwangtoepassing en separeerpraktijk in de ggz. Geraadpleegd van <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/IGJ%20rapport%20Dwangtoepassing%20en%20separeerpraktijk%20in%20de%20ggz.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). *Dwangtoepassing en vrijheidsbeperking*. Geraadpleegd van <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/dwangtoepassing-en-vrijheidsbeperking>
- Instrumenten overzicht - versie 31 januari 2019. (2019, 31 januari). Geraadpleegd van <http://veldzichtintranet.dji.minjus.nl/team-mediabibliotheek/project-routine-outcome->
- Kalmus, E., & Beech, A. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 193–217. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.12.002>

- Lagerspetz, K. M. J., Björkqvist, K., & Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12-year-old children. *Aggressive Behavior*, 14, 403-414. doi:10.1002/1098-2337
- Lange A., Dehghani, B. & Beurs, E. de (1995). Validation of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (2), 229-233.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn & de Beurs, E. (2005). Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss -Durkee-agressievragenlijst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lycaeus Juridisch Woordenboek*. (2018). Opgehaald van www.juridischwoordenboek.be: <https://www.juridischwoordenboek.be/?zoek=recidive>
- McDermott, B. E., Edens, J. F., Quanbeck, C. D., Busse, D., & Scott, C. L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: Variable- and person-focused analyses.. *Law and Human Behavior*, 32(4), 325–338. <https://doi.org/10.1007/s10979-007-9094-8>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018, 29 juni). Vraag over agressie en geweld. Geraadpleegd van <https://www.dji.nl/themas-cijfers-en-publicaties/themas/agressie-en-geweld/wat-doet-dji-om-agressie-en-geweld-te-voorkomen.aspx>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018b, 29 juni). Vraag over agressie en geweld. Geraadpleegd van <https://www.dji.nl/themas-cijfers-en-publicaties/themas/agressie-en-geweld/wat-doetdji-bij-een-agressie-en-geweldsincident.aspx>
- Mudde, N., Nijman, H., Hulst, W. van der, Bout, K. van den, 2011. Het voorspellen van agressie tijdens de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten aan de hand van de HCR-20. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 10, 705-713.
- Nijman, H. L. I., Allertz, W. F. F., & Campo, J. L. M. G. (1995). Agressie van patiënten: een onderzoek naar agressief gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 329–342. Geraadpleegd van www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_969pdf.pdf
- 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>
- Nijman, H., Merckelbach, H., Evers, C., Palmstierna, T., & À Campo, J. (2002). Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(5), 390–395. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.0o426.x>
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N., & Krasnik A. (2009). Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12).
- Penterman, E. J. M., & Nijman, H. L. I. (2009). Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *tijdschrift voor psychiatrie*, 51(6), 355–364. Geraadpleegd van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2788pdf.pdf
- Philipse, M. W. G. (2005). *Predicting criminal recidivism: empirical studies*. Geraadpleegd van https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/26944/26944_predcrre.pdf

- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., . . . Kallert, T. W. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017.
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- Risicotaxatie instrument HKT-R digitaal beschikbaar. (2017, 18 oktober). Geraadpleegd van <https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/actueel/nieuws/risicotaxatie-instrument-hkt-r-digitaal-beschikbaar>
- Ruesink, B. (2017, 18 oktober). De vragenlijsten die we gebruiken voor ROM [Intranet]. Geraadpleegd van <http://veldzichtintranet.dji.minjus.nl/#/socialnetwork-teams/project-routine-outcome-monitoring/de-vragenlijsten>
- Satink, M. (2018, 24 mei). Tbs'er in Balkbrug overgoot therapeut met kokendheet water. Geraadpleegd van <https://www.destentor.nl/hardenberg/tbs-er-in-balkbrug-overgoot-therapeut-met-kokendheet-water~ac0740df/>
- Selten, J., & Cantor-Graae, E. (2007). Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 191(S51), 9–12.
<https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s9>
- Shah, A. K., Fineberg, N. A., & James, D. V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 305–309. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03149.x>
- Soliman, A. E., & Reza, H. (2001). Risk Factors and Correlates of Violence Among Acutely Ill Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 52(1), 75–80.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.75>
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014a). Handleiding HKT-R Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Geraadpleegd van https://www.forensischezorg.nl/files/hkt-r_handleiding.pdf
- Van Lonkhuyzen, L. (2019b, 25 januari). De computer weet: deze patiënt krijgt straks een aanval. Geraadpleegd van <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/01/25/de-computer-weet-deze-patient-krijgt-straks-een-aanval-a3651750>

Bijlagen

Bijlage 1: Plan van aanpak

De uitkomsten van het onderzoek geven een reden om een plan van aanpak te schrijven voor toekomstig onderzoek. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat er een samenhang is tussen de directe agressie en de hoeveelheid CMIK-meldingen. Naarmate de directe agressie hoger wordt, is er ook een stijging zichtbaar in het aantal CMIK-meldingen.

Kijkend naar de normgroepen blijkt dat er geen samenhang gevonden is bij de patiënten met de leeftijden tussen de 25 en 40 jaar en 41 jaar en ouder. Enkel bij de normgroep patiënten 13 tot en met 25 jaar is een samenhang gevonden. Ondanks dat er een samenhang is gevonden bij de normgroep 13 tot en met 25 jaar tussen de directe agressie en de CMIK-meldingen, rapporteert deze groep patiënten gemiddeld lage scores op de BDHI-D.

Er ontstaan op deze manier nog onduidelijkheden wanneer een score op de BDHI-D een aanleiding geeft tot een verplichte training. Aangezien er geen duidelijke samenhang is gevonden bij de normgroepen 26 tot en met 40 jaar en 41 jaar en ouder, is het vooralsnog wenselijk om in ieder geval patiënten met een hoge score op de BDHI-D te laten deelnemen aan een verplichte training. Het enkel aanbieden van een training bij een hoge score op de BDHI-D bij de normgroep 13 tot en met 25 jaar lijkt riskant, aangezien deze groep patiënt zichzelf niet als agressief rapporteert, maar er toch een grote hoeveelheid CMIK-meldingen werden geregistreerd. Een toegepast psycholoog moet in staat zijn, door in gesprek te gaan met de patiënt zelf en diverse begeleiders, om aan te geven of een patiënt een dergelijke training nodig heeft. Zoals eerder gezegd geeft een hoge score een directe aanleiding tot een training, maar moet er bij lagere scores alsnog onderzocht of er mogelijk toch een training nodig is.

Aangezien er binnen Veldzicht patiënten verblijven met verschillende nationaliteiten lijkt een training waarin activiteiten verricht worden in combinatie met een praattherapie een juiste combinatie. Hierbij kunnen een psychomotorisch therapeut en een toegepast psycholoog mogelijk samenwerken. Mogelijk heeft iedere patiënt een voorkeur. Uit eigen ervaring is gebleken dat de meeste patiënten wel hun verhaal willen doen.

Training

Hoek et al ontwikkelden in 2015 een training waarin het herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie centraal stond. De doelgroep van deze training betreft patiënten vanaf 16 jaar met agressieregulatie problematiek. Het algemene behandel doel is een afname van het recidiverisico op agressiegedrag. Het doel voor de therapeut is om de patiënt meer bewust te maken van zijn lichaam, en hem verschillende sensaties van elkaar te laten onderscheiden en verwoorden. Daarnaast moet de patiënt zich

bewust worden van zijn interne emotionele toestand, kan hij emoties herkennen, onderscheiden en verwoorden.

De training wordt 10 weken lang eenmaal per week gegeven en duurt 45-60 minuten. De sessies kunnen individueel of in groepsverband (maximaal 4 personen) worden aangeboden. Door de diverse doelgroep binnen Veldzicht lijkt het een optie om de trainingen in groepsverband te geven aan patiënten met dezelfde nationaliteit.

In de eerste 5 sessies staat het lichaamsbewustzijn centraal. Als eerste is er binnen deze fase aandacht voor het leren waarnemen van basale lichamelijke sensaties, zoals een verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, een verhoogde ademhaling of een stijgende lichaamstemperatuur. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het waarnemen van deze lichamelijke sensaties, wanneer er sprake is van oplopende spanning. Door middel van activiteiten wordt er geëxperimenteerd met situaties waarin de spanning verhoogd wordt. In de tweede vijf sessies leert de patiënt om betekenis te verlenen aan lichamelijke sensaties en worden er verbindingen gelegd tussen deze sensaties en aanwezige emoties. Door het aandacht geven aan verschillende emoties leert de patiënt ook om te nuanceren en deze emoties te verwoorden. De patiënt leert om contact te maken met zijn eigen emoties, deze te verwoorden er zelf met afstand naar te kijken. Naast een afname van agressief gedrag, lijkt deze training ook te werken voor patiënten met een hoge mate van indirecte agressie. Een toegepast psycholoog kan door middel van de BDHI-D een keuze maken in hoeverre deze training als doel heeft om agressie te verminderen, of dat er een training nodig is om beter met ingehouden agressie om te gaan.

Algemeen oordeel

De training wordt binnen 10 weken afgerond. Kijkend naar de gemiddelde verblijftijd van de patiënten binnen Veldzicht lijkt dit een juiste tijd, aangezien er bij langere trainingen een risico aanwezig is dat de patiënt vertrokken is. Kijkend naar de patiënten doelgroep lijkt een therapie waarin bewegen moet worden een voorkeur te krijgen boven een therapie waarin veel gepraat moet worden. De psychomotorische therapeut kan aan de hand van lichaams- en bewegingsgeoriënteerde werkvormen een beroep doen op de emotionele beleving van de patiënt en de bewustwording hiervan (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, Basiszorgprogramma EFP, Smeijsters, Lange de, in Hoek et al., 2015). Toch lijkt praten niet te kunnen ontbreken tijdens een training. Hier lijkt een rol weggelegd voor de toegepast psycholoog. De toegepast psycholoog kan aan de hand van de BDHI-D mogelijk aangeven wie er in aanmerking komen voor een training. Dit valt onder preventieve signalering tijdens psychologisch onderzoek. Daarnaast is er binnen de opleiding veel aandacht geweest voor preventieve groepstrainingen en voorlichtingen. Er wordt verwacht dat de therapeut ondersteunend en uitnodigend is en heeft daarnaast een actieve rol heeft in het verhelderen, verduidelijken en verwoorden van de ervaren lichamelijke sensaties en emoties. Psycho-educatie wordt toegepast op het gebied van lichaamsbewustzijn en emoties. Tijdens de opleiding heeft de student ervaring kunnen op doen met psycho-educatie, waardoor dit

onderdeel eventueel gedaan kan worden door een toegepast psycholoog. Daarnaast kan een toegepast psycholoog een rol krijgen binnen de nazorg. Waar patiënten na een training weer terug komen op een afdeling, lijkt er een rol weggelegd voor een toegepast psycholoog om in gesprek te gaan met patiënt. Zo kan een toegepast psycholoog een verbinding zijn tussen de sociotherapeuten op de afdeling en de psychomotorische therapeut. Daarnaast kan een toegepast psycholoog het effect van een training meten, door te kijken in hoeverre er een verandering is plaatsgevonden bij scores op de BDHI-D en de CMIK-meldingen.

Bijlage 2 Eigenwerkverklaring

EIGEN WERK VERKLARING

Ondergetekende(n): (Naam student/en)

Hugo Witman

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

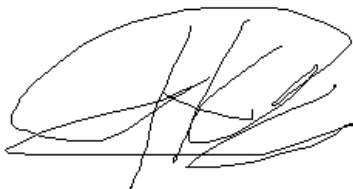
verklaart/verklaren ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats:Deventer

Datum: 25 maart 2019

Handtekening(en) :



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring ' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**.

Bijlage 3

Stellingen:

- 1. Elke psychiatrische inrichting moet gebruik maken van de BDHI-D, ook al is er nog geen sterke samenhang gevonden.**
- 2. Psychiatrische inrichtingen moeten geen gebruik maken van de BDHI-D, aangezien het enkel voorspelbare informatie oplevert.**
- 3. Er moeten in de toekomst meer onderzoeken komen met vragenlijsten zoals de BDHI-D. Alles wat een beetje helpt, is meegenomen.**
- 4. Studenten van de opleiding Toegepaste Psychologie, met als specialisme Klinische Psychologie moeten verplicht worden binnen de psychiatrie een stage te lopen, of een afstudeeronderzoek te schrijven, aangezien deze tak van de psychologie veel relevante ervaringen oplevert.**
- 5. Personeel binnen Veldzicht moeten trainingen over vragenlijsten en diagnostiek krijgen, zodat ook zij de vragenlijsten goed kunnen interpreteren.**