

Aangifte doen van agressie en geweld door Spoedeisende Hulp-verpleegkundigen

*“Als ik iets privé mee zou maken zou ik eerder aangifte doen.
Dan zou ik zeker aangifte doen.”*

Eveline Vink
(s0617229)

Begeleidster: Mw. mr. dr. M.A.H. (Maartje) van der Woude

Scriptie geschreven in het kader van de Master of Criminology aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden

Profiel: Forensische Criminologie

Datum: 1 augustus 2011

Colofon:

Dit afstudeeronderzoek is gecombineerd met een stage bij:

Begeleidster stage: Mw. dr. T. (Terry) Lamboo

Programmamanager: Sjaak Krombeen

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Programma Veilige Publieke Taak

Schedeldoekshaven 200, 2511 EZ Den Haag.

Postbus 20011, 2500 EA Den Haag.

www.veiligepublieketaak.nl



Dankwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van de master Forensische Criminologie aan de Universiteit Leiden. Maartje van der Woude was mijn begeleidster vanuit de universiteit en ik wil haar graag bedanken voor de begeleiding, de goede raad, de feedback en op de juiste momenten inspirerende woorden om mij weer op het juiste pad te zetten.

In combinatie met het schrijven van deze scriptie heb ik stage gelopen bij het programma Veilige Publieke Taak van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Ten eerste wil ik de programmamanager Sjaak Krombeen en mijn begeleidster Terry Lamboo bedanken voor de stageplek die zij mij geboden hebben. Verder is het onderwerp van deze scriptie, aangiftebereidheid van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak, natuurlijk geïnspireerd door deze stage. Daarom wil ik vooral Terry Lamboo bedanken voor haar begeleiding, advies en het aanleveren van informatie, welke een belangrijke bijdrage hebben geleverd voor de totstandkoming en verdere ontwikkeling van deze scriptie. Maar ook de andere collega's van het programma Veilige Publieke Taak wil ik bedanken voor hun openheid van zaken en bereidheid informatie en contactpersonen te delen. Daarnaast wil ik iedereen van VPT bedanken voor het warme welkom en hun vriendelijkheid en gezelligheid tijdens mijn verblijf.

Verder ben ik ook landelijk projectleider Veiligheidszorg® Peter Peerdeman dank verschuldigd voor de informatie en de aangeleverde contactpersonen. En uiteraard had ik had deze scriptie niet kunnen schrijven zonder de interviews met alle respondenten, en voor hun medewerking wil ik dan ook nogmaals mijn dank uiten.

Tot slot ook een dankwoord aan mijn moeder Jacqueline van Baal, die de tijd heeft genomen om mijn teksten na te lezen en verbeteringen aan te dragen.

Inhoudsopgave

Dankwoord	3
1 Inleiding	5
2 Theoretische context	8
2.1 Verklaringen van aangiftebereidheid	8
2.1.1 <i>Het economische model</i>	8
2.1.2 <i>Het psychologische model</i>	10
2.1.2.1 <i>Fase 1: Labeling van slachtofferschap en criminaliteit</i>	11
2.1.2.2 <i>Fase 2: Beoordeling onrechtvaardigheid en kwetsbaarheid</i>	12
2.1.2.3 <i>Fase 3: Keuze uit reactiemogelijkheden na victimisatie</i>	14
2.1.3 <i>Het sociologische model</i>	16
2.1.4 <i>Overzicht theoretische verklaringen aangiftebereidheid</i>	18
2.2 <i>Beleid en politiek ten aanzien van agressie en geweld in de zorg</i>	18
3 Onderzoek naar agressie, geweld en aangifte doen	22
3.1 <i>Aard en oorzaken van agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen</i>	22
3.2 <i>Omvang van agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen</i>	25
3.3 <i>Melden en aangifte doen: cijfers en motivaties</i>	27
3.3.1 <i>Landelijke cijfers</i>	27
3.3.2 <i>De sector ziekenhuizen</i>	29
4 Methoden	32
5 Resultaten interviews	35
5.1 <i>Economisch</i>	36
5.2 <i>Psychologisch</i>	37
5.2.1 <i>Fase 1: Labelling van slachtofferschap en criminaliteit</i>	37
5.2.2 <i>Fase 2: Beoordeling onrechtvaardigheid en kwetsbaarheid</i>	39
5.2.3 <i>Fase 3: Keuze uit reactiemogelijkheden na victimisatie</i>	46
5.3 <i>Sociologisch</i>	49
5.4 <i>Tips en aanbevelingen van respondenten</i>	51
5.5 <i>Samenvatting van de resultaten</i>	52
6 Discussie	54
7 Bronvermelding	60
7.1 <i>Boeken, artikelen en onderzoeksrapporten</i>	60
7.2 <i>Kamerstukken en Kamervragen</i>	63
7.3 <i>Internet</i>	64
8 Bijlage: Protocol beschermd aangifte doen	65

1 Inleiding

Agressie en geweld vormen de laatste jaren een veelbesproken thema. Zowel in media en maatschappij als in het wetenschappelijk onderzoek en beleid krijgen agressie en geweld veel aandacht. Vooral agressie en geweld tegen personen “die hier niet om gevraagd hebben” kan rekenen op veel verontwaardiging, zoals bij “zinloos” geweld en geweld tegen hulpverleners. Dat het thema leeft blijkt bijvoorbeeld wanneer “agressie” ingetikt wordt op Google: de eerste automatische aanvulling is “agressie in de zorg” en voor “geweld” geldt dat de aanvulling “geweld tegen hulpverleners” op de tweede plaats komt (Google, 5 april 2011). Dat verpleegkundigen binnen ‘hun’ ziekenhuis worden bedreigd, wordt door vrijwel de gehele samenleving onacceptabel gevonden en de media vinden er een dankbaar onderwerp in (Nieuwscheckers, 2010). Ook zijn er verschillende malen Kamervragen gesteld over dit specifieke thema (Aanhangsel Handelingen II 2003/04, 1673 en 2985; 2008/09, 285; 2010/11, 692 en 750) en volgde in maart 2010 zelfs een spoeddebat naar aanleiding van een incident waarbij SEH-personeel bedreigd werd (Handelingen II 2009/2010, 28684, 62). Veel agressie-incidenten binnen ziekenhuizen doen zich voor op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH), zij hebben dagelijks met agressie te maken (Van der Jagt, 2003).

Om adequaat op deze problematiek te kunnen reageren is het voor de overheid belangrijk zicht te hebben op de aard en omvang van agressie- en geweldsincidenten. Beleids- en opsporingsprioriteiten worden vaak beïnvloed door aangiftecijfers en voor politie en OM is het ten behoeve van de individuele strafrechtelijk aanpak van daders wenselijk dat aangifte wordt gedaan. Zonder aangifte geen zaak (OM, 2005): De aangifte heeft als doel dat naar aanleiding daarvan opsporing en zo mogelijk vervolging plaatsvindt. Ook wanneer het specifieke feit op zichzelf niet erg ‘aangiftewaardig’ lijkt, kan de combinatie van diverse feiten net de informatie zijn om de daders te traceren en eventueel een misdrijf voor te zijn. Zonder aangifte is de kans groter dat daders ongestraft weggelopen, en dat is voor onder andere de generale en specifieke preventie niet bevorderlijk. Toch blijkt uit onderzoek in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties stevast dat de aangiftebereidheid nog te wensen overlaat (Sikkema, Abraham, & Flight, 2007; Jacobs, Jans & Roman, 2009; BZK, 2010; zie paragraaf 3.3.2). De vraag welke factoren van invloed zijn op die aangiftebereidheid, is dan ook interessant in het licht van de wens om deze wil

te vergroten. Toegepast op verpleegkundigen van de SEH levert dit de volgende vraagstelling op:

Welke factoren zijn van invloed op de aangiftebereidheid van SEH-verpleegkundigen voor agressie en geweld door patiënten en bezoekers?

Deze vraagstelling kan vervolgens worden opgesplitst in een aantal deelvragen.

- 1) Welke theorieën bestaan er op het gebied van aangiftebereidheid?
- 2) Welke maatregelen en initiatieven zijn er genomen ten aanzien van agressie en geweld in de zorg?
- 3) Hoeveel agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen vindt er plaats?
- 4) Hoe vaak wordt er aangifte gedaan en welke beweegredenen om al dan niet aangifte te doen kwamen uit eerder onderzoek naar voren?
- 5) Welke percepties hebben SEH-verpleegkundigen van strafwaardigheid van agressie en geweldsincidenten?
- 6) Welke andere factoren beïnvloeden het afwegingsproces van aangifte doen?
- 7) Waar liggen mogelijk verbeterpunten op het gebied van aangiftebereidheid?

Opbouw

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn 4 ziekenhuizen bezocht, waar interviews zijn gehouden met verpleegkundigen die werkzaam zijn op de SEH, beveiligingsmedewerkers en met de coördinator Veiligheidszorg / Hoofd Beveiliging / Hoofd SEH. Aan hen zijn vragen gesteld over hoe zij aankijken tegen agressie en geweld op het werk en hun visie op het doen van aangifte. De deelvragen zullen verder in bovenstaande volgorde worden beantwoord. In hoofdstuk 2 zal eerst deelvraag 1 worden beantwoord aan de hand van een bespreking van eerder onderzoek naar aangiftebereidheid, gevolgd door een beschrijving van de ontwikkelingen in beleid en politiek op dit gebied als antwoord op deelvraag 2. Daarna zal in hoofdstuk 3 in de eerste twee paragrafen deelvraag 3 worden uitgewerkt door middel van een beschrijving van de aard en omvang van de agressie- en geweldsincidenten tegen SEH-verpleegkundigen. In de derde paragraaf van hoofdstuk 3 zullen het landelijke en sectorspecifieke aantal meldingen en aangiftes worden doorgenomen. Ook zal worden ingegaan op de uit eerder (kwantitatief) onderzoek naar voren gekomen motivaties van slachtoffers om al dan niet aangifte te doen. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de methodiek en in

hoofdstuk 5 zullen de resultaten van de gehouden interviews worden besproken, waarbij een invulling wordt gegeven aan deelvraag 5, 6 en 7. Aan het einde van hoofdstuk 5 worden de resultaten kort samengevat. Ten slotte bestaat hoofdstuk 6 uit een conclusie waarin de onderzoeksvraag zal worden beantwoord. Er wordt afgesloten met een discussie in hoofdstuk 7 waarbij de tekortkomingen van dit onderzoek zullen worden langsgelopen en aanbevelingen voor volgend onderzoek zullen worden gedaan.

Begrippen

In deze scriptie zal de term patiënt worden gebruikt voor alle zorgvragers, dus ook voor degenen die bijvoorbeeld slechts voor controle komen en binnen het ziekenhuis mogelijk als bezoeker worden aangeduid. Met bezoekers en begeleiders worden alleen de personen bedoeld die zelf geen zorgvraag hebben en die in ziekenhuis komen vanwege hun relatie met een patiënt.

Aangezien het grote merendeel der verpleegkundigen vrouw is (NU'91, 2010), is ervoor gekozen de term verpleegkundige in de tekst met de vrouwelijke vorm aan te duiden. Hiermee worden echter ook mannen bedoeld. Met verpleegkundigen worden in principe SEH-verpleegkundigen bedoeld, behalve wanneer ander onderzoek over verpleegkundigen wordt besproken. De termen beveiliging, beveiliging en beveiligingsmedewerker worden inwisselbaar gebruikt en worden mannelijk of in meervoud aangeduid. Voor de zorgvrager en bezoeker zal vanwege de leesbaarheid en mannelijke oververtegenwoordiging onder agressieve patiënten en bezoekers (Lünnemann & Bruinsma, 2005) de mannelijke aanduiding worden gebruikt. Opnieuw geldt dat hiermee ook de andere sekse wordt bedoeld.

De termen agressie en geweld hebben hoofdzakelijk, maar niet uitsluitend betrekking op discriminatie (artikel 137c en 137d Sr), belediging (artikel 267 en 269 Sr), intimidatie (artikel 284 Sr), bedreiging (artikel 285 Sr) en mishandeling (artikel 300 Sr). Hoewel met 'agressie' over het algemeen verbale uitingen van agressie en geweld worden bedoeld en met 'geweld' de fysieke vormen, is dit onderscheid op deze plaats (en zeker in de interviews) niet strikt gehanteerd. De term 'agressie' of 'agressie-incident' kan dus ook fysiek geweld omvatten.

Met melden wordt hier het maken van een interne agressiemelding binnen het ziekenhuis bedoeld. Met aangifte doen wordt bedoeld dat men aangifte doet van een strafbaar feit bij een opsporingsambtenaar.

2 Theoretische context

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de eerste twee deelvragen, waarbij eerst in paragraaf 2.1 een theoretisch kader over aangiftebereidheid wordt geschetst. Aan het einde van deze paragraaf wordt de theorie in een schematisch overzicht weergegeven. Deze verschillende theoretische verklaringen voor aangiftebereidheid zullen later als raamwerk voor de resultaten van de interviews worden gebruikt. De tweede paragraaf beschrijft de ontwikkelingen die politiek en beleid hebben doorgemaakt in relatie met agressie en geweld in de zorg, en welke initiatieven er op dit gebied zijn genomen.

2.1 Verklaringen van aangiftebereidheid

Er zijn al veel studies gedaan aangiftebereidheid en de motivaties van mensen om al dan niet aangifte te doen. Goudriaan (2006) heeft in hoofdstuk 1 van haar proefschrift de verschillende theoretische verklaringen voor variaties in aangiftebereidheid van geweld in kaart gebracht. Zij komt hierbij tot drie types: een economisch, een psychologisch en een sociologisch model. In dit artikel zullen deze modellen als hoofdlijn in het theoretisch kader worden gebruikt en achtereenvolgens worden besproken. De modellen zijn hierbij verder uitgewerkt en aangevuld met ander nationaal en internationaal onderzoek, eventueel meer toegespitst op het werken in de zorg.

2.1.1 Het economische model

Het economische model gaat er vanuit dat een slachtoffer de beslissing om al dan niet aangifte te doen baseert op een kostenbaten-afweging of het wel of niet de moeite is om contact met de politie op te nemen (Skogan, 1976, 1984). Het model verschilt van de moderne rationale keuzetheorie omdat het zich beperkt tot factoren die direct gerelateerd zijn aan de objectieve en gepercipieerde ernst van het delict, terwijl de moderne rationale keuzetheorie een uitgebreider model is waarin ook andere factoren worden meegenomen die de menselijke besluitvorming beïnvloeden (Goudriaan, 2006a). Het economische model zal op deze plek de meer 'psychologische' aspecten zoveel mogelijk negeren, en beperkt blijven tot de relatief 'rationele' baten als de verwachte strafmaat en de verwachte kans op schadevergoeding, die beide gerelateerd zijn aan de (ervaren) ernst. De ervaren ernst van het delict is misschien wel de belangrijkste factor die aangiftebereidheid

verklaart (Gottfredson & Hindelang, 1979; Skogan, 1984). Volgens Skogan (1984, p. 120) is de meest voorkomende reden die opgegeven wordt om geen aangifte te doen van een misdrijf, dat het voorval “niet serieus genoeg” is. Ook in recenter onderzoek onder werknemers met een publieke taak (BZK, 2010), was “ik vond het daar niet erg genoeg voor, ik was niet bang”, de meest voorkomende reden (62%) om geen aangifte te doen van agressie en geweld. Volgens Hindelang en Gottfredson (1976) wordt dit argument vaker gebruikt na pogingen in plaats van voltooide misdrijven, de gevallen waarin geen wapen werd gebruikt, misdaden zonder financieel verlies en waarbij geen verwondingen werden opgelopen. Ook Skogan (1984) noemt als belangrijkste verklaringen in variaties van aangiftedigheid of het om een poging of een voltooid misdrijf ging en of er schade of verwondingen zijn ontstaan. Dat de ervaren ernst afhangt van de ontstane schade komt overeen met veel empirisch onderzoek. Goudriaan (2006, p. 16) noemt bijvoorbeeld Bennett en Wiegand (1994); Felson, Messner, Hoskin en Deane (2002); Fishman (1979); Gottfredson en Hindelang (1979); Kury, Teske, en Würger (1999); Pino en Meier (1999); Skogan (1976 en 1984); en Sparks, Genn en Dodd (1977).

Bij dergelijke als ernstiger ervaren delicten is de verwachte kans groter dat de politie de zaak serieus opneemt en ermee aan de slag gaat. Ook is de kans groter dat de dader een (serieuze) straf opgelegd krijgt. Daarnaast zullen de baten in de vorm van een schadevergoeding klein zijn wanneer de politie wel met een minder ernstig feit aan de slag gaat, omdat de baten hooguit een compensatie voor de geringe schade kunnen zijn. Het kan hierbij zowel gaan om financiële schade als letselschade, maar ook voor immateriële schade (zoals pijn, aantasting van de eer of goede naam, gederfde levensvreugde) kan op grond van artikel 6:106 BW schadevergoeding worden geëist. Aangifte doen zal daarom alleen aantrekkelijk zijn vanaf een zekere mate van ernst (Goudriaan, 2006, p.16). De kosten bestaan vooral uit de verwachte tijd die aangifte doen kost. Daarbij wordt hier nadrukkelijk uitgegaan van de *verwachte* hoeveelheid tijd, omdat de werkelijke hoeveelheid tijd meestal pas bekend is nadat al aangifte is gedaan. Paragraaf 2.1.2.3 zal hier verder op ingaan. De ervaren ernst komt ook in belangrijke mate terug in het psychologische model. Vanuit het psychologische model zal de nadruk meer liggen op perceptie en hoe men een agressie- en geweldsincident ervaart.

2.1.2 Het psychologische model

De (cognitief) psychologische literatuur waar Goudriaan's (2006, p.17) psychologische model uit bestaat, houdt er rekening mee dat er aanvullende factoren op het economische model zijn die het beslissingsproces beïnvloeden. Slachtoffers maken wel een kostenbaten afweging, maar zijn in de nasleep van een misdrijf soms te emotioneel of te bang om tot een rationele beslissing te komen. In dit model ligt de nadruk meer op de perceptie en hoe de agressie ervaren wordt en kan daarmee worden gezien als een uitwerking van deelvraag 2. Net als volgens het economische model, verwacht dit model dat serieuze delicten eerder zullen worden aangegeven dan minder ernstige delicten, alleen is het effect nu indirect: het is de affectieve reactie gebaseerd op stress en angst die de beslissing beïnvloedt.

Of de dader een bekende van het slachtoffer is speelt ook een belangrijke rol. Als dit het geval is, zou men kunnen vrezen voor vergelding door de dader. Ook het advies en de houding van de directe sociale omgeving is van belang: Ruback, Greenberg en Westcott (1982) toonden aan dat wanneer *significant others* adviseren dat aangifte doen gepast is, een slachtoffer ook eerder geneigd is naar de politie te gaan. De invloed van *significant others* op het nemen van vergelijkbare beslissingen is herhaaldelijk aangetoond, bijvoorbeeld bij het indienen van een formele klacht bij een bedrijf (Malafi, Cini, Taub & Bertolami, 1993) en het zoeken van psychiatrische en gezondheidszorg (Gottlieb, 1976). Wanneer het aankomt op (aangifte doen van) agressie en geweld op de werkvloer kunnen collega's en leidinggevenden mogelijk beschouwd worden als *significant others*. Maar ook het advies van vrienden en familie beïnvloedt de beslissing. Daarnaast zijn de eerdere ervaringen van een slachtoffer van belang. Het psychologisch model focust dus voornamelijk op het niveau van het slachtoffer en de directe sociale omgeving.

Volgens het beslissingsmodel voor slachtoffers van criminaliteit dat ontwikkeld is door Ruback, Greenberg, en Westcott (1984), maar ook Greenberg en Ruback (1992), zijn er drie stadia waar slachtoffers doorheen gaan na victimisatie:

- 1) Het slachtoffer labelt zichzelf al dan niet als slachtoffer van criminaliteit.
- 2) De ernst van het incident wordt beoordeeld. Dit oordeel is gebaseerd op de gepercipieerde onrechtvaardigheid (woede) van het incident en het gevoel van kwetsbaarheid voor herhaling (angst).
- 3) Er wordt een keuze gemaakt tussen naar de politie gaan, een private oplossing zoeken, de situatie revalueren, of helemaal niks doen.

Het wordt aangenomen dat het doel van het slachtoffer is de ervaren *disstress* te verminderen. Hieronder volgt in 3 subparagrafen een verdere uitwerking van deze drie stadia binnen het psychologische model.

2.1.2.1 Fase 1: Labeling van slachtofferschap en criminaliteit

Over het eerste stadium van het afwegingsproces, de labelling als slachtoffer en dader, is veel geschreven. Onder andere de 'kritische victimologie' houdt zich bezig met de processen die 'mensen' tot 'slachtoffers' maken en de betekenissen die zij toekennen aan deze status. Christie (1986a) heeft een bekend stereotype van 'the ideal victim' opgesteld, waarbij het slachtoffer vooral zwak, kwetsbaar, sympathiek, onschuldig en eerbaar moet zijn. Het ideale slachtoffer ziet zich geconfronteerd met de ideale dader (Christie, 1986b), welke ondubbelzinnig gevaarlijk, gestoord en slecht is, en 'niet zoals wij'. Het ideale slachtoffer en de ideale dader hebben elkaar nodig en versterken elkaar. Met andere woorden, wanneer het slachtoffer niet aan het ideale stereotype voldoet, wordt hij of zij minder als slachtoffer beschouwd en wordt de dader minder sterk als dader beschouwd.

Volgens Breakwell (1997, p. 61) delen veel mensen met een sociaal beroep, alsook verpleegkundigen, een eigen stereotiep beeld van (collega)slachtoffers. Zij geloven dat slachtoffers provocerend, incompetent, autoritair, onervaren, veeleisend en inflexibel zijn en bovendien onbekwaam om voorbodes van geweld op te merken. Deze stereotypes attribueren de schuld aan het slachtoffer en portretteren hen als anders dan andere collega's. Gek genoeg accepteren ook de aangevallen slachtoffers dit stereotype. Misschien niet altijd over zichzelf, maar wel over anderen die ook aangevallen zijn. De correctheid van zo'n stereotype is niet bewezen, integendeel, slachtoffers zijn erg heterogeen (Breakwell, 1997, p. 68). Maar als het stereotype inderdaad bestaat onder verpleegkundigen, betekent dit dat de verwijtbaarheid dus op zijn minst gedeeltelijk bij de verpleegkundigen zelf wordt gelegd wanneer zij aangevallen worden, en dus volgens Christie's theorie (1986ab) minder bij de dader. Het slachtoffer voelt zich schuldig of schaamt zich, of kan het voorval bagatelliseren. Als er geen sprake is van "ideale" dader en een "ideaal" slachtoffer, is er ook geen "ideaal" misdrijf waarvan aangifte gedaan moet worden. Zo zou een verpleegkundige na een agressie-incident bijvoorbeeld kunnen redeneren dat ze zeker niet duidelijk genoeg was naar een patiënt, en dat hij nooit zo uit zijn slof was geschoten als zij beter had gecommuniceerd. In plaats van als

misdrijf, kan het voorval dan meer worden gezien als een ongelukkig misverstand waar men zelf ook schuld aan had en dat voorkomen had kunnen worden.

Ook het labellen van een agressieve patiënt als dader kan mogelijk lastig liggen voor verpleegkundigen. Van Stapel en Keukens (2009, p.204) halen Van Gemert en Spijker aan (1982), die beschrijven hoe vroeger het beeld dominant was van het ziekenhuis als blauwdruk van het gezin, met de arts als autoritaire vader, de verpleegster als zorgzame moeder en de patiënt als het onmondige kind. Het is mogelijk dat dit beeld nog (gedeeltelijk) is blijven hangen. Hoewel de patiënt niet altijd meer zo 'onmondig' is (zie ook paragraaf 3.1), zou het kunnen dat de verpleging nog steeds trekken heeft van die zorgzame moeder, of dat zij de patiënt ziet als een kind waardoor ze hem minder snel als dader zullen labellen. Wanneer dat wel gebeurd is en een voorval ook als misdrijf gelabeld is, treedt de volgende fase in het afwegingsproces in werking (Ruback et al., 1984).

2.1.2.2 Fase 2: Beoordeling onrechtvaardigheid en kwetsbaarheid

Onderzoek naar geweld op de werkvloer toonde aan dat mensen dezelfde incidenten op een verschillende manier kunnen ervaren (Barling, Rogers & Kelloway (2000). Individuele verschillen tussen mensen zorgen ervoor dat iedereen op zijn eigen unieke manier reageert. Er zijn echter bepaalde gemeenschappelijkheden die alle slachtoffers in meerdere of mindere mate ervaren, zoals angst en woede (Hill, 2003). Woede en angst kunnen respectievelijk worden opgeroepen door gepercipieerde onrechtvaardigheid van het incident en de gepercipieerde kans op slachtofferschap in de toekomst, en zo bepalen zij de ervaren ernst (Ruback e.a., 1984). Uit onderzoek van Greenberg en Ruback (1992) bleek dat woede vaker voorkwam na vermogensmisdrijven en direct gerelateerd was aan aangifte doen. Hoe meer iemand vindt dat hem onrecht aangedaan is, hoe kwader iemand is en hoe groter de kans dat hij aangifte doet. Hoe meer het slachtoffer een misdrijf als onverwacht ervaart, hoe onrechtvaardiger hij zich behandeld voelt. Greenberg en Ruback verklaren dit proces als volgt: mensen hebben de neiging om wat zij verwachten te integreren in datgene dat moreel zou moeten. Ook de discrepantie tussen daadwerkelijk ervaren schade en de mogelijke of verachte schade speelt daarom een rol. Als het slachtoffer denkt dat het allemaal veel erger had kunnen zijn, is het ervaren onrecht en dus de woede minder.

Mogelijk heeft het 'soort' agressie invloed op het ervaren onrecht. Bij agressie en geweld kan naar doel onderscheid worden gemaakt tussen instrumentele

(doelgerichte) en expressieve(emotionele) agressie (Middelhoven & Driessen, 2001, p. 15). Voor verpleegkundigen zou het anders binnen kunnen komen of iemand doelgericht door middel van bedreigingen en intimidatie eerder aan de beurt wil komen, of dat een emotionele ouder 'gewoon' over zijn toeren raakt vanwege zijn zieke kind. Ook kan van invloed zijn in hoeverre de dader bij bewustzijn was en hoe zijn mentale gezondheid is. Geweld gepleegd door iemand onder invloed van zware medicijnen of een psychose is van een andere categorie dan hetzelfde gedrag gepleegd door iemand bij zijn volle verstand. De verantwoordelijkheid van de zorgvrager voor zijn agressieve gedrag ligt in deze situaties verschillend en daarmee ook de verwijtbaarheid. Naarmate de zorgvrager er minder aan kan doen dat hij zijn eigen zorg bemoeilijkt (bijvoorbeeld een psychotische patiënt) lijkt bovendien het onthouden van zorg ook juridisch minder makkelijk te verantwoorden (Van der Jagt, 2003, p. 8). Ten slotte kan de agressie ook nog komen van iemand die (zwaar) onder invloed is van alcohol of drugs. Hoewel een dusdanig geïntoxiceerde persoon zich wellicht net zo min bewust is van wat hij doet als de psychiatrische patiënt, is hij volgens de juridische culpa in causa-redenering wel strafbaar (HR 09-06-1981, NJ 1983, 412).

Angst of gevoel van kwetsbaarheid is samen met woede de belangrijkste emotie die veel voorkomt na slachtofferschap (Greenberg & Ruback, 1992). Voor de ontstane angst heeft de discrepantie tussen mogelijke schade en daadwerkelijk ervaren schade het omgekeerde effect. Als het allemaal veel erger had kunnen zijn is het slachtoffer dus wel minder boos, maar ook angstiger voor wat had kunnen gebeuren. Eerder slachtofferschap zorgt er sowieso voor dat men angstiger wordt voor criminaliteit (Greenberg & Ruback, 1992), maar slachtoffers van poging tot mishandeling zijn vaak banger dan slachtoffers van daadwerkelijke mishandeling. De ingeschatte kans op wat er mogelijk in de toekomst kan gaan gebeuren wordt ook wel risicoperceptie genoemd. Deze risicoperceptie is de factor met de sterkste invloed op veiligheidsbeleving (BZK, 2009). In dit verband is de literatuur over de *fear-victimization-paradox* interessant, aangezien uit verschillende onderzoeken is gebleken dat bepaalde groepen die een relatief kleine(re) kans lopen om slachtoffer te worden van criminaliteit, zich vaak het onveiligst voelen. Zo voelen vrouwen zich angstiger dan mannen en ouderen zich angstiger dan jongeren, terwijl mannen en jongeren een grotere kans hebben om slachtoffer te worden (zie voor een overzicht Hale, 1996). Wanneer men zich veilig voelt, is de motivatie om aangifte te doen minder sterk. Maar angst na een incident en een sterke risicoperceptie kunnen

mogelijk twee kanten op werken: enerzijds wil een angstig persoon herhaling voorkomen en dus aangifte doen bij de politie. Anderzijds kan angst voor represailles het slachtoffer hier wellicht juist van afhouden. Over het maken van de uiteindelijke keuze *wat te doen* gaat de volgende fase.

2.1.2.3 Fase 3: Keuze uit reactiemogelijkheden na victimisatie

Wanneer het slachtoffer een incident als misdrijf heeft gelabeld en vervolgens ook meer dan geringe gevoelens van woede en/of angst hierover heeft, zal zij een keuze maken uit verschillende reactiemogelijkheden. Welke optie het slachtoffer kiest, is afhankelijk van de attitudes en de opgeslagen kennis die zij daarover heeft. Ook de sociale omgeving heeft hier invloed op. Het model van Greenberg en Ruback (1992) behelst vier reactiemogelijkheden. De eerste is het kiezen van een 'persoonlijke' oplossing, zoals de dader vermijden, tegemoetkomen of aanvallen. Ten tweede kan het slachtoffer de situatie cognitief revalueren, en simpel gezegd de vorige twee fases opnieuw doorlopen met mogelijk een nieuwe uitkomst. Ten derde kan het slachtoffer, wanneer het gelooft dat geen van de andere opties de ervaren *disstress* zal verminderen, ook gewoon niks doen. De vierde en laatste optie in het model is aangifte doen bij de politie.

De kennis en attitudes over het doen van aangifte kunnen voortkomen uit eigen ervaring en aangevuld worden met de ervaringen van anderen (Greenberg en Ruback, 1992). Bijvoorbeeld wanneer men ooit heeft meegemaakt dat een aangifte niet in behandeling werd genomen, of van anderen heeft gehoord dat er niets met hun aangifte gebeurde zal dit de houding ten opzichte van aangifte doen negatief beïnvloeden. Ook het kennisniveau van het slachtoffer over de mogelijkheden kan van invloed zijn, bijvoorbeeld de mogelijkheid om op afspraak een aangifte te maken zodat men minder tijd kwijt is met wachten. Daarnaast zijn de houding ten aanzien van de politie, het vertrouwen in het rechtssysteem en de eigen normen en waarden hierbij van invloed. Het imago van de politie en het rechtssysteem, en hun populariteit in de sociale omgeving van het slachtoffer zijn hieraan nauw verwant. Het kan zijn dat men de politie bijvoorbeeld niet vertrouwd, of door zijn naaste omgeving wordt veroordeeld om het praten met de politie. Verder kunnen overwegingen om een geweldsincident bij de politie te melden, te maken hebben met eigen belang (gehoord willen worden, geweld laten stoppen), maar ook met motieven uit een maatschappelijk belang, zoals preventie, normstelling, of het zichtbaar maken door registratie (In 't Velt, Lünemann, Goderie & Van Overbeeke,

2003). Skogan (1984, p. 121-122) noemt overwegingen als graag een “goed burger” willen zijn, toekomstige criminaliteit voorkomen of criminelen uit de roulatie brengen, en omgekeerd wordt soms geen aangifte gedaan omdat “er niks aan te doen was” of wegens “gebrek aan bewijs”. Schneider, Burcart en Wilson (1976) vonden dat het vertrouwen van het slachtoffer dat de politie in staat zou zijn om de dader te pakken en dat de rechtbank hem zou veroordelen, aangifte doen aanmoedigde. Ter aanvulling op de vier reactiemogelijkheden die Greenberg en Ruback (1992) beschreven, bestaat er nog als vijfde optie dat de werkgever reageert.

Ook de ziekenhuisorganisatie kan (indirect) slachtoffer worden van agressie en geweld. De organisatie maakt immers allerlei soorten kosten in verband met agressie en geweld. Door Sikkema, Abraham, & Flight (2007) werden de landelijke “loonkosten per jaar door ziekte en minder functioneren veroorzaakt door ongewenst gedrag” geschat op ruim €24 miljoen voor de sector ziekenhuizen. In het rapport *Agressie Afgerekend* (Roozeboom, Koningsveld & Van den Bossche, 2010) worden voor een afdeling SEH van een groot ziekenhuis de jaarlijkse kosten van agressie en geweld geschat op ruim honderdduizend euro. Ziekenhuizen als organisatie hebben dus ook (hun eigen) belang bij de bestrijding en vooral beperking van agressie en geweld. Met het oog op het drukken van de kosten is het aannemelijk dat het doel van een organisatie eveneens is om “de ervaren *disstress* te verminderen”. Maar de overwegingen die van invloed zijn op het afwegingsproces dat de ziekenhuisorganisatie doorloopt na een agressie-incident kunnen natuurlijk verschillen van die van een individuele medewerker. In de praktijk lijkt de beslissing om al dan niet aangifte te doen van agressie en geweld echter vaak af te hangen van de aangevallen werknemer zelf. Het OM wil graag een verklaring van het slachtoffer zelf om succesvol tot vervolging over te kunnen gaan. Maar als het slachtoffer niet wil, hebben ziekenhuizen nog andere reactiemogelijkheden te bieden. Zo is in het protocol Veiligezorg® (zie verderop paragraaf 2.2) de maatregel tot het uitdelen van een gele of rode kaart opgenomen. Deze houden respectievelijk een waarschuwing en een toegangsverbod in voor een door de directie / raad van bestuur te bepalen periode (Brouwer & Peerdeman, 2007, p. 181). In het geval van een rode kaart wordt in principe ook altijd aangifte gedaan bij de politie, maar eventueel kan volstaan worden met het toegangsverbod. Overtreding van dit toegangsverbod levert huisvredebreuk of lokaalvredebreuk op. Met het OM en de politie is een convenant gesloten over de aanpak van de daders. De beveiliging neemt de afhandeling van een agressie-incident zoveel mogelijk over van het

slachtoffer. Maar de beveiliging blijft vaak toch afhankelijk van (in dit geval) de SEH-verpleegkundigen om überhaupt op de hoogte gesteld te worden van een incident. Zodra de beveiliging dan ter plaatse is kunnen zij het slachtoffer inlichten over de reactiemogelijkheden. Wanneer zij dat niet doen of wanneer de beveiliging niet wordt ingeschakeld, zijn de kennis en attitudes van de verpleegkundigen cruciaal. In 2009 bleek volgens het rapport *'Aard en omvang van ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak'* slechts de helft van de ziekenhuismedewerkers op de hoogte te zijn van de aanwezigheid van een registratiesysteem in hun ziekenhuis (Jacobs, Jans & Roman, 2009). Wanneer personeel agressie-incidenten niet meldt en deze niet bekend zijn bij de organisatie, kan de organisatie ook geen actie ondernemen. Volgens 26% van de respondenten in het onderzoek geeft de organisatie zoveel mogelijk een reactie naar de dader en volgens 32% doet de werkgever altijd aangifte van ongewenst gedrag. Van de 16 sectoren die in deze éénmeting van VPT onderzocht zijn, scoort de sector ziekenhuizen als vier na laagste op actiegerichtheid van de organisatie na ongewenst gedrag. De mogelijkheden worden kennelijk nog niet ten volle benut. Dat de agressie plaatsvindt binnen een organisatie, en dat ook het slachtoffer haar beslissing binnen de contouren van een organisatie neemt, is een bijzonder kenmerk waar het sociologische model verder op ingaat.

2.1.3 Het sociologische model

Het sociologische model van Black (1976) zoals besproken door Goudriaan (2006), neemt aan dat de kans dat criminaliteit bij de politie wordt gerapporteerd het product is van de sociale structuren in de maatschappij waarin de dader en het slachtoffer leven. Verschillende onderzoekers hebben Black's model getest maar vonden hooguit een zwakke bevestiging (Goudriaan, p.19-20). Het is daarnaast niet goed mogelijk noch erg relevant om Black's sociologische model in deze scriptie mee te nemen. Een aspect dat wel interessant is, is de locatie waar verpleegkundigen werkzaam zijn. Volgens verschillende studies besproken door Goudriaan (p. 66 e.v., p. 185 e.v.) is de kans op een aangifte van geweld dat plaatsvond in de (semi)private ruimte groter dan van geweld dat plaatsvond in de (semi)openbare ruimte. Goudriaan zelf vond echter het tegenovergestelde. Haar conclusie is dat het ervaren onrecht en de ervaren inbreuk op het gevoel van veiligheid groter is wanneer men is aangevallen in het (semi)private domein. Wanneer men het (semi)publieke domein betreedt waar zich vele andere

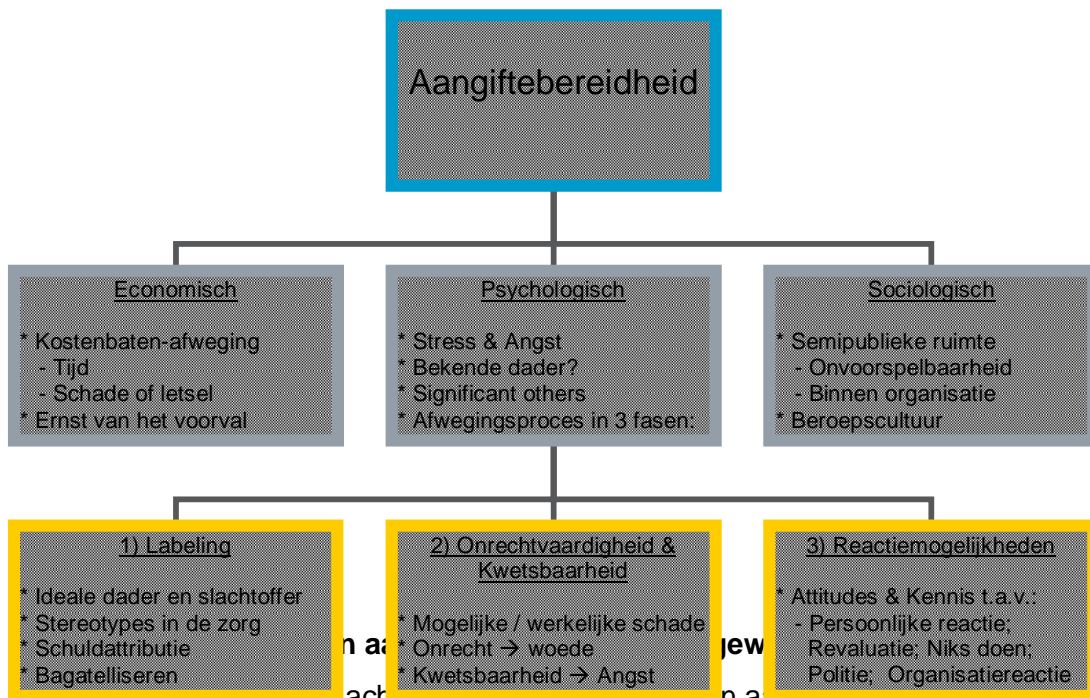
(onbekende) mensen begeven, kan men er vaak tot op zekere hoogte rekening mee houden dat onvoorziene gebeurtenissen plaats kunnen vinden (p. 186). De inbreuk op het gevoel van veiligheid en het ervaren onrecht zijn daardoor kleiner. De SEH kan in dit opzicht worden gezien als een in het semipublieke domein gelegen locatie. De SEH fungeert als poortafdeling van het ziekenhuis en er komen emotionele, angstige en gestreste patiënten en bezoekers uit alle lagen van de maatschappij. Er vindt ook onevenredig veel agressie plaats op de SEH, dus SEH-verpleegkundigen zouden inderdaad tot op zekere hoogte ingesteld kunnen zijn op 'onvoorziene gebeurtenissen' als agressie- en geweldsincidenten. Een andere hypothese van Goudriaan is dat in het semipublieke en –private domein, oftewel binnen organisaties, slachtoffers minder snel aangifte zullen doen van geweld dan van een vergelijkbaar geval in de volledig private of openbare ruimte. Dit omdat binnen organisaties meestal formele wet- en regelgeving bestaat die in werking treedt wanneer een misdrijf plaatsvindt. Wanneer slachtoffers geloven dat de organisatie hen kan beschermen tegen de dader of hem kan straffen, zullen ze minder snel naar de politie gaan. Zie ook de vorige paragraaf over reactiemogelijkheden. Ook de relatie met de dader is hieraan verwant. Maar hoe goed men bekend is met de dader verschilt op de SEH per patiënt, en daar kan in algemene termen dus niet veel over worden gezegd.

Naast het werken in de semipublieke ruimte kan ook de beroeps cultuur van invloed zijn op de houding van verpleegkundigen tegenover agressie en geweld. In de vorige paragraaf is al kort besproken dat zorgverleners hun eigen stereotypes zouden hebben ten aanzien van slachtoffers van agressie en geweld. Deze stereotypes hebben mogelijk te maken met de cultuur in deze beroepsgroep. Verpleegkundigen hebben een eigen arbeidsethos waarin cliëntgericht werken een belangrijke rol speelt (Koops, 2006). Volgens Koops is de component "Ik wil graag met mensen werken en iets voor ze betekenen" voor veel verpleegkundigen de motivatie om voor dit beroep te kiezen. Ook is de bereidheid om daadwerkelijk invulling aan de wensen van zorgvragers te geven groot. De beroepsethiek, maar mogelijk ook groeps cultuur of zelfs groepsdruk kunnen ervoor zorgen dat veel wordt geaccepteerd van patiënten. Ook kunnen er ethische dilemma's opspelen wanneer een patiënt bijvoorbeeld zijn eigen verzorging onmogelijk maakt, of kan (angst voor het schenden van) het beroepsgeheim een rol spelen. Want hoewel het beroepsgeheim zich niet zover uitstrekt dat een patiënt straffeloos een zorgverlener zou mogen beledigen, bedreigen of mishandelen, vormt het een drempel om

aangifte te doen (Goderie, Janssen, Lünemann & Nieborg, 2003, p.50). Ten slotte wordt de cultuur onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen ook wel omschreven als een 'machocultuur' (Scharroo, 13 mei 2004): over 'angstige dingen' wordt minder gepraat.

2.1.4 Overzicht theoretische verklaringen aangiftebereidheid

Er zijn dus behoorlijk wat theoretische verklaringen voor variaties in aangiftebereidheid. Voor het overzicht zijn de voornoemde drie modellen en hun verdere invulling weergegeven in onderstaand schema. Zoals in het schema ook goed zichtbaar is, vormt het psychologische model in deze scriptie de meest uitgebreide theoretische verklaring. Het relatief eenvoudige economische model en het sociologische model zijn hierbij niet per se minder belangrijk.



na de theoretische achtergrond van het doen van aangifte besproken is, zal in deze paragraaf worden ingegaan op de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen in aandacht voor agressie en geweld (in de zorg). Dit onderwerp staat tegenwoordig behoorlijk in de belangstelling, en dit valt in een bredere context te zien. CBS-cijfers van 2004 laten vergeleken met 1996 een landelijke verdubbeling zien van het aantal aangiften van geweldsdelicten. Het aandeel geweldsdelicten binnen het totaal van delicten steeg daarmee van ongeveer 6% naar ongeveer 9%. Dit kan zowel duiden op een toenemende gevoeligheid voor agressie en geweld als een daadwerkelijke toename van geweld. In ieder geval speelde de groeiende onvrede in de samenleving hierover een belangrijke rol tijdens de verkiezingen van

2002. In de nota *'Naar een veiliger samenleving'* (TK 2002/03, 28684, nr. 1) wordt gesproken over een "indringende roep vanuit de samenleving" om meer veiligheid. Verder is het kabinet van oordeel dat een van de knelpunten in het Nederlandse veiligheidssysteem is dat sprake is *"van een op onderdelen te lang volgehouden gedoogcultuur en 'tolerantie' ten opzichte van criminogeen en overlastgedrag in de (semi)-publieke ruimte"* (p.6). Een van de vier speerpunten in het veiligheidsbeleid wordt daarom *"het versterken van het zichtbare toezicht en de controle in de publieke ruimte"*.

In 2005 kondigde het kabinet een gerichte en maatschappijbrede aanpak van geweld aan met het *'Actieplan tegen geweld'* (TK, 2005/06, 28684 nr. 65). Als onderdeel van de aanpak van geweld in het semipublieke domein, werd in 'project 9. Werk' van het actieplan de opdracht aan BZK geformuleerd tot het nemen van maatregelen tegen *'Geweld tegen overheidsdienaren'*. Dit leidde in oktober 2006 tot het actieprogramma *'Aanpak agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak'*. Er werd een aantal onderzoeken (BZK, 2007; Sikkema e.a., 2007) verricht en mede naar aanleiding van deze resultaten werd in oktober 2007 het programma Veilige Publieke Taak (VPT) opgestart. Het programma VPT heeft 8 maatregelen voor een effectief veiligheidsbeleid opgesteld. Vijf van deze maatregelen hebben betrekking op melden, registreren, aangifte doen, reageren op misdrijven en het verhalen van schade¹. Cruciaal bij deze repressieve aanpak van agressie en geweld is een actieve rol van de werkgevers (BZK, 2010a, p. 5). Zij zijn tenslotte verantwoordelijk voor het beschermen van hun werknemers en een goede bedrijfsorde. Ook zijn Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) gemaakt met politie en het openbaar ministerie om een eenduidige, effectieve en snelle afhandeling van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak te bevorderen. Uitgangspunten zijn onder meer dat er een hoge prioriteit aan deze zaken wordt toegekend, dat zoveel mogelijk lik-op-stuk-beleid, (super)snelrecht of Aanhouden en Uitreiken wordt toegepast en dat slachtoffer en werkgever optimaal worden geïnformeerd over hun positie in het strafproces en de strafrechtelijke afhandeling van de zaak. Dit ELA-convenant is per 1 april 2010 in werking getreden (TK, 2009/10, 28 684, nr. 267).

In een brief aan de Kamer van 11 mei 2011 legt Minister Donner uit dat werknemers met een publieke taak extra beschermd moeten worden:

¹ De andere drie maatregelen zijn: het uitdragen van een norm, training in het omgaan met agressie en geweld en het verlenen van nazorg.

“Het wezenlijke aan de publieke taak is dat zij ontleend is aan de (grond)wettelijke opdracht tot overheidszorg. De uitvoering is een (veelal rechtens afdwingbare) wettelijke verplichting, waaraan de werknemers zich niet zomaar kunnen onttrekken. [...] Agressie en geweld tegen deze werknemers met een publieke taak raakt dus aan de uitoefening van de grondwettelijke opdracht tot overheidszorg en aan de publieke taak zelf. Dit heeft daardoor een grote impact op de samenleving als geheel.” (TK, 2010/11, 28684, nr. 318).

Dit komt duidelijk tot uiting in de zorg. Wanneer ziekenhuispersoneel het werken onmogelijk wordt gemaakt, kan het voorkomen dat burgers geen (directe) aanspraak kunnen maken op de nodige zorg, waar zij recht op hebben volgens art. 22 lid 1 van de Grondwet. Er is zelfs een wettelijke zorgplicht voor de zorgverlener in het ziekenhuis. Een (zwaar)gewonde patiënt die zich misdraagt, kan niet zomaar weggestuurd worden. Om een behandelovereenkomst op te zeggen, stelt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) als criterium ‘gewichtige redenen’. Blijkens jurisprudentie wordt dit strikt geïnterpreteerd en worden aan het opzeggen van de behandelovereenkomst strenge eisen gesteld (Kastelein, 2002, zoals beschreven in Van der Jagt, 2003). Deze bijzondere positie van werknemers met de publieke taak vraagt dus om een specifieke aanpak, en zeker zorgverleners kunnen gezien hun ethisch gezien lastige positie een steuntje in de rug gebruiken.

Al ruim voor de komst van het programma VPT werd in 2002 specifiek op het gebied van ziekenhuizen het landelijke pilotproject ‘*Veiligezorg®*’ gestart door de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ). Na een incident waarbij een arts belaagd werd, is in het Westfries Gasthuis te Hoorn in 2002 het project Veiligezorg ontstaan. Veertien ziekenhuizen ontwikkelden een methodiek voor het opzetten en inrichten van een veiligheidsbeleid op instellingsniveau. Ketenaanpak staat centraal en krijgt uiting in de vorm van een convenant tussen politie, gemeente, justitie en de ziekenhuizen. Daarnaast zijn in het kader van dit project instrumenten ontwikkeld die ten dienste staan van de ziekenhuisbranche, zoals een registratiesysteem (ZIR). Ten tijde van het verschijnen van het Handboek Veiligezorg namen ruim 65 ziekenhuizen deel aan het project (Brouwer & Peerdeman, 2007; CAOP, 2009). Inmiddels doet 85% van de ziekenhuizen mee (Bergwerff, 7 juli 2011).

Ook de minister en staatssecretaris van het ministerie VWS hebben de bescherming van zorgverleners tegen agressie en geweld als een van de vier speerpunten benoemd in hun Arbeidsmarktbrief van 4 maart 2011 (TK, 2010/11, 29282, nr. 111). Verder houdt de beroepsorganisatie van de verpleging en

verzorging NU'91 zich met dit onderwerp bezig. Zij organiseren bijvoorbeeld themabijeenkomsten agressie en hebben hiervoor een eigen meldpunt opgericht (NU'91, 2010a). Ook de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV) is in februari 2011 het initiatief gestart om anonieme klachten van SEH-medewerkers over agressie door patiënten en bezoekers te verzamelen (NVSHV, 2011), om deze uiteindelijk aan te bieden aan 'politiek Den Haag'. Daarnaast zijn er nog allerlei andere initiatieven, maar het voert te ver om die hier allemaal te bespreken.

Nu duidelijk is dat er de afgelopen jaren een hoop aandacht een voor agressie en geweld in de zorg is geweest, is de volgende vraag of de situatie in de ziekenhuizen daadwerkelijk aanleiding geeft tot al deze initiatieven. Hoe veel agressie en geweld er plaatsvindt en wat de aard en de oorzaken daarvan zijn, zal in het volgende hoofdstuk worden uitgediept.

3 Onderzoek naar agressie, geweld en aangifte doen

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens een antwoord geven op de deelvragen 3 en 4. De eerste paragraaf geeft een beschrijving van de afdeling SEH en gaat verder in op de ontwikkelingen in de zorg die van invloed zijn geweest op de aard en omvang van agressie en geweld op de SEH. Daarna zal in paragraaf 3.2 worden besproken wat er bekend is over de omvang van agressie en geweld in ziekenhuizen en tegen verplegend personeel. In de derde en laatste paragraaf in dit hoofdstuk worden de landelijke aangiftepercentages en die van ziekenhuizen en de verpleging besproken, gevolgd door de motieven om al dan niet aangifte te doen zoals die uit eerder onderzoek naar voren kwamen.

3.1 Aard en oorzaken van agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen

In 2010 waren er in Nederland in totaal 105 ziekenhuizen met een afdeling SEH (Van Steenwijk, Van der Sterren & Van Vugt, 2010). Gemiddeld ziet een SEH zo'n 50 patiënten per dag, met een range van 1 tot 215. Er zijn in totaal ruim 2.400 SEH-verpleegkundigen werkzaam (NVSHV, 2005). De SEH is een open afdeling binnen een ziekenhuis en iedereen die naar de SEH-afdeling komt moet altijd worden gezien en zo nodig behandeld door een arts. Patiënten kunnen:

- op eigen initiatief komen; 'zelfverwijzers' (54%, in het weekend 62%)
- worden verwezen door de huisarts (28%) of door derden
- per ambulance komen, al dan niet verwezen (7%)
- onder poliklinische behandeling zijn van een specialist
- terugkomen voor controle (NVSHV, 2005).

De verpleegkundigen zijn degenen die het frequentst contact hebben met de patiënten, en daardoor ook het meest met agressie en geweld te maken zullen hebben (Middelhoven & Driessen, 2001). De SEH-verpleegkundige ziet veelal als eerste de patiënt en er zijn veel overlegmomenten met alle betrokken hulpverleners, patiënten en hun familie. Bij de acute opvang van patiënten, familie en begeleiders moet de SEH-verpleegkundige tactvol kunnen optreden en de situatie kunnen aanvoelen. Aandacht voor agressie en geweld komt aan de orde bij de HBO-V opleiding in de vorm van rollenspellen en discussie of empathietraining. Middelhoven en Driessen (2001) noemen de gesprekken die Tenholter en Versteeg (1986) voerden met verpleegkundigen, waaruit naar voren kwam dat theorie en praktijk nogal verschilden: "Pas als er echt iemand voor je staat, voel je

de dreiging, de agressie en de stress en daar zal ieder op zijn eigen manier mee moeten leren omgaan”, aldus een verpleegkundige.

Met de privatisering van de zorg de afgelopen 20 jaar hebben zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan, die waarschijnlijk van invloed zijn geweest op de aard en omvang van agressie en geweld in de zorg. Van der Jagt (2003) beschrijft hoe in de meeste sectoren van de zorg- en hulpverlening een veranderde houding van patiënten/cliënten wordt opgemerkt: zij zijn mondiger geworden en accepteren niet langer zonder meer de autoriteit van de hulpverlener. Net als op andere maatschappelijke terreinen is de houding van de burger meer eisend en lijken in de zorg de laatste jaren meer gewelddadige incidenten voor te komen (Driessen en Middelhoven, 2002). Deze eisende houding hangt samen met de commercialisering van de zorg, die heeft geleid tot wat door Van der Jagt wordt omschreven als consumentisme:

“... het gedrag waaruit blijkt dat de zorgvrager zorg als een product ziet waarvoor hij betaald heeft en waaraan hij dus kwaliteits- en leveringseisen kan stellen. De zorgvrager heeft een houding van ‘de klant is koning’ en verwacht bij de zorgverlener de reactie ‘u vraagt, wij draaien’.”

Van dergelijk consumentisme kan in een ziekenhuis bijvoorbeeld sprake zijn wanneer om een langer verblijf of een niet-noodzakelijke opname wordt verzocht (p.2). Gecombineerd met een ongelijk informatieniveau tussen zorgvragers (p. 6) kan dit bij sommige patiënten leiden tot irreële verwachtingen van wat hun arts vermag. Zij realiseren zich onvoldoende dat de arts professionele standaarden hanteert. Dit alles kan leiden tot frustraties.

Deze ontwikkelingen hebben, samen met de vergrijzing en andere oorzaken, bijgedragen aan het volstromen van de afdeling SEH in de diverse ziekenhuisorganisaties in Nederland. De NVSHV (2005) beschrijft dat het aantal ‘zelfverwijzers’ in sommige ziekenhuizen is gestegen tot een totaal van 60 tot 80% van de patiëntenbezoeken, waardoor de afdeling SEH regelmatig verstopt raakt. Hierdoor kan het voorkomen dat patiënten met een urgente zorgvraag (te) lang wachten en werd een toename van agressie waarneembaar (NVSHV, 2005, noemt als bron CBO, 2002). Ook melden zich steeds meer mensen met een niet-acute of laagurgente hulpvraag: volgens een recent onderzoek onder zelfverwijzers op de SEH had 80% door de eigen huisarts behandeld kunnen worden (Giesbers, Smits & Giesen, 2011). Deze ontwikkelingen vormden mede de aanleiding voor het

ontwikkelen van de richtlijn '*Triage² op de Spoedeisende Hulp*' (NVSHV, 2005). Dit systeem zou eveneens een remmende werking op agressie en geweld moeten hebben, doordat de patiënten nu bij binnenkomst snel 'gezien' en geïnformeerd worden door de triageverpleegkundige.

Agressie en geweld zijn vaak ook toe te schrijven aan frustratie. Deze frustratie is niet altijd onterecht, maar kan te wijten zijn aan capaciteitsproblemen, een tekort aan vaardigheden bij zorgverleners (Van der Jagt, pp. 8-9) of een combinatie daarvan. Zo kan het voorkomen dat ziekenhuizen wel weerbaarheidstrainingen aanbieden aan het personeel, maar dat deze niet effectief zijn omdat er voortdurend sprake is van een personeelstekort. Wanneer het personeel een hoge werkdruk ervaart, werkt dit door in de benadering van patiënten en kan agressie van verpleegkundigen tegen patiënten ontstaan (Huyse, 1986 en Boom e.a., 1995, zoals beschreven in Middelhoven & Driessen, 2001). Men is daardoor minder goed in staat met conflicten om te gaan (Goderie, e.a., 2003).

Een laatste relevante ontwikkeling is de bevolkingssamenstelling van de steden die de laatste jaren drastisch veranderd is. Vooral in de Randstad wordt het patiëntenbestand steeds diverser. Goderie et al. (2003) constateren dat vooral de toename van allochtonen, psychiatrische patiënten en verslaafden om verschillende redenen problemen oplevert. Gemeenschappelijk punt is dat de communicatie met de patiënt lastiger is geworden voor de arts, hetgeen tot wrijving kan leiden.

Incidenten op de SEH komen meestal voort uit boosheid over lange wachttijden, waarin ernstiger spoedgevallen voorrang krijgen op minder levensbedreigende situaties. Maar ook onenigheid over de behandeling, onpersoonlijke wachtkamers, de kleine behandelruimten of bijvoorbeeld een rookverbod kunnen leiden tot agressief gedrag (Middelhoven & Driessen, 2001). Goderie et al. (2003) vullen dit rijtje nog aan met onbekendheid met de praktijkvoering, foute beeldvorming, psychische stoornissen, verslavingsproblemen, slechtnieuwsgesprekken en de houding van de arts of verpleegkundige. De meeste incidenten doen zich voor op zaterdagavond als gevolg van alcoholmisbruik (Van der Jagt, 2003). Hoeveel incidenten er ongeveer plaatsvinden in ziekenhuizen en tegen verpleegkundigen, zal de volgende paragraaf verder toelichten.

² Triage wordt in de richtlijn gedefinieerd als "een dynamisch beslisproces dat de behoefte van een patiënt aan zorg prioriteert, bij binnenkomst op de SEH."

3.2 Omvang van agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen

Het is lastig vast te stellen of agressie en geweld binnen ziekenhuizen, laat staan specifiek op de SEH, echt zijn toegenomen. Het WODC heeft een inventarisatie laten verrichten naar onder andere monitoren van geweld op de werkvloer, maar deze wees uit dat vergelijkbaarheid van de cijfers niet kan worden gegarandeerd (Witvliet, Timmermans & Homburg, 2010, p. 28). Middelhoven en Driessen (2001, p. 47) hebben meer specifiek in kaart gebracht welk onderzoek er al bestond naar geweld tegen o.a. ziekenhuismedewerkers en verpleegkundigen. Ook deze onderzoeken lenen zich niet goed voor het doen van uitspraken over een (landelijke) trend. Wel kon op basis van dit onderzoek worden gezegd dat ziekenhuismedewerkers in de Randstad vaker te maken krijgen met agressie dan ziekenhuismedewerkers in andere regio's (Boom e.a., 1995). Uit gesprekken die Huyse in 1986 voerde met hoofdverpleegkundigen van het Academische Ziekenhuis van de Vrije Universiteit bleek dat de ergste agressie op de eerste hulp voorkomt. Uit het onderzoek van de Projectgroep Veiligheid en Ziekenhuizen (1999) blijkt dat geweld in ziekenhuizen toeneemt. Ook de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp, constateert een landelijke stijging van agressie, zowel verbaal als fysiek, ten opzichte van tien jaar geleden (De Wit, 1999). Er kan volgens Driessen en Middelhoven echter niets definitiefs worden gezegd over een toename van agressie. Van der Jagt (2003) beschrijft dat Bureau Terpstra en Van Dijke (2003) een aantal jaren later een toename van het aantal agressie-incidenten constateert in ziekenhuizen. Vooral de 'heftige' incidenten lijken vaker voor te komen. Negentig procent van de artsen en verpleegkundigen ondervindt psychisch en fysiek geweld volgens het Arbokenniscentrum Zorg en Welzijn (2003); 78% heeft ervaring met ongewenste intimiteiten (Van der Jagt, p. 4).

Er zijn tussen 2001 en 2006 verschillende onderzoeken gedaan naar de aard en omvang van agressie en geweld in ziekenhuizen. Hierbij moet worden aangetekend dat definities, steekproefkader en -grootte uiteenlopen in de diverse onderzoeken. Deze cijfers zijn dan ook vooral bedoeld om een algemeen beeld te schetsen. Sikkema e.a. (2007, Tabel 2.3) hebben verschillende onderzoeken in kaart gebracht, en de *range* aan resultaten hiervan is weergegeven in kolom (a) van tabel 1 op de volgende bladzijde. Sinds 2007 zijn door of in opdracht van het ministerie BZK monitoren gehouden, waarbij óf de sector ziekenhuizen óf de sector Universitaire Medische Centra (UMC's) is onderzocht. De *range* aan resultaten van drie van deze monitoren is weergegeven in kolom (b). Verder is in het onderzoek in

kolom (c) en (d) een interessant onderscheid gemaakt tussen 'ziekenhuizen' en 'verpleging & verzorging'³. In het oog springt dat het aantal incidenten van fysieke en seksuele agressie in de laatste categorie veel hoger ligt. In kolom (e) is nog een rapport uit 2010 opgenomen waarin de verpleging en verzorging in Universitair Medische Centra een aparte categorie vormde. Hoewel er dus veel kwantitatief onderzoek is gedaan naar agressie en geweld in ziekenhuizen en tegen de verpleging, waren de onderzoeken te verschillend om een eventuele trend in agressie uit deze cijfers op te kunnen maken. Ter vergelijking zijn in kolom (f) nog wat landelijke slachtoffercijfers opgenomen zoals vergeleken door Witvliet et al. (2010).

Tabel 1: Percentage jaarlijkse aantal slachtoffers van agressie en geweld in ziekenhuizen, UMC's, verpleging & verzorging, algehele bevolking.

	2001-2006 ZH (a)	2007-2009 ZH/UMC (b)	2009 ZH (c)	2009 V&V (d)	2010 V&V (e)	2002-2008 Alg. bevolk. (f)
<i>Verbaal</i>	40-61%	43-67%	50%	53%	74%	-
<i>Fysiek</i>	19-22%	7-24%	21%	43%	15%	1-2%
<i>Bedreiging / Intimidatie</i>	B: 15%	I: 19-38%	B/I: 13%	B/I: 9%	I: 60%	3-6%
<i>Discriminatie</i>	-	16-17%	18%	12%	30%	-
<i>Seksueel</i>	-	10-17%	14%	25%	21%	1%
<i>Totaal A&G</i>	-	54-69%	57%	65%	81%	-

(a) *Ziekenhuizen*. In Sikkema e.a. (2007, Bijlage C: Tabel 2.3): Middelhoven en Driessen (2001); Di Martino (2002); SZW (2004); Wonderen (2004ab); Andersson Elffers Felix (2005); De Waal (2005); BZK (2006)

(b) *Ziekenhuizen en UMC's*. Ministerie BZK (2007); Sikkema e.a. (2007); Jacobs e.a. (2009)

(c) *Ziekenhuizen*. Van Montfort, Kolar & Sietsma (2010)

(d) *Verpleging & Verzorging*. Van Montfort, Kolar & Sietsma (2010)

(e) *Verpleging & Verzorging in UMC's*. BZK (2010)

(f) *Algehele bevolking*. In Witvliet e.a. (2010): Permanent Onderzoek Leefsituatie, module Recht (2002-2004); Politie-monitor bevolking (2002-2005); Veiligheidsmonitor Rijk (2006-2008)

Tot slot kunnen eventuele veranderingen in de aard en omvang van agressie en geweld ook gelegen zijn in bredere maatschappelijke ontwikkelingen, gelegen buiten het bereik van het ziekenhuis. Over het algemeen kan worden aangenomen dat criminaliteit binnen ziekenhuizen, net zoals binnen alle openbare instellingen, beïnvloed wordt door algemene criminaliteitstendensen (Dejonghe, 2005). Aangezien de samenleving tussen 1996 en 2004 inderdaad gewelddadiger lijkt te

³ De bron betreft een niet openbaar gepubliceerde onderbouwing van een instrument met benchmark. Deze informatie kon worden ingezien dankzij de gelopen stage bij het programma Veilige Publieke Taak van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

zijn geworden (zie paragraaf 2.2) is het aannemelijk dat dit ook zijn doorwerking heeft gehad in de aard en omvang van agressie en geweld in ziekenhuizen. Maar de kans om slachtoffer te worden van agressie en geweld is aanzienlijk groter wanneer men in een ziekenhuis werkt. Hetzelfde geldt voor het melden en aangeven van delicten.

3.3 Melden en aangifte doen: cijfers en motivaties

In deze paragraaf zal eerst worden besproken wat de landelijke situatie is qua aangiftebereidheid, en vervolgens voor de sector ziekenhuizen.

3.3.1 Landelijke cijfers

Volgens de 'Integrale Veiligheidsmonitor 2008' (CBS, 2009) werd 36% van de delicten in Nederland dat jaar gemeld bij de politie en van 27% werd aangifte gedaan, zie tabel 2. Alle 'meldingen' via internet zijn hierbij als aangifte beschouwd.

Tabel 2: Percentage aangiftes en meldingen van nationale criminaliteit 2008

	<i>Totaal</i>	<i>Geweld</i>	<i>Mishandeling</i>	<i>Bedreiging</i>	<i>Seksueel</i>
<i>Aangifte</i>	27%	12%	32%	11%	2%
<i>Melden</i>	36%	26%	50%	27%	7%

Bron: CBS, 2009

Gewelddelicten worden minder vaak gemeld (26%) en aangegeven (12%) dan andere delicten. Mishandeling wordt relatief vaak gemeld (50%) en aangegeven (32%), bedreiging en seksuele delicten minder. Ook valt op dat het gat tussen melden en aangifte doen groter is bij geweld dan bij andere vormen criminaliteit. Ook in cijfers van de politiemonitor bevolking valt het gat tussen aangifte en melden bij bedreiging/mishandeling op (Maas-de Waal, 2006, p. 46-47). Maas-de Waal constateert verder dat de aangiftebereidheid tussen 1993 en 2005 enigszins gedaald is, zie de afgeronde aangifte- en meldingspercentages in tabel 3.

Tabel 3: Aangiftes en meldingen voor bedreiging/mishandeling en totale criminaliteit

		1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Bedreiging / Mishandeling	<i>Aangifte %</i>	17	19	16	18	18	15	15
	<i>Melden %</i>	30	32	30	30	29	27	29
Totaal	<i>Aangifte %</i>	33	32	32	33	31	31	29
	<i>Melden %</i>	41	41	40	41	39	39	37

Bron: Maas-de Waal, Tabel 4.1: op basis van cijfers BZK, Justitie: politiemonitor bevolking.

Een mogelijke verklaring voor de gaten tussen melden en aangifte is de bewijsbaarheid of vervolgbaarheid. Volgens Goderie et al (2003) kennen geweldsmisdrijven een relatief hoog ophelderingspercentage bij de politie doordat er

een direct contact tussen slachtoffer en dader is. Echter bestaat er een relatief hoog 'uitvalpercentage' in het traject van vervolging en berechting. Dit betekent dat het vervolgingspercentage relatief laag is en het sepotpercentage relatief hoog (Tulder, 2001, zoals beschreven in Goderie e.a.). Dit zogenaamde 'trechtereffect' zou een reden kunnen zijn om af te zien van aangifte: "er wordt toch niets mee gedaan".

De redenen om al dan niet aangifte te doen blijken te verschillen per type delict. Wanneer bij geweldsdelicten geen aangifte wordt gedaan, komen redenen als "het was niet belangrijk", "het helpt toch niet" en "het was geen zaak voor de politie" ongeveer even vaak voor (20%). Geweldsdelicten werden vaker dan de andere delicten niet gemeld omdat ze al opgelost waren. Ook vreesde men soms voor represailles (8%), een reden die bij andere delicten zelden voorkomt (CBS, 2009).

De meest genoemde redenen om een delict wel bij de politie aan te geven waren volgens de IVM 2008 dat de politie het moest weten (23%), de verzekering en het opsporen van de dader (beide 21%). Redenen om aangifte te doen hangen samen met het soort delict. Zo zijn bij geweldsdelicten motieven als het informeren van de politie (9 procent) en het pakken van de dader (26 procent) veel belangrijker dan bij vermogens- en vandalismedelicten. De Veiligheidsmonitor Rijk (CBS, 2008) houdt dezelfde antwoordcategorieën aan, maar komt over 2008 tot iets afwijkende percentages, zie tabel 4 (percentages boven de 10% zijn afgerond).

Tabel 4: Redenen om al dan niet aangifte te doen, landelijk overzicht 2008

Redenen van niet aangeven van delicten bij de politie					
	<i>Delicten totaal</i>	<i>Geweld totaal</i>	<i>Mishan- deling</i>	<i>Bedreigin g</i>	<i>Seksueel geweld</i>
Helpt toch niet %	21	14	16	12	9,8
Het was niet belangrijk %	6,9	7,2	6,7	7,6	27
Het is opgelost %	13	19	20	18	32
Dit is geen zaak voor politie %	3,5	2,6	2,2	3,1	17
Dan volgen represailles %	5,8	13	18	11	1,5
Anders (incl. onbekend) %	50	44	37	47	13
Redenen van wel aangeven van delicten bij de politie					
Dader moet gepakt worden %	23	36	45	26	-
Gestolene terugkrijgen %	16	1,6	3	-	-
Ik vond het mijn plicht %	7,4	11	6,5	16,7	-
De politie moest dit weten %	21	38	31	45	-
Vanwege verzekering %	29	3,9	5,6	2,2	-
Anders (incl. onbekend) %	3,7	9,5	8,4	11	-
Aangiftebereidheid bij volgend voorval					
Zou weer aangifte doen %	46	36	51	33	23

Bron: CBS (2008): respectievelijk tabel 5.20, tabel 5.21 en tabel 5.22.

Helaas is de antwoordcategorie “anders” nogal populair in de VMR, en is het onbekend wat de motieven van deze respondenten waren. Wel is duidelijk dat de motieven om aangifte te doen van geweld meer op het morele vlak liggen dan op het herstellen van de schade, zoals bij ‘delicten totaal’ meer het geval is. Het percentage slachtoffers dat bij een volgend delict weer aangifte zou doen is ook opgenomen in tabel 4. Voor mishandeling is dit percentage hoger dan voor de andere delicten. In de volgende subparagraaf zal ter vergelijking voor de sector ziekenhuizen worden bekeken wat de meest voorkomende argumenten zijn.

3.3.2 De sector ziekenhuizen

Uit onderzoek in opdracht van het ministerie BZK, programma VPT, kwam naar voren dat 10% van de werknemers in ziekenhuizen die slachtoffer zijn geworden van ongewenst gedrag melding heeft gemaakt bij de politie. Van deze groep heeft 35% aangifte gedaan, tegenover respectievelijk 12% en 40% van de werknemers in de totale publieke sector (Sikkema e.a., 2007). In het rapport van Jacobs e.a. (2009) wordt ook gevraagd naar redenen om geen aangifte te doen, maar het aantal respondenten in de sector ziekenhuizen ligt hier erg laag. Het rapport ‘Agressie en Geweld’ (BZK, 2010) wijst uit dat 40% van de slachtoffers met burgercontact in UMC’s melding heeft gemaakt van een incident bij zijn leidinggevende. De belangrijkste redenen om geen aangifte te doen zijn dat het incident niet erg genoeg was (62%), dat het ter plekke is opgelost (43%), dat dit soort incidenten bij het werk hoort (35%), dat men er niet aan gedacht heeft (19%), of dat er toch niets mee gebeurt (12%) en dat aangifte doen onpraktisch is en te veel tijd kost (10%). 13% wist niet of het voorval in aanmerking kwam.

In een evaluatieonderzoek van Bloemendaal en Carlier (2005) over het project Veiligheidszorg® worden de resultaten met betrekking tot aangifte doen besproken die uit de netwerkbijeenkomsten en de onderzoeks cases kwamen. Een belangrijke conclusie is dat de bereidheid om aangifte te doen bij de medewerkers te wensen over laat (p. 34). Angst voor represailles en de tijd die het kost, lijken hierbij de belangrijkste factoren. Er worden in de discussies veel mogelijkheden aangedragen om de aangifted bereidheid te verhogen maar er blijkt veel onduidelijkheid te bestaan over de juridische kant ervan. Verder worden allerlei suggesties gedaan om aangifte te vergemakkelijken. Ook kwamen er verschillende interessante verklaringen voor de lage *meldingsbereidheid* naar voren:

- Men is zich onvoldoende bewust van de eigen houding t.a.v. agressie;
- Het is onvoldoende bekend wat een incident is dat gemeld moet worden;
- Het doel van de melding is te weinig bekend, de link met het belang van het ziekenhuis wordt niet gelegd;
- Men wil incidenten liefst snel vergeten, het is gebeurd en daarmee klaar;
- Medewerkers zijn bang dat ze daarna aangifte zullen moeten doen;
- Het nut wordt niet duidelijk aangezien er nog erg weinig ervaring is met gerichte terugkoppeling (Bloemendaal & Carlier, 2005, p. 34).

Goderie et al (2003) hebben interviews gehouden met artsen over agressie en geweld door burgers. Hoewel de relatie arts–patiënt niet dezelfde is als die van verpleegkundige–patiënt, zijn er veel overeenkomsten en kunnen vergelijkbare motieven over aangifte doen een rol spelen. In hun interviews met sleutelpersonen in ziekenhuizen kwamen zij tot een aantal ‘aarzelingen’ die van invloed zijn:

- Bekendheid met de dader en daaruit voortvloeiend angst voor repercussies, vooral wanneer de dader een bezoeker is;
- Zonder heldere protocollen en richtlijnen ontstaan aarzelingen. Een eenduidige houding is van groot belang;
- Wanneer de dader patiënt is, is het moeilijk om de zorgplicht los te laten en de patiënt als dader in een geweldsincident te definiëren. Er kan een mechanisme in werking treden van waarbij men zichzelf (mede)schuldigheid aan de escalatie verwijt. Slaag je er bijv. als verpleegkundige wel in de patiënt als dader te zien, dan nog kan het zijn dat de afdelingsarts zegt dat de dader zorg nodig heeft;
- Het dilemma betreffende de privacy van de patiënt en de zwijgplicht van de arts. De zwijgplicht geldt niet bij het plegen van fysiek geweld door een patiënt, maar de arts mag nog steeds geen informatie geven over het gesprek dat de patiënt en hij gevoerd hebben.

Een reden om wel aangifte te doen kan “het willen stellen van een daad” zijn, waarbij doorslaggevend is dat men in de gaten krijgt dat het werk er onder gaat lijden. Bij het aangifte doen komen dan wel weer belemmeringen aan het licht: anoniem aangifte doen is niet mogelijk en het is een tijdrovende zaak (p. 57-58). Verder wordt uit hun interviews duidelijk dat de mening van collega’s een rol speelt, en dat naast een duidelijk aanwezig gebrek aan collegiale steun, het inschakelen van de politie door collega's ook sterk wordt afgeraden. Uiteraard speelt verder de opstelling van en de beeldvorming over de politie een rol. Zo is de politie soms afhoudend met het opnemen van aangifte omdat zij het als verloren moeite

beschouwt, vanwege de verslavings- of psychiatrische problematiek van de dader. Ook wordt het bestempeld als “dweilen met de kraan open” (Goderie e.a., 2003).

Al met al wordt uit het voorgaande duidelijk dat agressie en geweld in ziekenhuizen en/of tegen de verpleging al lange tijd speelt en ook al weer vele jaren in de belangstelling staat. De afgelopen jaren zijn allerlei maatregelen genomen om de gesignaleerde stijging van agressie te kenteren (zie paragraaf 2.2) en is er veel kwantitatief onderzoek gedaan. Daardoor is er al veel bekend over de aard en omvang van agressie en geweld en de meest voorkomende redenen om af te zien van aangifte. Hierop voortbouwend zal in deze scriptie dieper ingegaan worden op deze veel voorkomende redenen. Aan de hand van de theoretische verklaringen uit hoofdstuk 2 zijn vragen gesteld die een beeld moeten geven van de belevingswereld van SEH-verpleegkundigen, als het gaat om aangifte doen van agressie en geweld. Wanneer zijn welke motieven belangrijk en waarom? Wat zit daar achter? In het volgende hoofdstuk zal worden beschreven hoe deze interviews, en ook de rest van het schrijven van deze scriptie, zijn aangepakt.

4 Methoden

Deze scriptie is tot stand gekomen tijdens een stage bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, programma Veilige Publieke Taak. Daar is met verschillende medewerkers gesproken die veel ervaring en kennis hebben op het gebied van agressie en geweld in de publieke sector, waarbij sommigen zich specifiek bezighouden met agressie en geweld in de zorg. Ook met de landelijk projectleider Veiligheidszorg® Peter Peerdeman is nog in de beginfase van deze scriptie een informatief gesprek gevoerd. Op basis van deze gesprekken is een beeld tot stand gekomen van de problemen die er spelen en welke onderzoeksvragen er liggen op dit gebied. Zo kwam het dat uiteindelijk gekozen is voor de sector ziekenhuizen. Verder zijn de interviews gericht op de afdeling SEH omdat tijdens het verzamelen van informatie al snel naar voren kwam dat deze afdeling, na de afdeling psychiatrie, het meeste te maken krijgt met agressie en geweld. Aangezien het vermoeden bestond dat uit interviews met de afdelingen psychiatrie vooral naar voren zou komen dat psychiatrische patiënten niet verantwoordelijk (kunnen) worden gehouden voor agressief en gewelddadig gedrag, is voor de afdeling SEH gekozen. Daarnaast is er voor gekozen ook beveiligingsmedewerkers te interviewen om de situatie van meerdere kanten te belichten en omdat zij (in toenemende mate) betrokken zijn bij de afhandeling van agressie- en geweldsincidenten en de reactie naar de daders.

Voor de eerste paragraaf van hoofdstuk 2 van deze scriptie is voornamelijk criminologische literatuur geraadpleegd. Bij het verzamelen van de literatuur over aangiftebereidheid is het model van Goudriaan (2006) als raamwerk gebruikt. Bij literatuur over aangiftebereidheid werd de voorkeur gegeven aan literatuur over aangifte doen van geweld, en literatuur die verdere invulling van of aanvulling op het gekozen kader gaf. Daarbij is vaak gekozen voor oudere 'klassieke' literatuur. Het theoretische kader werd waar nodig ook aangevuld met literatuur uit de hoek van de gezondheidszorg, die meer specifiek over de zorg of de verpleging gaat. In paragraaf 2.2 is vooral gebruik gemaakt van kamerstukken en hetgeen op internet over de relevante organisaties te vinden is. Voor de eerste paragraaf in hoofdstuk 3 is wederom wat literatuur gebruikt die specifiek ingaat op de zorg, ziekenhuizen of de SEH. De rest van het hoofdstuk maakt vooral gebruik van literatuur, monitoren en onderzoeksrapporten die door of in opdracht van het ministerie BZK (VPT) zijn

geschreven. Dit omdat het aspect van de publieke taak en de cijfers over de specifieke sectoren in de criminologische hoek niet overvloedig aanwezig zijn.

Vervolgens is er voor gekozen halfopen interviews te houden omdat deze methode meer diepte en achtergrond geeft dan bijvoorbeeld een vragenlijst of enquête. Kwantitatieve informatie is al ruim voorhanden, en het doel van dit onderzoek is juist om uit te vinden wat achter die veel voorkomende opmerkingen zit. Hiertoe zijn in eerste instantie 3 “Veiligheidszorg-ziekenhuizen” benaderd met het verzoek of zij mee wilde werken aan interviews over agressie en geweld tegen artsen en verpleegkundigen op de SEH. Peter Peerdeman had een aantal namen van projectleiders Veiligheidszorg® in deze ziekenhuizen genoemd, en deze personen lieten snel weten graag mee te werken. Tevens lieten zij doorschemeren dat het erg lastig ging worden ook artsen te interviewen, omdat zij te kampen hebben met tijdgebrek en ‘onderzoeksmoeheid’. Daarom is toen besloten in de categorie zorgverleners alleen verpleegkundigen van de SEH te interviewen, met daarnaast de beveiliging en de Coördinator Veiligheidszorg® of klachtcontactfunctionaris (Hoofd Veiligheid of Hoofd SEH). Drie van de vier benaderde “Veiligheidszorg-ziekenhuizen” waren uiteindelijk bereid mee te werken. Ook is contact opgenomen met vier ziekenhuizen die niet aangesloten zijn bij Veiligheidszorg. Één van die vier stemde snel in, één ziekenhuis liet weten niet op het verzoek in te gaan en bij de andere twee ziekenhuizen werd na verschillende contactpogingen nog erg weinig resultaat geboekt. Aan de contactpersoon (Hoofd Veiligheid of Hoofd SEH) van alle benaderde ziekenhuizen was gevraagd bij voorkeur twee verpleegkundigen en twee beveiligingsmedewerkers ‘vrij te maken’ voor een interview. Die twee plus twee werd niet overal gehaald, dus in sommige ziekenhuizen werd volstaan met één verpleegkundige of één beveiligiger. Zo kwam het totale aantal gehouden of geplande interviews inmiddels uit op twee maal een Hoofd Veiligheid, één Hoofd SEH, zes beveiligingsmedewerkers en zes SEH-verpleegkundigen. Hoewel de verhouding “Veiligheidszorg-ziekenhuizen” versus overige ziekenhuizen idealiter gelijk had moeten liggen, werd gezien de beperkte omvang van deze scriptie besloten dat interviews met 15 respondenten voldoende zou zijn.

Twee van de vier ziekenhuizen zijn gelegen middenin grote steden, één ziekenhuis ligt in een middelgrote stad aan de rand van de randstad en één ziekenhuis bevindt zich in een kleinere stad in een niet-stedelijke streek. In deze ziekenhuizen zijn half-gestructureerde interviews gevoerd met in totaal 15 personen. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en de meeste interviews zijn

individueel gehouden. Drie interviews zijn echter met meerdere personen tegelijk aanwezig gehouden: twee maal een interview met twee beveiligers en één keer een beveiligingsmedewerker en een verpleegkundige tegelijkertijd. In deze gevallen is zoveel mogelijk geprobeerd van beide respondenten een antwoord op de vragen te krijgen. Ook zijn kortere aanvullende gesprekken (niet opgenomen en niet de volledige vragenlijst) gehouden met nog een Hoofd SEH, een coördinator Veiligheidszorg en zijn collega “die de cijfers bijhoudt”. De interviews zijn vervolgens uitgeschreven met behulp van Express Scribe, een digitale transcriptie audiospeler met functies voor automatisch pauzeren en terugspoelen. Ogenscheinlijk een ideaal programma, maar voor optimaal gebruik van de automatische functies typt de auteur van deze scriptie toch te langzaam (of de respondenten praatten te snel).

Hoe dan ook zijn de uitgewerkte transcripten vervolgens als Word-documenten ingevoerd in kwalitatief analyseprogramma Atlas.ti. Met behulp van dit programma zijn gedeeltes uit de tekstbestanden als citaat gecodeerd met codes die meestal direct aansloten bij de gestelde vragen, zoals ‘frequentie agressie/geweld’, ‘ervaring politie/aangifte’, ‘represailles’ en ‘genotsmiddelen’. Ook zijn codes aangemaakt die niet specifiek bij een bepaalde vraag horen, maar verschillende keren terugkwamen in de interviews, zoals ‘grens’, ‘tijd’ en ‘rol beveiliging’. Bij het coderen zijn de citaten ‘ruim genomen’ en is ook een code ‘overig’ gebruikt, zodat in principe de gehele interviews gecodeerd werden en alleen de als echt irrelevant beschouwde tekst niet in de analyse is meegenomen. Verder zijn overkoepelende families aangemaakt die de codes groeperen, zoals ‘motieven aangifte’ en ‘reacties’. Al bleek dit hele proces een tijdrovende en misschien wat omslachtige methode, grondig was het wel. Na afloop waren de quotes dan ook vertrouwde materie en kon uiteindelijk op een overzichtelijke manier worden bekeken wat de verschillende respondenten over de vragen te zeggen hadden en welke ‘codes’ vaker werden genoemd. De interviews zijn vervolgens uitgewerkt door de meest voorkomende argumenten te beschrijven aan de hand van het theoretisch kader. Het geheel wordt geïllustreerd aan de hand van citaten. Deze citaten zijn gekozen om verschillende redenen. Soms verwoorden een citaat het beste wat de meeste respondenten van een onderwerp vonden, of omdat zij iets heel kernachtig geformuleerd is. Soms zijn de citaten simpelweg weergegeven omdat zij een opmerkelijke, boeiende of interessante gedachtegang weergeven en het zonde zou zijn om ze niet te gebruiken. De resultaten zijn in uitgewerkt in het volgende hoofdstuk.

5 Resultaten interviews

Er volgt nu een korte beschrijving van de vier ziekenhuizen, waarin kort iets gezegd wordt over het beleid en het aantal incidenten. In verband met de (door sommige ziekenhuizen gewenste) anonimiteit zal deze informatie beknopt blijven.

In het hele “plattelandziekenhuis” kwam men de afgelopen jaren steeds op 6 rode kaarten (toegangsverboden) per jaar uit. In 2010 is de beveiliging 75 keer opgeroepen voor agressie en hebben 59 werknemers een interne melding gemaakt. *“Tussen die 75 en 59 zit een gedeelte overlap, maar een gedeelte ook niet. Dus in werkelijkheid zit je... zo rond de 100”* aldus de coördinator Veiligheidszorg.

In het ziekenhuis in de middelgrote stad werden in 2010 3 van de in totaal 7 rode kaarten, en 4 van de in totaal 7 gele kaarten op de SEH uitgedeeld. Het registratiesysteem van de beveiliging geeft aan dat er op de SEH 14 keer geweld en 3 keer een ‘gevaarlijke situatie’ plaatsvond. In het gehele ziekenhuis vonden er 135 van deze incidenten plaats, waarvan 86 op de psychiatrie en 32 op alle overige locaties. De SEH als afdeling neemt met 17 incidenten een stevige 2e positie in.

In het eerste binnenstadziekenhuis werden in het hele ziekenhuis in 2010 2 rode en 15 gele kaarten uitgedeeld. Voor 2011 zijn dat er in juni 8 gele en 4 rode. Het registratiesysteem werkt (nog) niet helemaal digitaal, en bij de beveiliging waren geen cijfers van meldingen direct op te vragen. Het Hoofd SEH vertelt: *“Begin 2000 hadden wij veel last, per jaar moesten we ongeveer 160 mensen van de SEH verwijderen en bij een gedeelte was politie nodig.”* Sinds zij met Veiligheidszorg begonnen zijn is de agressie minder geworden, en zien zij vooral verbale agressie.

Het tweede binnenstadziekenhuis is het enige bezochte ziekenhuis waarin niet met Veiligheidszorg gewerkt wordt. Volgens het Hoofd SEH is dit *“...omdat wij als binnenstadziekenhuis al een langere geschiedenis hadden met agressie en geweld en op het moment van totstandkoming van Veiligheidszorg al allerlei vergelijkbare maatregelen hadden ingevoerd”*. Zo heeft het ziekenhuis op dit gebied een convenant met de politie, een incidentenregistratie, legt het toegangsverboden op (voor de afdeling) en maakt het indien nodig gebruik van de procedure beëindigen behandelovereenkomst. Tussen 2006 en 2009 had het ziekenhuis jaarlijks te maken met ongeveer 300-360 agressiemeldingen op de SEH.

In de volgende paragrafen zullen aan de hand van de theoretische modellen de resultaten van de interviews worden besproken. Eerst het economisch model in paragraaf 5.1, vervolgens het in 3 fasen opgesplitste psychologische model in

paragraaf 5.2, het sociologische model in paragraaf 5.3 en daarna in 5.4 de aanbevelingen en tips van respondenten om aangiftebereidheid te verhogen. Tot slot wordt dit hoofdstuk afgerond met samenvatting van de resultaten.

5.1 Economisch

Het economisch model verklaart aangiftebereidheid aan de hand van een kostenbaten afweging die het slachtoffer maakt. De kosten van aangifte doen kunnen onder andere bestaan uit de tijd die men daarmee kwijt is. De baten kunnen bestaan uit een compensatie van de ontstane schade tijdens het delict.

De tijd die men kwijt is met het doen van aangifte wordt door alle respondenten genoemd als een van de belangrijkste redenen om van aangifte af te zien. *“Als het druk is heb je daar gewoon geen tijd voor. Of neem je de tijd er niet voor. En dan denk je na je vroege dienst: ‘Nou het zal wel, klaar, het hoort erbij.’”* Vooral bij de minder ernstige vormen van agressie en geweld, waarbij geen schade of letsel is ontstaan, speelt dit een belangrijke rol. Ook een interne melding, een handeling die 2 minuten in beslag neemt, kost eigenlijk al te veel tijd. *“Voor een scheldpartij of zo neem ik eigenlijk niet zo de moeite om dat te melden.”* De SEH-verpleegkundigen zouden niet meer aan werken toekomen als ze alle verbale agressie zouden melden. Dus hoewel een melding weinig tijd kost, zou het melden van *alle* agressie en geweld die plaatsvindt toch te veel tijd in beslag nemen.

De algemene indruk onder alle respondenten is dat aangifte doen op het politiebureau erg veel tijd kost. Daarbij wordt vaak de tijd die men mogelijk kwijt zou zijn aan een rechtszaak niet eens meegerekend. Alleen al het wachten op het bureau en het doen van aangifte zelf zijn problematisch genoeg. *“Ik heb geen zin om vanuit mijn nachtdienst een paar uur op het bureau te gaan zitten. Ik heb daar geen zin. Een verhoor ja... kijk of ik moet echt aangevallen zijn, in die zin dat ik echt letsel heb. Dan zou ik het denk ik wel doen.”* Verpleegkundigen zijn eigenlijk niet bereid tijd te investeren aan een reactie op agressie en geweld zolang zij niet persoonlijk zijn aangevallen. De enige verpleegkundige die een keer aangifte heeft gedaan, deed dat vanwege een trap in haar buik. Wat er met de dader gebeurd is weet ze niet meer en dat vindt ze ook *“...eigenlijk niet zo belangrijk”*. De reden dat zij aangifte deed was vooral om haar eigenwaarde en om iets terug te kunnen doen.

Andere ‘baten’ dan het rechtvaardigheidsgevoel en iets terug kunnen doen worden door de verpleegkundigen zelf niet genoemd. Beveiligingsmedewerkers vertellen wel dat hun ziekenhuizen ook wel eens de schade op agressieve daders

verhalen. Zo is een beveiligger een keer geblesseerd geraakt door een gewelddadige bezoeker en hebben zowel hijzelf als het ziekenhuis aangifte gedaan “...om de ziektekosten te verhalen”. In een ander ziekenhuis is een complete verkoover⁴ twee dagen in onbruik geweest omdat een agressieve patiënt er had huisgehouden, en werden ook die kosten verhaald. Voor het ziekenhuis en de beveiliging zijn de mogelijke baten al snel groter, en dus een belangrijkere reden.

5.2 Psychologisch

Volgens het psychologische model verloopt het afwegingsproces om aangifte te doen in 3 fases. In de 1e fase moet een misdrijf als zodanig gelabeld worden. In de 2e fase beoordeelt het slachtoffer de onrechtvaardigheid en haar kwetsbaarheid en ervaart zij woede of angst. In de 3e fase maakt het slachtoffer een keuze uit de verschillende reactiemogelijkheden.

5.2.1 Fase 1: Labelling van slachtofferschap en criminaliteit

De respondenten is in de vorm van een stelling gevraagd hoe zij er tegen aankijken dat iemand die vaak met agressie en geweld te maken heeft kennelijk minder goed functioneert. De helft van de gevraagde respondenten acht het (goed) mogelijk dat iemand inderdaad agressie naar zichzelf toetrekt. De bejegening van patiënten is ten slotte een belangrijk onderdeel van de functie. Als mogelijke eigenschappen die agressief gedrag kunnen *triggeren*, noemen verpleegkundigen: gebrekkige verbale en non-verbale communicatie-skills, desinteresse, een arrogante houding en kortaf zijn. Deze tekortkomingen kunnen in de hand gewerkt worden door een hoge werkdruk, het hebben van een rotdag en mogelijk doordat voor iemand “*de maat vol*” is na veel agressie. Daarnaast noemen 2 respondenten een gebrek aan ervaring, waardoor men mogelijk niet tijdig signaleert wanneer een situatie zich tot een agressie-incident kan gaan ontwikkelen. Ook zal men “...als professional een redelijke inschatting moeten maken van ‘wie staat voor me’. Gewoon simpel het geven van een hand kan van invloed zijn op het gedrag van de ander.” Ook moet men het als professional op tijd aangeven wanneer het “bots” met een patiënt. Dan wordt er onderling geswitcht en gaat het soms opeens wel heel goed. Volgens een verpleegkundige wordt er ook te weinig aandacht besteed aan het omgaan met agressie tijdens de opleiding, waardoor zij eenmaal op de afdeling door schade en schande wijs moest worden. De andere respondenten konden zich

⁴ Kamer waar men pas geopereerde patiënten laat bijkomen uit de narcose.

niet in de stelling vinden. Ze vonden het soms een ronduit vreemde manier van denken en geloven ook niet dat anderen op de manier tegen slachtoffers aankijken. Een beveiligger merkt verontwaardigd op: *“Als je 300 patiënten lang geen problemen hebt en de eerstvolgende wel, doe je dan wat verkeerd?”*

Hoewel dus soms wordt gedacht dat slachtoffers minder ervaren zijn en/of minder goed communiceren, geloven de respondenten geen van allen dat dit een rol speelt in het afwegingsproces om aangifte te doen. Ten eerste wordt vaak opgemerkt dat tijd en angst voor represailles veel belangrijkere redenen zijn. Ten tweede wordt bij ernstigere incidenten de beveiliging erbij geroepen, dus kan men het incident niet meer uit bijvoorbeeld schaamte verzwijgen. Ten derde overweegt een verpleegkundige dat eventuele collega's *“...die een bepaalde houding hebben waardoor ze agressie uitlokken...”*, dit zelf waarschijnlijk niet inzien en dus ook niet om deze reden van aangifte af zullen zien. Ten vierde zouden collega's die agressie 'uitlokken' ook een hogere tolerantiegrens ontwikkelen, en wellicht daarom minder snel aangifte doen. *“Ik denk dat je bij die mensen ook heel ver kan gaan. Omdat ze het ook gewend zijn, misschien, om zo'n reactie terug te krijgen”*. Verder merken respondenten op dat het vaker dan anderen in aanraking komen met agressie en geweld juist een reden moet zijn om wel te melden, omdat je dan blijkbaar wel wat ondersteuning kan gebruiken. Een beveiligger krijgt eerder argwaan wanneer iemand weinig of nooit agressie meldt: *“Is er bij jou nóóit wat gebeurd?”*

De redenering van de hogere tolerantiegrens wordt ook vaak genoemd over SEH-medewerkers in het algemeen: doordat zij zo vaak te maken krijgen met agressie wordt de grens steeds verlegd. *“Op een afdeling geriatrie gaan ze al uit hun dak, alleen omdat er eentje ‘stomme trut’ heeft geroepen. Terwijl op de SEH is dat heel normaal.”* Alle respondenten maken wel een opmerking over hoe hoog de tolerantiegrens op de SEH is, óf over hoe veel er gebagatelliseerd wordt. Volgens sommige beveiliggers is de SEH-verpleging gewend geraakt aan agressie: *“Pffff, hoort er bij”*. Wanneer de beveiliging op de SEH over het nut van melden begint, *“...dan word ik recht in m'n gezicht uitgelachen!”* of wordt er gereageerd met *“Ach, dat hoeft toch niet”*. Nadat de beveiliging in een ziekenhuis aangifte deed omdat een dronken vrouw een van hen “getikt” had op de SEH, reageerde de verpleging tot hun ergernis met *“Zou je dat nou wel doen? Is dat nou wel nodig?”*. Ook verpleegkundigen zelf zijn zich er van bewust dat zij heel veel tolereren. *“Je accepteert het niet, maar je neemt maar gewoon aan: die patiënt is agressief, die is zo.”* Ook ergeren zij zich wel aan de agressie: *“Ik stoort me er wel aan... Ik irriteer*

me er rot aan! Maar ik pik gewoon een hoop.” Gevraagd waarom ze er dan niks mee doet, zegt een verpleegkundige: *“Ik vind dat niet nodig omdat ik gewoon een hoop accepteer”*. Een Veiligheidscoördinator vertelt dat hij met meerdere ziekenhuizen bezig is geweest een grens vast te stellen van wat wel en niet geaccepteerd mag worden. *“Dat gaat gewoon niet. Op één afdeling zijn er zelfs al hele discussies”*. Als die norm er toch komt, verwacht hij dat ze op de SEH nog steeds veel blijven accepteren. De tolerante houding is op de afdeling zo wijd verspreid is, dat er mogelijk ook groepsdruk vanuit gaat. Met collega's als 'significant others' die heel veel accepteren, kunnen nieuwe medewerkers deze grens van wat geaccepteerd wordt wellicht makkelijk overnemen.

Deze hoge tolerantiegrens zou in principe net zo goed onder fase 2 gebracht kunnen worden. Dat zou betekenen dat men de agressie wel labelt als crimineel gedrag, maar omdat agressie zo vaak voorkomt wordt men er in de meeste gevallen simpelweg niet erg kwaad of bang meer van. Het onderscheid is echter meer van theoretisch belang. Hetzelfde geldt voor de invloed van de oorzaak of het doel van de agressie. Wanneer bijvoorbeeld emotionele agressie of agressie die wordt gepleegd door iemand die als ontoerekenbaar beschouwd wordt, zou dit prima onder fase 1 gebracht kunnen worden waarbij men het voorval gewoon niet als crimineel gedrag bestempeld (in het laatste geval natuurlijk nog terecht ook). Maar gezien het theoretisch kader en omdat in de vraagstelling tijdens de interviews al werd benadrukt dat het wel om een misdrijf ging, is er voor gekozen dit onderscheid naar oorzaak en doel onder fase 2 te brengen.

5.2.2 Fase 2: Beoordeling onrechtvaardigheid en kwetsbaarheid

De meeste respondenten geven wel aan dat agressie en geweld nooit gerechtvaardigd is. Maar begrip hebben zij vaak wel. Zoals een beveiligiger zegt: *“Je realiseert je altijd dat je in een ziekenhuis werkt. En dat omstandigheden hier anders zijn dan op straat. De reden waarom mensen zo doen... dat het niet zo maar is.”* Wanneer mensen begrip hebben voor de dader of hem niet verantwoordelijk houden voor zijn gedrag, is dit hoogstwaarschijnlijk wel van invloed op de ervaring dat men onrecht is aangedaan. De verpleegkundige die al een keer aangifte heeft gedaan, werd gevraagd of ze bij nog een keer zo'n soort incident weer aangifte zou doen: *“Nou waarvoor ik aangifte heb gedaan waarschijnlijk niet. Maar... als mij echt onrecht aangedaan is zou ik het wel doen ja.”* Wanneer dan sprake is van onrecht (als dat blijkbaar niet altijd het geval is na een trap in de buik) hangt volgens haar

van de situatie af. De oorzaak of het doel kan daarbij relevant zijn. In het kader van de ervaren onrechtvaardigheid zijn hierover vragen gesteld. Er werd onderscheid gemaakt in 4 categorieën: agressie door 'medische' oorzaak, agressie onder invloed van genotsmiddelen, emotionele agressie en doelgerichte agressie. Deze 4 'vormen van agressie' en of de agressie persoonlijk is, worden nu eerst besproken. Daarna komt de ervaren kwetsbaarheid aan de orde in de vorm van risicoperceptie. Daarop aansluitend worden angst voor represailles en anoniem aangifte doen besproken.

5.2.2.1 'Medische' oorzaak

Als agressieve personen door 'medische' oorzaak (psychiatrische of somatische aandoeningen, medicijnen, etc.) 'niet meer weten wat ze doen', vonden eigenlijk alle respondenten het evident dat het doen van aangifte in beginsel onrechtvaardig en zinloos is. Wanneer de verwijtbaarheid van de dader echt ontbreekt, zou dit tenslotte ook een ontslag van alle rechtsvervolging opleveren.

Door twee respondenten werd wel een kanttekening geplaatst. Zo zien zij op de afdeling psychiatrie veel personen met psychiatrische ziektebeelden "...*die los van hun ziektebeeld in een bepaalde vorm verkeren die je als normaal mag beschouwen, maar daarin dus ook nog dusdanig afwijkend gedrag vertonen*". Er is wel eens een patiënt uit de kliniek gezet "...*omdat ie ondanks zijn psychiatrische problemen, ook in het stukje normale gedrag niet meer te handhaven was*". Een beveiliging in een ander ziekenhuis heeft een soortgelijk beeld, en ergert zich aan de zijns inziens soms veel te tolerante houding van de zorgverleners tegenover psychiatrische patiënten: "*Daar heb ik nog wel eens moeite mee. Die mensen praten vaak van 'gezien zijn ziekte of ziektebeeld'. Ja, dat is wel leuk en aardig maar gezien zijn ziektebeeld hoeft ie mij niet te slaan en ook niet de hulpverlener daarbinnen.*" Hoe dan ook is het erg gecompliceerd om dit onderscheid te maken, en wordt meestal geen actie ondernomen tegen dergelijke agressieve patiënten.

5.2.2.2 Genotsmiddelen

De meningen ten aanzien van de groep agressors die onder invloed zijn van (recreatieve) drugs en alcohol zijn meer verdeeld. Vast staat dat zij voor veel overlast zorgen. De beveiliging van verschillende ziekenhuizen schat in dat deze groep verantwoordelijk is voor minstens de helft van alle agressie-incidenten en/of aangiftes. 's Avonds in het weekend zijn de problemen het ergst. "*Groepjes die de hele wachtkamer gaan verbouwen bij de SEH.*" Ook komen verslaafden naar het

ziekenhuis omdat ze *“...denken hier nog wat pilletjes te kunnen krijgen. Of dat ze zich voordoen alsof ze ziek zijn, dan proberen ze van alles binnen te krijgen om maar aan die behoefte aan drugs te kunnen voldoen.”* Aangifte doen van grensoverschrijdende agressie door deze groep wordt door alle beveiliging vanzelfsprekend gevonden. Eén verpleegkundige denkt er net zo over: *“Jij kiest er zelf voor om alcohol en drugs te gebruiken. [...] Anders kan ik wel zeggen van ‘oké ik ga van alles gebruiken en dan ga ik de patiënt slaan.’ Nee, zo werkt het niet.”* Andere verpleegkundigen vinden het met deze groep weliswaar lastiger liggen dan met de ‘medische’ agressors, maar zouden zwaar geïntoxiceerde patiënten *“...toch wel als patiënt behandelen”* en proberen *“...die professionele pet op te houden”*. Of agressie van deze patiënten geaccepteerd wordt, *“dat ligt eraan in hoeverre ze er zelf bij zijn. Als iemand niet in de gaten heeft wat hij allemaal uitvreet is het weer anders. Dan denk ik van ‘nou ja goed, die is dronken’. Ja, eigenlijk zou je dat ook niet moeten accepteren. Maar daar zou ik geen aangifte van doen nee.”* Het probleem lijkt vaak meer de alcohol of drugs dan de patiënt zelf. Een verpleegkundige beschrijft: *“Dan lig je er bovenop met beveiliging en politie en al, en dan worden ze uren later wakker en dan zijn ze poeslief en weten ze niet meer wat ze gedaan hebben. Dus daar is een verschil tussen. Als iemand niks heeft gebruikt, dan neem ik het serieuzer. Absoluut.”* Zij heeft ook het idee dat in het algemeen meer getolereerd wordt van geïntoxiceerde patiënten.

5.2.2.3 Emotionele agressie

Alle respondenten geven aan dat zij tot op zekere hoogte begrip hebben voor emotionele agressie en ze zich hier in kunnen verplaatsen. Ze werken tenslotte in een ziekenhuis waar angst, paniek, pijn en stress erbij horen. Belangrijk is ook dat emotionele mensen vaak nog wel tot bedaren te brengen zijn. *“En dat hoort wel bij het werk.”* Bijvoorbeeld slechtnieuws-gesprekken, of aanstaande vaders die in paniek op de SEH verschijnen en dan horen dat er nog dingen geregeld moeten worden voor ze naar de verloskamer mogen. Of een kind met een bloedend vingertje, waar verpleegkundigen niet van onder de indruk zijn, maar waar ouders heel emotioneel van worden. *“Je ziet dat kind maar bloeden en na 2 uur wachten gaan die door het lint. Dat is ook logisch. Dat is een soort emotionele agressie dus dan ga je ook in gesprek. Als je dan met die mensen gaat praten, kom je erachter dat het in feite hele aardige mensen zijn”*. Als men dan weer tot rust komt is het doel bereikt en is het ook afgehandeld. Maar alle beveiliging benadrukt dat dit begrip

voor emoties tot een bepaalde grens opgaat. Zodra een strafbaar feit heeft plaatsgevonden, maakt het niet meer uit wat de reden was. *“Om iemand te bedreigen, daar kan ik geen passende reden voor vinden.”* Een beveiliging geeft ook aan dat zij vaak pas aankomen wanneer de situatie al geëscaleerd is. En wanneer *“...het kwaad al geschied is”*, maakt het niet meer uit hoe een incident begon, dan worden in principe altijd maatregelen getroffen.

Maar ook wanneer dus wel aangifte wordt gedaan, kunnen emoties een verzachtende omstandigheid zijn. *“Als de zaak voorkomt of de politie zal er iets over gaan roepen of de officier van justitie, dan zal dat wel meewegen.”* Een aspect dat ook zeker van invloed is, is de ervaring dat emotioneel agressieve personen achteraf nog wel eens hun excuses aanbieden. Zo komt het voor dat mensen na een agressie-incident op eigen initiatief met bloemen of taart terugkomen. Als mensen hun excuses aanbieden verandert dat de zaak. *“Want dan hebben ze het toch begrepen”*. In zo'n geval wordt een waarschuwing door verschillende respondenten gezien als een gepaste reactie. Het incident wordt wel geregistreerd, zodat bij eventuele herhaling alsnog actie ondernomen kan worden.

5.2.2.4 Doelgerichte agressie

Voor doelgerichte agressie bestaat onder de respondenten geen enkel begrip. *“Je hebt ook echt mensen die heel bewust de boel treiteren om gewoon hun eigenbelang liefst direct gerealiseerd te krijgen.”* Dat wordt heel respectloos gevonden en als er niet mee te praten valt zal de beveiliging ingeschakeld worden. Maar zuiver instrumentele agressie tegenover verpleegkundigen komt niet heel veel voor. *“Een behandeling afdwingen daar werken wij toch niet aan mee, want daar hebben we niks over te vertellen.”* De agressie waar SEH-verpleegkundigen mee in aanraking komen, gaat meestal over sneller aan de beurt willen komen. Dit is in de praktijk vaak lastig te onderscheiden van emoties. *“Je ziet dat mensen toch met een eigen beleving binnenkomen, een eigen emotie van ‘ik heb een urgent probleem’”*. Naast die eigen beleving is er ook *“...heel veel kennistekort bij het publiek. Die snappen niet dat ze moeten wachten en hebben zoiets van: ‘spoedeisende hulp’? Ik word direct geholpen!”*. Later merkt een collega-verpleegkundige hetzelfde op: *“Ze zeggen ook bij de balie: ik ben EVEN naar het ziekenhuis gekomen. Nou je komt niet “even” naar de Eerste Hulp. Hahaha!”*

5.2.2.5 Op de persoon gericht

Of de agressie op de persoon gericht is, is voor de meeste verpleegkundigen een belangrijk verschil wanneer het aankomt op aangifte doen. Er bestaat vermoedelijk een aardige overlap met emotionele agressie, die vaak meer op de situatie gericht is. Wanneer de agressie verbaal is en zich niet tot een specifieke persoon richt, zal er vaak ook geen sprake zijn van een strafbaar feit. Het is echter niet helemaal duidelijk wanneer respondenten iets als persoonlijk beschouwen. Zo wordt soms agressie vanuit geïntoxiceerde personen niet persoonlijk opgevat omdat iemand *“...niet weet ie zegt”*, terwijl hier mogelijk wel sprake kan zijn van een strafbaar feit. Ook vertelt een respondent dat zij in haar ruim 15 jaar als SEH-verpleegkundige maar 2 of 3 keer agressie ‘zelf heeft ervaren’. *“Die 2 á 3 keer zijn dan echt bedreigingen, dus aan mijn adres geuit. Dat vind ik anders binnenkomen dan als iemand hier boos wordt omdat de wachttijden te lang zijn. Dat vind ik meer in het algemeen. Daar voel ik mij niet persoonlijk voor aangesproken.”* Maar aan de andere kant vertelt zij verderop in het interview over hoe de situatie 20 jaar geleden was: *“Toen werd er eigenlijk vanuit het management wel zo gereageerd van ‘ja nou ja, dat heb je hier nou eenmaal’. [...] Als je zelf vol met goede bedoelingen mensen wil helpen en je kan constant een grote mond krijgen of bedreigd worden... ik vond dat dus niet normaal. Dus ik heb er toen voor gekozen om buiten het ziekenhuis te gaan werken”*. Inmiddels is zij dus weer terug en tegenwoordig gaat het gelukkig *“...180 graden anders”*. Maar duidelijk is dat agressie niet snel persoonlijk genoeg wordt opgevat om aangifte te doen, terwijl het wel heel vervelend gevonden wordt.

5.2.2.6 Risicoperceptie

Er zijn geen specifieke vragen gesteld over risicoperceptie, wel kwam tijdens de interviews naar voren dat de meeste verpleegkundigen zich op het werk veilig voelen. Ze zijn niet vaak alleen op de afdeling en de beveiliging en de politie zijn indien nodig snel ter plaatse. Hoewel de kans dat er iets gebeurt dus misschien groot kan zijn, voelen de verpleegkundigen zich binnen het ziekenhuis veiliger dan er buiten. *“Omdat je weet dat je hier met een heel team ervoor staat, je hebt beveiliging bij de hand, en het is een belletje naar de politie en ze staan hier gewoon binnen 5 minuten op de stoep. Ik voel me hier wel veilig, achter kogelvrij glas. Kijk, als ik zoiets op straat mee zou maken dan sta je er meer alleen voor. Dat is wel een heel verschil. Als ik iets privé mee zou maken zou ik eerder aangifte doen, dan zou ik zeker aangifte doen”*.

Om iets meer over de risicoperceptie te kunnen zeggen is het eerder aangehaalde interne rapport van VPT (Montfort e.a., 2010) geraadpleegd. Hierin geeft 92% van de werknemers in de sector Ziekenhuizen en 88% van de Verpleging en Verzorging aan zich (zeer) veilig te voelen. Voor 'ervaren risico' komen de constructgemiddeldes voor de respectievelijke sectoren op 4,11 en 3,97, waarbij 5 betekent dat de geschatte kans om slachtoffer te worden zeer klein is en 1 betekent dat de geschatte kans zeer groot is. In beide sectoren schat ruim 70% deze kans slachtoffer te worden van een delict in op (zeer) klein. Zie ook tabel 5.

Tabel 5. Geschatte kans dat men persoonlijk de komende 12 maanden in zijn baan te maken krijgt met onderstaande vormen van ongewenst gedrag.

		Zeer groot	Groot	Niet groot, niet klein	Klein	Zeer klein	Sector-gemiddelde
Totaal	Zkh	1,6%	5,2%	16,8%	33,4%	43,8%	4,11
	V&V	2,2%	9%	18,6%	33,4%	36,8%	3,97

Bron: Montfort e.a. (2010)

Deze cijfers staan niet in verhouding tot de daadwerkelijke slachtoffercijfers, zoals die in hoofdstuk 3 gepresenteerd zijn. Dat ziekenhuispersoneel de kans om slachtoffer te worden dusdanig laag inschat, kan volgens het psychologische model een negatieve invloed hebben op de aangiftebereidheid.

Er zijn aan de respondenten ook geen vragen gesteld omtrent de discrepantie tussen mogelijke en daadwerkelijk schade. Maar omdat de meeste (ernstigere) incidenten worden beëindigd door ingrijpen van de beveiliging, ligt het in de lijn der verwachting dat verpleegkundigen de mogelijke schade groter inschatten dan de daadwerkelijke schade. Het had immers vaak erger kunnen aflopen als de beveiliging niet had ingegrepen, misdrijven zijn wellicht nog niet voltooid. Volgens het model van Greenberg en Ruback (1992) zou dit betekenen dat het met de boosheid over deze incidenten wel meevalt, maar dat de angst voor wat had kunnen gebeuren relatief groot is. Maar of dit werkelijk klopt, en wat de eventuele invloed op de aangiftebereidheid zou zijn, kan niet op basis van de interviews worden gezegd.

5.2.2.7 Angst voor represailles

Meer angst kan zowel de motivatie om aangifte te doen verhogen als angst voor represailles in de hand werken. Één verpleegkundige en eigenlijk alle beveiliging en leidinggevenden benadrukten dat emotie en de angst het moeilijk maken om een slachtoffer over te halen om aangifte te doen. Vaak ging een agressie-incident gepaard met allerlei bedreigingen aan het adres van het

slachtoffer: *“Ik weet je te vinden”, “Ik maak je af”*. Angst voor represailles is volgens meerdere leidinggevenden en beveiligers *“heel hoog”* en de *“grootste reden”* om van aangifte doen af te zien. *“Vooral van de ernstigste incidenten is dat zo, als het echt van die boefjes zijn”*. Want ook het type dader maakt verschil: *“Bij gewone mensen maakt het niet zoveel uit, dan doen ze dat wel. Maar als ze weten dat het van die boevenfiguren zijn daar hebben ze angst voor.”* Soms heeft een verpleegkundige al dingen over haar privéleven vertelt toen de patiënt of begeleider nog rustig was, en wordt dit later tegen haar gebruikt. *“Ik weet je dochter ook wel te vinden”*. Volgens een verpleegkundige speelt de angst voor represailles vooral een rol bij bekende patiënten, die wel vaker op de afdeling komen. Het is lastig dat daders weten dat de verpleegkundigen op de SEH werken, dus iemand die kwaad wil zou gewoon naar de afdeling toe kunnen komen. Ook de bedreiging buiten het ziekenhuis te worden opgewacht werd twee keer genoemd als erg intimiderend: *“Jij bent 11 uur uitgewerkt hè, wacht maar ik pak je wel”*. Soms durft een verpleegkundige niet eens alleen naar huis te gaan. *“Dan denk je er niet eens aan om aangifte te gaan doen.”* Vooral bij het idee om privé met de dader te worden geconfronteerd voelt men zich niet prettig. *“Zeker niet als je ook nog een gezin met kinderen hebt.”* In het ‘plattelandsziekenhuis’ speelt ook de verhoudingsgewijs grote kans dat men de dader op straat tegenkomt een rol. Of dat de kinderen bij elkaar op school zitten of men bij elkaar in de buurt woont. Men weet vaak wel dat de kans op represailles heel klein is, maar dat verandert niets. *“Je wilt gewoon niet tot die 2% horen”*. Een leidinggevende vermoedt ook dat voorvallen die in het nieuws geweest zijn de angst voor represailles versterken. *“Kijk, in de praktijk is het nooit gebeurd. Maar er zijn in het verleden een aantal vervelende incidenten gebeurd in den lande. En dat blijft op een bepaald moment toch doorwerken. Je hoeft maar een idioot te hebben die vindt dat hij hier niet goed behandeld is, hij loopt het ziekenhuis in en ja... kijk maar weer naar Alphen. Of op het Terra college...”*

5.2.2.8 Anoniem aangifte

Anoniem aangifte doen lijkt een aantal respondenten een mooie oplossing. Maar er wordt nog wel getwijfeld aan de haalbaarheid. De methode van aangifte doen onder personeelsnummer zoals het Slingelandziekenhuis heeft gedaan (zie Bijlage), is bij de meeste ziekenhuizen bekend. Sommigen hebben zelf ook al met politie en OM over de mogelijkheden gepraat, maar zijn tot de conclusie gekomen dat het niet kan. Hoewel de rechtbank Zutphen de methode heeft goedgekeurd,

hebben de verdachte en zijn advocaat verstek laten gaan in deze zaak en is er door hen geen beroep aangetekend. Het wordt dus betwijfeld of de methode opnieuw zal werken. En hoewel aangifte onder personeelsnummer vanwege de anonimiteit een welkome oplossing zou zijn, wordt het beschouwd als een flinke omweg. De coördinator Veiligheidszorg moest in het ziekenhuis verklaringen van de slachtoffers opnemen en hiermee vervolgens naar het politiebureau. Wanneer er iets ontbrak in de verklaringen herhaalde zich dit weer. Sommige respondenten zien daarom meer heil in een procedure waarbij het ziekenhuis in de plaats van de medewerker aangifte kan doen, zonder dat haar medewerking daarbij nodig is. De beveiliging doet dit al bij vermogensmisdrijven. Maar bij agressie en geweld, echt tegen de persoon gericht, is de medewerking van het slachtoffer vaak noodzakelijk. De beveiliging heeft wel verschillende andere opties om zonder de hulp van het slachtoffer incidenten af te handelen. Hierover, en over de verschillende reactiemogelijkheden van het slachtoffer, gaat de derde fase van het proces.

5.2.3 Fase 3: Keuze uit reactiemogelijkheden na victimisatie

Het slachtoffer kan kiezen uit 4 reacties volgens het model van Greenberg en Ruback (1992). Daarnaast beschikt het ziekenhuis ook over een aantal reactiemogelijkheden. Over dit laatste zullen eerst de resultaten worden besproken, samen met cognitieve revaluatie en niks doen. Vervolgens komen de persoonlijke oplossingen en wederom niks doen, met tot slot aangifte doen bij de politie.

5.2.3.1 Reactie vanuit de organisatie, cognitieve revaluatie & niets doen

Zoals gezegd maken 3 van de 4 bezochte ziekenhuizen gebruik van het Veiligheidszorg-protocol en heeft het 4e ziekenhuis soortgelijke maatregelen getroffen. In alle ziekenhuizen komt uit de interviews het beeld naar voren dat de beveiliging steeds eerder en vaker preventief wordt ingezet. In het licht van de kennisverspreiding over reactiemogelijkheden is dit zonder meer handig. De beveiliging weet welke regelingen en convenanten er zijn en kan slachtoffers hier direct over inlichten wanneer ze ter plaatse zijn. Sommige verpleegkundigen blijken al aardig op de hoogte te zijn van de reactiemogelijkheden van het ziekenhuis. Maar andere verpleegkundigen lijkt het niet zo veel te interesseren of willen er zo min mogelijk omkijken naar hebben. Een verpleegkundige beschrijft de inzet van de beveiliging bij een agressie-incident als volgt: *“Als een patiënt hier agressief is dan bellen wij de beveiliging en die is er heel snel. Dan draag je iemand, het agressieve*

gedeelte van die persoon zeg maar, die draag je over aan de beveiliging. [...] Dus in feite is het zo dat als ze er eenmaal zijn, dat je een beetje klaar bent met dat gedeelte, zodat je je werk kan doen. [...] Dan komt eigenlijk niet eens meer in mij op om te zeggen van ik ga aangifte doen bij de politie. Want je voelt je dan een stuk veiliger als ze er zijn.” De beveiliging neemt (de afhandeling van) het incident uit handen van de verpleegkundige en heeft zelf verschillende reactiemogelijkheden waarbij medewerking van de verpleegkundige niet nodig is. Het kunnen uitdelen van een rode of een gele kaart *“...is kort gezegd een stok om mee te slaan voor ons. Om mensen zich ervan bewust te maken, dat als ze hier over de schreef gaan, dat het consequenties heeft”*. De verpleegkundigen zelf *kunnen* dit soort maatregelen ook niet nemen, dus het geven van een reactie komt voor het grootste deel op het bord van de beveiliging terecht. Dit is natuurlijk bevorderlijk voor het werk van de verpleegkundige, maar dit zou wel ten koste kunnen gaan van de motivatie om aangifte te doen. Vaak pakt de verpleegkundige na een incident het werk weer op en wil na afloop geen uren op het politiebureau zitten. Dus ze gaat naar huis en er vindt ‘cognitieve revaluatie’ plaats. *“Dan slaap je er nog eens 2 nachtjes over en ga je weer bagatelliseren: ‘Och, nou ja het was zo erg niet. We gaan door’”*. Zoals hiervoor al beschreven kiezen verpleegkundigen er vaak voor om niks met een incident te doen, ook zonder dat eerst cognitieve revaluatie heeft plaatsgevonden.

5.2.3.2 Persoonlijke oplossingen en niks doen

Ook de 3 private oplossingen (tegemoetkomen, vermijden en aanvallen) worden toegepast. De optie om de patiënt tegemoet te komen komt niet echt ter sprake. Een verpleegkundige vertelt wel: *“Sommigen hebben we zelfs sneller geholpen omdat ze zo agressief waren in de wachtkamer.”* Maar omdat de andere wachtenden hier ook agressief van werden, zijn ze met deze strategie nu in ieder geval gestopt. Vermijden (ook wel preventie) is duidelijk de meest gekozen oplossing door zowel verpleegkundigen als de werkgevers. Verpleegkundigen kiezen er vaak voor de dader te vermijden door bijvoorbeeld met een collega te switchen of zich even terug te trekken. Door de ziekenhuizen is een scala aan preventieve maatregelen genomen: van bouwkundige aanpassingen, kogelwerend glas, cameratoezicht en een waakhond tot triage en agressietrainingen. De aanval is duidelijk de minst populaire strategie. Meerdere verpleegkundigen zeggen dat ze ‘buiten’ wellicht wel iets terug zouden roepen of van zich af zouden slaan, en sommigen zouden dit eigenlijk ook het liefst doen. Maar op het werk gaat dat niet,

“...want op het moment dat jij dus de verkeerde dingen doet of zegt, dan zit jij in een heel andere rol op het moment dat de ander aangifte doet. Dan ben je als zorgverlener gewoon kwetsbaar.” Hoewel het niet kunnen gebruiken van de optie ‘aanvallen’ een toename van de andere opties zou moeten betekenen, heeft dit een positief effect op aangifte doen. Want volgens 2 verpleegkundigen *“...kunnen ook een heleboel dingen tegen je gebruikt worden”*. Omdat niemand zit te wachten op *“...een lange nasleep van een incident waarbij een advocaat toch weer de onderste steen bovenhaalt”*, wordt niks doen de meest aantrekkelijke optie.

5.2.3.3 Aangifte bij de politie

Het vertrouwen in het rechtssysteem en de uitwerking daarvan op de dader zijn niet erg positief. *“Het kost extra veel tijd en je weet ook dat diegene daar niet echt veel straf voor krijgt. Ik denk ook niet dat het hun leven gaat verbeteren.”* Wanneer aangifte wordt gedaan is de ervaring dat een zeer langdurig proces volgt, waar men maandenlang niets meer van hoort. Dit wekt de indruk dat er niets mee gebeurt. *“Op het moment dat je na een half jaar, of driekwart jaar met iets komt, dan leeft dat gewoon niet meer. Dan heb je op dat moment bij de mensen de bevestiging bereikt van ‘het heeft toch geen zin’. Dan loop je achter de feiten aan. Dat is op dat moment een beleving die bijna niet meer te corrigeren is.”* De meeste verpleegkundigen zijn niet of nauwelijks op de hoogte van bijvoorbeeld afspraken die met politie en OM gemaakt zijn over de afhandeling van agressie-incidenten, de wijkagent die spreekuur houdt in het ziekenhuis, of dat aangifte doen op afspraak ook een mogelijkheid is. Hun kennis over aangifte doen is voornamelijk gebaseerd op ervaringen (van anderen) uit het privéleven. Dit zou een nadelige invloed op de aangiftebereidheid kunnen hebben. Aan de andere kant zou de beveiliging het slachtoffer over deze extra mogelijkheden kunnen inlichten wanneer er daadwerkelijk sprake zou zijn van een agressie-incident.

De beveiliging is echter ook niet ronduit positief over aangifte doen. Een beveiliging heeft eens het hele proces gevolgd van iemand die 2 verpleegkundigen en hemzelf met een mes bedreigd had. Na een twee jaar lang durend proces kreeg de dader 2 jaar voorwaardelijk. *“Wat heeft het voor zin?”* verzucht hij. Ook een leidinggevende vindt: *“Aangifte doen is zo demotiverend”*. Dat ligt overigens niet aan de politie, waar vooral de beveiliging zeer positief over is. Overal zijn convenanten gesloten en afspraken gemaakt en er wordt goed contact onderhouden met de wijkagent. Het probleem is dat zodra een agressieve patiënt of bezoeker uit het

ziekenhuis is verwijderd, de politie er weinig mee kan. Een beveiligger vertelt: *“Dat zijn die 6-uurs klanten. Althans, zo begrijp ik dat van de politie. Ze zijn 6 uur bezig met zo'n patiënt in de zin van papierwerk, ophalen en verhoren, dat soort zaken. En na 6 uur loopt ie weer vrij rond.”* Ook in een ander ziekenhuis heeft de beveiliging de indruk dat de politie er meer werk mee heeft dan dat ze er iets kunnen bereiken. Er moet heel wat aan de hand zijn, voor men denkt dat aangifte doen zin heeft. Zoals een verpleegkundige toelicht: *“Ik wil aangifte doen wanneer ik weet dat er iets mee gebeurt. Ik wil niet gaan zitten en aangifte doen en dan is het gewoon voor de statistieken. En dan hoor je, ‘ja er is een toename van agressie in het ziekenhuis...’”*.

5.3 Sociologisch

In het sociologische model wordt onder meer rekening gehouden met het feit dat verpleegkundigen in de semipublieke ruimte aanwezig zijn. Verder zijn de beroeps cultuur en het arbeidsethos van invloed. Het zou van invloed kunnen of de dader een bezoeker of een patiënt is. Deze punten zullen nu in deze volgorde worden doorgesproken.

5.3.1 Semipublieke ruimte / binnen een organisatie

Volgens Goudriaans (2006) studie zijn mensen in de semipublieke ruimte meer ingesteld op onvoorspelbare gebeurtenissen, waardoor de inbreuk op het gevoel van veiligheid en het ervaren onrecht kleiner zijn. Zoals uitgebreid beschreven onder fase 1 van het psychologisch model accepteren en bagatelliseren SEH'ers veel agressie-incidenten omdat deze zo vaak voorkomen. Deze gedachtegang sluit redelijk aan bij Goudriaans hypothese. Ook de hiermee samenhangende hypothese dat aangiftebereidheid lager is in de semipublieke ruimte omdat binnen organisaties vaak al formele wet- en regelgeving bestaat die beschrijft wat er moet gebeuren na een misdrijf, werd herhaaldelijk bevestigd in de interviews. Zie hiervoor fase 2 onder “gevoelens van kwetsbaarheid” en ook fase 3 van het psychologisch model.

In de interviews is ook gevraagd of de respondenten wel eens de indruk hadden dat agressie-incidenten bewust binnenshuis gehouden werden om de reputatie van de organisatie te beschermen. Geen van de respondenten had het idee dat dit een rol speelt. Misschien dat het vroeger zo was, maar dan heeft er wel een “switch” in plaatsgevonden. Tegenwoordig levert het vaak ook juist positieve aandacht op wanneer een ziekenhuis aangifte doet van agressie.

5.3.2 Beroepscultuur & arbeidsethos

Verder houdt het sociologisch model rekening met een 'eigen' houding ten aanzien van agressie en geweld. Dat ze op de SEH een eigen beroepscultuur hebben op dit punt komt eigenlijk ook weer overeen met het onder fase 1 beschreven verhoogde tolerantieniveau op de SEH. Bijna unaniem wordt opgemerkt op daar op de SEH op een andere manier tegenaan wordt gekeken.

Het arbeidsethos komt enigszins terug in de uitingen van verpleegkundigen dat verder niet te veel tijd willen verspillen aan agressie-incidenten en het reageren daarop, omdat ze verder willen/moeten gaan met hun werk. Dat kan nou eenmaal niet nog een dagje kan wachten, en dit kan al een drempel zijn om aangifte te doen. Meerdere verpleegkundigen merken op dat aangifte doen onder werktijd vaak drempelverhogend is: *"Het zal misschien in de dagdienst wel kunnen omdat je dan toch wel extra mensen hebt die eventueel kunnen inspringen, maar in een avonddienst... ja ik denk dat het zou kunnen als je zou overleggen met je collega's. Maar je ervaart het dan zelf ook weer als een soort van last, zo van: het is hartstikke druk, ik laat nu mijn collega's in de steek omdat ik aangifte wil doen."* En de meeste agressie- en geweldsincidenten vinden plaats in de avonden en in het weekend, wanneer een invaller ook niet zomaar geregeld is. Om na afloop van een dienst nog aangifte te gaan doen is voor de meeste verpleegkundigen geen optie. *"Na je werk ben je helemaal gaar. Het is zo'n drukke afdeling, je wilt gewoon naar huis als je klaar bent. Ja, dan heb je geen zin meer om aangifte te doen of iets anders"*. Zie ook onder het economische model. Ook wordt meermaals opgemerkt dat men geen privétijd aan een 'werk-gerelateerd probleem' wil verdoen. *"Ik heb gewoon geen zin om in m'n privétijd aangifte te gaan doen, voor zoiets."* Een oplossing zou eventueel zijn dat de tijd terugbetaald wordt.

5.3.3 Bezoeker of patiënt

Er is respondenten ook gevraagd of zij anders omgaan met een agressieve bezoeker dan met een agressieve patiënt. Hierbij werd benadrukt dat een patiënt bedoeld wordt die bij zijn volle verstand is. Beveiligers tekenden hierbij wel aan dat dit in de praktijk niet altijd duidelijk is. *"Bij een patiënt houd je toch meer rekening met de omstandigheden. Waarom doet die persoon zo? Dat kan ook neurologisch zijn, of misschien in z'n hoofd, iets psychisch, of pijn, emoties."* Een verpleegkundige beargumenteert dat *"...ik denk dat ik van die patiënt meer accepteer omdat die zich in een situatie bevindt waarbij hij zichzelf niet echt kan behelpen."* Een begeleider of

bezoeker daarentegen kan weg wanneer hij wil. De andere respondenten benadrukken allemaal dat zij in principe geen onderscheid maken. Wel is het makkelijker om aangifte te doen tegen een patiënt omdat het ziekenhuis daar alle gegevens van heeft. Juridisch gezien moet voorzichtig worden omgesprongen met vooral patiënten in de categorie 'noodzakelijke zorg'. Daarvoor bestaat er de procedure ontzegging behandelovereenkomst. *“Dan praten we met het team: de arts, het afdelingshoofd, de coördinator Veiligezorg en de Raad van Bestuur. [...] De behandelend arts is daar eigenlijk 'leadend' in, want die gaat over de zorg.”* De coördinator licht toe dat bezoekers van de patiënt vaak de meeste narigheid veroorzaken, en dat het verplaatsen van de patiënt naar de andere kant van het land al heel veel problemen zou kunnen tackelen. Maar het is een heel gedoe, dus gelukkig gaat het om een zeldzame situatie. *“Die patiënt is vaak niet agressief. Die heeft veel pijn, maakt zich te veel zorgen over wat ie allemaal heeft, is zo bezig met zichzelf”.* Maar wanneer het wel om een patiënt gaat, *“...ben je in die tijd dat zo'n procedure loopt natuurlijk als zorgverlener nog steeds verplicht om adequate zorg te verlenen. En dat wringt natuurlijk soms ook.”* aldus een verpleegkundige. Dat het contact met de patiënt ook na een agressie-incident vaak gewoon doorgaat, zou verpleegkundigen ervan kunnen weerhouden om de beveiliging in te schakelen, zo overweegt een beveiligiger. *“Zij moet een half uurtje later wel weer die man op het toilet brengen of te eten geven. En die confrontatie als wij er dan niet bij zijn, dat ze daar bang voor zijn, dat dat een grote rol kan spelen”.*

5.4 Tips en aanbevelingen van respondenten

De respondenten is ook gevraagd wat er volgens hen nog moet verbeteren op het gebied van aangifte doen. Het vaakst werd genoemd dat het makkelijker en sneller moet: laagdrempeliger, toegankelijker, korter en bondiger. Aangifte moet altijd onder werktijd kunnen en bijvoorbeeld via internet of telefoon. Ook zou het mooi zijn als er een agent (periodiek of op afspraak) in het ziekenhuis komt om aangiftes op te nemen. Sommige van de door verpleegkundigen genoemde tips zijn al gerealiseerd, maar dat waren zij niet van op de hoogte. Aandacht voor het onderwerp en voorlichting hierover zijn dan ook erg belangrijk. Het moet duidelijk zijn wat er bij het doen van een melding en aangifte komt kijken. Desnoods zou de politie eens in de zoveel tijd een presentatie moeten geven. Verder werd de mogelijkheid om anoniem aangifte te doen genoemd. Idealiter moet het ziekenhuis namens het slachtoffer aangifte kunnen doen zonder dat deze er aan te pas komt.

Verder werd het belang van een goede terugkoppeling 4 keer genoemd, het nut van intern melden en registreren en dat daders hard aangepakt moeten worden met lik-op-stuk-beleid. Ook een taakstraf in het ziekenhuis werd genoemd als leerzame straf voor dronken jongeren. *“Laat ze maar eens zien hoe dat dan is voor ons”*.

5.5 Samenvatting van de resultaten

De belangrijkste verklaringen voor variaties in aangiftebereidheid uit het economische model waren, zowel in theorie als resultaten, de ingeschatte tijd die men kwijt is met aangifte doen en of er letsel is ontstaan. De inschatting van hoeveel tijd men precies kwijt is met aangifte doen lijkt vaak niet erg accuraat. Maar het is twijfelachtig of verpleegkundigen het er überhaupt voor over hebben enige tijd te investeren een reactie, zolang er geen letsel is ontstaan. Die ‘vereiste’ dat er sprake moet zijn van letsel heeft weinig te maken met schadevergoedingen, maar het gaat er meer om dat het dan persoonlijk wordt. Voor de beveiliging, die in naam van het ziekenhuis handelt, speelt het verhalen van schade wel een rol.

Uitgaande van het psychologisch model, moeten slachtoffers in de eerste fase na een delict het voorval labelen als criminaliteit. Er wordt door bijna alle respondenten op gewezen dat er op de SEH heel veel geaccepteerd en gebagatelliseerd wordt. De invloed van collega’s, als ‘significant others’, kan deze houding nog verder onderling versterken. Een (negatief) stereotype over slachtoffers kwam uit interviews met een aantal respondenten wel naar voren, maar niemand denkt dat zo’n stereotype een rol speelt in aangiftebereidheid. Verder lijkt het er op dat agressieve patiënten of bezoekers niet heel snel verwijten worden gemaakt. Dit kan zowel van invloed zijn op de labelling van het incident, als op de ervaren onrechtvaardigheid in fase twee. In ieder geval wordt er in principe geen actie ondernomen wanneer de agressor een ziektebeeld heeft dat ten grondslag kan liggen aan zijn gedrag. Maar ook wanneer de dader onder invloed van genotsmiddelen is wordt de schuld door de meerderheid van de geïnterviewde verpleegkundigen meer aan de drank of drugs geattribueerd, dan aan de gebruiker. Hetzelfde geldt min of meer voor emoties, waar in veel gevallen begrip voor bestaat. Instrumentele agressie wordt totaal niet acceptabel gevonden, maar soms wordt de oorzaak wel bij een kennistekort of onjuiste beleving gelegd. Agressief gedrag wordt zo niet direct gerechtvaardigd, maar de schuld wordt wel vaak extern geattribueerd aan factoren als stress, angst en onwetendheid in plaats van intern aan de dader. Voor de beveiliging is minder van belang wat de oorzaak is, omdat zij vaak pas ter

plaatse komen wanneer de grenzen al zijn overschreden. In fase twee is naast de hoeveel woede die een incident heeft opgeroepen door ervaren onrecht, ook de ervaren angst en kwetsbaarheid van belang. Verpleegkundigen schatten de kans om slachtoffer te worden op het werk vrij klein in en voelen zich veilig op het werk. Zij zijn bang dat iemand die kwaad wil doen hen buiten het ziekenhuis kan opwachten. Regelmatig worden door agressieve patiënten of bezoekers dergelijke bedreigingen geuit. Anoniem aangifte doen kan een oplossing zijn, maar wordt gezien als een tijdrovende, omslachtige manier en de dader kan nog altijd weten wie hij geslagen of bedreigd heeft en waar ze werkt. In fase drie kiezen de SEH-verpleegkundigen er het vaakst voor om de dader te vermijden, niks te doen en/of het voorval aan de beveiliging over te laten. Met de meeste incidenten komt de beveiliging ter plaatse, nemen zij het incident over en de verpleegkundige gaat door met haar werk. Persoonlijke oplossingen als de dader aanvallen of tegemoetkomen, zijn niet aantrekkelijk. De kennis en attitudes ten aanzien van aangifte doen zijn vaak gebaseerd op ervaringen (van anderen) uit het privéleven. Aangifte doen komt soms niet eens bij het slachtoffer op, en zowel is het beeld dat het erg veel tijd kost en dat het weinig zin heeft, omdat de dader toch geen serieuze straf krijgt en hij zijn leven ook niet zal beteren.

Wat sociologische verklaringen betreft, lijkt het plaatsvinden van een incident in de semipublieke ruimte, oftewel binnen een organisatie met haar eigen reactieprotocollen, er inderdaad voor te zorgen dat slachtoffers vaker niets doen en het reageren aan de organisatie overlaten. De beroeps cultuur komt onder meer tot uiting in de vorm van de hoge tolerantiegrens op de SEH. Ook hebben respondenten blij gegeven van een arbeidsethos waarbij men het werk niet graag onderbreekt om aangifte te gaan doen. Na afloop aangifte doen wil men ook niet, omdat het werk vaak zwaar en vermoeiend is en de verpleegkundigen dan naar huis willen. Of de agressor een bezoeker of een toerekeningsvatbare patiënt is maakt de meeste verpleegkundigen weinig uit. De indruk is dat de (toerekeningsvatbare) patiënt sowieso weinig agressief is. Maar wanneer het wel gebeurt, is het grootste verschil tussen patiënt en bezoeker dat de patiënt niet altijd weg kan worden gestuurd. Daarnaast wringt het soms dat deze beslissing niet bij de verpleegkundige ligt, en dat zij soms dus een agressieve patiënt moet blijven verzorgen.

Verbeterpunten die respondenten noemen vallen als volgt samen te vatten: er zou altijd super-snelrecht en lik-op-stuk-beleid moeten worden toegepast en aangifte moet anoniem kunnen bij een agent die op afspraak in het ziekenhuis komt.

6 Discussie

Om agressie en geweld tegen overheidswerknemers tegen te gaan is het van belang dat er vaker aangifte wordt gedaan. SEH-verpleegkundigen vormen een groep van deze werknemers die vaak in aanraking komen met agressie en geweld, maar weinig aangifte doen. Daarom is in deze scriptie de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Welke factoren zijn van invloed op de aangiftebereidheid van agressie en geweld tegen SEH-verpleegkundigen door patiënten en bezoekers?

Om hier antwoord op te geven zijn zeven deelvragen opgesteld, die achtereenvolgens beantwoord zijn.

In hoofdstuk 2 is antwoord gegeven op de eerste deelvraag en zijn de voor dit onderzoek belangrijkste theorieën over aangiftebereidheid in kaart gebracht. Dit bleken er aardig wat te zijn. De gevonden theorieën konden naar Goudriaans (2006) voorbeeld worden verdeeld in drie modellen, die in deze scriptie als theoretisch kader gebruikt zijn. In de tweede paragraaf is deelvraag 2 besproken aan de hand van een beknopte opsomming van relevante initiatieven en beleid ten aanzien van agressie en geweld in de zorg. Het bleek dat de ziekenhuisbranche het probleem zelf al een aantal jaren had opgepakt voordat het thema echt op de agenda van de rijksoverheid terecht kwam. Inmiddels hebben veel verschillende organisaties op verschillende niveaus zich met het probleem bezig gehouden.

Hoofdstuk 3 ging in op deelvraag 3 en 4 en gaf aan de hand van meer kwantitatief onderzoek een beeld van de aard en omvang van agressie en geweld, aangiftebereidheid en veel voorkomende redenen om al dan niet aangifte te doen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van medisch en criminologisch onderzoek en verschillende monitoren die door de rijksoverheid en met name het programma Veilige Publieke Taak zijn gehouden. Uit Tabel 1 wordt al duidelijk dat werknemers in ziekenhuizen en in de verpleging en verzorging veel vaker te maken krijgen met agressie en geweld dan de gemiddelde burger. Verpleegkundigen lijken bovendien weer vaker dan artsen met agressie te maken te krijgen, wellicht mede omdat zij vaker contact met patiënten en bezoekers hebben. Uit paragraaf 3.3.1 blijkt vervolgens dat landelijke aangiftecijfers voor totale criminaliteit rond de 27-30% liggen en voor geweldsdelicten rond de 12-15%. Van mishandeling wordt gemiddeld veel vaker aangifte gedaan (32%), wat overeenkomt met de 'economische theorie' en de uitspraken van de respondenten in de interviews. In paragraaf 3.3.2 komt

naar voren dat van de ziekenhuizenwerknemers die slachtoffer worden van agressie of geweld, slechts 10% melding maakt bij de politie en binnen deze groep doet 35% aangifte. Het aangiftepercentage voor ziekenhuiswerknemers is dus beduidend lager dan dat voor de algehele bevolking. De volgens eerder onderzoek meest voorkomende redenen om geen aangifte te doen waren dat men het incident 'niet erg genoeg' vond of omdat het 'ter plekke is opgelost'. Wat de meest voorkomende redenen betreft verschilde de sector ziekenhuizen in grote lijnen niet van de algehele bevolking (afgezien van de grote onbekende categorie 'anders' bij de IVM).

Nadat in hoofdstuk 4 de gebruikte methoden zijn toegelicht, zijn in hoofdstuk 5 de laatste drie deelvragen besproken. Hiervoor zijn 15 halfopen interviews gehouden met SEH-verpleegkundigen, beveiligers en leidinggevenden. Het uit hoofdstuk 3 naar voren gekomen beeld dat veel slachtoffers agressie- en geweldsincidenten niet erg genoeg vinden om aangifte van te doen en dat het probleem voor hen vaak al opgelost is, is in de gehouden interviews bevestigd. Vooral de SEH-verpleegkundigen hebben een naar boven bijgestelde perceptie van wanneer gedrag strafwaardig is. Er worden door respondenten verschillende verklaringen gegeven voor die eigen tolerantiegrens. Men zegt dat ze op de SEH zoveel agressie en geweld meemaken dat ze er min of meer aan 'gewend' raken. Dat mag dan misschien waar zijn, maar de beveiliging is hoogstwaarschijnlijk ook 'gewend' aan agressie, en zij tolereren niet alles. Alleen de 'gewenning' is dus niet het probleem, er is nog iets anders aan de hand. Het meest evidente verschil tussen de beveiliging en de SEH-verpleging is natuurlijk dat het tot het werk van de beveiliging hoort om te reageren op agressie en geweld, terwijl SEH-verpleegkundigen hun eigen werk te doen hebben. Zij lijken zich in het algemeen niet zo geroepen te voelen om veel tijd en moeite te investeren in de aanpak agressie en geweld. Criminaliteitsbestrijding maakt zogezegd geen deel uit van hun taakomschrijving. Daarbij houden hun eigen taken niet zomaar op wanneer er een incident plaatsvindt, maar worden ze vaak zo snel mogelijk weer opgepakt nadat de beveiliging het agressie-incident heeft overgenomen. Hoewel het een bijzonder simpele verklaring is, is het wel duidelijk dat veel van de in de interviews genoemde argumenten samenkomen bij de onderliggende verklaring dat de SEH-verpleegkundigen aan het werk zijn.

Het 'economische argument' dat melden en aangifte doen te veel tijd kost bijvoorbeeld. Wat tijd betreft kan er worden opgesplitst naar drie momenten waarop men geen tijd heeft. *Onder werktijd* wil of kan vaak geen aangifte gedaan worden

omdat men het werk niet zo maar kan laten vallen (de meeste agressie vindt plaats op drukke momenten, zoals 's avonds in het weekend). *Na afloop* is de SEH-verpleegkundige moe van het werk en heeft ze er geen fut meer voor. En *na een nachtje slapen*, als de ergste emoties eraf zijn, wil zij niet te veel privétijd 'verdoen' aan een werk-gerelateerd probleem.

Dan zijn er nog de 'psychologische' verklaringen voor het tolereren van 'minder ernstig' agressief gedrag, waarbij schuld en verwijtbaarheid van de dader aan externe factoren als ziekte, stress, onjuiste beleving, drank en drugs geattribueerd wordt. Buiten een ziekenhuis zouden al deze externe factoren niet zo snel een rol spelen. Daarnaast kan het werk van de SEH-verpleegkundige een bijdrage leveren aan hun ogenschijnlijk meer begripvolle houding. De verpleging ziet immers vaker ook een andere, misschien wel heel aardige kant van agressieve patiënten. Dit in tegenstelling tot de beveiliging die meer 'zwart-wit' over deze zaken denkt. In plaats van begrip te hebben voor de agressor kan de verpleegkundige wanneer zij overweegt de beveiliging te bellen (en mogelijk melding of aangifte te doen), ook bang zijn voor de reactie van de dader nadat de beveiliging weer vertrokken is. Want als zij misschien niet met een collega kan switchen, staat ze er daarna weer alleen voor. Daarnaast is het voor de dader makkelijk om de verpleegkundige op de afdeling te komen opzoeken of buiten het ziekenhuis op te wachten. Wanneer zij (niet beschermd) aangifte doet, zou de dader ook achter haar thuisadres kunnen komen. Door de dader opgezocht worden in de eigen woonomgeving, waar men er alleen voor staat, is de grootste angst voor veel slachtoffers. De verpleegkundige wil een dergelijk probleem niet graag 'mee naar huis' nemen en de situatie nog 'erger maken'. Wanneer de beveiliging arriveert tijdens of vlak na een incident, nemen zij de dreiging weg en hebben de verpleegkundigen er als het goed is ook even geen omkijken meer na. Het probleem is dan opgelost. De verpleegkundige is zich er van bewust dat de organisatie zelf ook actie kan ondernemen zonder dat zij iets hoeft te doen. De verwachting van veel respondenten is dat een aangifte en de juridische weg toch geen 'baten' opleveren in de vorm van een straf, of dat de dader zijn leven er door zal beteren. Dus waarom dan de eigen gegevens blootstellen aan de dader en eigen tijd te investeren in het doen van aangifte?

Het antwoord op de onderzoeksvraag is dus dat de omstandigheid dat men aan het werk is wellicht al de belangrijkste (indirecte) factor is die van invloed is op aangiftebereidheid. De agressie en geweld overkomen iemand meer als werknemer,

en in mindere mate als individu. Het soort werk, de beroepscultuur en het arbeidsethos vormen hier nog een aanvulling op. Dit werkt door in alle andere factoren, of heeft er in ieder geval vaak invloed op. De belangrijkste van die andere factoren zijn de (slechte) ingeschatte hoeveelheid tijd die aangifte doen kost, of er ietsel is ontstaan, de situatie waarin het incident plaatsvond en wat de oorzaak voor de agressie was, angst voor represailles en de aanwezigheid van vele *significant others* die vrijwel allemaal een hoge tolerantiegrens hebben.

Al met al lijkt de invloed van het werk belangrijk genoeg om een geheel nieuw theoretisch model op te stellen, waarbij 'werk' een prominente(re) rol speelt. Het kan dan gaan om een model waarin 'werk' naast het economische, psychologische en sociologische model als vierde wordt opgenomen. Ook zou 'werk' bijvoorbeeld geïntegreerd kunnen worden in het sociologische model. Maar het beste zou waarschijnlijk zijn om één nieuw geïntegreerd model te creëren, zodat de invloed van het werk met alle andere factoren gecombineerd wordt.

Ter beantwoording van deelvraag 7 zullen de aanbevelingen van de respondenten en de aanbevelingen die kunnen worden gedaan op basis van het totale onderzoek hier samen worden besproken. De respondenten noemen als verbeterpunten op het gebied van aangiftebereidheid: het moet 'allemaal' sneller en makkelijker. Ook zou consequent super-snelrecht geweldig zijn. Dat er in de praktijk al Eenduidige Landelijke Afspraken (zie paragraaf 2.2) met politie en OM gemaakt zijn die in grote lijnen neerkomen op de genoemde verbeterpunten, is bij de meeste respondenten kennelijk niet bekend. Wellicht kan het dus zinvol zijn om de doelgroep hier beter over te informeren. Bijvoorbeeld gemaakte afspraken met de politie dat zij op spreekuur binnen het ziekenhuis komen, mogen wel wat meer bekendheid krijgen. Wanneer de verpleegkundige weet dat zij onder werktijd binnen het ziekenhuis aangifte kan doen, of aansluitend op een shift waarbij ze de uren terugbetaald krijgt, is er een kans dat de aangiftebereidheid toeneemt. Daar moet wel bij worden opgemerkt dat, ook als men hier wel van op de hoogte zou zijn, het valt te betwijfelen of inderdaad (veel) vaker aangifte gedaan zou worden. Vooral van de aangiftebereidheid van iets minder ernstige agressie-incidenten moet niet te veel verwacht worden. Aangifte doen zal altijd tijd blijven kosten, hoe makkelijk en snel het ook mogelijk wordt gemaakt. En de verpleegkundigen hebben 'gewoon geen zin' om regelmatig hun tijd te 'verdoen' aan 'zoiets'. En hoe klein de kans op represailles ook is, zelfs bij anoniem aangifte doen valt de kans nooit uit te sluiten dat een dader (of een vriend of familielid van hem) terug naar het ziekenhuis komt voor vergelding.

Daarnaast levert (beperkt) anoniem aangifte doen extra werk op voor alle betrokkenen en zijn er juridische bezwaren. Van deze methode een gewoonte maken is waarschijnlijk dus niet goed haalbaar.

Voor wat betreft de ernstigste incidenten kan (beperkt) anoniem aangifte doen een uitkomst zijn, maar het zou nog mooier zijn als het ziekenhuis zelf aangifte kon doen, zonder dat de medewerker daarbij aan te pas komt. Represailles naar de verpleegkundige toe zouden daardoor zinloos worden. Daarnaast is het ook voor al die gevallen waarin verpleegkundigen denken *“ach, het is zo erg niet”* een uitkomst zijn als de beveiliging aangifte kan doen. De beveiliging heeft al ervaring met het doen van aangifte voor het ziekenhuis als het gaat om diefstal en dergelijke. Men zou kunnen tegenwerpen dat dit een ook manier van anoniem aangifte doen is, maar vanuit het oogpunt dat de agressie vaak gericht is tegen de werknemer en niet tegen het individu, is het toch niet onlogisch dat de werkgever aangifte doet. En de werkgever hoeft niet anoniem te blijven. Ook kan worden tegengeworpen dat een bedrijf geen slachtofferervaring heeft. Door een voorlichter van het OM werd tegenover het Radboudziekenhuis gezegd dat zij niet namens werknemers aangifte konden doen, want: *“Bedreigd zijn is niet voldoende, je moet je bedreigd gevoeld hebben. De werkgever is zelf niet bedreigd en kan zich dus ook niet bedreigd gevoeld hebben.”* (Jonkers, 26 januari 2010).⁵ Maar er bestaat vaste jurisprudentie waaruit uitdrukkelijk blijkt dat *“niet vereist is dat de bedreiging in het concrete geval op de bedreigde een zodanige indruk heeft gemaakt dat er werkelijk vrees is opgewekt”* (Hoekendijk, 2011)⁶. Dus waarom zou de werkgever geen aangifte kunnen doen? In de bestrijding van agressie en geweld en voor het verhogen van het aangiftepercentage zou dit zonder twijfel de meest veelbelovende methode zijn. Maar zo lang (beperkt) anoniem aangifte doen al gevoelig ligt, zullen de juridische bezwaren tegen de ‘werkgeversaangifte’ voorlopig wel een enorm obstakel blijven.

Hoewel de interviews vele interessante resultaten opleverden, had dit onderzoek ook enkele tekortkomingen. Doordat de theoretische modellen

⁵ Hierbij moet worden aangetekend dat in de Telegraaf nog diezelfde dag een bericht verscheen dat er toch aangifte is gedaan. Het is echter niet bekend of de slachtoffers zelf aangifte hebben gedaan of het ziekenhuis.

⁶ Hoekendijk (2011) noemt: “Vaste jurisprudentie, zie HR 11-11-08, LJN BF0740, onder verwijzing naar 07-06-05, LJN AT3659 (naar slachtoffer toerijden met auto). Zie ook HR 04-12-07, LJN BB7104, HR 03-02-04, LJN AN9309 (poederbrief), HR 14-09-04, LJN AP2145, HR 25-01-11, LJN BO4022 (ook in NJ 2011, 226 met noot Keijzer onder NJ 2011, 228) (bedreiging minister via telefoon tijdens tv-uitzending) en HR 15-12-09, LJN BJ7237 (bedreiging minister-president (impliciet, zie conclusie AG)).”

bijvoorbeeld soms een aardige overlap hebben, bleek een gescheiden bespreking soms wat kunstmatig en lastig. Sommige argumenten vallen onder meerdere modellen te brengen, of hadden achteraf (na uitwerking van de resultaten) wellicht beter in een ander model gepast. Zoals aan het einde van de paragraaf 5.2.1 (p. 38) al opgemerkt wordt, valt er net zo veel voor te zeggen om het 'bagatelliseren' onder fase 2 van het psychologisch model te brengen, en de 'invloed van oorzaak en doel van de agressie' onder fase 1. Aan de andere kant is dit onderscheid eigenlijk weinig relevant, in de zin van welke van de drie modellen belangrijker is bijvoorbeeld. Het onderscheid dient er zo gezien te worden om de gebruikte argumenten te groeperen en in een overzichtelijke kader te plaatsen. Het maakt dan niet zoveel uit of een argument nou onder model B.1 of B.2 gebracht wordt.

Verder is het theoretisch kader tussentijds meerdere malen aangepast. Ook tijdens en na het houden van de interviews zijn nog enkele wijzigingen en aanvullingen gedaan. Meestal betekende dit meer een nuanceverschil en maakte het voor de gestelde vragen weinig uit. Maar bijvoorbeeld risicoperceptie is later toegevoegd aan het model met als gevolg dat hierover geen vragen zijn gesteld tijdens de interviews. Dit is opgelost door data van Veilige Publieke Taak te gebruiken. Ook over de invloed van *significant others* zijn geen specifieke vragen gesteld, maar de invloed van collega's en groepsdruk zou waarschijnlijk ook lastig naar voren te krijgen zijn in een interview. Deze invloed van *significant others* zou een interessant onderwerp voor een nieuw onderzoek kunnen zijn. Bijvoorbeeld de invloed van de beveiliging op het afwegingsproces van het slachtoffer, in vergelijking met het gewicht van het advies van andere personen in de naaste omgeving. Als de beveiliging in staat is de nodige invloed uit te oefenen op de aangiftebereidheid van werknemers, vermindert dit wellicht de noodzaak van de complete cultuuromslag die op de SEH nodig zou zijn wanneer collega's de meest significante *others* zijn. Ook wanneer vrienden en familie uit het privéleven in deze werk-gerelateerde kwestie de meest invloedrijke personen blijven, zou een informatiecampagne toch wel op zijn plaats zijn. Want de geïnterviewde SEH-verpleegkundigen waren slecht op de hoogte van de speciale regelingen die er voor werknemers met een publieke taak zijn, en houden in hun afwegingsproces rekening met de gang van zaken zoals die in het privéleven zou verlopen. In een bredere context kan het interessant zijn om de invloed van het advies van de beveiliging op verschillende beroepsgroepen te onderzoeken. Als blijkt dat de meeste beroepsgroepen hun advies overnemen zou de afdeling veiligheid wellicht meer taken op dit gebied op zich kunnen nemen.

7 Bronvermelding

7.1 Boeken, artikelen en onderzoeksrapporten

- Andersson Elffers Felix (2005). *Geweld tegen de Brandweer. Conclusies en aanbevelingen t.a.v. beleid en actieprogramma's*. Utrecht: Bureau Driessen.
- B&A Groep en Intomart (2002-2005). *Politiemonitor Bevolking. Landelijke rapportage*. Den Haag- Hilversum.
- Barling, J., Rogers, A.G., & Kelloway, E.K. (2000). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 255-269.
- Black, D.J. (1976). *The Behavior of Law*. New York: Academic Press.
- Bennett, R.R. & Wiegand, R.B. (1994). Observations on crime reporting in a developing nation. *Criminology*, 32(1), 135-148.
- Bergwerff, M. (7 juli 2011). Op de vuist met de dokter. *De Pers*.
- Bloemendaal, A., & Carlier, J.M. (2005). *Lessen uit Veiligheidszorg®. Evaluatie-onderzoek*. Utrecht: StAZ.
- Boom, E., et al. (1995). Agressie en geweld niet alleen probleem van individuele werknemer. *Arbeidsomstandigheden* 71(2), 99-100. [namen van andere auteurs niet gevonden]
- Breakwell, G.M. (1997). *Coping with aggressive behaviour*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Brouwer, E., & Peerdeman, P. (2007). *Handboek Veiligheidszorg®*. Baarn: HBuitgevers.
- Bureau Terpstra & Van Dijke (2003). Veilige zorg roept agressie in ziekenhuizen een halt toe. In *Voorzorg. Tijdschrift over arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie*. Bijlage bij *Zorg en Welzijn*, 9(4).
- Centraal Begeleidings Orgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (2002). *Projectvoorstel Triage op de SEH*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2002-2004). *Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS), module Recht*. Voorburg / Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006-2008). *Veiligheidsmonitor Rijk (VMR)*. Voorburg / Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Integrale Veiligheidsmonitor 2008*. Landelijke rapportage. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centrum Arbeidsverhoudingen Overheidspersoneel (CAOP) (2009). *Rapportage betreffende inventarisatie stand van zaken (wettelijke) regelgeving en afspraken sociale partners in de (semi)publieke sector t.a.v. het onderwerp Veilige Publieke Taak*. Den Haag: CAOP/VPT.
- Christie, N. (1986a). The Ideal Victim. In E.A. Fattah (ed.), *From Crime Policy to Victim Policy: Reorienting the Justice System* (pp. 17-30). Basingstoke: Macmillan.
- Christie, N. (1986b). Suitable Enemies. In H. Bianchi & R. van Swaaningen (eds.), *Abolitionism: Towards a Non-repressive Approach to Crime* (pp. 42-54). Amsterdam: Free University Press.
- Dam, Y. van, & Engelen, M. (2004). *Evaluatie van de Arboret inzake ongewenste omgangsvormen*. Leiden / Den Haag: Research voor Beleid / SZW.
- Dejonghe, V. (2005). *Handboek geïntegreerde criminaliteitspreventie in ziekenhuizen. Streven naar een efficiënt preventiebeleid in het kader van klantgerichte zorgverlening*. Gent: Frank Beke.
- Driessen, F. & Middelhoven, L. (2002). *Geweld tegen werknemers in de semi-*

- openbare ruimte. *Tijdschrift voor Veiligheid en Veiligheidszorg* 1(2), 38-47.
- Felson, R.B., Messner, S.F., Hoskin, A.W., & Deane, G. (2002). Reasons for reporting and not reporting domestic violence to the police. *Criminology*, 40(3), 617-647.
- Fishman, G. (1979). Patterns of victimisation and notification. *British Journal of Criminology*, 19(2), 146-157.
- Gemert, V. van, & Spijker, G.J.H. (1982). *Verdichtsel en werkelijkheid: een verkennende studie van de ambivalentie ten opzichte van zorgen en verzorgen in de verpleging*. Lochem: Tijdstroom.
- Giesbers, S., Smits, M., & Giesen, P.H.J. (2011). Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. Overgrote meerderheid had evengoed naar de huisarts gekund. *Medisch Contact*, 66(10), 587-589.
- Goderie, M. Janssen, U., Lünemann, K., Nieborg, S. (2003). *Geweldsmeldingen bij de politie. Overwegingen van burgers om geweldsincidenten te melden*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Goudriaan, H. (2006). *Reporting Crime. Effects of Social Context on the Decision of Victims to Notify the Police*. Veenendaal: Universal Press.
- Goudriaan, H. (2006a). Aangiftebereidheid van criminaliteitsslachtoffers: Theoretische ontwikkelingen. In: A. Balcaen, S. de Kimpe, K. Devroey, H. Goudriaan, P. Hebberecht, P. Ponsaers, E. Sneider, T. van der Beken, G. van de Walle, G. Vermeulen (eds), *Het slachtoffer van criminaliteit: Tussen perceptie en realiteit? Lezingen in het kader van de Inaugurale Postuniversitaire Vormingscyclus Criminologie* (pp. 41-57). Mechelen: Wolters Kluwer Belgium NV.
- Greenberg, M.S. & Ruback, R.B. (1992). *After the crime: Victim decision making*. New York: Plenum Press.
- Gottfredson, M.R. & Hindelang, M.J. (1979). A study of the behavior of law. *American Sociological Review*, 44(1), 3-18.
- Gottlieb, B.H. (1976). Lay Influences on the Utilization of Health Services: A Review. *Canadian Psychological Review*, 17(2), 126-136.
- Hale, C. (1996). Fear of crime: A review of the literature. *International Review of Victimology*, 4(2), 79-150.
- Hill, J.K. (2003). *Victims' Response to Trauma and Implications for Interventions: A Selected Review and Synthesis of the Literature*. Ottawa: Department of Justice Canada.
- Hindelang, M.J., & Gottfredson, M.R. (1976). The Victim's Decision not to Invoke the Criminal Justice Process. In W. McDonald (ed.), *Criminal Justice and the Victim*, (pp. 57-78). Beverly Hills, CA: Sage.
- Hoekendijk, M.G.M. (2011). Misdrijf van de maand: Bedreiging (art. 285 Sr). *Zakboek Strafrecht voor de politie 11.8*. Deventer: Kluwer.
- Huyse, F.J. (1986) Agressie in het algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 39(7).
- Jacobs, M.J.G., Jans, M.E.W., Roman, B. (2009). *Aard en omvang van ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak. Een vervolgonderzoek*. Tilburg: IVA-beleidsonderzoek en advies.
- Jagt, E.J. van der (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers (hoofdstuk 2). In Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (ed.), *Signalering Ethiek en Gezondheid 2003*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Kastelein, W.R. (2002). Gewichtige redenen. Beëindigen van de geneeskundige

- behandelingsovereenkomst kritisch getoetst. *Medisch Contact*, 57(40), 1450-1453.
- Kury, H., Teske, R.H.C. Jr., & Würger, M. (1999) Reporting of crime to the police in the Federal Republic of Germany: A comparison of the old and the new lands. *Justice Quarterly*, 16(1), 123-151.
- Lünnemann, K.D., & Bruinsma, M.Y. (2005). *Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Utrecht/Tilburg: Verwey-Jonker / IVA beleidsonderzoek en advies.
- Maas-de Waal, C.J. (2006). *Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven. Gebruik, bereik en draagvlak*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Malafi, T.N., Cini, M.A., Taub, S.L., & Bertolami, J. (1993). Social influence and the decision to complain: investigations on the role of advice. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 6, pp. 81-89.
- Martino, V. di (2002). *Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australia study: Synthesis Report*. Geneve: International Labour Office (ILO) / International Council of Nurses (ICN) / World Health Organization (WHO) / Public Services International (PSI), Joint Programme on Workplace Violence.
- Middelhoven L.K., & Driessen F.M.H.M. (2001). *Geweld tegen werknemers in de semi-openbare ruimte*. Den Haag / Utrecht: Ministeries BZK & Justitie / Bureau Driessen.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2006). *Personeels- en mobiliteitsonderzoek overheidspersoneel 2006*. Den Haag: BZK.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2007). *Confrontaties met agressie. Een onderzoek naar agressie tegen overheidspersoneel door burgers en collega's*. Den Haag: BZK.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Programma Veilige Publieke Taak (2009). *Belevingsonderzoek veiligheid, agressie en geweld. Nulmeting sector gemeenten*. Den Haag: BZK / Internetspiegel / TNS Nipo.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Programma Veilige Publieke Taak (2010). *Agressie en geweld. Onderzoek tegen agressie en geweld door externen tegen overheidswerknemers*. Den Haag: BZK.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Programma Veilige Publieke Taak (2010a). *Handreiking Agressie en Geweld*. Den Haag: OBT.
- Montfort, P. van, Kolar, C., & Sietsma, T. (2010). *Onderzoeksverantwoording Panelonderzoek Sector Zorg*. Ongepubliceerd intern rapport: Internetspiegel i.o.v. BZK VPT.
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (2005). *Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.
- Pino, N.W. & Meier, R.F. (1999). Gender differences in rape reporting. *Sex Roles*, 40(11/12), 970-990.
- Projectgroep Veiligheid en Ziekenhuizen (1999). *Onderzoeksrapport Veiligheid en Ziekenhuizen. Een tussenrapportage*. Den Haag: Projectgroep Veiligheid en Ziekenhuizen.
- Roozeboom, M.B., Koningsveld, E., & Bossche, S. van den (2010). *Agressie Afgerekend. Een onderzoek naar de kosten en baten van maatregelen tegen agressie en geweld in de publieke taak*. Hoofddorp / Den Haag: TNO / BZK.
- Ruback, R.B., Greenberg, M.S., & Westcott, D.R. (1982). Decision making by crime victims: A multimethod approach. *Law and Society Review*, 17(1), 47-84.
- Ruback, R.B., Greenberg, M.S., & Westcott, D.R. (1984). Social influence and

- crime-victim decisionmaking. *Journal of Social Issues*, 40(1), 51-76.
- Scharroo, J. (13 mei 2004). Verpleging veelvuldig slachtoffer agressie. *Volkskrant*.
- Schneider, A., Burcart, J., & Wilson III, L.A. (1976). The role of attitudes in the decision to report crimes to the police. In W. McDonald (ed.), *Criminal Justice and the Victim*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Sikkema, C.Y., Abraham, M. & Flight, S. (2007) *Ongewenst gedrag besproken. Ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak*. Amsterdam: DSP-groep.
- Skogan, W.G. (1976). Citizens reporting of crimes: Some national panel data. *Criminology*, 13, 535-549.
- Skogan, W.G. (1984). Reporting crimes to the police: The status of world research. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21(2), 113-137.
- Sparks, R.F., Genn, H.G., & Dodd, D.J. (1977). *Surveying victims: A study of the measurement of criminal victimization, perceptions of crime, and attitudes to criminal justice*. New York: Wiley.
- Stapel, J., & Keukens, R. (2009). *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde (Zevende, herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Steenwijk, P.C.E. van, Sterren, E.G.S. van der, & Vugt, C.J. van (2010). *Samenwerking huisartsenposten en spoedeisende hulp (SEH). Inventarisatie van huidige situatie*. Nijmegen/Utrecht: IQ Healthcare UMC St. Radboud Nijmegen / Vereniging Huisartsenposten Nederland.
- Telegraaf*, 26 januari 2010. 'Aangifte bedreiging UMC St Radboud.'
- Tenholter J., & Versteeg, T. (1986). Verpleegkundigen over agressie. *TVZ Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39(7), 194-199.
- Tulder F.P. (2001) De strafrechtsceten in samenhang. In F.W.M. Huls (red.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2000* (pp. 221-248). Den Haag: WODC
- Velt, C.J.E. in 't, Lünemann, K.D., Goderie, M.J.H., & Overbeeke, R.W. van (2003). Politie en geweldsmeldingen. *Het Tijdschrift voor de Politie*, 65(10), p. 28-33.
- Waal, R. de, & Ingen, A. van (2005). *De sociale veiligheid van het personeel in het stads- en streekvervoer 2005*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Wit, J. de (23 maart 1999). Geweld neemt toe in ziekenhuizen. *NRC Handelsblad*.
- Witvliet, M., Timmermans, M., & Homburg, G.H.J. (2010). *Geweldscijfers: Een inventarisatie van monitoren en weergave van trends in geweld*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Wonderen, R. van (2004a). *Agressie en geweld in het onderwijs*. Den Haag: OC&W.
- Wonderen, R. van (2004b). *Agressie en geweld in het onderwijs*. Leiden: Research voor Beleid.

7.2 Kamerstukken en Kamervragen

- Aanhangsel Handelingen II 2003/04, 1673. *Kamervragen over agressie en geweld in de zorg*.
- Aanhangsel Handelingen II 2003/04, 2085. *Kamervragen over anti steekvesten voor ambulance en eerste hulp personeel*.
- Aanhangsel Handelingen II 2008/09, 285. *Kamervragen over geweld en agressie tegen verpleegkundigen en verzorgenden*.
- Aanhangsel Handelingen II 2010/11, 692. *Kamervragen over geweld tegen verpleegkundigen*.
- Aanhangsel Handelingen II 2010/11, 750. *Kamervragen over medicatieveiligheid, agressie van patiënten en werkdruk van verpleegkundigen*.
- Handelingen II 2009/2010, 28684, 62: *Spoeddebat over bedreiging van ziekenhuispersoneel door Marokkanen in een ziekenhuis in Harderwijk*.

Tweede Kamer, 2002/03, 28684, nr. 1.
Tweede Kamer, 2005/06, 28684, nr. 65.
Tweede Kamer, 2009/10, 28684, nr. 267.
Tweede Kamer, 2010/11, 28684, nr. 295.
Tweede Kamer, 2010/11, 28684, nr. 318
Tweede Kamer, 2010/11, 29282, nr. 111.

7.3 Internet

Google (2011). Google zoeken. Geraadpleegd op 5 april 2011 via: <www.google.nl>

Jonkers, A. (26 januari 2010). 'Ziekenhuis kan geen aangifte doen van agressie'.
Nursing. Geraadpleegd op 20 juni 2011 via: <<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/kwaliteit-van-zorg/agressie-en-andere-beroepsrisico-s/nieuw/5630/ziekenhuis-kan-geen-aangifte-doen-van-agressie>>

Koops, D. (juli 2006). 'De klant als koning van het ziekenhuis!? Een onderzoek naar de mate van cliëntgerichte cultuur op de afdeling interne verpleegkunde.'
Geraadpleegd op 17 juni 2011 via: <www.cbo.nl/Downloads/104/Koops_Final%20script.pdf>

NU'91 (maart 2010). *FAQ: Met hoeveel verpleegkundigen zijn we in Nederland?*
Geraadpleegd op 20 mei via: <<http://www.nu91-leden.nl/faq.asp?fid=69>>

NU'91 (21 oktober 2010a). *Dossier Veiligheid: Waarom aangifte doen van agressie en geweld?* Geraadpleegd op 20 mei via: <<http://www.nu91-leden.nl/nieuws.asp?grp=5&uid=1120>>

NVSHV (2011). *Meldpunt agressie*. Geraadpleegd op 17 juni 2011 via:
<http://www.nvshv.nl/seh/index.php/meldpunt-agressie>

Openbaar Ministerie (2005). *Nieuwe campagne: doe altijd aangifte!* Geraadpleegd op 13 mei 2011 via: <http://www.om.nl/algemene_onderdelen/uitgebreid_zoeken/@146862/nieuwe_campagne_doe/>

Reijgersberg, S., & Ruiten, E. van (30 december 2010). 'Agressie in de zorg is nou eenmaal een hot issue'. *Nieuwscheckers*. Geraadpleegd op 15 april 2011 via: <<http://www.journalistiekennieuwemedia.nl/NC/?p=4611>>

8 Bijlage: protocol beschermd aangifte doen

Protocol beschermd aangifte doen.

(aangifte door werkgever namens anoniem blijvende medewerker)

Wanneer aangifte wordt gedaan, wordt dat bij voorkeur op eigen naam, maar wel op het adres van het ziekenhuis gedaan. Om de drempel voor het doen van aangifte zo laag mogelijk te maken hebben ziekenhuizen daarnaast de mogelijkheid medewerkers anoniem te laten blijven. Daartoe stelt de betreffende medewerker een verklaring onder personeelsnummer op, waarbij de werkgever of een gemachtigde medewerker van het ziekenhuis, aangifte doet met deze verklaring. Overweging daarbij is dat er bijzondere omstandigheden zijn die de procedure om op dergelijke wijze een verklaring af te leggen te doen rechtvaardigen, zoals een gemakkelijk te achterhalen naam van een medewerker, ernstige dreiging van de dader, etc. Daarbij moet de betreffende medewerker ook in het mogelijke verdere proces in de rechtsgang anoniem blijven voor de dader.

De procedure van het beschermd aangifte doen met een verklaring onder personeelsnummer van de medewerker:

- A. Iemand van de leiding binnen het ziekenhuis doet aangifte met zijn of haar naam en kiest daarnaast het adres van het ziekenhuis als domicilie. Hij of zij doet dat namens de directie van het ziekenhuis, voor de benadeelde medewerker aangifte en heeft een getekende verklaring van de directie dat hij of zij namens het ziekenhuis aangifte mag doen. Bij de aangifte wordt de op papier gestelde verklaring van de medewerker over de gebeurtenis gebruikt. Op deze getuige/benadeelde verklaring wordt het personeelsnummer van betreffende medewerker gebruikt ter identificatie. De naam en adres van de medewerker komen niet in de verklaring voor en ook niet in de aangifte. In de aangifte wordt wel bevestigd dat genoemde medewerker werkzaam is in het ziekenhuis.

- B. Bij voorkeur wordt de aangifte en het verkrijgen van de verklaring(en) van medewerker(s) gedaan door 2 vertegenwoordigers van het ziekenhuis (b.v. verklaringen op schriftgesteld door slachtoffer en besproken met en verzameld door hoofd Veiligheid en aangifte door directielid en hoofd Veiligheid, waarbij afstemming is geweest met de betrokken medewerkers. Bij klachtdelicten (bijv. belediging, art. 266 Sr.) geldt dat de medewerker een klacht doet. Dit is een brief gericht aan de (hulp)officier van justitie, waarin staat dat hij of zij anoniem wenst te blijven en waarin in enkele regels samengevat staat waarvoor aangifte c.q. klacht wordt

gedaan. Uiteraard staat er geen naam van medewerker in de brief, alleen een paraaf of nauwelijks naar naam te herleiden handtekening met personeelsnummer van medewerker). (het zorgvuldig nemen van stap a en b is voldoende: zie jurisprudentie 26-1-2011 over 1). bedreiging, belediging en 2). lokaalvredebreuk in het Slingeland Ziekenhuis).

C. De medewerkers kunnen worden opgeroepen als getuige. De oproep daartoe gaat via degene die de aangifte heeft gedaan. Wanneer de medewerkers als getuige worden opgeroepen kan dat bij de Rechter-commissaris of tijdens de behandeling op de zitting. De dader (tijdens een zitting) of de advocaat van de dader (bij de Rechter-commissaris en tijdens de zitting) kunnen daarbij aanwezig zijn. Daar verifieert de Rechter-commissaris of het personeelsnummer bij de medewerker hoort en of het verhaal van de medewerker klopt met wat op schrift is gesteld. In die uitzonderlijke gevallen kan gewerkt worden met een videoverbinding, waarbij de stem en het gezicht van de medewerker onherkenbaar zijn gemaakt. De beslissing hierover neemt de Rechter-commissaris.

D. De Rechter-commissaris die onder c de getuige heeft gehoord zal bevestigen in de openbare zitting of via verklaring in het dossier, dat het op papier gestelde verslag (verklaring medewerker) met personeelsnummer van de medewerker klopt en meegenomen kan worden in het proces. (stap c en d zijn niet noodzakelijk: zie jurisprudentie 26-1-2011, zie jurisprudentie 26-1-2011 over 1). bedreiging, belediging en 2). lokaalvredebreuk in het Slingeland Ziekenhuis). Op deze wijze wordt de anonimiteit van de medewerker geborgd. Het protocol maakt onderdeel uit van het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid binnen de veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland tussen Politie, Justitie, St Jansdal Ziekenhuis te Harderwijk, Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn en Zutphen, Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk en het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem.