

Aangiftebereidheid na patiëntagressie op klinische afdelingen in de psychiatrie

T.M.H. Janssen, M. Niele, J.D. Blom, D.A. van Dijk

- Achtergrond** In de geestelijke gezondheidszorg is agressie van patiënten richting medewerkers een terugkerend probleem. Aangifte doen is een belangrijke vervolgstap, maar de aangiftebereidheid lijkt laag, ondanks het landelijke overheidsprogramma Veilige Publieke Taak (VPT). Betrouwbare cijfers hierover ontbreken echter.
- Doel** Wij wilden inzicht krijgen in het aantal incidentmeldingen van grensoverschrijdend gedrag en agressie van patiënten richting medewerkers op klinische afdelingen in de psychiatrie en bepalen hoe vaak aangifte werd gedaan.
- Methode** Wij analyseerden geanonimiseerde incidentmeldingen afkomstig van klinische afdelingen van de Parnassia Groep te Den Haag uit het jaar 2023 op aantal, aard (verbaal, fysiek en overig) en ernst. Vervolgens onderzochten wij hoe vaak in deze periode vanuit de instelling aangifte werd gedaan van dergelijke feiten bij de politie.
- Resultaten** Onder de 973 incidentmeldingen die wij analyseerden, kwam verbale agressie het meest voor (n = 547; 56%), gevolgd door fysieke agressie (n = 419; 43%). Ernstige tot zeer ernstige incidenten werden 550 maal gerapporteerd (57%). In dezelfde periode was sprake van 61 registraties (6,3%) bij de politie vanuit deze klinische afdelingen. Van deze 61 registraties leidden 44 incidenten (4,5%) tot een daadwerkelijke aangifte.
- Conclusie** Hulpverleners op klinische afdelingen in de psychiatrie lijken in minder dan 5% van de gevallen geneigd van patiënt-agressie aangifte te doen. Uit eerder onderzoek zijn diverse redenen voor een beperkte aangiftebereidheid gebleken. Vervolgonderzoek zou zich bij voorkeur moeten richten op onderliggende oorzaken voor de beperkte aangiftebereidheid en op het effect van interventies die zich richten op het verhogen van de aangiftebereidheid binnen ggz-instellingen.

Medewerkers in de ggz worden vaker dan andere zorgverleners geconfronteerd met verbale en fysieke agressie, bedreigingen en andersoortig grensoverschrijdend gedrag.¹⁻³ Dit heeft niet alleen gevolgen voor de betreffende medewerker en diens naasten, het leidt ook tot een negatief beeld van het werk in de ggz, een onveilig werkklimaat en een relatief hoog ziekteverzuim en personeelsverloop.^{4,5} Aangifte doen is allereerst een belangrijk middel om normstellend op te treden: het maakt helder dat agressie tegen hulpverleners niet wordt getolereerd en dat hieraan juridische consequenties zijn verbonden.⁶ Daarnaast kan aangifte doen de dader ook helpen om toegang te verkrijgen tot passender zorg. Hierbij kan worden gedacht aan forensische zorg, waarbij via een justitieel kader beveiliging en begeleiding beschikbaar komen die in de reguliere ggz onvoldoende voorhanden zijn.⁷

Forensische zorg is geestelijke gezondheids-, verslavings- en verstandelijk gehandicaptenzorg voor mensen met psychiatrische of psychische problematiek of een verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd of dreigen te plegen. Forensische zorg wordt

doorgaans door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel. Ook kunnen cliënten door bijvoorbeeld de reguliere ggz worden verwezen voor forensische zorg wanneer sprake is van dreigend strafbaar gedrag of een behoefte aan meer beveiligde zorg. Het doel van forensische zorg is het voorkómen van recidive (terugvallen in strafbaar gedrag) en het vergroten van de maatschappelijke veiligheid. Dit gebeurt door middel van passende behandeling, begeleiding, toezicht en/of beveiliging, zodat de patiënt uiteindelijk – indien haalbaar – weer zelfstandig kan functioneren in de samenleving.⁸ Binnen de forensische zorg wordt de behandeling mede gebaseerd op individuele risicotaxatie en omgevingsfactoren. De inschatting van het noodzakelijke risicomanagement is doorgaans leidend voor het bepalen van het beveiligingsniveau en de setting. Hierdoor kan overigens in de praktijk een discrepantie ontstaan tussen wat vanuit behandelinhoudelijk perspectief wenselijk is en wat vanuit risicobeheersing noodzakelijk wordt geacht. Afhankelijk van de ernst van het strafbare feit kan de verdachte worden aangehouden en in hechtenis

genomen, met als praktisch gevolg dat de veiligheid direct wordt geborgd. Ook wanneer een verdachte niet direct wordt aangehouden, kan het doen van aangifte bijdragen aan de veiligheid op de werkvloer. Door het expliciet maken van de norm dat agressie en grensoverschrijdend gedrag niet worden getolereerd en juridische consequenties kunnen hebben, geeft men een duidelijk signaal af aan zowel de betrokkene als andere patiënten of bezoekers. Immers, wanneer geen aangifte wordt gedaan, kan al snel de suggestie worden gewekt dat grensoverschrijdend gedrag geen consequenties heeft.⁹ Normstelling kan zodoende indirect agressie verminderen en de ervaren veiligheid vergroten door toekomstig gedrag te begrenzen en een organisatieklimaat te bevorderen waarin medewerkers zich gesteund voelen om incidenten te melden en grenzen te stellen.¹ Het aanpakken van grensoverschrijdend gedrag en agressie in de ggz vergroot daarmee de veiligheid van alle betrokkenen, inclusief medewerkers, medepatiënten en indirect de maatschappij als geheel.

Tegen deze achtergrond riep in 2006 de Nederlandse overheid het programma Veilige Publieke Taak (VPT) in het leven, om medewerkers met een publieke taak, zoals politieagenten, andere hulpverleners en zorgpersoneel, te beschermen tegen agressie. De VPT-aanpak stimuleert organisaties om een actief meld- en aangiftebeleid te voeren, daders aan te spreken en slachtoffers te ondersteunen.

Hoewel aangifte doen dus een belangrijke formele stap is om incidenten te adresseren en het VPT-programma dit ook nadrukkelijk aanmoedigt, laten eerdere studies zien dat de aangiftebereidheid onder zorgverleners in Nederland laag is gebleven.^{10,11} Al in 2013 beschreven Harte e.a. in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* uitgebreid onderzoek naar de aard en omvang van geweld in de ggz en de strafrechtelijke reactie hierop. In dit onderzoek concludeerden zij dat er slechts zeer beperkt aangifte wordt gedaan van zulke incidenten en dat, wanneer aangifte wel plaatsvindt, de strafrechtelijke reactie zeer beperkt is.¹¹ Dit sluit aan bij de indruk die wij kregen in de klinische praktijk van een grote psychiatrische instelling in het westen van het land, waar agressie-incidenten aan de orde van de dag zijn. Om die reden wilden wij in kaart brengen hoeveel agressie-incidenten tegen ggz-medewerkers tegenwoordig worden gemeld in een intern meldingssysteem van de organisatie en welk percentage hiervan leidt tot het doen van aangifte bij de politie. Onze hypothese was dat het aantal aangiften, twee decennia na het invoeren van de VPT-aanpak, nog altijd sterk achterblijft bij het aantal incidenten.

Om de ernst van de problematiek nader te duiden, analyseerden wij tevens welke vormen van agressie in de meldingen voorkwamen. Dergelijk inzicht kan instellingen ondersteunen bij het expliciteren van criteria voor het doen van melding en aangifte bij de politie en daarmee bijdragen aan het ontwikkelen van consistent beleid en duidelijker normstelling rondom agressie tegen medewerkers.

METHODE

Wij voerden een retrospectieve studie uit bij de Parnassia Groep te Den Haag. Daarbij analyseerden wij data uit het interne incidentmeldingssysteem *Veilig Incident Melden* (VIM), afkomstig van 20 klinische, niet-forensische afdelingen in de Haagse regio. Wij exporteerden alle VIM-meldingen uit het jaar 2023 in de categorie *grensoverschrijdend gedrag en agressie* geanonimiseerd naar een beveiligde digitale omgeving van het Bureau Geneesheer-directeur. Daaruit selecteerden wij specifiek de incidentmeldingen van grensoverschrijdend gedrag en agressie door patiënten jegens medewerkers. Meldingen buiten deze categorie, zoals die van agressie van de ene patiënt naar de andere, excludeerden wij.

In het interne meldsysteem classificeerde de melder de ernst van incidenten op een vijfpuntsschaal, variërend van '1: bijna-incident' (*geen gevolgen voor patiënt, medewerker of vervolg van de behandeling*) tot '5: fataal incident' (*overlijden van patiënt of medewerker als gevolg van het incident*). De tussenliggende categorieën betreffen tijdelijke dan wel blijvende gevolgen voor patiënt, medewerker en/of zorgprocessen. Wij raadpleegden geen patiëntendossiers.

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de Parnassia Groep. Deze oordeelde dat de studie niet viel onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en dat nadere toetsing door een medisch-ethische toetsingscommissie (METC) dan ook niet was vereist (beoordelingsreferentie 2024.32).

De primaire uitkomstvariabele van onze analyse was het aantal interne incidentmeldingen, gespecificeerd naar type agressie. Daartoe bestudeerden wij alle meldingen en categoriseerden wij deze als betrekking hebbend op verbale, fysieke en overige agressie. Naast deze indeling in hoofdcategorieën creëerden wij ook subcategorieën (zoals slaan, schoppen en spugen voor de categorie 'fysieke agressie'). Wanneer een melding meer dan één type agressie betrof, dan selecteerden wij de ernstigste vorm. De categorisering en beoordeling van de meldingen werd uitgevoerd door de eerste auteur (T.J.). Bij twijfel voerde deze overleg met de geneesheer-directeur, tevens laatste auteur (D.v.D.).

Voorts onderzochten wij het aantal politieregistraties en aangiften in dezelfde periode. Informatie hierover verkregen wij van de Politie Haaglanden. Vanwege de privacywetgeving konden wij de meldingen en aangiften gedaan bij de politie niet één op één koppelen aan specifieke incidentmeldingen.

Ten slotte consulteerden wij de coördinerend officier van justitie Verplichte Zorg (met tevens uitgebreide ervaring in het strafrecht) van het Arrondissementsparket Den Haag over de strafbaarheid van verschillende typen agressie. Voor het berekenen van de frequenties van het aantal meldingen in de verschillende hoofd- en subcategorieën en het aantal meldingen per ernstcategorie gebruikten we SPSS Statistics versie 27.

RESULTATEN

Incidentmeldingen binnen de instelling

In 2023 werden vanuit de 20 geselecteerde klinische afdelingen 973 incidentmeldingen geregistreerd van grensoverschrijdend gedrag of agressie door patiënten jegens medewerkers, oftewel gemiddeld 2,7 meldingen per dag. Van deze 973 meldingen betrof 56,2% verbale agressie, 43,0% fysieke agressie en minder dan 1% overige agressie. In de hoofdcategorie verbale agressie domineerden bedreigen (45%) en schelden/schreeuwen (45%). Bij fysieke agressie waren dit slaan (24,3%), schoppen (15,3%), duwen/trekken/vastgrijpen (14,6%) en gooien met voorwerpen (13,4%). Overig geweld (0,7%) bestond uit brandstichting, het achterhouden van huishoudmessen en het hinderlijk opzoeken van een verpleegkundige via sociale media. 555 meldingen (56,5% van het totale aantal van 973 meldingen) werden door de melders beoordeeld als ernstig of zeer ernstig.

Tabel 1 biedt een overzicht van de aantallen incidenten per hoofdcategorie en de frequenties van de verschillende subtypen. Laagfrequent gemelde categorieën zijn samengevoegd tot een categorie 'overig' ter bevordering van de leesbaarheid.

Meldingen en aangiften bij de politie

Op basis van de informatie vanuit het lokale politiebureau bleek dat in hetzelfde jaar vanuit de instelling 61 keer een politiemelding werd opgesteld naar aanleiding van agressie door een patiënt naar een hulpverlener (6,3%). Hierbij werd in 44 gevallen overgegaan tot aangifte (4,5%). Hoe het proces in de overige 17 gevallen verder ging, was niet altijd duidelijk; soms leidde de melding bij de politie tot een alternatieve oplossing, zoals een gesprek tussen medewerker en patiënt.

DISCUSSIE

Wij analyseerden 973 interne incidentmeldingen die in 2023 werden gedaan door medewerkers van diverse klinische behandelafdelingen van een grote ggz-instelling in Den Haag. Deze incidenten betroffen verbaal en/of fysiek geweld gepleegd door patiënten naar medewerkers. In hetzelfde jaar bleken bij het aan deze afdelingen gekoppelde politiebureau 61 meldingen (6,3%) van vergelijkbare aard te zijn gedaan vanuit de instelling, waarvan 44 (4,5%) resulteerden in een aangifte.

Tabel 1. Type agressie-incidenten (n = 973) en toegekende ernst door melder per subcategorie

Type agressie	Subcategorie	n (%) [*]	Ernst (volgens melder): ernstig/zeer ernstig n (%) [*]
Verbaal (n = 547)	Schelden/schreeuwen	249 (45,5)	127 (51,0)
	Bedreigen	246 (45,0)	150 (61,0)
	Beledigen	17 (3,1)	11 (64,7)
	Verbaal seksueel grensoverschrijdend gedrag	17 (3,1)	7 (41,2)
	Overig ^{**}	18 (3,3)	11 (61,1)
Fysiek (n = 419)	Slaan	102 (24,3)	57 (55,9)
	Schoppen	64 (15,3)	33 (51,6)
	Duwen, trekken, vastgrijpen	61 (14,6)	29 (47,5)
	Gooien met voorwerpen	56 (13,4)	30 (53,6)
	Vernieling van voorwerpen	46 (11,0)	31 (67,4)
	Verwonden	39 (9,3)	27 (69,2)
	Overig ^{***}	51 (12,2)	30 (58,8)
Overig (n = 7)	Brandstichting	4 (57,1)	4 (100,0)
	Overig ^{****}	3 (42,9)	3 (100,0)
Totaal n (%)		973 (100)	550 (56,5)

^{*}Percentages voor subcategorieën werden berekend binnen het type agressie; percentages voor ernst zoals aangegeven door melder werden berekend binnen subcategorieën.

^{**}Overige verbale agressie omvat beledigen, (specifieke vormen van) discriminatie, treiteren, pesten, chantage, dwingend gedrag en verbaal seksueel grensoverschrijdend gedrag.

^{***}Overige fysieke agressie omvat spugen, fysiek hinderen en fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag.

^{****}Deze categorie omvat incidentele, niet nader te classificeren gedragingen.

Op basis van het onderzoek van Harte e.a., waarin 26,6% van de incidenten bij de politie werd gemeld, verwachtten wij vooraf een hogere aangifte- en meldingsbereidheid; onze bevindingen laten echter een substantieel lager percentage zien.¹¹ Zelfs wanneer wij, conform hun methodologie, uitsluitend fysieke agressie-incidenten (inclusief brandstichting) beschouwen, resulteert in ons onderzoek iets meer dan 10% van de incidentmeldingen in een aangifte (44 van 423 incidenten). Binnen onze dataset blijft de aangiftebereidheid daarmee beperkt. Deze vergelijking moet echter met terughoudendheid worden geïnterpreteerd, gezien belangrijke methodologische verschillen. Het onderzoek van Harte e.a. is gebaseerd op zelfrapportage via een anonieme online-enquête onder ggz-medewerkers; ook gegevens over aangifte en afhandeling zijn hierop gebaseerd en niet op bijvoorbeeld politiedata.¹¹ De geanalyseerde VIM-meldingen vormen bovendien waarschijnlijk slechts een deel van het daadwerkelijke aantal (ervaren) agressie-incidenten jegens zorgverleners op klinische afdelingen, aangezien onze ervaring is dat lang niet alle incidenten resulteren in een VIM-melding.

Onze bevindingen roepen de vraag op naar de beweegredenen van medewerkers binnen deze instelling om geen politiemelding of aangifte te doen. In de literatuur worden hiervoor verschillende redenen genoemd.

Redenen voor terughoudendheid bij het doen van aangifte

Harte e.a. beschreven ook uitgebreid wat de achterliggende redenen zouden kunnen zijn om geen aangifte te doen.¹¹ Een veelgenoemde reden is dat de medewerker oordeelt dat aangifte doen niet nodig is of dat het incident niet ernstig genoeg was. Een valkuil bij de afweging van het al dan niet doen van aangifte is dat zorgverleners zelf soms al oordelen dat grensoverschrijdend gedrag niet aangiftewaardig is, terwijl dit niet is getoetst bij bijvoorbeeld de geneesheer-directeur of de jurist van de instelling. Ook hangt het niet doen van aangifte regelmatig samen met de afweging die medewerkers zelf maken over de rol van de psychische stoornis bij het gedrag.

Een andere reden is de angst van medewerkers dat hun contactgegevens terecht zullen komen bij de dader en daarmee de vrees voor represailles. Ook internationaal onderzoek bevestigt dat angst voor vergelding door patiënten of hun netwerk remmend werkt op de aangiftebereidheid.¹² Harte e.a. noemen daarnaast dat medewerkers vaak geen aangifte doen omdat zij denken dat agressie 'bij het werk hoort', dat zij de kans op vervolging klein achten en dat het adresseren van agressie de behandelrelatie zou kunnen schaden.¹¹ Juist deze overwegingen onderstrepen het belang van duidelijke organisatorische kaders en goede voorlichting over dit thema, zodat de afweging om aangifte te doen niet louter op individuele inschattingen berust.

Strafverzwarende kaders bij agressie tegen ggz-medewerkers

Voortbordurend op de reeds ingevoerde maatregelen vanuit de VPT-aanpak bestaat ook bij het Openbaar Ministerie en de rechtspraak aandacht voor deze problematiek. Voor geweld tegen personen met een publieke taak, onder wie hulpverleners, geldt in Nederland een strafverzwarend beleidskader. Zo kan het Openbaar Ministerie een aanzienlijk hogere strafeis formuleren en kunnen rechters volgens de oriëntatiepunten voor straftoemeting een strafverhoging tot 100% toepassen.¹³ Zodoende kan agressie tegen hulpverleners sneller en strenger bestraft worden.

Als aanvulling op dit strafverzwarende beleid worden ggz-medewerkers die handelen in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg in de rechtspraak in bepaalde omstandigheden aangemerkt als ambtenaar in de zin van het Wetboek van Strafrecht. Onder 'ambtenaar' wordt in een relevant arrest van de Hoge Raad verstaan 'degene die onder toezicht en verantwoordelijkheid van de overheid is aangesteld in een functie waaraan een openbaar karakter niet kan worden onttrokken'.¹⁴ Dit heeft ertoe geleid dat in verschillende strafzaken zwaardere straffen zijn opgelegd aan plegers van agressie tegen medewerkers van ggz-instellingen die op dat moment belast waren met de uitvoering van verplichte zorg.¹⁵⁻¹⁸ Dit betekent voor de praktijk dat ggz-medewerkers zich ervan bewust kunnen zijn dat op hen een versterkte strafrechtelijke bescherming van toepassing kan zijn, afhankelijk van de concrete omstandigheden.

Beperkingen

Het door ons uitgevoerde onderzoek biedt een empirisch onderbouwde update van de aangiftebereidheid onder ggz-medewerkers in Nederland. De bevindingen laten zien dat de aangiftebereidheid zeer beperkt is en de afgelopen jaren, ondanks het programma VPT, zeker niet lijkt te zijn toegenomen.

Onze studie heeft ook enkele beperkingen. Zo waren de door ons gebruikte data afkomstig van één enkele, grootstedelijke instelling. Dit beperkt de generaliseerbaarheid naar andere instellingen binnen en buiten Nederland. Ook geven de geanalyseerde VIM-meldingen waarschijnlijk geen volledig beeld van het daadwerkelijke aantal agressie-incidenten door patiënten jegens zorgverleners op klinische afdelingen, omdat de ervaring is dat niet alle incidenten worden gemeld. Hierdoor kan de berekende aangiftebereidheid mogelijk zelfs nog een overschatting zijn. Door de privacywetgeving ontbrak bovendien de mogelijkheid om een directe koppeling te maken tussen de incidentmeldingen en aangiftes die zijn gedaan.

Ook ontbrak informatie over de opvolging van de aangiftes die wél zijn gedaan. Hoewel deze informatie niet noodzakelijk was voor het beantwoorden van de huidige onderzoeksvraag, kan inzicht in de verdere afhandeling van aangiftes relevant zijn voor vervolgonderzoek naar aangiftebereidheid. Ervaringen met de uitkomst

van aangiftes kunnen immers van invloed zijn op de bereidheid van medewerkers en instellingen om in de toekomst aangifte te doen. Het systematisch vastleggen van de opvolging van aangiftes in het VIM-systeem zou dergelijk vervolgonderzoek kunnen faciliteren. Voorts ontbrak in onze studie een systematische juridische beoordeling van de aangiftewaardigheid en strafrechtelijke kwalificatie van alle geanalyseerde meldingen. Om die reden kunnen we niet concluderen dat alle meldingen bij voorbaat als aangiftewaardig moeten worden beschouwd. Dit hangt mede samen met de aard en doelstelling van het gebruikte incidentmeldingssysteem, dat niet is ontworpen als aangiftesysteem, maar primair gericht is op het signaleren van (bijna-)incidenten met het oog op kwaliteitsverbetering en veiligheid.¹⁹ Incidentmeldingen betreffen derhalve niet noodzakelijkerwijs gedragingen die strafbaar zijn of in aanmerking komen voor strafrechtelijke vervolging. Een zorgvuldige strafrechtelijke beoordeling vergt immers gedetailleerde en contextuele informatie, terwijl dergelijke informatie in incidentmeldingen vaak ontbreekt.

Dit is des te relevanter omdat de strafbaarheid van gedragingen in hoge mate afhankelijk kan zijn van de specifieke omstandigheden waaronder deze plaatsvinden. Bepaalde vormen van verbaal geweld, zoals bedreiging of belediging, zijn strafbaar afhankelijk van de omstandigheden en de juridische kwalificatie. Tegelijkertijd kan worden betoogd dat fysiek geweld in beginsel altijd een strafbaar feit vormt, waarvoor het doen van aangifte in de regel is aangewezen.

Ten slotte ontbreekt in onze studie een exploratie van de beweegredenen van medewerkers om wel of geen aangifte te doen. In de praktijk ervaren wij dat medewerkers terughoudend zijn met het doen van aangifte om diverse redenen, zoals een beperkt vertrouwen in een interventie door politie of OM of de vrees voor represailles. De motieven van medewerkers om geen aangifte te doen zullen vergelijkbaar zijn met die genoemd worden in eerder onderzoek.¹¹

Tegelijkertijd achten wij het wenselijk om, dertien jaar na dat onderzoek en twintig jaar na de invoering van het VPT-programma, dergelijk onderzoek te herhalen. Dergelijk onderzoek zou eventuele verschuivingen in factoren die van invloed zijn op aangiftebereidheid in kaart kunnen brengen en zodoende aanknopingspunten identificeren voor gerichte interventies die de aangiftebereidheid vergroten. Vervolgonderzoek naar de implementatie en effectiviteit van deze interventies is daarbij essentieel. Daarbij kan onder meer aandacht worden besteed aan verwachte en ervaren represailles en aan de rol van leidinggevers en juristen in het aangifteproces en het aangiftebeleid van instellingen.

Ook het aanstellen van contactpersonen die goed op de hoogte zijn van de regels en procedures rondom het doen van aangifte en die het slachtoffer kunnen informeren over en idealiter ondersteunen bij het doen van aangifte na een strafbaar feit zou op grotere schaal vervolgonderzoek verdienen.²⁰ Dit geldt ook voor de

evaluatie, bij voorkeur in samenwerking met politie en Openbaar Ministerie, van interventies die beogen drempels voor het doen van aangifte te verlagen, zoals het bieden van veiligheidsmaatregelen voor medewerkers die aangifte doen, het versnellen van opvolging van meldingen en het actief terugkoppelen van de strafrechtelijke reactie aan de zorginstelling.

CONCLUSIE

Aangifte doen van agressie-incidenten van patiënten naar medewerkers is belangrijk voor de bescherming van medewerkers en medepatiënten en voor het bevorderen van een veilig werkklimaat, maar ook voor het verkrijgen van passende (forensische) zorg voor deze patiënten en het stellen van duidelijke normen. Twee decennia na het invoeren van het landelijke overheidsprogramma Veilige Publieke Taak zien wij in de door ons onderzochte ggz-instelling dat in het jaar 2023 er 973 incidentmeldingen van agressie van patiënt naar medewerker werden gedaan, waarvan er slechts 44 (4,5%) uitmondde in een aangifte bij de politie.

Uit eerder onderzoek zijn diverse redenen voor een beperkte aangiftebereidheid gebleken.

Vervolgonderzoek zou men bij voorkeur eerst moeten richten op het in kaart brengen van mogelijke veranderingen in factoren die van invloed zijn op aangiftebereidheid om te komen tot gerichtere interventies die deze bereidheid binnen ggz-instellingen vergroten. Vervolgens kan men zich richten op de implementatie en effectiviteit van dergelijke interventies.

LITERATUUR

- 1 Harte J, van Houwelingen I, van Leeuwen M. Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie.: Aard, omvang en aangifte bij de politie. Apeldoorn: Politie en Wetenschap; Den Haag: SDU; 2017.
- 2 Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, e.a. Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 1245.
- 3 Arbeidsinspectie N. Psychosociale arbeidsbelasting in de geestelijke gezondheidszorg. 2025.
- 4 Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study Ginebra: Organización Internacional del Trabajo 2002: 3-42.
- 5 Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 15.
- 6 Openbaar Ministerie. Geweld tegen mensen met een publieke taak (VPT-cijfers over 2024). 2024.
- 7 Niele M. Mishandeling hulpverlener door een cliënt in de ggz? Onder omstandigheden is strafverzwaring mogelijk. *Journal voor GGZ en Recht* 2025; 20, 1.
- 8 Ministerie van Justitie en Veiligheid. Infographic forensische zorg 2025. www.forensischezorg.nl/documenten/2023/05/01/infographic-forensische-zorg.
- 9 Ministerie van Justitie en Veiligheid. Feiten, stellingen en vragen over agressie tegen hulpverleners. Taskforce Onze Hulpverleners Veilig; 2024.

- 10 Kennisbank Openbaar Bestuur. Evaluatie Programma Veilige Publieke Taak. 2017.
- 11 Harte J, van Leeuwen M, Theuws R. Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 325-35.
- 12 Spencer C, Sitarz J, Fouse J, e.a. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. BMC Nursing 2023; 22: 134.
- 13 Abraham M, Piepers N, de Wilde B, e.a. Strafverhogingen bij Veilige Publieke Taak-delicten. Amsterdam: DSP; 2024.
- 14 Hoge Raad der Nederlanden, ECLI:NL:HR:2023:32 2023. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:HR:2023:32>.
- 15 Rechtbank Rotterdam, ECLI:NL:RBROT:2024:786 2024. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBROT:2024:786>.
- 16 Rechtbank Midden-Nederland, ECLI:NL:RBMNE:2025:4331 2025. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBMNE:2025:4331>.
- 17 Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2024:3964 2024. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBDHA:2024:3964>.
- 18 Gerechtshof Den Haag, ECLI:NL:GHDHA:2024:2608 2024. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:GHDHA:2024:2608>.
- 19 Rijksoverheid. Informatie over de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) 2025. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg.
- 20 Bremmers S. Veiligheidsexpert: 'Plan tegen agressie strandt in bestuurskamer'. Zorgvisie 2025.

AUTEURS

Tessa Janssen, aios psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag en Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Utrecht.

Moniek Niele, jurist, Parnassia Groep, Den Haag.

Jan Dirk Blom, psychiater en plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag; hoogleraar Klinische psychopathologie, Instituut Psychologie, Universiteit Leiden; universitaire docent, Rijksuniversiteit Groningen.

Dyllis van Dijk, psychiater en geneesheer-directeur, Parnassia Groep regio Haaglanden; senior onderzoeker, PsyQ Haaglanden.

Correspondentie

Dr. Dyllis van Dijk (d.vandijk@parnassia.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-5-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(07):378-383