

Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie

J.M. HARTE, M.E. VAN LEEUWEN, R. THEUWS

ACHTERGROND De Nederlandse overheid en het openbaar ministerie vinden agressie en geweld tegen hulpverleners onacceptabel. Geldt dat ook voor geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie?

DOEL Dit onderzoek beschrijft de aard en omvang van het geweld door patiënten tegen werknemers in de psychiatrie. Ook de eventuele strafrechtelijke reactie op dit geweld wordt in kaart gebracht.

METHODE Werknemers in de intramurale psychiatrie werd verzocht een anonieme online-enquête in te vullen waarin hun werd gevraagd naar hun ervaringen met geweld door patiënten in de afgelopen 5 jaar.

RESULTATEN De 1534 respondenten meldden dat zij in hun werk te maken hadden gehad met relatief veel, soms zeer ernstig geweld, dat soms ernstige gevolgen had. 509 personen (33,2%) meldden geen gewelddadig incident, 197 mensen meldden één incident, 191 twee incidenten, 148 drie, 89 vier, 87 vijf en 313 meldden meer dan vijf incidenten; in totaal 2648 incidenten. Slechts een klein deel van het geweld dat gerapporteerd werd aan de politie, werd uiteindelijk vervolgd (69 van de 704 bij de politie gemelde gevallen). De slachtoffers werden slecht geïnformeerd over het strafrechtelijke vervolg van hun zaak.

CONCLUSIE De vraag of het geweld al dan niet het gevolg is van een psychiatrische stoornis mag geen rol spelen in de beslissing om het incident wel of niet aan te geven of te vervolgen. Behalve het begeleiden en informeren van werknemers die het slachtoffer zijn geworden, is het aan de ggz-instellingen om zich in te zetten voor de ontwikkeling en implementatie van een gericht vervolgingsbeleid.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)5, 325-335]

TREFWOORDEN aangifte bij de politie, geweld op de werkvloer, strafrechtelijke vervolging

Berichten in de media over geweld tegen hulpverleners, zoals ambulancepersoneel, hebben de afgelopen jaren tot grote politieke en maatschappelijke verontwaardiging geleid. Ook de overheid vindt agressie en geweld tegen mensen met een publieke taak onacceptabel en zet zwaar in om dit terug te dringen. Zo is het programma Veilige Publieke Taak van het ministerie van Binnen-

landse Zaken en Koninkrijksrelaties ingesteld (zie <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geweld-tegen-overheidspersoneel>). Ook zijn er de zogenoemde Eenduidige landelijke afspraken (ELA) gemaakt tussen politie en het openbaar ministerie voor een effectieve en snelle afhandeling van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak (<http://www.rijksoverheid.nl/docu->

menten-en-publicaties/convenanten/2007/10/01/eenduidige-landelijke-afspraken-ela.html).

Uitgangspunten bij deze afspraken waren onder meer een hoge prioriteit voor de opsporing en vervolging, aandacht voor de kwaliteit van strafrechtelijke onderzoeken en processen-verbaal. Ook wil men slachtoffers en werkgevers optimaal informeren over hun positie en mogelijkheden in het strafproces en de strafrechtelijke afhandeling van de zaak. Daarnaast werden de strafvorderingsrichtlijnen van het openbaar ministerie voor zaken van agressie tegen medewerkers met een publieke taak verhoogd. Inmiddels kunnen straffen geëist worden die drie keer zo zwaar zijn als bij vergelijkbare zaken buiten de publieke sector. Wat zijn de implicaties van dit beleid voor de hulpverleners die werkzaam zijn in de psychiatrie?

Uit verschillende studies komt naar voren dat er in de psychiatrie veel geweld plaatsvindt (Foster e.a. 2007; Nijman e.a. 2005). Dit geweld leidt onder meer tot stress, een hoog ziekteverzuim en personeelsverloop en een negatief beeld van het werk in de ggz (Di Martino 2003; Hoekstra e.a. 2007; Richter & Berger 2006). Onderzoek laat zien dat vaak een klein aantal patiënten verantwoordelijk is voor een groot deel van de geweldsincidenten (Owen e.a. 1998; Quanback 2006).

In de psychiatrie wordt veel geïnvesteerd in de preventie van geweld. Maar als er desondanks geweld plaatsvindt, is strafvervolgning dan op zijn plaats? Oftewel, in welke gevallen is er een rol weggelegd voor het strafrecht? Om hierop een antwoord te vinden verrichtten Van Leeuwen & Harte (2011) een literatuurstudie. Het bleek echter dat deze vraag nauwelijks is onderzocht en beschreven in de (internationale) wetenschappelijke literatuur. Wel werd duidelijk dat geweld op de werkvloer zelden tot een strafrechtelijke vervolging leidt (Dinwiddie & Briska 2004; Hoge & Gutheil 1987; Kumar e.a. 2006).

Er zijn verschillende argumenten te bedenken om af te zien van vervolging bij een gewelddadig incident gepleegd door een psychiatrisch patiënt (zie Harte e.a. 2010). De dader heeft immers

een stoornis en het delict kan hem daarom niet worden toegerekend. Bovendien hoort een patiënt niet in een huis van bewaring thuis; in de psychiatrische instelling waar hij of zij nu verblijft, is hij of zij op de juiste plaats. Het werken in de psychiatrie brengt nu eenmaal risico's met zich mee. Dat veel hulpverleners daar zelf ook zo over denken, blijkt uit het feit dat er relatief weinig aangifte wordt gedaan (Hoge & Gutheil 1987; Coyne 2002; Kumar e.a. 2006).

Daar kan men tegenover stellen dat mensen met een psychiatrische stoornis toch niet altijd en bij voorbaat niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor hun doen en laten? Een dergelijke veronderstelling is zelfs stigmatiserend. Bovendien geldt ook binnen de psychiatrische instelling het Nederlandse strafrecht.

Wij onderzochten de aard en de omvang van het geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie en de reactie daarop van het strafrecht. Het betrof een exploratief empirisch onderzoek naar ervaringen met geweld op de werkvloer. Wij gingen na of de reacties op het geweld waar deze specifieke beroepsgroep mee geconfronteerd wordt, aansluiten bij de wens van de overheid om stevig op te treden tegen geweld tegen functionarissen met een publieke taak. Tot slot bekeken we in hoeverre het mogelijk is om vanuit deze praktijkervaringen aanbevelingen te doen.

METHODE

Opzet

Voor de uitvoering van het onderzoek maakten we een aantal keuzes. Ten eerste beperkte het onderzoek zich tot werknemers in de intramurale psychiatrie voor volwassenen en jeugdigen vanaf 12 jaar. Voor deze beperking kozen we omdat verwacht kon worden dat bij gewelddadige patiënten die in een gesloten instelling verblijven, en zodoende geen direct gevaar vormen voor de mensen op straat, de afwegingen om tot een strafrechtelijk vervolg over te gaan anders zijn dan in bijvoorbeeld de ambulante psychiatrie. Daarnaast

lieten we ervaringen van de werknemers in tbs-klinieken en penitentiaire psychiatrische centra buiten beschouwing. Anders dan in de algemene psychiatrie, waar behandeld wordt in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), kennen deze instellingen immers (beperkte) sanctiemogelijkheden. Verder beperkten we ons tot ervaringen met (de directe dreiging van) fysiek geweld of brandstichting. Hoewel er aanwijzingen zijn dat verbaal geweld ook een grote impact kan hebben op hulpverleners (Inoue e.a. 2006) lieten we dit buiten beschouwing. De beleving van de ernst van dergelijke feiten is, nog meer dan bij fysiek geweld, zeer subjectief. Tot slot kozen we ervoor om het onderzoek te beperken tot de ervaringen van werknemers in de psychiatrie van de afgelopen vijf jaar.

Om respondenten die frequent het slachtoffer zijn geweest niet af te schrikken werd het aantal incidenten dat gerapporteerd kon worden, gemaximeerd op vijf. Wie in de afgelopen vijf jaar vaker dan vijf keer het slachtoffer was geweest, werd gevraagd alleen informatie te geven over de vijf recentste incidenten. Dit aantal van vijf was gebaseerd op de resultaten van een pilotstudie en ervaringen uit de literatuur. Per gerapporteerd incident werd een aantal vragen voorgelegd, onder meer over de aard van het geweld, de eventuele gevolgen voor het slachtoffer en het eventuele strafrechtelijke vervolg. De vragenlijst had een zogeheten *respons driven* structuur: de respondent werden alleen vragen voorgelegd die van toepassing waren. De duur van het invullen hing daarvoor sterk af van het aantal incidenten dat men had ondervonden en de eventuele (strafrechtelijke) gevolgen daarvan. Uit een pilotstudie onder 12 hulpverleners werkzaam in de psychiatrie bleek dat vrijwel alle respondenten de lijst binnen 10 minuten hadden ingevuld.

Werving respondenten

Het is voorstelbaar dat de werkgever en de directe collega's invloed hebben op de beslissing van een slachtoffer om al dan niet aangifte te doen

van een geweldincident bij de politie (zie Harte e.a. 2011). Ook is het mogelijk dat bepaalde instellingen de omvang en de aard van de geweldsincidenten die bij hen plaatsvinden liever niet naar buiten brengen. Om deze redenen kozen wij ervoor de data te verzamelen met een onlinevragenlijst en werd werknemers uit de psychiatrie uit heel Nederland gevraagd deze in te vullen. De respondenten konden ervoor kiezen de vragenlijst anoniem in te vullen.

Het nadeel van deze werkwijze was dat het niet mogelijk was respondenten direct te benaderen voor deelname aan het onderzoek. Werknemers in de psychiatrie werden geattendeerd op het onderzoek en werden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen via de website www.geweldindepsychiatrie.nl. Daarbij werden zij benaderd via de vakbond voor verpleegkundigen (NU'91) en met directe links naar de vragenlijst in nieuwsbrieven van GGZ Nederland. Verder werd het onderzoek onder de aandacht gebracht via diverse social media, schreven wij instellingen aan en plaatsten oproepen in verschillende vakbladen. Ook werd respondenten nadrukkelijk gevraagd de link naar de vragenlijst binnen het eigen netwerk te verspreiden. De onlinevragenlijst kon ingevuld worden in de maanden juni, juli en augustus van 2011.

RESULTATEN

De populatie

De vragenlijst werd volledig ingevuld door 1502 werknemers in de psychiatrie. De resultaten van 232 personen werden buiten beschouwing gelaten omdat zij werkzaam waren in een tbs-kliniek of in de ambulante psychiatrie. De gegevens van 109 respondenten bleken om diverse andere redenen ongeschikt. Van 373 personen was een beperkt deel van de vragen niet ingevuld; de resultaten van deze personen werden alsnog in de analyses meegenomen. De onderzoeksgroep omvatte zodoende de ervaringen van 1534 hulpverleners, onder wie verpleegkundigen ($n = 640$), groepsbegeleiders ($n = 329$), artsen en psychiaters ($n = 38$) en

leidinggevend (n = 38). Van deze respondenten was 31,4% man en 68,6% vrouw en hun gemiddelde leeftijd bedroeg 38,5 jaar (SD: 11,87; uitersten: 19-68). Het merendeel (55,5%) was werkzaam in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ).

Van de 1534 hulpverleners rapporteerden 509 personen (33,2%) dat zij de afgelopen vijf jaar geen slachtoffer waren geweest van een gewelddadig incident, 197 mensen waren het slachtoffer van één incident, 191 van twee incidenten, 148 van drie incidenten, 89 van vier incidenten, 87 van vijf incidenten en 313 van meer dan vijf incidenten. In totaal rapporteerden de 1534 werknemers 2648 incidenten. Het werkelijke aantal incidenten lag hoger omdat de respondenten die vaker dan vijf keer slachtoffer waren geweest alleen de vijf recentste incidenten konden rapporteren.

De incidenten

Per incident vroegen we de slachtoffers naar de aard van het geweld. De resultaten staan weergegeven in tabel 1.

Uit tabel 1 is af te leiden dat de incidenten zeer uiteenliepen wat betreft aard en ernst. Vaak kwam het tot fysiek geweld. Het betrof soms (zeer) ernstig

geweld, zoals bijten, poging tot wurging, gijzeling en (poging tot) steken. Opvallend was het relatief lage aantal gerapporteerde zedendelicten, namelijk 35 gevallen van betasten of aanranden.

Om een indruk te krijgen van de ernst van de incidenten werd de slachtoffers ook gevraagd naar de psychische en fysieke gevolgen. De resultaten hiervan staan in tabel 2. Hieruit blijkt dat bijna de helft van de incidenten leidde tot fysiek letsel of psychische schade bij het slachtoffer. In een aantal gevallen was er ernstig letsel, zoals bijtewonden, botbreuken, steekwonden of oogletsel.

De slachtoffers met letsel werd ook gevraagd naar de duur van het herstel en de duur van eventueel ziekteverzuim. Deze resultaten zijn samengevat in tabel 3 en 4. Uit deze tabellen is af te lezen dat bijna één op de zeven slachtoffers meer dan een maand nodig had om volledig te herstellen van de gevolgen van het incident of kampte met blijvend letsel. Eén op de elf slachtoffers was een maand of langer niet in staat om te werken.

Aangifte of melding bij de politie

Een eventueel strafrechtelijke reactie op een gewelddadig incident begint met aangifte bij de

TABEL 1		Aard van de incidenten* (n = 2648)	
		Aantal	%
Dreigende houding, evt. met wapen, voorwerp of vloeistof		1639	61,9
Poging tot fysiek geweld			
Proberen te slaan of te gooien met wapen, voorwerp of vloeistof		334	12,6
Proberen te steken met wapen of voorwerp		77	2,9
Fysiek geweld			
Slaan, schoppen, stompen		889	33,6
Slaan of gooien met wapen, voorwerp of vloeistof		214	8,1
Haren trekken, krabben, bespugen		169	6,4
Bijten		93	3,5
Poging tot wurgen		91	3,5
Duwen, trekken, vastpakken		36	1,4
Betasten, aanranden		35	1,3
Gijzelen, opsluiten, vastbinden		28	1,1
Steken met wapen of voorwerp		11	0,4
Overig fysiek geweld of stalking		14	0,5
Brandstichting		231	8,7

*Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

TABEL 2 Letsel slachtoffers* (n = 2617)

	Aantal	%
Geen letsel	1452	55,4
Fysiek letsel		
Blauwe plekken, schaafwonden, kneuzing(en)	772	29,5
Rug- of nekletsel	48	1,8
Bijtwond(en)	39	1,5
Pijn	33	1,3
Hersenschudding	21	0,8
Botbreuk(en), spierscheuring(en)	20	0,7
Last van luchtwegen	18	0,7
Steek- of snijwond(en)	16	0,6
Brandwond(en)	10	0,4
Letsel aan gebit	8	0,3
Oogletsel	8	0,3
Besmetting	3	0,1
Overig	15	0,6
Psychische klachten		
Angst- of panieklachten	307	11,7
Slapeloosheid, herbelevingen	296	11,3
Alertheid, gespannen, ernstig geschrokken	54	2,1
Psychische overbelasting (overspannen, burn-out)	20	0,7
Overig	24	0,9

*Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

politie. De slachtoffers van een incident werd gevraagd of zij dit hadden gemeld of aangegeven bij de politie. In totaal werden 704 incidenten (van de 2648), ruim een kwart, wel gerapporteerd aan de politie. Zowel de slachtoffers die het incident wel rapporteerden bij de politie (n = 704), als degenen die dat niet deden (n = 1853), vroegen we naar hun beweegredenen. Deze overwegingen zijn weergegeven in respectievelijk tabel 5 en 6.

Uit de tabellen 5 en 6 valt af te leiden dat de beslissing om wel of geen aangifte te doen vaak gebaseerd was op rationele motieven. Slachtoffers die geen aangifte deden, lieten dat vaak achterwege omdat zij dat niet nodig vonden (n = 657) of omdat zij het incident als niet ernstig genoeg voor aangifte ervoeren (n = 448). Ook lieten slachtoffers dit soms achterwege omdat zij oordeelden dat het geweld voortkwam uit het psychiatrische toe-

TABEL 3 Herstelperiode (n = 1149)

	Aantal	%
Geen herstelperiode	495	42,9
Minder dan 1 week	258	22,4
1 week-1 maand	231	20,0
1 maand-3 maanden	80	6,9
3 maanden-1 jaar	40	3,4
Langer dan 1 jaar	14	1,2
Blijvend letsel	31	2,8
Blijvende psychische klachten	15	
Blijvend fysiek letsel	16	

TABEL 4 Ziekteverzuim als gevolg van het incident (n = 659)

	Aantal	%
Doorgewerkt	464	70,4
1 dag of korter	34	5,2
1 dag-1 week	68	10,3
1 week-1 maand	35	5,3
1 maand-3 maanden	36	5,5
3 maanden-1 jaar	18	2,7
Langer dan 1 jaar	3	0,5
Mogelijk blijvend (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt	1	0,2

TABEL 5 Redenen van slachtoffers om aangifte te doen* (n = 699)

	Aantal	%
Patiënt was herhaaldelijk gewelddadig	399	57,1
Dossieropbouw	397	56,8
Grens stellen	384	54,9
Bescherming collega's, andere patiënten	305	43,7
Dit was het beleid van de instelling	233	33,3
De werkgever of leidinggevende wilde dit	112	16,0
Om het incident te verwerken	78	11,2
Op verzoek van de verzekering	28	4,0
Anders		
Ernst incident	9	1,3
Patiënt verdiende het te worden gestraft	6	0,9
Gedrag kwam niet voort uit de psychiatrische problematiek	3	0,4
Overig	11	1,6

*Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

TABEL 6 Redenen van slachtoffers om géén aangifte te doen* (n = 1827)

	Aantal	%
Aangifte doen was niet nodig	657	36,0
Het incident was niet ernstig genoeg	448	24,5
Het incident is intern afgehandeld	365	20,0
Niet aan gedacht om aangifte te doen	289	15,8
Geweld is een risico van het vak	258	14,1
Aangifte doen is zinloos	193	10,6
Aangifte doen kan niet anoniem	108	5,9
Gedrag kwam voort uit psychiatrisch toestandsbeeld	92	5,0
Wilde de behandelrelatie niet verstoren	69	3,7
Eerdere slechte ervaringen opgedaan met het doen van aangifte	63	3,4
Het werd ontraden door collega's of leidinggevende(n)	59	3,2
Aangifte doen was te belastend	52	2,8
Angst voor represailles	43	2,4
Geen tijd om aangifte te doen	34	1,9
Eigen verwijt	16	0,9
Angst om beroepsgeheim te doorbreken	12	0,7
Anders		
Aangifte behoort niet tot het instellingsbeleid	11	0,6
Overig	41	2,2

*Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

standsbeeld van de patiënt (n = 92). Eerdere negatieve ervaringen met het doen van aangifte (n = 63) of de aanname dat dit toch zinloos was (n = 193), bleken ook belangrijke redenen om er van af te zien. Rationele redenen om wel aangifte te doen waren het stellen van een grens (n = 384), de noodzaak dat er een dossier werd opgebouwd over de

betreffende patiënt (n = 397) of ter bescherming van de collega's en de overige patiënten (n = 305).

Emoties bleken eveneens invloed te hebben op de beslissing om al dan niet aangifte te doen. Een van deze emoties is angst; een aantal slachtoffers deed geen aangifte uit vrees voor represailles van de dader (n = 43) of omdat dit niet anoniem kon

($n = 108$). Verder werd aangifte als te belastend ervaren ($n = 52$) en enkele keren werd geen aangifte gedaan omdat het slachtoffer zichzelf verwijten maakte ($n = 16$). Daarentegen deden emoties het slachtoffer soms ook besluiten om wel aangifte te doen, bijvoorbeeld omdat dit hielp bij het verwerken van het incident ($n = 78$).

De instelling waar het slachtoffer werkzaam was, bleek een grote invloed te hebben op de besluitvorming. Zo zei 33,3% ($n = 233$) van de slachtoffers die aangifte deden dat zij dit gedaan hadden omdat dit beleid was van de instelling en 16,0% ($n = 112$) omdat leidinggevenden dit adviseerden. Echter, er waren ook slachtoffers die geen aangifte deden omdat het incident binnen de instelling werd afgehandeld ($n = 365$), zij niet op het idee kwamen om aangifte te doen ($n = 289$) of omdat dit werd ontraden door collega's of leidinggevenden ($n = 59$). Een aantal ($n = 258$) deed geen aangifte omdat zij geweld een 'risico van het vak' vonden; deze mening geeft mogelijk de heersende opinie binnen de instelling weer.

Justitieel vervolg

De slachtoffers die het incident hadden gerapporteerd aan de politie werd gevraagd wat daarna was gebeurd. In de helft van de gevallen ($n = 349$; 49,6%) wist het slachtoffer dat de aangifte inderdaad was opgenomen; er was namelijk een proces-verbaal opgemaakt. In een vijfde van de gevallen ($n = 137$; 19,5%) had de politie er een melding van gemaakt en in ongeveer een kwart van de zaken ($n = 167$; 23,7%) wist het slachtoffer niet of de politie inderdaad een aangifte had opgenomen of dat er een melding van was gemaakt. Verder had 5,3% ($n = 37$) van de slachtoffers meegemaakt dat de politie het incident niet in behandeling wilde nemen. Het argument was meestal dat de dader een psychiatrisch patiënt betrof in een gesloten instelling.

In 85 van de 704 gevallen waarin het incident was gerapporteerd bij de politie wist het slachtoffer dat de zaak was geseponeerd, maar over het algemeen werden de slachtoffers die een incident hadden gemeld of aangegeven bij de politie slecht geïnformeerd over het vervolg. Voor zover bekend bij het slachtoffer was in 119 gevallen het slachtoffer verhoord, en in 82 gevallen was de verdachte in

TABEL 7 Uitspraken van de strafrechter

	Frequentie ($n = 45$)
Straf	16
Gevangenisstraf	5
Gevangenisstraf + schadevergoeding	2
Voorwaardelijke gevangenisstraf	4
Taakstraf	4
Geldboete	1
Maatregel	13
Tbs	7
Tbs + gevangenisstraf	1
Tbs + schadevergoeding	2
Artikel 37 Sr.*	2
Artikel 37 Sr. * + schadevergoeding	1
Schadevergoeding	6
Vrijpraak	2
Uitspraak gedaan, maar de respondent weet niet wat de uitspraak was	6
Schuldig zonder strafoplegging	2

*Strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van 1 jaar.

verzekering gesteld. Slechts in 76 zaken werden getuigen gehoord. Volgens de informatie van het slachtoffer had er 34 keer een onafhankelijk psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden en had de officier van justitie in 10 gevallen met het slachtoffer gesproken. Slechts 5 slachtoffers rapporteerden dat zij een gesprek hadden gehad met de officier van justitie.

Volgens de informatie van de slachtoffers werden er uiteindelijk 69 zaken voor de rechter gebracht. Ten tijde van de dataverzameling was in 45 zaken de uitspraak bekend bij het slachtoffer. De resultaten staan in tabel 7. Deze informatie is dus niet gebaseerd op de feitelijke jurisprudentie, maar op de kennis van de slachtoffers.

Uit de resultaten in tabel 7 blijkt dat de rechter ongeveer even vaak een straf oplegde (zoals een gevangenisstraf of een taakstraf) als een strafrechtelijke maatregel (zoals tbs of art. 37 Sr.). Een van de redenen die genoemd werden om af te zien van een aangifte of strafvervolgning was dat de dader een psychiatrisch patiënt was. Maar ondanks de psychiatrische problematiek werd in ongeveer de helft van de uitspraken een straf opgelegd. Hieruit kan worden afgeleid dat de rechter de verdachte ondanks de psychiatrische problematiek (deels) verantwoordelijk achtte voor het incident. Wanneer een patiënt vanwege zijn of haar stoornis een gevaar voor de maatschappij vormt, kan een behandeling in een strafrechtelijk kader wenselijk zijn. Alleen de strafrechter kan een dergelijke behandeling opleggen. Volgens tabel 7 gebeurde dit in 13 zaken. Deze resultaten laten zien dat de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij de verdachte geen argument hoeft te zijn om bij voorbaat af te zien van het doen van aangifte, het instellen van nader onderzoek of vervolging.

DISCUSSIE

Beperkingen van het onderzoek

Het is voorstelbaar dat zorgverleners die zelf het slachtoffer zijn geweest van (ernstig) geweld eerder geneigd zijn te participeren in dit onderzoek naar geweld op de werkvloer. Bovendien beperkte het onderzoek zich tot werknemers in de intramurale psychiatrie. De resultaten mogen daarom niet gegeneraliseerd worden naar alle werknemers in de psychiatrie.

Aard, ernst en (strafrechtelijke) gevolgen

Ondanks deze beperkingen toont dit onderzoek aan dat het geweld waar werknemers in de psychiatrie mee geconfronteerd worden een substantieel probleem is. Er vindt veel geweld plaats. In een aantal gevallen is dit ernstig geweld, dat ernstig letsel tot gevolg heeft en soms resulteert in een moeizaam herstelproces en langdurig ziekteverzuim.

Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat dit geweld zelden strafrechtelijke gevolgen heeft. Van de in totaal 2648 gerapporteerde incidenten werd van ruim een kwart ($n = 704$) aangifte gedaan of melding gemaakt bij de politie. De aangifte werd niet altijd adequaat opgepakt door de politie en in weinig zaken vond er nader strafrechtelijk onderzoek plaats. Bij zo'n 5% van de slachtoffers wilde de politie het incident niet in behandeling nemen, vaak met als argument dat de dader een psychiatrisch patiënt betrof in een gesloten instelling. Dit is opmerkelijk, daar de politie wettelijk verplicht is een aangifte van een strafbaar feit in ontvangst te nemen (Art. 163 lid 5 WvSv).

Over het algemeen werden de slachtoffers slecht geïnformeerd over het verdere verloop van de zaak. Voor zover bekend bij de slachtoffers werden er uiteindelijk 69 zaken voor de rechter gebracht; dat is 3% van alle geweldsincidenten. Deze resultaten staan in groot contrast met het beleid van de overheid om hard op te treden tegen geweld tegen hulpverleners, onder meer door

hogere prioriteit te geven aan onderzoek en vervolging in deze zaken, hoge straffen te eisen en slachtoffers goed te informeren.

Wel of niet vervolgen?

De ernst en de omvang van het geweld onderstrepen het belang en de urgentie van een goede training van personeel en andere preventieve maatregelen om geweld te voorkomen. Maar wat te doen als er desondanks geweld plaatsvindt? Het is haalbaar noch wenselijk om alle geweldsincidenten die in de psychiatrie plaatsvinden voor de strafrechter te brengen. Maar in welke gevallen is een strafrechtelijk reactie op haar plaats?

Wij menen dat in een aantal situaties vervolging zeker overwogen moet worden. Ten eerste als het gaat om ernstige delicten met (gevaar voor) ernstig letsel. Een onafhankelijk psychiatrisch onderzoek is dan ook zeker geïndiceerd. Ook vinden wij het van belang om over patiënten die herhaaldelijk gewelddadig zijn een dossier op te bouwen. Voor het eventueel voegen van zaken in een later stadium is het noodzakelijk dat de politie al deze incidenten als aangifte opneemt, en niet als melding.

In de praktijk wordt vaak van aangifte of vervolging afgezien omdat de dader een psychiatrisch patiënt betreft. Echter, de vraag of het incident voortkwam uit de psychiatrische problematiek mag geen rol spelen in deze beslissing. Het is niet aan het slachtoffer om te beoordelen of het incident aan de dader toegerekend kan worden; hierover mag alleen een rechter oordelen op grond van een onafhankelijk psychiatrisch onderzoek.

Bovendien achten wij de vermeende verminderde toerekeningsvatbaarheid geenszins een reden om van een strafrechtelijk vervolg af te zien. Indien ernstig geweld volledig uit de stoornis voortvloeit, dan is een algemene ggz-instelling niet altijd voldoende toegerust om de veiligheid te kunnen garanderen en is behandeling in een strafrechtelijk kader noodzakelijk. Een dergelijke behandeling is gericht op het terugdringen van het delictgevaar en vindt doorgaans plaats in een

beter beveiligde setting. Aangezien een dergelijke behandeling alleen door de strafrechter kan worden opgelegd, is een strafrechtelijke vervolging noodzakelijk.

In dit onderzoek oordeelde de strafrechter overigens in ongeveer de helft van de vervolgte zaken dat het strafbare feit de psychiatrische patiënt wel (deels) toegerekend kon worden. Als dit het geval is, kan een strafvervolgung een afschrikkende werking hebben en dus bijdragen aan het verminderen van de kans op recidive.

Gezamenlijke aanpak

De omvang en de ernst van de incidenten in de psychiatrie, zoals die uit dit onderzoek naar voren komen, vragen om een serieuze, consequente en gezamenlijke aanpak van alle betrokken partijen, namelijk de politie, het openbaar ministerie en de ggz-instellingen. Al deze partijen zijn immers nodig om ervoor te zorgen dat ernstige incidenten (verder) in de strafrechtelijke keten terechtkomen.

Enkele eerste stappen zijn reeds gezet. In een vernieuwd convenant dat GGZ Nederland en de politie in december 2012 afsloten, zijn afspraken opgenomen om het doen van aangifte van geweld in de ggz-instellingen te stimuleren. In reactie op berichten in de pers naar aanleiding van de resultaten van het onderhavige onderzoek zijn er Kamervragen gesteld aan de minister van Volksgezondheid. Minister Schipper van VWS presenteerde in maart 2012 (mede namens de ministers van BZK en V&J) het Actieplan Veilig Werken in de Zorg, waarin ook specifiek ons onderzoek naar geweld in de psychiatrie wordt genoemd. Helaas zien wij in dit plan weinig aanknopingspunten voor de psychiatrische praktijk. De vraag wanneer een strafrechtelijke reactie passend is, blijft onbeantwoord.

Wij menen dat vooral een belangrijke taak is weggelegd voor de ggz-instellingen. Het is immers de verantwoordelijkheid van de instellingen om zich op te stellen als goed werkgever en zorg te dragen voor een zo veilig mogelijke werk-

plek. Hiervoor is het van belang dat de ggz-instelling niet pas in actie komt nadat een incident heeft plaatsgevonden. Terwijl eerder onderzoek heeft aangetoond dat slachtoffers vaak geen aangifte doen, laat dit onderzoek zien wat precies de barrières zijn. De ggz-instellingen moeten, in samenwerking met de werknemers, beleid ontwikkelen om deze barrières te overwinnen.

Vaak wordt gesteld dat geweld nu eenmaal bij het werk in de psychiatrie hoort. Werkgevers en leidinggevendenden zouden hier nadrukkelijk afstand van moeten nemen. Het is ook hun taak op lokaal niveau goede contacten met de politie en het openbaar ministerie te leggen, waarbij de aard van het werk en het eventuele belang van een vervolging wordt gecommuniceerd. Vindt er onverhoopt toch een incident plaats, dan is het de taak van de instelling de werknemer zo goed mogelijk te begeleiden in een eventueel strafrechtelijk vervolg. En als de werknemer geen aangifte wil doen, dan zou de instelling dit op zich moeten nemen.

CONCLUSIE

Werknemers in de psychiatrie worden regelmatig geconfronteerd met geweld. Een fractie van deze soms zeer ernstige incidenten wordt voor de rechter gebracht. Een gericht en consequent uitgevoerd vervolgingsbeleid kan bijdragen aan een veilige werkplek voor de zorgverlener. Bovendien biedt het een kans om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Minder incidenten betekent immers ook een veiliger behandelomgeving voor de medepatiënten. Ook zal het helpen gemotiveerd en gekwalificeerd personeel te behouden voor de psychiatrie. Het is aan de ggz-instellingen om verantwoordelijkheid te nemen en deze kans aan te grijpen.

 Maaïke Rooms (VU Amsterdam) en Eran Wesseliuss (Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving; NSCR) gaven adviezen en droegen praktisch bij aan dit onderzoek. GGZ Nederland en NU'91 hielpen bij het benaderen van de respondenten. Het onderzoek werd financieel gesteund door Veilige Publieke Taak (BZ).

LITERATUUR

- Coyne A. Should patients who assault staff be prosecuted? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 139-45.
- Dinwiddie S, Briska W. Prosecution of violent psychiatric inpatients: Theoretical and practical issues. *Int J Law Psychiatry* 2004; 27: 17-29.
- Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on an acute psychiatric wards: prevalence, sererity and management. *J Adv Nurs* 2007; 58: 140-9.
- Hoge SK, Gutheil TG. The Prosecution of Psychiatric Patients for Assaults on Staff: A Preliminary Empirical Study. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 44-9.
- Harte JM, Leeuwen ME van, Nederpelt G van. Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; Strafrechtelijke reactie of niet? *Nederlands Juristenblad* 2010; 1229-33.
- Harte JM, Theuws R, Leeuwen ME van. Geweld in de psychiatrie; Wel of geen aangifte doen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2011; 66: 734-45.
- Hoekstra H, Meijel B van, Hooft-Leemans T van der. Kiezen voor de GGZ, een onderzoek onder HBO-V studenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2007; 62: 941-51.
- Inoue M, Tsukano K, Muraoka M, Kaneko F, Okamura H. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 29-36.
- Kumar S, Fischer J, Ng B, Clarke S, Robinson E. (2006). Prosecuting psychiatric patients who assault staff: a New Zealand perspective. *Australas Psychiatry* 2006; 14: 251-5.
- Martino di V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Genève: ILO/ICN/WHO/PSI; 2003.
- Leeuwen van ME, Harte JM. Violence against careworkers in psychiatry; is prosecution justified? *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 317-23.
- Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Agress Behav* 2005; 31: 217-27.
- Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1458-61.
- Quanbeck C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 743-60.
- Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder following patient assault among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2006; 6:15, Doi:10.1186/1471-244X-6-15.

AUTEURS

JOKE HARTE, psycholoog en universitair hoofddocent, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Vrije Universiteit Amsterdam, en senior onderzoeker, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.

MIRJAM VAN LEEUWEN, psychiatrisch verpleegkundige, gezondheidswetenschapper, Inforsa, Arkin, Amsterdam.

RI-JANNE THEUWS, criminoloog en junior onderzoeker, Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. Joke Harte, Vrije Universiteit, afd. Strafrecht en Criminologie, Initium (1A-46), De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

E-mail: j.harte@vu.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-11-2012.

SUMMARY

The nature, extent and judicial response to aggression and violence directed against care workers in psychiatry – J.M. Harte, M.E. van Leeuwen, R. Theuws –

BACKGROUND The Dutch government and the Council for public prosecutions consider aggression against and violence directed against public officers and care workers as unacceptable. But what is the attitude of these official bodies to violence directed against mental health care workers?

AIM To examine the nature and the prevalence of violence against mental health care professionals and the possible judicial consequences of this violence.

METHOD Dutch mental health professionals who work in the psychiatric hospitals and clinics were asked to fill in an online questionnaire about their experiences, over the past five years, of violence perpetrated by patients.

RESULTS The 1534 respondents had encountered violence regularly in the course of their work. Some of the violence was of a very serious nature and sometimes had severe consequences. Only a small number of the violent incidents were reported to the police and ultimately brought to court. The victims were poorly informed about the possible judicial consequences of the violence they had encountered.

CONCLUSION Not only should the mental health institutes counsel and inform the employees who have been victims of violence, they should also promote the development and implementation of an effective prosecution policy.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)5, 325-335]

KEY WORDS prosecution, reporting to the police, violence on the ward