

## Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie



---

# Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie

*Aard, omvang en aangifte bij de politie*

dr. J.M. Harte  
I. van Houwelingen, MSc  
drs. M.E. van Leeuwen

In opdracht van:  
Programma Politie & Wetenschap

Foto omslag: Alamy Stock Photo/ Keith Morris

Ontwerp:  
Mediaeval Tekst en Vorm & Martien Frijns

ISBN: 978 901240 1265  
NUR: 600, 820

Realisatie:  
Sdu, Den Haag

© 2017 Politie & Wetenschap, Apeldoorn; Vrije Universiteit, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Publicatie- en Reproductierechten Organisatie (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

No part of this publication may be reproduced in any form, by print, photo print or other means without written permission from the authors.

# Voorwoord

Geweld tegen hulpverleners is regelmatig in het nieuws en roept veel boosheid en afschuw op. Dit onderzoek gaat over geweld tegen een specifieke groep hulpverleners: werknemers in de psychiatrie. Terwijl juist deze groep hulpverleners relatief veel ernstig geweld ondervindt, is er veel onduidelijkheid over hoe dit geweld afgehandeld zou moeten worden. Er wordt vaak afgezien van aangifte bij de politie, met als gevolg dat er weinig bekend is over de aard en omvang van dit geweld. Dankzij het onderzoeksprogramma van Politie en Wetenschap werd ons de mogelijkheid geboden dit probleem nader te analyseren. Dit rapport is het verslag van ons onderzoek.

Vele mensen hebben bijgedragen aan de uitvoering van ons onderzoek. Wij zijn hun veel dank verschuldigd. Dankzij de vele gesprekken die wij in het werkveld hebben gevoerd, kregen wij een steeds beter beeld en begrip van het probleem en van de dilemma's bij de eventuele afdoening. Ook ontvingen wij veel praktische hulp, zoals toegang tot relevante beleidsstukken en namen en contactgegevens van potentiële respondenten. Met name de leden van het Platform Verwarde Personen van de politie, onder voorzitterschap van Henk van Dijk, danken wij voor hun tijd en hulp. Vele juridische medewerkers van GGZ-instellingen hielpen ons door het invullen en retourneren van onze enquête. Bij verschillende personen, die vanuit hun functie ervaring hebben met (de afdoening van) geweld in de psychiatrie, mochten wij een interview afnemen. De meesten van hen zijn werkzaam binnen de GGZ, politie of de rechterlijke macht. Dertien van de geïnterviewde GGZ-medewerkers zijn zelf ooit het slachtoffer geworden van geweld. Wat alle respondenten delen is dat zij stuiten op beperkingen en dilemma's in de afdoening van geweld in de psychiatrie. Met hun deelname aan ons onderzoek hopen zij bij te dragen aan een oplossing voor dit probleem. We zijn hen zeer erkentelijk voor hun tijd en de openhartige gesprekken.

De leden van de leescommissie hebben ons rapport kritisch becommentarieerd. We hebben dankbaar gebruik kunnen maken van hun expertise en al hun waardevolle op- en aanmerkingen. Annemieke Venderbosch en Marta Dozy van Politie en Wetenschap danken wij voor hun adviezen en de fijne samenwerking.

Frequentietabellen en percentages kunnen onvoldoende overbrengen wat de impact is van een geweldsincident en welke gevolgen dit kan hebben voor een individueel slachtoffer. Om die reden hebben wij tekstschrijver Melle Dotinga gevraagd het persoonlijke verhaal van vier slachtoffers op te tekenen. In dit rapport hebben zij de namen Marijke, Hans, Roos en Jonas gekregen. Het zijn indrukwekkende verhalen van bijzondere mensen die hun belangrijke werk in de psychiatrie nog steeds met plezier en overtuiging uitvoeren.

De onderzoekers

---

# Inhoud

	Lijst van afkortingen	11
	Samenvatting	13
1	Introductie	19
1.1	Achtergrond	19
1.2	Doel en onderzoeksvragen	21
1.3	Leeswijzer	22
2	Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie	25
2.1	Framing van geweld	25
2.2	Geweld tegen functionarissen met een publieke taak	26
2.3	Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie	27
2.4	Psychiatrische stoornis als verklaring voor agressie en geweld	38
	Casus 1: 'Ik draai weg en zie nog een vuist op me afkomen.'	41
3	Wenselijkheid vervolging	45
3.1	Strafdoelen en wenselijkheid vervolging	45
3.2	Behoeftes van slachtoffers	46
3.3	Stappen en mogelijkheden in de vervolging	49
3.4	Redenen om wel of geen aangifte te doen	52
3.5	Redenen om wel of geen aangifte te doen in de psychiatrie	53
3.6	Knelpunten in de vervolging van geweld in de psychiatrie	56

Casus 2: ‘Hij begon als een dolle op mijn hoofd te beuken.’	59
4 Methoden	63
4.1 Beleidsdocumenten	63
4.2 Inventariserende enquête	64
4.3 Interviews	64
5 Resultaten beleidsanalyse	67
5.1 Bescherming identiteit aangever	67
5.2 Medisch beroepsgeheim	69
5.3 Beleid	71
5.3.1 Veilige Publieke Taak	72
5.3.2 Actieplan Veilig werken in de zorg	73
5.3.3 Handreiking Sociale veiligheid in de GGZ	74
5.3.4 Convenant Politie - GGZ 2012	75
5.3.5 Regionale convenanten	76
5.4 Handvatten voor de praktijk	79
Casus 3: ‘Keer op keer beukte hij op mijn hoofd.’	83
6 Resultaten inventariserende enquête	87
7 Resultaten verdiepende interviews	93
7.1 Toerekeningsvatbaarheid	93
7.2 Medisch beroepsgeheim	101
7.3 Bescherming identiteit aangever	106
7.4 Behandelrelatie	110
7.5 Mogelijkheden en zin vervolging psychiatrisch patiënt	114
7.6 Informatievoorziening	119
7.7 Bekendheid met beleid	121



Casus 4: 'Ik maak je dood!'	127
8 Conclusie en discussie	131
8.1 Conclusie	131
8.2 Discussie	139
8.3 Aanbevelingen	143
Literatuur	147
Bijlagen	155
1 Overzicht bijgewoonde bijeenkomsten, inventariserende gesprekken met stakeholders en afgenomen interviews	155
2 Inventariserende enquête juristen	157
3 Voorbeeld topiclijst	161
4 Schematische analyse convenanten	164
5 Samenstelling leescommissie	171



## Lijst van afkortingen

ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
Art.	Artikel
AVWZ	Actieplan Veilig werken in de zorg
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AZW	Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BRP	Basisregistratie Personen
BooG	Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens
BOPZ	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
ELA	Eenduidige Landelijke Afspraken
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FPA	forensisch psychiatrische afdeling
FPC	forensisch psychiatrisch centrum
FPK	forensisch psychiatrische kliniek
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HOvJ	hulpofficier van justitie
IBS	inbewaringstelling
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LVB	lichte verstandelijke beperking
NEA	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	officier van justitie
PBC	Pieter Baan Centrum
PFZW	Pensioenfonds Zorg en Welzijn
PPC	penitentiair psychiatrisch centrum
RC	rechter-commissaris
RM	rechterlijke machtiging

Stb	Staatsblad
tbs	terbeschikkingstelling
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschap- pelijk onderzoek
TOM	Taakstrafzitting Openbaar Ministerie
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPT	Veilige Publieke Taak
Wfz	Wet forensische zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WJK	Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WvSv	Wetboek van Strafvordering

## Samenvatting

Geweld tegen hulpverleners leidt tot grote politieke en maatschappelijke verontwaardiging. De overheid en het OM zetten zwaar in op het terugdringen van agressie en geweld tegen mensen met een publieke taak. Met name hulpverleners in de psychiatrie ondervinden veel fysiek geweld door patiënten, wat soms tot ernstig letsel leidt. Maar juist binnen deze sector is onduidelijkheid en verschil van mening over of, en zo ja in welke gevallen, een strafrechtelijk vervolg op zijn plaats is. Aangifte van en een eventuele strafrechtelijke reactie op dit geweld blijven dan ook vaak achterwege. Dit onderzoek belicht de dilemma's, barrières en knelpunten waar slachtoffers van geweld in de psychiatrie tegenaan lopen als zij (overwegen) aangifte (te) doen. Ook de ervaringen en overwegingen van de betrokken partijen, zoals werkgevers, de politie en het OM, zijn beschreven. Tevens is gekeken in hoeverre beleidsdocumenten en convenanten handvatten bieden voor de afhandeling van dit geweld.

Eerst zijn de resultaten van verschillende onderzoeken in Nederland met betrekking tot de aard en omvang van geweld tegen werknemers in de psychiatrie bestudeerd. Hieruit bleek dat, in vergelijking met andere (zorg)sectoren, de GGZ een sector is waar veel fysiek geweld plaatsvindt dat verstrekkende gevolgen kan hebben voor de slachtoffers, zoals ernstig letsel en een langdurige herstelperiode.

Op basis van een literatuurstudie naar de behoeftes van slachtoffers werd geconcludeerd dat slachtoffers van geweld in de psychiatrie vooral behoefte hebben aan steun, erkenning en hulp van hun collega's en leidinggevende en, bij een eventueel strafrechtelijk vervolg, van politie en justitie. Tevens hebben zij behoefte aan informatie over hun zaak en hun positie daarbinnen als slachtoffer. Wanneer slachtoffers vermoeden dat het gewelddadige gedrag voortvloeit uit de psychopathologie van de dader en er geen sprake lijkt te zijn van opzet, hebben zij vaak geen behoefte aan een strafrechtelijk vervolg. Als er wel aangifte wordt gedaan, speelt vergelding vrijwel nooit een rol. Slachtoffers hebben vooral behoefte aan bescherming, niet alleen van henzelf maar ook van collega's en overige patiënten.

Een aantal knelpunten, die specifiek een rol spelen bij de aangifte en strafrechtelijke afdoening van geweld in de psychiatrie, komt duidelijk naar voren: de eventuele verminderde toerekeningsvatbaarheid van de dader, het medisch beroepsgeheim, angst voor represailles van (het netwerk van) de dader, verstoring van de behandelrelatie, twijfel over de zin van aangifte en de beperkte mogelijkheden voor een betekenisvolle afdoening. Verder blijkt dat slachtoffers na de aangifte vaak slecht geïnformeerd worden over het verdere verloop van de zaak.

Deze knelpunten zijn vervolgens empirisch onderzocht. Eerst is door middel van een beleidsanalyse achterhaald in hoeverre beleidsprogramma's en (landelijke en lokale) convenanten met betrekking tot geweld tegen hulpverleners in het algemeen of specifiek voor hulpverleners in de psychiatrie, handvatten bieden voor de afhandeling van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Hierbij is in het bijzonder gekeken naar wat in deze documenten vermeld wordt over het beschermen van de identiteit van de aangever en het medisch beroepsgeheim. Praktijkervaringen met de knelpunten en dilemma's zijn achterhaald door middel van een inventariserende enquête die is voorgelegd aan juristen van de verschillende GGZ-instellingen. Vervolgens zijn, na enkele oriënterende gesprekken, in totaal 35 verdiepende interviews gehouden met GGZ-medewerkers, politiefunctionarissen en leden van de rechterlijke macht. Hierin werd ingegaan op de ervaringen met het doen en opnemen van aangifte en de verdere afhandeling van het geweld en de specifieke knelpunten die zich daarbij voor kunnen doen.

Ten aanzien van de specifieke knelpunten die een rol spelen bij de aangifte en de eventuele strafrechtelijke afdoening van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie zijn uit het onderzoek verschillende zaken naar voren gekomen, die hieronder besproken worden.

### Toerekeningsvatbaarheid

GGZ-medewerkers vinden dat geweld en agressie tot op zeker hoogte bij het werk in de GGZ hoort, maar het is onduidelijk waar de grens van het toelaatbare ligt. Vaak vinden zij aangifte van geweld door een patiënt op zijn plaats als er sprake is van intentie en als het ernstig geweld betreft. Het is echter ongewenst en vaak ook niet mogelijk voor het slachtoffer om vast te stellen in hoeverre het geweld voortkomt uit de psychopathologie. Ook voor de vervolgingsbeslissing is het van belang om vast te stellen of en in hoeverre het geweld voortvloeide

uit de psychopathologie. Een pro Justitia-rapportage is echter kostbaar en tijdrovend en wordt doorgaans alleen geïndiceerd bij ernstige delicten. Bij minder ernstige delicten wil de officier van justitie op basis van de informatie van de aangever een inschatting maken van de toerekeningsvatbaarheid van de dader ten tijde van het incident. Wanneer de aangever bepaalde informatie niet wil verstrekken vanwege het beroepsgeheim, kan dat leiden tot ergernis. De ervaring is dat zaken worden geseponneerd op grond van vermeende ontoerekeningsvatbaarheid van de verdachte, zonder dat dit nader is onderzocht.

### Medisch beroepsgeheim

Met het doen van aangifte tegen een patiënt doorbreekt de hulpverlener het beroepsgeheim. In het beleid met betrekking tot geweld in de psychiatrie wordt de mogelijkheid om aangifte te doen gepresenteerd en zelfs geadviseerd. De regels omtrent het doorbreken van het beroepsgeheim zijn echter ingewikkeld en streng. Onduidelijk is in hoeverre deze regels gelden bij het doen van aangifte van geweld tegen een hulpverlener en welke informatie hierbij gedeeld mag worden. De beleidsstukken zijn hierover niet eenduidig en bieden nauwelijks concrete handvatten.

### Beschermen identiteit aangever

Slachtoffers van geweld in de psychiatrie worden vaak opnieuw geconfronteerd met de dader en zijn netwerk. Angst voor represailles door de patiënt of zijn netwerk kan een slachtoffer ervan weerhouden om aangifte te doen. Twee opties om de identiteit van de aangever af te schermen blijken relevant bij de aangifte van dit type geweld: het kiezen van domicilie op het adres van de instelling en het doen van aangifte onder nummer, waarbij ook iemand anders dan het slachtoffer aangifte kan doen. Volledige anonimiteit kan echter nooit gegarandeerd worden. Over de wenselijkheid van aangifte door een ander dan het slachtoffer, bijvoorbeeld de werkgever, wordt verschillend gedacht.

## Behandelrelatie

Na een geweldsincident moet de behandelrelatie vaak voortgezet worden, veelal omdat er sprake is van een gedwongen behandeling. Overplaatsing naar een andere afdeling of instelling is meestal niet te realiseren. Sommige slachtoffers vinden het problematisch dat ze met een aangifte de behandelrelatie verstoren of zijn bang voor de reactie van de patiënt.

## Mogelijkheden en zin van aangifte en vervolging

Van aangifte wordt vaak afgezien omdat het nut daarvan niet ingezien wordt. De ervaring is dat justitie vaak zonder nader onderzoek besluit om niet tot vervolging over te gaan. Aangiftes leiden vaak tot een sepot, omdat politie en justitie niet altijd zien wat de toegevoegde waarde is van vervolging van dit type zaken.

## Informatievoorziening

Voor slachtoffers is het van groot belang geïnformeerd te worden over hun zaak. Hoewel in diverse beleidsafspraken is vastgelegd dat hulpverleners met een publieke taak goed geïnformeerd moeten worden, gebeurt dit in de praktijk niet altijd. Sepotbeslissingen worden doorgaans onvoldoende toegelicht.

Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie blijkt een substantieel probleem. Het is van groot belang in te zetten op de preventie van dit geweld. Maar ook met preventiemaatregelen zal niet al het (ernstige) geweld tegen werknemers in de psychiatrie voorkomen kunnen worden. Het is belangrijk slachtoffers te horen en te steunen en hun duidelijkheid te bieden over de (on)mogelijkheden van een eventuele strafrechtelijke reactie.

Vanuit de sector GGZ dient duidelijk gemaakt te worden waar de grens van het toelaatbare ligt. Omdat elke zaak uniek is vraagt dit probleem om een voortdurende discussie en niet om een dwingende richtlijn. De politie en het OM moeten bekend zijn met de aard en omvang van het probleem. Ook moeten zij zich realiseren dat slachtoffers doorgaans geen vergelding willen, maar vooral veiligheid willen realiseren voor zichzelf, hun collega's, overige patiënten en uiteindelijk de maatschappij.



Omdat agressie en geweld kunnen voortvloeien uit de psychopathologie en de dader mogelijk verminderd toerekeningsvatbaar is, heeft geweld in de psychiatrie een andere aanpak dan geweld tegen hulpverleners in andere sectoren. Het vraagt inspanning van alle betrokkenen om te onderzoeken hoe de specifieke knelpunten ondervangen kunnen worden.

Angst van slachtoffers voor represailles blijkt een lastig op te lossen probleem en vraagt om erkenning en een goede analyse. Een mogelijke oplossing voor de belemmering die het beroepsgeheim vormt is het instellen van een landelijk informatiepunt waar vertrouwelijk en onafhankelijk advies ingewonnen kan worden, relevante casuïstiek wordt verzameld en van waaruit discussies worden gevoerd met partijen in het veld.

Slachtoffers kunnen verder geholpen worden door hen te horen en goed te informeren, zowel over de eventuele vervolging als de verdere behandeling van de dader. Er moet gezocht worden naar mogelijkheden om de zorg aan patiënten die gewelddadig zijn geweest voort te zetten – zonder dat slachtoffers hiervan hinder ondervinden.

Het onderzoek heeft geresulteerd in verschillende aanbevelingen voor de GGZ, de politie en het OM. Er blijkt veel beleid van toepassing te zijn op de afdoening van geweld tegen hulpverleners in het algemeen en tegen hulpverleners in de psychiatrie. In dit beleid worden de specifieke knelpunten uit de praktijk niet of onvoldoende geadresseerd. Om tot verbeteringen in de praktijk te komen, moeten de betrokken partijen gezamenlijk zoeken naar praktische en effectieve oplossingen voor de knelpunten. Zo verdient de suggestie om een onafhankelijke partij de mate van toerekeningsvatbaarheid van een gewelddadige patiënt vast te laten stellen op een minder kostbare en tijdrovende manier dan het pro Justitia-onderzoek, nadere bestudering. Ook alternatieve manieren van afdoening, zoals een waarschuwing door de politie of de officier van justitie en een TOM-zitting in de kliniek, moeten geïnventariseerd en onderzocht worden.



# Introductie

## 1.1 Achtergrond

Berichten in de media over geweld tegen hulpverleners, zoals tegen ambulancepersoneel, leiden tot grote politieke en maatschappelijke verontwaardiging. Ook de overheid vindt agressie en geweld tegen mensen met een publieke taak onacceptabel en zet zwaar in op het terugdringen hiervan. Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft hiervoor een speciaal beleidsprogramma ingesteld en het Openbaar Ministerie (OM) heeft de strafvoorkeursrichtlijnen voor zaken van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak verhoogd. Ook maakte het afspraken met de politie voor een effectieve en snelle afhandeling van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak. Met deze maatregelen wil men ook bewerkstelligen dat de slachtoffers optimaal geïnformeerd worden over hun positie en mogelijkheden in het strafproces, en de strafrechtelijke afhandeling van de zaak.

Ook hulpverleners in de psychiatrie worden vaak het slachtoffer van fysiek geweld door patiënten, wat soms tot (ernstig) letsel leidt (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013). Deels is dit geweld verklaarbaar door de aard van het werk. Wetenschappelijke studies laten zien dat patiënten die aan een psychiatrische stoornis lijden een aanzienlijk grotere kans hebben om gewelddadig te zijn dan andere mensen (zie bijvoorbeeld Fazel e.a., 2009). Bovendien zijn patiënten in een gesloten psychiatrische setting daar vaak onvrijwillig opgenomen vanwege het risico op gevaar voor zichzelf of hun omgeving. Het is aannemelijk dat dit risico niet altijd onmiddellijk is verdwenen na opname. De verhoogde kans op gewelddadig gedrag geldt niet voor alle patiënten; in de praktijk blijkt dat het een beperkte groep is die veel geweld pleegt.

Hoewel juist de hulpverleners in de psychiatrie met relatief veel en ernstig geweld geconfronteerd worden, heeft het geweld tegen deze groep hulpverleners, ondanks bovengenoemde maatregelen van de overheid, zelden een strafrechtelijk gevolg (zie Harte, Van Leeuwen & Van Nederpelt, 2010; Van Leeuwen & Harte, 2011; Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013). Dit komt ten eerste omdat slachtoffers van geweld in de psychiatrie meestal geen aangifte doen. Bovendien

leidt aangifte zelden tot vervolging, ook als het een ernstig geweldsdelict betreft. Vergelijken met andere hulpverleners hebben werknemers in de psychiatrie een aanvullend probleem: anders dan in overige sectoren wordt van hen doorgaans verwacht dat zij zorg blijven verlenen aan de agressor.

Aan het achterwege blijven van aangifte bij de politie en een strafrechtelijke reactie liggen verschillende oorzaken en ideeën ten grondslag (Harte e.a., 2014). Vaak wordt geredeneerd dat de psychiatrische patiënt die gewelddadig is daar niets aan kan doen; hij is immers ziek.<sup>1</sup> Een strafrechtelijke reactie zou daarom niet op zijn plaats zijn. Om dezelfde reden vindt men dat voorkomen moet worden dat een psychiatrisch patiënt in een Huis van Bewaring terecht komt. Als de gewelddadige patiënt is opgenomen in een gesloten setting vindt de officier van justitie vervolging meestal niet nodig omdat de patiënt ‘toch al binnen zit’ en geen gevaar vormt voor de maatschappij. Verder wordt vaak gedacht dat geweld nu eenmaal bij het werk van de hulpverlener in de psychiatrie hoort. Andere veelgehoorde redenen om geen aangifte te doen zijn angst voor represailles door (het netwerk van) de patiënt en vrees om het beroepsgeheim te doorbreken.

Er zijn echter redenen om wél aangifte te doen en de gewelddadige patiënt strafrechtelijk te vervolgen. Een psychiatrisch patiënt is niet per definitie ontoerekeningsvatbaar voor al zijn daden. Het is daarom niet terecht om bij voorbaat te redeneren dat een patiënt die gewelddadig is daar niets aan kan doen. En ook als dat wel het geval zou zijn, is het misschien nodig dat de patiënt verder behandeld wordt in een beter beveiligde setting, zoals in het kader van een strafrechtelijke maatregel als tbs. Om dit te realiseren is een uitspraak van een strafrechter nodig. Bovendien hebben ook hulpverleners in de psychiatrie, net als alle andere werknemers, recht op een veilige werkomgeving. De psychiatrische instellingen hebben geen eigen sanctiemogelijkheden. De uiteindelijke consequentie van de stelling dat geweld tegen hulpverleners nu eenmaal bij het werk hoort en niet vervolgd zou moeten worden, is dat werknemers in de psychiatrie onbeschermd zijn tegen geweld.

Het is ondoenlijk en zeker ook niet wenselijk om alle geweldsincidenten die plaatsvinden in de psychiatrie strafrechtelijk te vervolgen. Er is echter onduidelijkheid en verschil van mening over wanneer dat wel of juist niet zou moeten gebeuren. Dit kan leiden tot willekeur en rechtsongelijkheid. Een eventuele strafrechtelijke reactie begint met de aangifte van het incident bij de politie. Vlak na het incident is het slachtoffer vaak ernstig geschrokken of zelfs fysiek

---

1 Waar in dit rapport ‘hij’, ‘hem’ of ‘zijn’ staat, kan ook ‘zij’ of ‘haar’ gelezen worden.

gewond. Op dat moment is het slachtoffer niet in staat om een goede afweging te maken over de wenselijkheid van aangifte en om de eventuele gevolgen daarvan te overzien. Juist dan moet hij goed geïnformeerd en ondersteund worden. In de ontstane consternatie wordt niet altijd aan de mogelijkheid van aangifte gedacht. Wanneer er wel aangifte wordt gedaan, blijkt de politie daar ook niet altijd goed raad mee te weten; sommige politiefunctionarissen denken dat een psychiatrisch patiënt niet vervolgd kan worden en nemen daarom geen aangifte op of maken er slechts een melding van. Omdat de politie niet weet of de verdachte verhoord kan worden, en zo ja waar, blijft een nader strafrechtelijk onderzoek vaak achterwege. De instellingen kunnen ook aangifte doen, maar de slachtoffers en de instellingen die aangifte hebben gedaan ontvangen vrijwel nooit informatie over het verdere verloop van hun zaak (zie Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013). Dit staat in scherp contrast met de eerder genoemde maatregelen.

## 1.2 Doel en onderzoeksvragen

In de psychiatrie ondervinden werknemers veel geweld. Tegelijkertijd is er onduidelijkheid over de mogelijkheden en zin van het doen van aangifte en een eventuele strafrechtelijke vervolging. Dit onderzoek richt zich op de dilemma's, barrières en knelpunten waar slachtoffers die overwegen aangifte te doen tegenaan lopen. Daarnaast worden de ervaringen en overwegingen van andere betrokken partijen, zoals werkgevers, de politie en het OM geïnventariseerd. Er zal een beeld geschetst worden van het probleem van geweld in de psychiatrie en van de kennis uit de literatuur over behoeftes van slachtoffers. Vervolgens wordt behandeld in welke mate beleid handvatten biedt in de afhandeling van dit geweld. Daarna worden zowel de dilemma's en knelpunten als oplossingen uit de praktijk bijeengebracht. Met de kennis die dit zal opleveren kan de besluitvorming rond een eventuele strafrechtelijke reactie op geweld in de psychiatrie verbeterd worden. Bovendien kunnen toekomstige slachtoffers beter ondersteund worden, zowel bij de beslissing wel of geen aangifte te doen als bij het eventuele daaropvolgende strafrechtelijke proces. Een eenduidige en consequente reactie op geweld binnen de hele GGZ kan mogelijk bijdragen aan een afname van het aantal geweldsincidenten.

De hoofdvraag luidt als volgt:

*Wat is de aard en omvang van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie en wat zijn in de praktijk de dilemma's, knelpunten en best practices met betrekking tot het doen van aangifte en de eventuele verdere strafrechtelijke afhandeling van dit geweld?*

Het antwoord op deze vraag wordt gezocht aan de hand van de volgende deelvragen:

- Wat is de aard en omvang van het geweld waar hulpverleners in de psychiatrie mee geconfronteerd worden?
- Wat zijn de behoeftes van slachtoffers van geweld in de psychiatrie en wat is hun motivatie om wel of geen aangifte te doen?
- Wat zijn de dilemma's en knelpunten bij het doen van aangifte van geweld door een patiënt? En in hoeverre bieden beleidsstukken en convenanten hierbij handvatten?
- Wat zijn de ervaringen in de praktijk met het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie?
- Wat zijn de mogelijkheden om hulpverleners die het slachtoffer zijn geworden van geweld beter te ondersteunen?

### 1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk worden cijfers uit verschillende bronnen met informatie over de omvang van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie in Nederland beschreven en vergeleken. Op deze manier wordt een beeld geschetst van de aard en omvang van het geweld waar hulpverleners in de psychiatrie op de werkvloer mee geconfronteerd worden. Hoofdstuk 3 heeft betrekking op de wenselijkheid van een eventuele vervolging. Naast een beschrijving van de stappen in een strafproces komt ook literatuur over de behoeftes van slachtoffers van geweld en literatuur over de redenen van slachtoffers om wel of geen aangifte te doen aan bod. Uit hoofdstuk 3 komen mogelijke knelpunten naar voren waar slachtoffers die overwegen om aangifte te doen tegenaan lopen. Vervolgens wordt gekeken wat de ervaringen met deze knelpunten zijn van alle betrokken partijen en wat mogelijke oplossingen zijn. Hoofdstuk 4 beschrijft de methoden van het empirische onderzoek: beleidsanalyse, enquête en interviews. In hoofdstuk 5 worden de beleidsprogramma's en convenanten beschreven die betrekking hebben op het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie. Gekeken

wordt in hoeverre deze stukken handvatten bieden bij de beslissing om wel of geen aangifte te doen en welke aanwijzingen zij bieden voor twee specifieke knelpunten: angst voor represailles en het medisch beroepsgeheim. Hoofdstuk 6 geeft de resultaten weer van de enquête die is gehouden onder juristen van GGZ-instellingen in Nederland. Met behulp van de enquête is geïnventariseerd wat de ervaringen van instellingen zijn met het doen van aangifte en de samenwerking met de politie. Hoofdstuk 7 geeft de resultaten weer van diepte-interviews met vertegenwoordigers van de verschillende betrokken partijen: de GGZ, de politie en de rechterlijke macht. Deze worden beschreven aan de hand van de zeven knelpunten die uit de literatuurstudie naar voren komen: 1) toerekeningsvatbaarheid, 2) medisch beroepsgeheim, 3) bescherming identiteit aangever, 4) handelrelatie, 5) mogelijkheden en zin vervolging, 6) informatievoorziening en 7) bekendheid met beleid. In hoofdstuk 8 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en wordt gereflecteerd op het onderzoek. De behoeftes van de slachtoffers worden afgezet tegen beleid en praktijkervaringen. Tot slot worden aanbevelingen gedaan om hulpverleners die het slachtoffer worden van geweld beter te kunnen ondersteunen bij de beslissing om aangifte te doen en in het eventuele strafproces.

Dit onderzoek draait om de hulpverleners in de psychiatrie en hun ervaringen met geweld op de werkvloer. Frequentietabellen en percentages kunnen onvoldoende overbrengen wat de impact is van een geweldsincident en welke gevolgen het kan hebben voor een individueel slachtoffer. Om die reden bevat dit rapport het persoonlijke verhaal van vier slachtoffers: Marijke, Hans, Roos en Jonas.<sup>2</sup> Het zijn indrukwekkende verhalen van bijzondere mensen die hun werk in de psychiatrie nog steeds met plezier en overtuiging uitvoeren.

---

2 Marijke, Hans, Roos en Jonas zijn gefingeerde namen.





## Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie

### 2.1 Framing van geweld

Geweld kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Dit gebeurt op grond van de aard (bijvoorbeeld lichamelijk, seksueel, psychisch), de oorzaak (zoals frustratie, beoogd gewin, middelengebruik, psychopathologie, zelfverdediging), de uitingsvorm (verbaal, psychisch, fysiek), de zichtbare gevolgen (zoals bedreiging, vernieling, letsel) of aan de hand van de context waarin het plaatsvindt (zoals huiselijk geweld, eer-gerelateerd geweld, 'zinloos' geweld). Wanneer een incident strafrechtelijk vervolgd wordt, zijn deze aspecten van zwaarwegend belang voor het oordeel van de rechter, zowel voor eventuele strafuitsluitingsgronden als voor de uiteindelijke strafmaat.

De wijze waarop geweld wordt beschreven heeft ook een belangrijk effect op de perceptie daarvan door zowel het slachtoffer als de maatschappij als geheel. Doorgaans leidt geweld tot afkeuring. Maar de aard, oorzaken, uitingsvorm of zichtbare gevolgen en ook de context waarin het plaatsvindt zijn bepalend voor hoe het wordt gepercipieerd en wordt 'geframed' (zie Paterson, Leadbetter, Miller & Bowie, 2010). Zo zal bijvoorbeeld een geweldsincident waarbij het slachtoffer het geweld heeft 'uitgelokt' door zich op gevaarlijk terrein te begeven tot minder maatschappelijke verontwaardiging leiden dan een gewelddadige beroving van een weerloos slachtoffer. En wanneer een geweldpleger niet de intentie had om het slachtoffer schade toe te brengen en daarover spijt betuigt, zal het slachtoffer het incident wellicht als minder ernstig ervaren dan wanneer er sprake is van een opzettelijke mishandeling.

De wijze waarop een geweldsincident wordt geframed heeft niet alleen effect op het oordeel van het slachtoffer en de publieke opinie, maar ook op de eventuele gevolgen. Begrip voor (de oorzaak van) geweld of mededogen met de dader kunnen resulteren in het niet benoemen van geweld als zodanig. Dit kan leiden tot normvervaging, onderrapportage en (te) weinig aandacht op beleidsniveau. Framing heeft ook invloed op personen die in een eventueel strafrechtelijk vervolg een beslissende rol spelen. Wanneer deze personen een geweldsincident verschillend framen, kan dat leiden tot rechtsongelijkheid.

## 2.2 Geweld tegen functionarissen met een publieke taak

In sommige werkvelden worden werknemers vaker geconfronteerd met geweld op de werkvloer dan in andere. Dit hogere risico op geweld hangt samen met de aard van het beroep of met de doelgroep waarmee gewerkt wordt. Berichten in de media over geweld tegen hulpverleners, zoals ambulancepersoneel, hebben de afgelopen jaren tot grote politieke en maatschappelijke verontwaardiging geleid. Vanuit de overheid is vervolgens extra aandacht gekomen voor de agressie en het geweld waar functionarissen met een publieke taak mee te maken krijgen. Publieke taken zijn taken die de overheid zelf uitvoert of die worden uitgevoerd in opdracht van de overheid. Ook het werk dat gedaan wordt in private sectoren die in belangrijke mate worden gereguleerd door de overheid wordt hiertoe gerekend.<sup>3</sup> Werknemers met een publieke taak zijn werkzaam in de volgende zes sectoren: onderwijs, zorg en welzijn, veiligheid, openbaar bestuur, openbaar vervoer en sociale zekerheid.<sup>4</sup>

Het programma Veilige Publieke Taak (VPT) van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties coördineert de landelijke aanpak van agressie en geweld tegen deze werknemers. Het programma is gestart in 2007 en liep tot eind 2016. Vanuit het programma VPT werd jaarlijks de stand van zaken omtrent agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak gepresenteerd middels de *Monitor Veilige Publieke Taak*. Het blijkt dat in 2014 ruim één op de drie werknemers met een publieke taak slachtoffer werd van agressie en geweld door derden. De gerapporteerde, werkgerelateerde agressie en geweld werden onderverdeeld in vier categorieën: intimidatie, lichamelijk geweld, seksuele intimidatie en pesten. Verbaal geweld, zoals uitschelden en beledigen, is buiten beschouwing gelaten. Het blijkt dat de agressie en het geweld waar werknemers met een publieke taak mee geconfronteerd worden meestal intimidatie betreft; bijna één op de drie werknemers rapporteerde hiermee in het afgelopen jaar te maken te hebben gehad. Eén op de zes werknemers rapporteerde in het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geworden van fysiek geweld. Agressie en geweld komen het meest voor bij werknemers in de gezondheidszorg, gevolgd door de politie en werknemers bij het openbaar vervoer (Van Zwieten, De Vroome & Van den Bossche, 2015).

3 Zie de begripsomschrijving in *Eenduidige Landelijke Afspraken bij agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak*. Te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2007/10/01/eenduidige-landelijke-afspraken-ela>.

4 <http://kennisopenbaarbestuur.nl/het-geheugen-van-bzk/veilige-publieke-taak/>.

De resultaten van de Monitor *Veilige Publieke Taak* 2015 laten zien dat de top 3 van sectoren met het hoogste percentage slachtoffers van lichamelijk geweld wordt gevormd door werknemers in de gehandicaptenzorg, de politie en de geestelijke gezondheidszorg. Intimidaties werden het meest gerapporteerd door werknemers in de ambulancedienst, jeugdzorg en de GGZ. De drie sectoren waar seksuele intimidatie het meest voorkomt zijn de GGZ, verzorging en thuiszorg, en de gehandicaptenzorg (Van Zwieten e.a., 2015).

Agressie op het werk vormt een serieuze bedreiging voor de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers met een publieke taak (Van Zwieten e.a., 2015). Werknemers die slachtoffer zijn geworden van agressie en geweld hebben meer gezondheidsproblemen dan niet-slachtoffers. Ook verzuimen zij vaker en langduriger en zijn zij minder tevreden met het werk en de arbeidsomstandigheden. De kosten van het ziekteverzuim in Nederland als gevolg van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak worden geschat op 367 miljoen euro per jaar (Van Zwieten e.a., 2015).

### 2.3 Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie

Uit het voorgaande blijkt dat de GGZ zich in de top 3 van sectoren bevindt waar de meeste fysieke agressie, bedreiging en intimidatie, en seksuele intimidatie wordt ondervonden (Van Zwieten e.a., 2015). Ook uit een groot aantal internationale studies blijkt dat er veel fysiek geweld plaatsvindt in de psychiatrie (zie Foster, Bowers & Nijman, 2007; Nijman, Bowers, Oud & Jansen, 2005; Abderhalden e.a., 2004), dat tot ernstig fysiek letsel kan leiden (Arnetz & Arnetz, 2001; Richter & Berger, 2009) en ook psychologische consequenties heeft (Caldwell, 1992; Needham, 2006).

Geweldsincidenten worden geregistreerd door GGZ-instellingen, maar deze cijfers worden niet openbaar gepresenteerd. Onbekend is om hoeveel incidenten het precies gaat en wat de aard van deze incidenten is. In Nederland zijn de afgelopen jaren drie onderzoeken gepubliceerd waaruit conclusies zijn te trekken over de aard, omvang en ernst van het geweld waar werknemers in de GGZ mee geconfronteerd worden op de werkvloer. Allereerst is dit de hierboven reeds genoemde *Monitor Veilige Publieke Taak*. Daarnaast zijn dat de *Werknemersenquête* die afgenomen wordt vanuit het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) en het onderzoek naar Geweld in de Psychiatrie door de Vrije Universiteit Amsterdam. De drie onderzoeken verschillen qua opzet. Voordat de cijfers uit de verschillende onderzoeken samengenomen en geïnte-

greerd worden, wordt per project beschreven wat de achtergrond van het onderzoek is, op welke manier respondenten zijn geworven, wat de vraagstelling is en wat de resultaten zijn ten aanzien van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Per onderzoek worden de eventuele beperkingen met betrekking tot de externe validiteit samengevat. Daarna wordt beschreven welk beeld over de aard, omvang en ernst van geweld tegen werknemers in de psychiatrie naar voren komt als we de resultaten van de drie onderzoeken samennemen. Uit deze drie beschreven onderzoeken, die verschillend zijn qua opzet, komt

## Monitor Veilige Publieke Taak 2015

### Achtergrond

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties laat jaarlijks met de *Monitor Veilige Publieke Taak* een overzicht maken van de stand van zaken omtrent agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak. Hiertoe wordt een secundaire analyse uitgevoerd op de data van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) (Hooftman e.a., 2015). De NEA is een grootschalige periodieke enquête over de werksituatie van Nederlandse werknemers. De NEA 2014 is uitgevoerd door TNO en het CBS, in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In het rapport *Monitor Veilige Publieke Taak 2015* (Van Zwieten e.a. 2015) worden de resultaten van de secundaire analyses op de data van de NEA 2014 beschreven. Deze analyses beperken zich tot de respons van werknemers met een publieke taak.

### Steekproef

Voor de NEA 2014 is een steekproef gehouden onder personen in de Basisregistratie Personen (BRP) die blijkens de administratie van het UWV, de Belastingdienst en het CBS betaald werk in loondienst verrichtten in het eerste kwartaal van 2014. In het najaar van 2014 werden de werknemers geselecteerd en uitgenodigd voor deelname aan de enquête van de NEA.

Vraagstelling

Een van de vragen in de enquête luidde: ‘Kunt u aangeven in welke mate u de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken heeft gehad met...’, waarna een ruim aantal mogelijke incidenten werd voorgelegd aan de respondenten. Voor het huidige onderzoek is de respons op de volgende incidenten relevant:

- ongewenste seksuele aandacht van patiënten/cliënten;
- intimidatie door patiënten/cliënten;
- lichamelijk geweld door patiënten/cliënten.

Resultaten

Bovenstaande vraag werd beantwoord door 37.973 werknemers, onder wie 427 werknemers in de GGZ. De antwoorden van deze 427 werknemers worden weergegeven in tabel 2.1. Uit deze tabel blijkt dat ruim de helft van de werknemers in de GGZ zich het afgelopen jaar geïntimideerd had gevoeld (57%). Ruim een kwart (26,4%) had ongewenste seksuele aandacht ondervonden en bijna een derde (30,6%) had het afgelopen jaar lichamelijk geweld ondervonden.

**Tabel 2.1:** Persoonlijke ervaring van werknemers in de GGZ (N=427) met onderstaande zaken door patiënten/cliënten in de afgelopen 12 maanden, in procenten

	Intimidatie	Ongewenste seksuele aandacht	Lichamelijk geweld
<b>Nee, nooit</b>	43	73,6	69,4
<b>Ja, een enkele keer; Ja, vaak; Ja, zeer vaak</b>	57	26,4	30,6

Bron: Van Zwieten e.a. (2015)

Externe validiteit

De steekproef van de NEA is gestratificeerd naar bedrijfstak, getrokken uit een steekproefkader met alle personen die betaald werk in loondienst

verrichtten in het eerste kwartaal van 2014. Er zijn 143.989 personen uitgenodigd om deel te nemen aan enquête. De respons bedroeg 28,9%. De respons is gewogen om de verzamelde gegevens representatief te maken voor alle werknemers in loondienst in Nederland. Er is gewogen naar de variabelen geslacht, leeftijd, bedrijfstak, herkomst (autochtoon, westers allochtoon en niet-westers allochtoon, waarbij de allochtonen zijn ingedeeld in eerste en tweede generatie), regio, stedelijkheid en onderwijsniveau. De steekproef kan als representatief voor de werknemers in de GGZ worden beschouwd.

## Werknemersenquête 2015

### Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

#### Achtergrond

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en sociale partners in zorg en welzijn. In het kader van dit programma wordt periodiek een enquête afgenomen onder werknemers in de sector Zorg en Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (WJK), waaronder de GGZ. De enquête levert onder andere informatie op over hoe vaak en met welke vormen van agressie en geweld de werknemers te maken hebben gehad in het afgelopen jaar. De resultaten van de werknemersenquête 2015 staan beschreven in het rapport *Werknemersenquête 2015* (Evers, Jettinghoff & Van Essen, 2015) en het databestand is beschikbaar via [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl).

#### Steekproef

Voor afname van de enquête is een steekproef gehouden onder de werknemers die ofwel pensioen opbouwen bij het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) en werkzaam zijn in de sector Zorg en WJK, ofwel pensioen opbouwen bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) en werkzaam zijn in de branche academische ziekenhuizen. Aanvullend zijn respondenten benaderd die in eerdere jaren hebben meegedaan aan de

werknemersenquête en destijds hebben aangegeven aan een volgende meting mee te willen doen. Afname van de enquête vond plaats in de periode van 26 mei tot en met 27 juli 2015.

### Vraagstelling

Een van de vragen in de enquête luidde: 'Kunt u aangeven in welke mate u de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken heeft gehad met onderstaande zaken door patiënten/cliënten en/of familie/vrienden van patiënten/cliënten?' Vervolgens werden verschillende incidenten voorgelegd aan de respondenten. Voor het huidige onderzoek zijn de resultaten met betrekking tot de volgende drie typen incidenten relevant:

- bedreiging/intimidatie (bedreigen, stalken, achtervolgen, chanteren, onder druk zetten, dreigbrief, bedreigen gezinsleden);
- seksuele intimidatie (nafluiten, seksueel getinte opmerkingen of blikken, handastelijkheden, aanranding of verkrachting);
- fysieke agressie (duwen, slaan, schoppen, spugen, vastgrijpen, verwonden, fysiek hinderen, obstructie, gooien met/ vernielen van voorwerpen).

### Resultaten

Bovenstaande vraag werd beantwoord door 1231 respondenten werkzaam in de GGZ. De resultaten in tabel 2.2 zijn verkregen door analyse van het databestand.

**Tabel 2.2:** Persoonlijke ervaring van werknemers in de GGZ (N=1231) met onderstaande zaken door patiënten/cliënten en/of familie/vrienden van patiënten/cliënten in de afgelopen 12 maanden, in procenten

	Bedreiging/intimidatie	Seksuele intimidatie	Fysieke agressie
<b>Nee, nooit</b>	66,7	81,6	58,6
<b>Ja, een enkele keer</b>	25,3	16,0	30,8
<b>Ja, vaak</b>	5,6	1,2	6,1
<b>Ja, zeer vaak</b>	2,4	1,1	4,5

Bron: Bestanden van het werknemersonderzoek 2015, 19 november 2015, [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)

Uit tabel 2.2 blijkt dat werknemers in de GGZ met relatief veel agressie en geweld te maken hebben. Een derde van de respondenten (33,3%) rapporteerde het afgelopen jaar te maken te hebben gehad met enige vorm van bedreiging of intimidatie. Daadwerkelijke fysieke agressie werd ondervonden door 41,4% van hen; 10,6% heeft het afgelopen jaar zelfs vaak of zeer vaak fysieke agressie ondervonden. Seksuele intimidatie is in deze enquête zeer ruim gedefinieerd en omvat incidenten die sterk uiteenlopen qua ernst. Het percentage respondenten dat hiermee te maken kreeg ligt lager dan het percentage dat bedreiging/intimidatie of fysieke agressie ondervond.

### Externe validiteit

De gestratificeerde steekproef is getrokken uit bestanden van pensioenfondsen waarin alle werknemers in de zorg zijn opgenomen. Stratificatie vond plaats op basis van de variabelen branche, landsdeel en fulltime jaarsalarisklasse. De respons was 15%. Om een representatief beeld te kunnen geven van alle werknemers in de zorg zijn de resultaten vervolgens gewogen voor de variabelen salarisklasse en leeftijd. De steekproef is daarmee representatief voor de werknemers in de GGZ in Nederland.

## Onderzoek Geweld in de Psychiatrie

### Achtergrond

Het onderzoekproject Geweld in de Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam richt zich op de vraag in welke gevallen geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie een strafrechtelijk vervolg zou moeten krijgen (Harte, Van Leeuwen & Van Nederpelt, 2010; Van Leeuwen & Harte, 2011). In een eerste fase van dit onderzoek is achterhaald wat de aard en omvang van het geweld is dat werknemers in de intramurale psychiatrie ondervinden (Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013).



### Steekproef

In de periode juni tot en met augustus 2011 werden werknemers in de intramurale psychiatrie verzocht een online enquête in te vullen waarin werd gevraagd naar eventuele ervaringen met fysiek geweld door patiënten in de afgelopen vijf jaar. Omdat er geen steekproefkader (met contactgegevens) beschikbaar was van alle werknemers in de GGZ werden potentiële respondenten benaderd via flyers en advertenties, Facebook, de vakbond voor verpleegkundigen (NU'91) en via nieuwsbrieven van GGZ Nederland. Werknemers in de psychiatrie werd gevraagd de enquête in de eigen werkomgeving te verspreiden. Aangezien tbs-klinieken en penitentiaire psychiatrische centra (beperkte) sanctiemogelijkheden kennen, werden de ervaringen van werknemers van deze instellingen niet meegenomen in het onderzoek.

### Vraagstelling

De vraagstelling luidde: 'Bent u de afgelopen vijf jaar het slachtoffer geweest van incidenten waarbij sprake was van daadwerkelijk geweld, fysieke bedreigingen of brandstichting veroorzaakt door een psychiatrische patiënt met een leeftijd van 12 jaar of ouder?' Scheldpartijen, beledigingen en verbale dreigementen werden niet meegenomen.

### Resultaten

Er werden ervaringen van 1534 hulpverleners werkzaam in de intramurale psychiatrie verkregen. De meesten van hen, 55,5% (n=851), werkten in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. In de enquête konden de respondenten maximaal vijf incidenten rapporteren. Van de 1534 respondenten was 33,2% (n=509) in de periode 2006-2011 geen slachtoffer van geweld, 12,8% (n=197) was het slachtoffer van één incident, 12,5% (n=191) van twee incidenten, 9,6% (n=148) van drie incidenten, 5,8% (n=89) van vier incidenten, 5,7% (n=87) van vijf incidenten en 20,4% (n=313) van meer dan vijf incidenten. In totaal rapporteerden de 1534

respondenten 2648 incidenten. In tabel 2.3 is te lezen wat de aard van de 2648 incidenten was en hoe vaak deze werden gerapporteerd. Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

**Tabel 2.3:** Frequentie en aard van incidenten in de GGZ (n=2648) ondervonden door 1534 werknemers in de GGZ in de periode 2006 – 2011

	Aantal	Percentage
Dreigende houding, evt. met wapen, voorwerp of vloeistof	1639	61,9
<i>Poging tot fysiek geweld</i>		
Proberen te slaan of te gooien met wapen, voorwerp of vloeistof	334	12,6
Proberen te steken met wapen of voorwerp	77	2,9
<i>Fysiek geweld</i>		
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

Bron: Harte e.a. (2013)

Sommige categorieën van incidenten, bijvoorbeeld (poging tot) slaan, duwen en trekken, geven weinig inzicht in de ernst van het geweld. In andere gevallen gaat het zeker om ernstig geweld, zoals waar het (poging tot) steken, bijten, of poging tot wurgen betreft. Er blijkt zelden sprake te zijn van seksueel geweld; verkrachting werd in geen van de gevallen gerapporteerd. Het letsel dat de slachtoffers eventueel overhielden aan de incidenten geeft ook een indicatie van de ernst van het

geweld. Uit tabel 2.4 blijkt dat bijna de helft van de incidenten tot (fysiek of psychisch) letsel heeft geleid. Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

**Tabel 2.4:** Eventueel letsel van de slachtoffers (n=2617)

	Aantal	Percentage
Geen letsel	1452	55,4
<i>Fysiek letsel</i>		
Blauwe plekken, schaafwonden, kneuzing(en)	772	29,5
Rug- of nekletsel	48	1,8
Bijt wound(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
<i>Psychische klachten</i>		
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

Bron: Harte e.a. (2013)

Indien er sprake was van letsel, werd gevraagd hoeveel tijd het herstel in beslag nam en hoe lang een eventueel ziekteverzuim duurde bij degenen met letsel. Deze resultaten staan in tabel 2.5 en 2.6.

**Tabel 2.5:** Herstelperiode van de slachtoffers die letsel hadden opgelopen (n=1149)

	Aantal	Percentage
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
<i>Blijvend letsel</i>		
Blijvende psychische klachten	15	1,3
Blijvend fysiek letsel	16	1,4

Bron: Harte e.a. (2013)

**Tabel 2.6:** Duur van eventueel ziekteverzuim als gevolg van het incident (n=659)

	Aantal	Percentage
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

Bron: Harte e.a. (2013)

Voor 134 van de 1149 personen met letsel (11,5%) duurde het herstel een maand of langer; 31 personen (2,7%) hebben blijvend letsel opgelopen. Van de slachtoffers die tijd nodig hadden om te herstellen kon een ruime meerderheid (70,4%, n=464) het werk onmiddellijk hervatten. 58 personen (8,8%) konden minstens een maand niet werken; één persoon is blijvend arbeidsongeschikt.

### Externe validiteit

Door de wijze waarop de respondenten zijn benaderd kan de steekproef het beste omschreven worden als een *convenience*-steekproef. Het is denkbaar dat met name hulpverleners die geweld hebben ondervonden op hun werk geneigd waren om de enquête in te vullen. Dit zou impliceren dat het percentage respondenten in het onderzoek dat de afgelopen vijf jaar zelf fysiek geweld ondervond (66,8%) een overschatting is. Aan de andere kant is het mogelijk dat er slachtoffers zijn die vanwege een incident hun werk in de psychiatrie niet hebben hervat. Deze laatste groep is met dit onderzoek niet bereikt. Dit kan het percentage slachtoffers in omgekeerde richting beïnvloed hebben.

Van de drie onderzoeken is de steekproef van het onderzoek *Geweld in de Psychiatrie* het grootst. De 1534 hulpverleners die de enquête invulden maken nog steeds slechts een beperkt deel uit van de in totaal bijna 78.000 werknemers in de GGZ in Nederland (Evers, Jettinghoff & Van Essen, 2015). De gerapporteerde geweldsincidenten hebben in ieder geval plaatsgevonden in de GGZ in de periode 2006-2011. De absolute aantallen van de geweldsincidenten in deze studies kunnen worden beschouwd als een ondergrens van de werkelijke aantallen.

duidelijk naar voren dat werknemers in de psychiatrie in Nederland regelmatig het slachtoffer worden van agressie en geweld op de werkvloer. Uit de *Monitor Veilige Publieke Taak 2015* en de *Werknemersenquête 2015* van het onderzoeksprogramma AWZ komen respectievelijk 30,6% en 41,4% naar voren als het percentage werknemers dat in het voorgaande jaar fysiek geweld ondervond. Gezien de steekproefmethode en toegepaste correcties kunnen deze resultaten als representatief voor de werknemers in de GGZ worden beschouwd. In het onderzoek

Geweld in de Psychiatrie werd gevraagd naar geweld in de afgelopen 5 jaar. Het percentage respondenten dat geweld had ondervonden was 66,8%. De resultaten van de twee andere onderzoeken laten zien dat dit percentage niet onwaarschijnlijk hoog is. Al met al mag geconcludeerd worden dat naar schatting jaarlijks tussen de 30 en 40% van de werknemers in de psychiatrie het slachtoffer wordt van fysiek geweld. Het onderzoek Geweld in de Psychiatrie geeft ook informatie over de aard en ernst van de incidenten die werknemers in de GGZ ondervinden. Het blijkt dat het kan gaan om ernstig fysiek geweld dat verstrekende gevolgen kan hebben voor de slachtoffers, zoals ernstig letsel en een langdurig herstel.

## 2.4 Psychiatrische stoornis als verklaring voor agressie en geweld

Het voorgaande laat zien dat werknemers in de psychiatrie veel geweld ondervinden op de werkvloer en dat dit geweld soms ernstige gevolgen heeft. Dit roept de vraag op waarom het aantal geweldsincidenten binnen de psychiatrie zo hoog is.

De overgrote meerderheid van psychiatrische patiënten pleegt geen delicten en is niet gewelddadig (Douglas, Guy & Hart, 2009; Hodgins, 2008; Joyal, Dubreucq, Gendron & Millaud, 2007; Markowitz, 2011; Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). Toch lijkt er een samenhang te bestaan tussen psychopathologie en criminaliteit. Diverse studies (Fazel & Danesh, 2002; Bulten, Nijman & Van der Staak, 2009; Fazel & Seewald, 2012) laten zien dat gedetineerden veel vaker dan mensen uit de algemene bevolking lijden aan psychiatrische stoornissen, zoals psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook is bij hen veel vaker sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB) en verslavingsproblematiek. Binnen het Nederlandse gevangeniswezen zijn er daarom vier penitentiair psychiatrische centra (PPC's) (Wesselijs, 2013), met in totaal ruim 600 plaatsen, waar gedetineerden verblijven die vanwege ernstige gedragsproblematiek niet op een reguliere afdeling kunnen verblijven. De samenhang tussen criminaliteit en psychiatrische problematiek blijkt ook uit het feit dat de strafrechter jaarlijks in vele gevallen psychiatrische of verslavingszorg oplegt aan veroordeelden voor geweldsdelicten als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk opgelegde straf (Harte, Malsch, Van Dijk & Vergouw, 2014).

Een samenhang hoeft niet te betekenen dat er sprake is van een oorzakelijk verband. Een oorzakelijk verband tussen psychopathologie en een geweldsdelict is wel (door gedragsdeskundigen) geconstateerd in die gevallen waarin de straf-

rechter een strafrechtelijke behandelmaatregel oplegt zoals de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) of plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van een jaar (art. 37 WvS).<sup>5</sup> Jaarlijks gaat dat om ongeveer 250 gevallen (Van Gemmert & Van Schijndel, 2014; Beekman & Koenraadt, 2002; Peek & Nugter, 2009).

Voor al de relatie tussen geweld en psychotische stoornissen, zoals schizofrenie, is onderwerp geweest van vele wetenschappelijke studies (zie Lamsma & Harte, 2015). Hierbij moet benadrukt worden dat deze (verhoogde) kansen nog steeds relatief klein zijn en dat slechts een klein deel van de patiënten met schizofrenie gewelddadig is. Onderzoek laat zien dat een klein deel van de patiënten het merendeel van de gewelddadige incidenten binnen instellingen veroorzaakt (Convit, Isay, Otis & Volavka, 1990; Coyne, 2002; Owen, Tarantello, Jones & Tennant, 1998a, 1998b; Quanbeck, 2006). De groep patiënten die herhaaldelijk gewelddadig is, veroorzaakt tien keer vaker ernstig letsel dan patiënten die minder vaak gewelddadig zijn (Quanbeck, 2006).

Onderzoek heeft aangetoond dat als er naast een psychotische stoornis ook sprake is van middelengebruik (Beck, 2004; Elbogen & Johnson, 2009; Fazel e.a., 2009; Steadman e.a., 1998; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004), een gebrek aan medicatie- en therapietrouw (Alia-Klein, O'Rourke, Goldstein & Malaspina, 2007; Belli & Ural, 2012; Bo e.a., 2011; Volavka, 2013; Witt, Van Dorn & Fazel, 2013), een gebrek aan ziekte-inzicht (Alia-Klein e.a., 2007; Buckley e.a., 2004; Calatayud e.a., 2012; Mullen, 2006; Nederlof, Muris & Hovens, 2013; Witt e.a., 2013) en/of een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis (Angermeyer, 2000; Hiday, 1997; Taylor e.a., 1998; Moran & Hodgins 2004), de kans op geweld verhoogd is. Wat dit type onderzoek compliceert is dat al deze factoren ook weer met elkaar en met de aanwezigheid van een psychotische stoornis samenhangen. Zo is bekend dat veel patiënten middelen gebruiken (al dan niet als zelfmedicatie om symptomen van de stoornis te dempen) (Gregg, Barrowclough & Haddock, 2007) en dat gebrek aan ziekte-inzicht een kenmerk is van een psychotische stoornis als schizofrenie (Amador e.a., 1994). Door de samenhang tussen al deze factoren is nog steeds niet duidelijk waardoor het geweld precies wordt veroorzaakt (Hiday 1997; Lamsma & Harte 2015; Harte, 2016).

Het geweld dat plaatsvindt in de intramurale psychiatrie is deels te verklaren vanuit haar functie. Wanneer een patiënt vanwege de stoornis een gevaar vormt voor zichzelf of voor zijn omgeving en er geen andere mogelijkheden zijn om

---

5 Een uitzondering is bekend als het Kraggenburg-arrest. Hoge Raad, 22 januari 2008, *Sancties* 2008, 11 m.nt. Mevis, *LJN* BC1311, r.o. 4.4.2.

dit gevaar af te wenden, dan kan deze patiënt gedwongen opgenomen worden in een psychiatrische kliniek. Een gedwongen opname is geregeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) en gebeurt in het kader van een inbewaringstelling (IBS) of een rechterlijke machtiging (RM). Het is aannemelijk dat het gevaar niet direct verdwenen is vanaf het moment van opname. Wanneer de patiënt de noodzaak van de opname zelf niet inziet, zal dit tot extra frustratie en agressie kunnen leiden. Dit verklaart dat het aantal (ernstige) gewelddadige incidenten op acute opnameafdelingen hoger is dan op andere afdelingen (Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker, 2005).



## Casus 1

### ‘Ik draai weg en zie nog een vuist op me afkomen.’

Marijke, 43

Marijke komt aanlopen. Ze heeft iets kordats over zich en een observerende blik. In een gezamenlijke ruimte zitten patiënten in kerstsfeer bij elkaar. De muziek staat net iets te hard. In de spreekruimte een verdieping hoger vertelt Marijke dat ze begon als bewaker – of beter gezegd penitentiair inrichtingswerker – in een gevangenis. Ze begon in de gewone gevangenis, maar kon na een paar jaar doorstromen naar het penitentiair psychiatrisch centrum. Daar werkte ze met cliënten die extra zorg nodig hadden. Haar werkgever bood haar de mogelijkheid om MBO-Verpleegkunde te doen. Dat deed ze. Na een tijdje kon ze overstappen naar een kliniek voor mensen met een dubbele problematiek. Een plek waar ze zich helemaal thuis voelde.

‘Mijn bedrijfsongeval begon met een kort overleg. Een patiënt vertoonde vervelend gedrag richting begeleiders en andere patiënten. De dag daarvoor was hij al naar het ziekenhuis gestuurd, omdat hij gebruikt had. Dat was natuurlijk tegen de afspraken. De arts had hem daarvoor al een waarschuwing gegeven. Toen hij zich opnieuw niet wist te gedragen, was hij niet meer te handhaven binnen onze kliniek. De arts belde voor assistentie, want zij ging de patiënt vertellen dat hij bij ons niet meer welkom was. Omdat zij vermoedde dat de patiënt weleens door het lint kon gaan door deze mededeling, was het goed om daar wat extra medewerkers bij te hebben.’

Marijke ging met twee collega's en de arts naar de kamer waar de jongeman de mededeling kreeg. De arts legde rustig en duidelijk uit waarom het besluit was genomen dat de patiënt niet meer welkom was. Zijn gedrag werd niet getolereerd; hij had die ochtend al een officiële waarschuwing gehad en hij had zich niet aan de afspraken gehouden. Dat betekende dus einde opname.

‘Hij haalt ergens een pen vandaan. Daarmee zit hij op zijn been te tikken. Ik zie dat de spanning bij hem oploopt. Hij zegt letterlijk: “Je kanker straalt me er gewoon uit.” Op een gegeven moment staat hij op en wil de

arts bij de keel grijpen. Dat zie ik. Gelukkig zit ik tussen haar en hem in. Ik kan zijn hand vastpakken en wegdraaien. En dan begint het gevecht. De twee collega's duiken er meteen bovenop en ik ook. Alles gebeurt in een fractie van een seconde. We worstelen, we draaien. Ik val en voel meteen een helse pijn in mijn linkerzij. Ik ben boven op een stoel geklapt. Daarna kom ik op de grond terecht met drie mensen boven op me. Ik draai weg en zie nog een vuist op me afkomen. Die weet ik half af te weren. Inmiddels is er alarm gedrukt en komen er meteen collega's. De eerste collega die ik zie vraag ik om het over te nemen. Ik probeer over-eind te komen. Het lukt niet door de hevige pijn. Ik steek mijn arm uit en roep: "Trek mij hieruit!"

Marijke ligt in de gang met vreselijke pijn. De politie komt om de patiënt mee te nemen en ondertussen is ook de ambulance gebeld. Ze wordt meegenomen nadat ze sterke pijnstilling heeft gekregen. Als ze weer wakker wordt ligt ze op de eerste hulp in het ziekenhuis. Gelukkig is er een collega meegegaan, die ook de partner van Marijke inlicht.

'Ik had een rib gebroken en mijn linkerkant was fors gekneusd. 's Avonds kwamen er twee agenten in het ziekenhuis bij wie ik aangifte heb gedaan. De volgende ochtend merkte ik dat ik nauwelijks uit mijn rechter-oog kon kijken. Hij had me dus wel geraakt. Toen ik na vier dagen weer thuiskwam, bleef ik pijn houden. En die ging maar niet weg. Er zijn na vier maanden nogmaals foto's gemaakt en toen bleek dat ik niet één, maar twee ribben had gebroken. De beide ribben herstelden niet spontaan, dus die hebben ze tijdens een operatie met titanium opnieuw aan elkaar gezet. Tot die tijd kon ik eigenlijk niks.'

Vanuit de organisatie kreeg Marijke van het begin af aan alle hulp en ondersteuning. Maar werken ging niet meer. Dus na een tijdje zat ze thuis. Ze heeft een hoge pijngrens, maar het was niet te doen. Ze moest toegeven dat ze niet meer kon. Ze was op. Gelukkig hadden ze vanuit de organisatie al aangegeven dat ze een vaste aanstelling zou krijgen. Daar hoefde ze zich geen zorgen over te maken. Marijke deed zelf aangifte en twee collega's voegden daar een melding aan toe.

Wanneer ze maanden later naar de rechtbank gaat voor haar zaak, blijkt dat het incident waarvan zij aangifte heeft gedaan niet wordt behandeld. Ze hoort van de officier van justitie dat haar zaak een dag na de aangifte al geseponneerd is.

'Daarna heb ik meteen contact gezocht met het OM. Daar nam men mij in eerste instantie niet serieus, maar na doorvragen werd mij verteld dat de zaak maanden daarvoor al was geseponeerd. Ze zeiden dat er onvoldoende bewijs was en dat het om lichte mishandeling ging. Met steun van de jurist van onze organisatie hebben we een advocaat in de arm genomen en samen met hem hebben we toen het hele dossier bij het OM aangeleverd. Uiteindelijk is de vuistslag die hij me gaf erkend. Dat wordt meegenomen in de behandeling van zijn zaken.'

Marijke vertelt thuis weinig over haar werk. Ze wil haar partner niet belasten met de minder leuke verhalen over wat er soms gebeurt. Ook omdat ze weet hoe haar partner reageert op vervelende gebeurtenissen. De organisatie belt met de partner van Marijke om nog eens toe te lichten hoe het allemaal gegaan is. In dat gesprek maken ze ook duidelijk dat Marijke een vast contract zal krijgen – ze zat nog in haar proeftijd –, zelfs nu ze een lange tijd thuis is. Ook de op handen zijnde verhuizing wordt geregeld en betaald door de organisatie.

'Ik was even sprakeloos toen ze dat vertelden. Welke werkgever regelt de dingen zo geweldig voor je? Langzaam maar zeker drong ook tot me door wat er was gebeurd. Eerst was ik daar heel boos over. Waarom dingen met geweld afdwingen? Waarom doet een patiënt zoiets? Wie denkt hij wel dat hij is om mensen zo aan te vallen en te beschadigen?'

Ze vertelt dat ze het nog steeds enorm naar haar zin heeft op haar werk. Ze is wel gevoeliger geworden voor oplopende spanningen. Ze houdt wat meer afstand. Ze noemt dat geen angst, maar behoedzaamheid. Haar scherpste voor het inschatten van situaties is toegenomen.

'Ze hebben me best veel aangeboden qua gesprekken en therapie. Ik heb uitgebreid gesproken met de arts die erbij was. Zij bedankte me dat ik haar gered had. Het bleek ook dat de patiënt GHB had gebruikt, dus hij was al behoorlijk grenzeloos. We hebben samen een potje gejangt en het verder nog gehad over haar schuldgevoel. Er is me ook EMDR aangeboden, maar dat was niet nodig. Ik heb er zoveel over gesproken; voor mij was het wel klaar. Mijn partner vindt het wel eng dat ik hier blijf werken. Nu wij het erover hebben merk ik dat het toch sterk terugkomt. Daar merk je aan dat het toch nog vers is. Ik zie ook dat ik soms andere keuzes maak als situaties uit de hand dreigen te lopen. Ik ben sneller uitgepraat

met een patiënt. Dan sluit ik iemand wel in tot hij gekalmeerd is of tot de politie erbij komt. Ik denk sowieso dat het goed is om het niet koste wat het kost altijd te blijven proberen.'

## Wenselijkheid vervolging

### 3.1 Strafdoelen en wenselijkheid van vervolging

In het vorige hoofdstuk bleek dat werknemers in de psychiatrie veel geweld ondervinden op de werkvloer. Het is de vraag of, en zo ja in welke gevallen, een strafrechtelijke reactie gewenst is. Voor deze discussie is het van belang eerst de vermeende doelen van straffen nader te beschouwen.

In de rechtstheoretische literatuur worden verschillende doelen van straffen beschreven (De Keijser, 2000). Een belangrijk doel is vergelding: de dader wordt gestraft voor hetgeen hij heeft gedaan. Door het ondergaan van een straf wordt de verstoring van de rechtsorde hersteld. Het slachtoffer kan de straf als een genoegdoening voor het ondervonden leed ervaren. Straffen kunnen ook tot doel hebben om toekomstige delicten te voorkomen. Dit kan op verschillende manieren. De mogelijkheid van een straf kan toekomstige daders afschrikken om een delict te gaan plegen. Dit wordt generale preventie genoemd. Een straf kan ook zo ingezet worden dat voorkomen wordt dat iemand die een delict heeft gepleegd dat nog een keer zal doen, dit is speciale preventie. Dit kan door *incapacitatie*, oftewel het opsluiten en daarmee onschadelijk maken van de delinquent. Als het delictgevaar voortkomt uit problematiek van de dader, dan kan speciale preventie bereikt worden door behandeling van die problematiek of door toezicht of begeleiding. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden in het kader van de resocialisatie naar de maatschappij. Verder wordt door straffen ook een norm gesteld: de dader wordt duidelijk gemaakt dat hij verkeerd bezig is geweest en dat hij schuldig is.

De vraag of het wenselijk en zinvol is om geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie strafrechtelijk te vervolgen kan beantwoord worden aan de hand van voorgenoemde strafdoelen. Wanneer een patiënt is opgenomen en een geweldsdelict pleegt, is een veelgehoord argument om niet te vervolgen: 'De patiënt zit toch al binnen en is dus geen gevaar meer voor de maatschappij.' In termen van strafdoelen zou er al sprake zijn van *incapacitatie*. De rechtsstaat houdt echter niet op bij de muren van de kliniek en hulpverleners en medepatiënten moeten ook beschermd worden.

Het kan zijn dat de patiënt is opgenomen omdat hij een gevaar vormt voor zichzelf of voor de maatschappij; het doel van de behandeling is dan een veilige resocialisatie. In het kader van deze behandeling is het niet logisch dat de patiënt binnen de kliniek vrijuit gaat voor gewelddadig gedrag. Normstelling is immers ook relevant in het kader van de psychiatrische behandeling (Wilson, Murray, Harris & Brown, 2012).

Wellicht is de patiënt op grond van zijn problematiek te gevaarlijk voor de setting waarin het delict is gepleegd. *Speciale preventie* zou dan bereikt kunnen worden door de behandeling in een zwaarder beveiligde setting voort te zetten, bijvoorbeeld in het kader van de maatregel terbeschikkingstelling (tbs). Aangezien een behandeling in het kader van een strafrechtelijke maatregel alleen opgelegd kan worden door de strafrechter, is strafvervolgning in dat geval een noodzakelijke stap.

*Vergelding* als strafdoel lijkt alleen op zijn plaats als het delict niet is voortgekomen uit de psychiatrische problematiek van de verdachte. In het strafrecht is het uitgangspunt bij vergelding dat een verdachte volledig toerekeningsvatbaar is. De mate van toerekeningsvatbaarheid wordt vastgesteld door deskundigen in een zogeheten pro Justitia-onderzoek (Meynen & Van Marle, 2013). Hoewel de conclusie van volledige ontoerekeningsvatbaarheid zelden wordt getrokken en veel psychiatrische stoornissen een wisselend toestandsbeeld met zich meebrengen, wordt over een psychiatrisch patiënt die een delict pleegt vaak bij voorbaat, zonder onafhankelijk onderzoek, door de verschillende betrokken partijen geoordeeld dat het feit hem niet is aan te rekenen.<sup>6</sup>

### 3.2 Behoeftes van slachtoffers

Voor een discussie over de wenselijkheid van een strafrechtelijke reactie zijn ook de behoeftes van slachtoffers van belang. De theorie van procedurele rechtvaardigheid heeft betrekking op de behoeftes van betrokkenen bij een strafproces (Malsch, 2004). Deze theorie stelt dat de mate waarin betrokkenen (zowel de daders als de slachtoffers) beslissingen van autoriteiten of uitkomsten van procedures als rechtvaardig beoordelen, voor een groot deel afhangt van de door hen gepercipieerde rechtvaardigheid van de procedure die tot de beslissing of uitkomst heeft geleid. Of een procedure als rechtvaardig wordt ervaren

---

<sup>6</sup> Recente cijfers hierover zijn niet openbaar beschikbaar. In de periode juli 2000 tot oktober 2002 betrof het 5,4% van de rapportages in het Pieter Baan Centrum, Harte (2004).

hangt af van een al dan niet respectvolle bejegening en het ontvangen van informatie over het verloop van de procedure. Ook vinden zowel slachtoffers als verdachten het belangrijk dat zij de mogelijkheid hebben om actief te participeren in de procedure, bijvoorbeeld door eigen argumenten en standpunten in te kunnen brengen. Volgens deze theorie is het voor slachtoffers belangrijk dat zij vragen kunnen stellen over de procedure, zelf de mogelijkheid hebben informatie aan te dragen, gehoord worden ter zitting en hun kant van het verhaal mogen vertellen.

De theorie van procedurele rechtvaardigheid sluit goed aan op de behoeftes van slachtoffers, zoals deze uit empirisch onderzoek naar voren komen. Ten Boom, Kuijpers & Moene (2008) verzamelden empirische studies naar de behoeftes van slachtoffers van criminaliteit en verdeelden deze onder in zes categorieën. Zij concluderen dat slachtoffers in de eerste plaats behoefte hebben aan *erkenning* van het gebeurde en aandacht voor hen als slachtoffer. Dit kan door middel van directe opvang en steun. Hulp bij de verwerking en steun bij herstel van het (immateriële) letsel is belangrijk om het gebeurde te kunnen afsluiten. Niet alleen naasten, maar ook de politie en medewerkers van andere instanties kunnen hierbij een rol spelen. De tweede categorie behoeftes van slachtoffers heeft betrekking op het *strafproces*. Deze behoeftes betreffen steun en rechtsbijstand in alle fasen (van aangifte bij de politie tot en met de zitting). Ook is er behoefte om betrokken te zijn bij dit proces. Veel slachtoffers willen als belanghebbende behandeld worden. De derde categorie omvat behoefte aan *informatie*, zowel over de (voortgang) van de zaak, de beslissingen daarbinnen en de rol van het slachtoffer, als over de tijd, plaats en afloop van de zaak. Ook is er behoefte aan informatie over de verwerking van traumatische gebeurtenissen en over mogelijkheden voor preventie. De vierde categorie omvat *praktische* behoeftes, zoals (medische) hulp, begeleiding en vervoer. De vijfde categorie heeft betrekking op *financiële* behoeftes, zoals hulp bij het aanvragen van een schadevergoeding. De zesde categorie betreft de *primaire* behoeftes: slachtoffers willen veiligheid, herhaling voorkomen en bescherming voor zichzelf en anderen. Volgens Ten Boom en collega's (2008) zijn de behoeftes in de categorie erkenning de meest geuite behoeftes. Ook worden de behoeftes met betrekking tot veiligheid en bescherming, informatievoorziening en gehoord worden in de strafproces vaak door slachtoffers genoemd.

De hiervoor beschreven behoeftes zijn zeker niet relevant voor alle individuele slachtoffers, zo blijkt uit het onderzoek van Ten Boom en collega's (2008). In vergelijking met slachtoffers van andere delicten hebben slachtoffers van geweld meer behoefte aan iemand om mee te praten en aan emotionele steun.

Het is ook met name deze groep die behoefte heeft aan veiligheid, bescherming en het voorkomen van herhaling. Ook hebben zij, meer dan andere slachtoffers, behoefte aan een juridische uitspraak. De wens tot herstel van de relatie met de dader en de wens om niet te vervolgen wordt soms specifiek naar voren gebracht door slachtoffers van geweld die de dader goed kennen, zoals slachtoffers van huiselijk geweld of mensen die een professionele relatie met elkaar hebben.

Ook de vermeende intentie van de dader heeft invloed op de houding van het slachtoffer; slachtoffers die menen dat de dader niet opzettelijk handelde hebben minder behoefte aan vergelding en bestraffing (Darley & Pittman, 2003; Skitka & Houston, 2001). Ook volgens Walgrave (2004) is de eventuele intentie van de dader van invloed op de beleving van het slachtoffer; indien de dader met opzet handelde wordt het delict als ernstiger beleefd.

Wanneer we de hierboven beschreven kennis uit de wetenschappelijke literatuur toepassen op hulpverleners in de psychiatrie die het slachtoffer zijn geworden van geweld op de werkvloer, kan verondersteld worden dat deze slachtoffers in de eerste plaats behoefte hebben aan steun, erkenning en hulp van hun naaste collega's en hun leidinggevende. Zij hebben dit nodig voor de verwerking van hetgeen hen is overkomen. Wanneer er vervolgens contact is met politie en justitie, is het voor hen belangrijk dat zij ook door politie en justitie erkend worden als slachtoffer en dat zij steun krijgen bij een eventueel strafrechtelijk vervolg. Ook is te verwachten dat zij goed geïnformeerd willen worden, zowel over hun eigen zaak als over de positie van een slachtoffer in een strafzaak in zijn algemeenheid. Velen zullen de behoefte hebben betrokken te worden bij een eventuele strafzaak, bijvoorbeeld door de gelegenheid te krijgen hun kant van het verhaal te vertellen. Als de zaak geseponeerd wordt, willen zij uitleg krijgen over die beslissing.

Omdat de dader een psychiatrische patiënt is en het delict mogelijk voortvloeit uit de psychopathologie, kan verwacht worden dat slachtoffers niet altijd behoefte hebben aan een strafrechtelijk vervolg. In de praktijk zal er om dezelfde reden vaak twijfel of onduidelijkheid zijn over het nut van een strafrechtelijk vervolg. In de psychiatrische zorg zal het vaak voorkomen dat dader en slachtoffer elkaar goed kennen. Slachtoffers hebben daarom mogelijk behoefte aan herstel van de relatie met de dader en mogelijk ook de wens om de dader niet te vervolgen. Het zal ook voorkomen dat daders en slachtoffers met elkaar geconfronteerd zullen blijven worden. De behoefte aan bescherming, niet alleen van henzelf maar ook van collega's en overige patiënten, zal bij deze slachtoffers vaak aanwezig zijn.



### 3.3 Stappen en mogelijkheden in de vervolging

Een eventuele strafrechtelijke vervolging van een geweldsincident omvat verschillende opeenvolgende stappen. Allereerst moet de politie op de hoogte worden gebracht van het incident. Dit kan gedaan worden door iedereen die weet dat het strafbare feit gepleegd is.<sup>7</sup> Het incident kan als melding worden vastgelegd in het politiesysteem. Een melding is geen verzoek tot strafvervolging en leidt doorgaans niet tot vervolging. Alleen in sommige gevallen – wanneer er sprake is van een ernstig gevaar voor de veiligheid of een grote kans op herhaling – kan de officier van justitie besluiten om de zaak ambtshalve (dat wil zeggen: zonder dat er aangifte is gedaan) te vervolgen.<sup>8</sup> Meldingen kunnen wel bij een eventuele latere aangifte gevoegd worden. Zodoende wordt bewijs gestapeld. Een aangifte is een verzoek tot strafvervolging. Hierbij wordt een schriftelijk document, meestal in de vorm van een proces-verbaal, ondertekend. Hoewel de politie verplicht is een aangifte op te nemen gebeurt dit niet altijd.<sup>9</sup> Volgens Wittebrood (2006) wordt van ongeveer een vijfde van alle aanmeldingen geen aangifte opgemaakt.

Voor een bewezenverklaring zijn minstens twee bewijsmiddelen nodig.<sup>10</sup> Dit betekent dat alleen een aangifte onvoldoende is. De aangifte moet ondersteund worden door bijvoorbeeld een verklaring van een getuige of andere bevindingen, zoals letsel. Het kan daarom nodig zijn dat een (of meerdere) getuige(n) wordt (worden) gehoord of dat er foto's worden genomen van eventueel letsel. De politie zal ook de verdachte verhoren. Indien de (hulp)officier van justitie bepaalt dat de verdachte langer vast moet worden gehouden voor verhoor en het betreft een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan, wordt de verdachte in verzekering gesteld.<sup>11</sup>

De politie vindt het niet altijd verantwoord om een (ernstig) psychiatrische patiënt in verzekering te stellen in een politiecel waar de benodigde psychiatri-

---

7 Art 161 WvSv.

8 Ambtshalve vervolging is mogelijk als de veiligheid van een (toekomstig) slachtoffer in het geding is, de geestelijke of lichamelijke integriteit van een slachtoffer is/wordt bedreigd, of als er sprake is van een afhankelijkheidspositie van het slachtoffer (<https://www.om.nl/onderwerpen/seksueel-geweld/>).

9 Art. 163 WvSv.

10 Art. 342 lid 2 WvSv.

11 Per 1 januari 2015 is voorlopige hechtenis toegestaan bij geweld tegen personen met een publieke taak als het gaat om feiten die zo ernstig zijn dat het OM een vrijheidsstraf geïndiceerd acht en verwacht dat de rechter deze op zal leggen. Zie *Stb.* 2014, 176.

sche zorg niet verleend kan worden. Om te voorkomen dat patiënten na een zeer ernstig agressie-incident binnen de GGZ opgenomen moeten blijven, kunnen patiënten vanuit de GGZ direct in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) geplaatst worden voor de duur van de in verzekeringstelling. Deze centra zijn onderdeel van penitentiaire inrichtingen en zijn speciaal toegerust voor de begeleiding en behandeling van psychiatrische patiënten.

Het besluit om al dan niet over te gaan tot strafvervolgning is een bevoegdheid van het OM. Bij de vervolgingsbeslissing en ook in het onderzoek dat daaraan voorafgaat, wordt geanticipeerd op de vragen die de rechter na afloop van het onderzoek moet beantwoorden om tot een uitspraak te komen.<sup>12</sup> Deze vragen hebben onder andere betrekking op de bewijsbaarheid en strafbaarheid van het feit. Hieraan worden indicaties ontleend om te bepalen of een opsporingsonderzoek zinvol is. Indien een opsporingsonderzoek niet zinvol wordt geacht, kan de politie op een andere manier interveniëren, bijvoorbeeld door de wijkagent een stevig gesprek te laten voeren met de veroorzaker van het incident (een zogenaamd 'bromsnorgesprek').

In 2013 is de ZSM-werkwijze landelijk ingevoerd, dat staat voor Zo Snel, Slim, Selectief, Simpel en Samenlevingsgericht Mogelijk.<sup>13</sup> De bedoeling van de ZSM-werkwijze is om tot een snellere, betekenisvolle en zorgvuldige interventie te komen bij veelvoorkomende criminaliteit. Alle veelvoorkomende criminaliteit komt 'binnen' op een van de ZSM-locaties, waar het OM, de politie, Reclassering Nederland, Slachtofferhulp Nederland en de Raad voor de Kinderbescherming samenwerken om tot een snelle, zichtbare en effectieve interventie over te gaan. De ZSM-werkwijze is alleen geschikt voor eenvoudige strafzaken. Ernstige of ingewikkelde zaken waarbij nader onderzoek nodig is dat niet binnen de gestelde termijn van verhoor en in verzekeringstelling kan worden afgerond, worden niet via ZSM afgedaan.

Als er voldoende grond is voor vervolging, wordt de zaak naar het OM gestuurd. Voor alle zaken die worden ingeschreven bij het OM beslist de officier van justitie of er wordt overgegaan tot vervolging. Veelvoorkomende strafbare feiten waar een maximum gevangenisstraf van zes jaar op staat kunnen door het OM worden afgedaan zonder tussenkomst van een rechter. Op een zogeheten TOM-zitting, wat staat voor Taakstrafzitting Openbaar Ministerie, doet de officier van justitie een transactievoorstel aan de verdachte.<sup>14</sup> Als de verdachte hier

<sup>12</sup> Zie het beslissingsmodel van art. 348 en art. 350 WvSv.

<sup>13</sup> Zie de Factsheet ZSM van het Openbaar Ministerie op <https://www.om.nl/vasteonderdelen/zoeken/@24445/factsheet-zsm/>.

<sup>14</sup> Zie <https://www.juridischloket.nl/politie-en-justitie/justitie/zitting>.

niet op ingaat of de straf niet naar behoren uitvoert, wordt hij alsnog gedagvaard voor de rechter. Als de officier van justitie de strafzaak niet zelf afdoet, zal hij de verdachte dagvaarden en de zaak voor de rechter brengen. In deze fase kan het slachtoffer zich als benadeelde partij in het strafproces voegen.

Wanneer het vermoeden bestaat dat het delict voortkomt uit de psychopathologie van de verdachte, en het delict de verdachte wellicht niet volledig kan worden toegerekend, kan een pro Justitia-rapportage worden aangevraagd. Deze wordt opgesteld door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Na aanhouding duurt het in de regel ongeveer drie maanden om over de verdachte een rapportage van het NIFP te verkrijgen. Om de besluitvorming over het al dan niet aanvragen van een pro Justitia-rapportage meer te standaardiseren en uniformeren is het instrument BooG (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens) ontwikkeld (Van Kordelaar, 2002).

Indien de verdachte schuldig wordt bevonden, kan de rechter hem veroordelen tot een (voorwaardelijke) boete, taakstraf of gevangenisstraf. Indien de verdachte niet of in verminderde mate toerekeningsvatbaar wordt geacht voor het delict en er op grond van de stoornis een aanzienlijke kans op herhaling bestaat, kan er ter beveiliging van de maatschappij tbs opgelegd worden. Deze maatregel kent twee modaliteiten: tbs met verpleging en tbs met voorwaarden. Indien de verdachte volledig ontoerekeningsvatbaar is geacht voor het delict en de verwachting bestaat dat de kans op herhaling binnen afzienbare tijd – door middel van behandeling – kan worden afgewend, kan een éénjarige behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgelegd, kortweg strafrechtelijke plaatsing.<sup>15</sup> In de behandeling in een strafrechtelijk kader staat het terugdringen van de kans op recidive centraal. De behandeling in het kader van tbs met verpleging vindt plaats in een zwaarbeveiligd forensisch psychiatrisch centrum (FPC). Door het ministerie van Veiligheid en Justitie worden ook plaatsen ingekocht voor forensische zorg bij andere instellingen, zoals forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen (FPK's en FPA's). In deze laatste klinieken vindt ook de behandeling plaats in het kader van de strafrechtelijke plaatsing.

Bij elke stap in het hiervoor beschreven strafproces wordt beslist of er wordt overgegaan tot de vervolgstap en vindt dus selectie plaats. Uiteindelijk wordt een klein deel van de bij de politie gemelde geweldsincidenten voor de rechter gebracht. In het onderzoek naar geweldsincidenten in de psychiatrie (Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013) rapporteerden de 1534 respondenten, allen

---

<sup>15</sup> Art. 37 lid 1, jo. 39 WvS.

werknemer in de psychiatrie, dat zij in de afgelopen vijf jaar het slachtoffer waren geworden van in totaal 2648 geweldsincidenten. Van ruim een kwart van deze incidenten (704) was aangifte gedaan. Voor zover de slachtoffers daarvan op de hoogte waren gebracht, werden 69 zaken voor de rechter gebracht. Dat is 2,6% van alle geweldsincidenten en 9,8% van alle bij de politie gemelde incidenten. Bij een deel van deze 69 zaken legde de rechter een straf op, zoals een (voorwaardelijke) gevangenisstraf of een taakstraf.<sup>16</sup> Het feit dat een straf wordt opgelegd betekent dat de rechter de dader het delict (deels) toerekent. Volgens de informatie van de slachtoffers legde de rechter in een derde van de 69 voorgelegde zaken een strafrechtelijke behandelmaatregel op, namelijk tbs of strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor een jaar (art. 37 Sr). De rechter vond het in die zaken nodig dat de psychiatrische behandeling in een beter beveiligd kader voortgezet werd. Een opmerkelijk resultaat was dat de slachtoffers die aangifte hadden gedaan bij de politie doorgaans niet of nauwelijks werden geïnformeerd over hun zaak.

### 3.4 Redenen om wel of geen aangifte te doen

Aangezien een strafrechtelijke vervolging begint met een aangifte, ligt het initiatief hiertoe dus in de eerste plaats bij het slachtoffer. Wittebrood (2006) ziet de slachtoffers dan ook als belangrijke ‘gatekeepers’ van het strafrechtelijke systeem; zij bepalen immers of een delict überhaupt in aanmerking kan komen voor vervolging. Het is daarom van belang te weten wat de beweegredenen zijn van slachtoffers om wel of geen aangifte te doen.

Volgens Wittebrood (2006) wordt in de criminologie de beslissing van een slachtoffer om een delict wel of niet te melden bij de politie gezien als een rationele beslissing waarbij de kosten van het melden worden afgewogen tegen de te verwachten resultaten. Voorbeelden van kosten zijn de tijd die het kost om aangifte te doen, de onaangename ervaring om het gebeurde na te vertellen aan een vreemde en de angst voor represailles van de dader. In sommige situaties maakt het slachtoffer zich ook zorgen over de eventueel negatieve gevolgen van een aangifte voor de dader. Dit kan zich voordoen als dader en slachtoffer elkaar goed kennen. Het slachtoffer zal geneigd zijn aangifte te doen als hij denkt dat dit wat gaat opleveren. Dit is bijvoorbeeld het geval als het slachtoffer zich zor-

---

16 In 63 van de 69 zaken was het slachtoffer op de hoogte van de uitspraak. In 17 van deze 63 zaken is een straf opgelegd en in 9 andere zaken een schadevergoeding.

gen maakt over de eigen veiligheid of die van anderen. Op korte termijn kan de politie bescherming bieden. Op lange termijn kan de uitkomst van het strafproces door de veroordeling bescherming bieden. Bij diefstallen en vernielingen doen slachtoffers voornamelijk aangifte omdat dit nodig is voor een financiële vergoeding van hun verzekeraar. De belangrijkste reden voor slachtoffers om aangifte te doen is dat zij vinden dat de dader moet worden bestraft, volgens het onderzoek van Wittebrood (2006).

De ernst van het delict speelt een belangrijke rol in de afweging om wel of geen aangifte te doen. Als slachtoffers letsel of schade hebben, zijn zij eerder geneigd aangifte te doen (Block, 1974; Goudriaan, Nieuwbeerta & Wittebrood, 2005; Greenberg & Ruback, 1992; Skogan, 1984; Tarling & Morris, 2010; Wittebrood, 2006). Daarnaast speelt de omgeving van het slachtoffer een belangrijke rol: als naasten van het slachtoffer vinden dat aangifte gedaan moet worden, zal het slachtoffer daar eerder toe overgaan (Goderie, Janssen, Lünemann & Nieborg, 2003). In haar onderzoek naar aangiftegedrag vond Goudriaan (2006) dat er meer aangifte wordt gedaan wanneer geweld plaatsvindt in de (semi)private sfeer dan in de (semi)publieke ruimte. Daarbij is de aangiftebereidheid afhankelijk van bekendheid met de dader. Deze is het laagst als geweld plaatsvindt binnen een organisatie waar zowel het slachtoffer als de dader toe behoren; het slachtoffer kiest er dan vaak voor het gebeurde te melden bij de organisatie.

### 3.5 Redenen om wel of geen aangifte te doen in de psychiatrie

In hoeverre zijn de voorgenoemde beweegredenen van slachtoffers om wel of geen aangifte te doen van geweld ook van toepassing op slachtoffers van geweld in de psychiatrie? In het onderzoek van Harte, Van Leeuwen & Theuws (2013) naar geweldsincidenten in de intramurale psychiatrie rapporteerden 1534 respondenten 2648 incidenten. Van 1827 incidenten hadden de slachtoffers geen aangifte gedaan. Deze slachtoffers werd gevraagd naar hun redenen om dat niet te doen. De resultaten staan in tabel 3.1. Ruim een derde van de slachtoffers vond aangifte doen niet nodig ( $n=657$ , 36%). Een kwart stelde dat zij het incident niet ernstig genoeg vonden om daarvan aangifte te doen ( $n=448$ , 24,5%). Eén op de zeven had geen aangifte gedaan omdat agressie volgens hen nu eenmaal hoort bij het werk in de psychiatrie ( $n=258$ , 14,1%).

Wanneer het geweld volgens het slachtoffer voortkwam uit de psychiatrische stoornis, was dat ook regelmatig ( $n=92$ , 5%) een argument om het inci-

dent niet te melden bij de politie. Soms werden angst voor wraak (n=43, 2,4%) en het feit dat een anonieme aangifte niet mogelijk is (n=108, 5,9%) genoemd als redenen om van aangifte af te zien. Twaalf personen (0,7%) vonden het beroepsgeheim een obstakel. Vijf hiervan waren artsen, psychiaters of arts-assistenten. Opvallend is de rol van de instelling bij de beslissing om geen aangifte te doen. Een interne afhandeling blijkt regelmatig (n=365, 20%) een reden om van aangifte bij de politie af te zien. Soms werd het doen van aangifte expliciet afgeraden door collega's of leidinggevende(n) (n=59, 3,2%). Een aantal slachtoffers (n=289, 15,8%) had niet gedacht aan de mogelijkheid om aangifte te doen. Dat impliceert dat zij door hun leidinggevende(n), collega's of anderen niet op die mogelijkheid zijn gewezen.

**Tabel 3.1:** Redenen van slachtoffers van geweld in de psychiatrie om geen aangifte te doen\* (n=1827)

	Aantal	Percentage
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
Eerder 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
Aangifte hoort niet tot het instellingsbeleid	11	0,6
Overig	41	2,2

\*Respondenten konden meerdere antwoorden geven

Bron: Harte, Van Leeuwen & Theuws (2013)

In hetzelfde onderzoek rapporteerden de slachtoffers over iets meer dan een kwart van de zaken (n=699, 26,4%) dat zij het incident wel hadden gemeld bij de politie. In de helft van de zaken (n=349, 49,6%) werd er door de politie een proces-verbaal opgemaakt en in één op de vijf (n= 137, 19,5%) gevallen werd het incident door de politie als melding geregistreerd. Relatief vaak (n=167, 23,7%) wist het slachtoffer achteraf niet of er nu wel of niet een aangifte was opgenomen. In 37 gevallen (5,3%) werd het gemelde incident helemaal niet in

behandeling genomen, meestal omdat volgens de dienstdoende politiefunctio-  
naris 'geweld nu eenmaal een onderdeel van het werk in de psychiatrie is' of  
'omdat geweld door een psychiatrisch patiënt toch niet vervolgd kan worden'.

Ook de respondenten die wel aangifte hadden gedaan werd gevraagd naar hun beweegredenen. De resultaten staan in tabel 3.2. Ook hier geldt dat de redenen opvallend rationeel zijn. De slachtoffers willen vooral dat het geweld door herhaaldelijk gewelddadige patiënten stopt. Zij doen aangifte om een dossier op te bouwen en beogen met hun aangifte anderen te beschermen. Ook het stellen van een grens is een veelgenoemde reden voor aangifte. Met de aangifte wil het slachtoffer aan de gewelddadige patiënt en soms ook aan de werkgever duidelijk maken dat de grens van het toelaatbare is overschreden. Ook uit deze resultaten komt de invloed van de instelling op de beslissing van het slachtoffer naar voren. Velen deden aangifte omdat dit het beleid was van de instelling of omdat hun leidinggevende dit adviseerde. Opvallend is verder dat de helft van de slachtoffers die aangifte deden dit (mede) had gedaan omdat ze vonden dat de patiënt met het geweld een grens had overschreden.

**Tabel 3.2:** Redenen van slachtoffers van geweld in de psychiatrie om wel aangifte te doen\* (n=699)

	Aantal	Percentage
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 is 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
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

Bron: Harte, Van Leeuwen & Theuws (2013)

Voorgaande tabellen geven niet alleen inzicht in de redenen van slachtoffers om wel of geen aangifte te doen. Uit deze cijfers is indirect ook af te leiden wat hun attitude is ten aanzien van agressie op de werkvloer en wat hun perspectief is op een eventuele strafrechtelijke vervolging. Een deel van de werknemers in de psychiatrie vindt dat geweld tot op zekere hoogte bij het werk hoort, zeker als dat geweld voortkomt uit het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt. Als

slachtoffers wel aangifte doen, is dat voornamelijk om rationele redenen: zij willen dat niet alleen zichzelf maar ook hun collega's en de overige patiënten beschermd worden tegen patiënten die een gevaar vormen omdat zij herhaaldelijk ernstig agressief zijn. Zij beogen met de aangifte geen vergelding maar wel specifieke preventie.

Volgens de theorie zijn vooral de steun en betrokkenheid van naaste collega's en de leidinggevende(n) belangrijk voor het verwerken van het incident. Uit de empirische cijfers blijkt verder dat de instelling een grote rol speelt bij de overwegingen om wel of geen aangifte te doen. De instellingen hebben dus een grote verantwoordelijkheid in de begeleiding van werknemers die geweld hebben ondervonden.

### 3.6 Knelpunten in de vervolging van geweld in de psychiatrie

Uit het voorgaande komt een aantal knelpunten naar voren die specifiek een rol spelen bij de eventuele aangifte (en strafrechtelijke vervolging) van geweld in de psychiatrie.

#### Toerekeningsvatbaarheid

Het Nederlandse strafrecht stelt mensen verantwoordelijk voor hun doen en laten. Een verdachte is echter niet strafbaar wanneer de ten laste gelegde feiten hem op grond van een psychische stoornis niet kunnen worden toegerekend, zoals is verwoord in de strafuitsluitingsgrond van artikel 39 Sr: 'Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend.' Voor de strafrechtelijke vervolging van een dader is het dan ook van belang vast te stellen of, en zo ja in hoeverre, een strafbaar feit kan worden toegerekend aan de dader. Het laten opmaken van een pro Justitia-rapportage door het NIFP is kostbaar en tijdrovend en wordt doorgaans alleen aangevraagd bij ernstige geweldpleging. Bij overtredingen en misdrijven gepleegd door psychiatrische patiënten wordt vaak aangenomen dat de strafrechtelijk verwijtbare gedragingen voortvloeien uit een psychiatrische stoornis, zonder dat dit toereikend is onderzocht (Visscher, Van de Kraats, Van der Goot & Braam, 2015).



### Medisch beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim beschermt zowel de individuele privacy van patiënten als het maatschappelijk belang van vrije toegang tot de zorg. Vanwege dit beroepsgeheim weten hulpverleners in de zorg vaak niet of het is toegestaan om aangifte te doen van geweld. Het ziektebeeld van de patiënt kan hebben bijgedragen aan het ontstaan van het gewelddadige gedrag. Voor het nemen van de vervolgingsbeslissing willen de politie en het OM dan ook graag weten wat de huidige toestand is van de dader en of het geweld voortkwam uit de pathologie. De hulpverlener die aangifte wil doen wordt bij het verstrekken van deze informatie belemmerd door zijn beroepsgeheim.

### Bescherming identiteit aangever

Specifiek voor slachtoffers van geweld in de psychiatrie geldt dat zij een grote kans hebben weer met de dader geconfronteerd te worden. De patiënt zal doorgaans een beroep blijven doen op de zorginstelling waar het slachtoffer werkzaam is. Het komt regelmatig voor dat slachtoffers van geweld in de psychiatrie afzien van aangifte omdat zij bang zijn voor wraak van (het netwerk van) de dader. Slachtoffers willen vaak anoniem aangifte doen maar weten niet of, en zo ja in hoeverre, het mogelijk is om anoniem te blijven als zij aangifte doen.

### Behandelrelatie

Een GGZ-medewerker kan het slachtoffer worden van geweld door een patiënt of kan daar getuige van zijn, maar heeft tevens een professionele zorgrelatie met de dader. Vaak kennen de dader en het slachtoffer elkaar al lang en goed. Omdat de zorg niet gestaakt kan worden en overplaatsing naar een andere afdeling of instelling vaak lastig te realiseren is, komt het regelmatig voor dat de behandelrelatie voortgezet wordt na een geweldsincident. Het feit dat de behandelrelatie voortgezet moet worden kan voor slachtoffers een reden zijn om af te zien van aangifte. Ook komt het voor dat de hulpverlener het ingezette behandeltraject niet wil frustreren.

### Mogelijkheden en zin van aangifte en vervolging

Wanneer een psychiatrisch patiënt een incident veroorzaakt en aangifte wordt overwogen, doet zich vaak de vraag voor wat er überhaupt met een strafrechtelijke reactie op een geweldsincident in de psychiatrie bereikt kan worden. De dader is immers een psychiatrisch patiënt en het is vaak twijfelachtig of een taakstraf of gevangenisstraf zinvol en mogelijk is. Omdat de meeste patiënten weinig financiële middelen hebben ligt ook het opleggen van een boete niet erg voor de hand. Zeker als de patiënt in een onvrijwillig kader is opgenomen is het de vraag wat een eventuele straf toevoegt. Sommige slachtoffers hebben de ervaring dat de politie en het OM niets doen met aangiftes van geweld in de psychiatrie. Volgens hen is het doen van aangifte om die reden zinloos.

### Informatievoorziening

Volgens de theorie van de procedurele rechtvaardigheid hebben slachtoffers grote behoefte aan een goede informatievoorziening over hun zaak. Uit het onderzoek van Harte, Van Leeuwen & Theuws (2013) kwam naar voren dat slachtoffers die aangifte hadden gedaan meestal niets meer hoorden over de voortgang van hun zaak en dat het heel lastig was om deze informatie te verkrijgen. Zij werden in hun behoefte aan een goede informatievoorziening niet of onvoldoende voorzien.

In hoofdstuk 5 tot en met 7 wordt door middel van empirisch onderzoek achterhaald wat de praktijkervaringen zijn met de afdoening van geweld in de psychiatrie en wordt er met name ingezoomd op de geconstateerde knelpunten.

## Casus 2

### ‘Hij begon als een dolle op mijn hoofd te beuken.’

Hans, 32

*Hij staat al bij de receptie. Een vriendelijk gezicht. Iemand bij wie je je meteen op je gemak voelt. Hans straalt rust en een vriendelijk soort overwicht uit. Voordat hij in de psychiatrie ging werken deed hij andere dingen: reizen, werk in de horeca en allerlei andere baantjes.*

‘Ik kwam niet helemaal bleu in de psychiatrie terecht. Dit werk is best pittig. Er wordt veel van je gevraagd; van je incasseringsvermogen, je flexibiliteit. Dan is het fijn als je al wat levenservaring hebt. Ik ben nu halverwege de dertig en doe dit werk nu een jaar of zeven.’

Hans vertelt dat er ruim een jaar geleden, toen hij late dienst had, een conflict met een cliënt ontstond. De cliënt wilde op verlof, maar de begeleiding vond dat geen goed idee. Hij was geagiteerd, wilde niet luisteren, kon niet stilzitten. Kortom, genoeg redenen om hem niet te laten gaan.

‘De spanning liep steeds verder op. Hij ging in de gezamenlijke ruimte zitten en liet zich niet meer aanspreken. Na een aantal pogingen om contact te maken en in gesprek te gaan, begon de man steeds bozer te worden. Nadat hij ook nog begon te schreeuwen vroegen we hem of hij naar zijn kamer wilde gaan. Dat wilde hij niet. Toen we er wat meer mensen bij haalden, vertrok hij uiteindelijk wel naar zijn kamer. De afspraak is dan dat je om het half uur gaat kijken hoe het is. Samen met een collega die hem ook kende zouden we met hem gaan praten.’

De situatie was nog steeds gespannen. De collega vroeg Hans of ze samen nog een gesprek met hem konden voeren. Ze gingen samen nogmaals naar de cliënt.

‘Als hij me ziet, staat hij meteen op van zijn bed. Ik zie hoe de spanning bij hem oploopt. Hij begint te schreeuwen. Mijn collega maant hem nog om stil te zijn. Op hetzelfde moment begint hij mij te slaan. Op mijn

hoofd. We proberen samen om hem te fixeren. Dat lukt niet, want hij is door het dolle heen. We worstelen. Hij probeert me knietjes te geven. Dat lukt nauwelijks. Dan bijt hij keihard in mijn rug. Ik schrik daar enorm van. Dit is dierlijk gedrag. Hij wil niets anders dan mij beschadigen. Gelukkig komt dan het team binnen en wordt hij naar de grond gebracht.'

Anderhalve minuut, langer was het niet. Maar Hans kan het hele gebeuren nog als een film afspelen. Als de man later weer in zijn kamer wordt gezet, sloopt hij die helemaal. De politie komt erbij, maar doet eerst niets. Hij is in razernij, niet te stuiten.

'Ik geloof dat mijn werk erop gebaseerd is dat je een relatie opbouwt en die zo nodig steeds opnieuw opbouwt. Dat is het mooie van wat ik doe. Als professional is het mijn taak om daar steeds opnieuw in te investeren. Om te bekijken hoe en op welke manier we met iemand contact kunnen blijven maken. We hadden deze situatie vooraf al goed doorgesproken. Met mijn collega heb ik zeker een kwartier zitten praten over hoe we hem het best konden benaderen en kalmeren. Toch zie je dan zoiets niet aankomen. We werden echt overvallen.'

Hans had verschillende kneuzingen en een bijtwond in zijn rug. Volgens de arts in de kliniek viel het allemaal wel mee. De volgende dag besloot Hans om toch naar zijn huisarts te gaan. De wond op zijn rug is behandeld, er werd bloedonderzoek gedaan en hij kreeg injecties 'voor het geval dat'.

'Vanuit de organisatie werd gevraagd of ik aangifte wilde doen. Hoewel ik niet helemaal begreep waarom, ben ik het toch gaan doen. Dat voelde eerlijk gezegd niet goed. Ik voelde me ook geen slachtoffer. De politie reageerde er ook tamelijk lauwtjes op. Maar goed, hij had me wel beschadigd. Ik moet wel zeggen dat mijn visie op aangifte doen inmiddels wel is veranderd. Natuurlijk neem ik in mijn werk risico's. Maar we proberen altijd de spanning te verminderen. Als een cliënt toch door het lint gaat en je daardoor schade oploopt, mag je aangifte doen, vind ik nu.'

Na het incident was Hans een week thuis. Collega's bellen hem de eerste twee, drie dagen geregeld. Daarna komt al snel de vraag wanneer hij weer wil gaan werken. Echte steun vanuit de organisatie komt er niet. Een gesprekje met

iemand van het opvangteam, meer niet. Hans voelt zich dan ook niet gesteund. Dat komt deels omdat hij het lastig vindt om aan te geven wat hij nodig heeft.

'Toen ik weer aan het werk ging, voelde dat niet goed. Ik kon weinig aan, na twee of drie uur was ik al op. Er hoefde maar iets te gebeuren en dan zat ik al vol stress. Dat duurde een paar weken en daar konden ze me hier ook niet mee helpen. Het gebeurde ook alleen op mijn werk. Niet thuis. Niet buiten. Tot iemand tegen me zei dat ik best eens met maatschappelijk werk kon gaan praten. Daar kreeg ik het advies om EMDR te gaan doen. En dat heeft wonderen voor me gedaan. Ik ben er nog verbaasd over hoe dat heeft gewerkt. Ik voelde het effect. Ik was weer rustig en ik kon weer wat aan.'

Al met al duurde het wel een half jaar voordat Hans er overheen was, zegt hij. Hij neemt het de cliënt niet kwalijk. Zelfs niet als die zegt: 'Ik was Luis Suárez.' Thuis is het moeilijk uit te leggen wat hem is overkomen. Zijn partner doet de suggestie om maar eens ander werk te gaan zoeken. Hans wil dat niet. Hij vertelt maar weinig mensen over het gebeurde. Omdat het moeilijk uit te leggen is en ook omdat het gevoelsmatig nog niet klopt. Zijn ouders betreft hij wel in het verhaal.

'Niemand van mijn familie of vrienden kent deze omgeving. Ja, mijn collega's. Met hen kan ik er goed over praten. Ook praktisch werd er wel rekening met mij gehouden. Ik kon komen en gaan wanneer ik wilde. Nu? Ik ga nog steeds met veel plezier naar mijn werk. Ik vind het werk boeiend, ik vind de mensen hier leuk. En ik haal veel uit het werken met de cliënten. Laten we wel wezen, dit is geen werk met een hoog risico. Onderweg op de fiets loop ik meer gevaar.'

Na anderhalf jaar krijgt hij een brief van het OM over de zitting. Hans neemt dat ter kennisgeving aan. Wat hem betreft is de zaak voorbij. Hij heeft zich verder niet laten informeren over de zaak.

'Mijn leven gaat door. Ik gun die cliënt verder alle goeds. Ik hoef ook geen schadevergoeding of zo. Kijk, ik ben wel altijd heel duidelijk en strak in mijn afspraken. Helder over wat wel en niet kan. Dan weet je waar je aan toe bent. Deze man probeerde altijd wel de regels en afspraken op te rekken. Daar is de wrijving al begonnen. Maar eerder liep dat

nooit zo hoog op; we kwamen er altijd wel uit. Ik heb wel eens gedacht: een volgende keer geef ik gewoon een douw of een beuk om zo iemand terug in zijn kamer te krijgen en dan doe ik de deur dicht. Maar ik weet eerlijk gezegd niet hoe dat zal gaan. Ik heb in ieder geval geen spijt van hoe het die keer ging.'

Hij geeft aan dat hij nu beter kan inschatten hoe cliënten zich voelen. Dat geldt ook voor het effect dat een dergelijk incident kan hebben. Hij herkent dat nu ook bij collega's. Soms stuurt hij zelf ook mensen naar bedrijfsmaatschappelijk werk.

'Ik heb echt meer inzicht gekregen. Dat is fijn. Het is wel jammer dat onze organisatie niet structureel met zoiets omgaat. Dat is trouwens wel veranderd. We hebben nu een opvangteam. Dat team ondersteunt mensen die met een incident te maken hebben gehad. Als lid van dat team kan ik van betekenis zijn. Dat is winst.'

## Methoden

Eerder onderzoek heeft laten zien dat werknemers in de psychiatrie relatief veel (ernstig) geweld ondervinden op de werkvloer. Ook is een aantal specifieke knelpunten naar voren gekomen waar slachtoffers van geweld in de psychiatrie tegen- aan kunnen lopen als zij overwegen aangifte te doen. Door middel van empirisch onderzoek is achterhaald wat in de praktijk de ervaringen zijn met het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie en deze knelpunten in het bijzonder.

Om een beeld te krijgen van de problemen en knelpunten in de praktijk hebben enkele inventariserende gesprekken plaatsgevonden met diverse stakeholders en zijn bijeenkomsten bijgewoond (zie bijlage 1). Via deze gesprekken en bezoeken zijn relevante beleidsstukken en namen en contactgegevens van potentiële respondenten verkregen. Ook via internet zijn beleidsdocumenten verzameld die relevant zijn voor de afdoening van geweld tegen werknemers in de psychiatrie. Vervolgens is een inventariserende enquête afgenomen onder juridisch medewerkers van diverse GGZ-instellingen. Daarna zijn verdiepende interviews gehouden met GGZ-medewerkers – onder wie een aantal slachtoffers van geweld door patiënten –, met politiefunctionarissen en met leden van de rechterlijke macht.

### 4.1 Beleidsdocumenten

Op internet is gezocht naar relevante beleidsstukken met betrekking tot aangifte doen van agressie en geweld in de (geestelijke) gezondheidszorg. Via Google is gezocht op de volgende (combinaties van) trefwoorden: ‘veilige publieke taak’, ‘zorg’, ‘psychiatrie’, ‘agressie’, ‘geweld’, ‘aangifte’, ‘veilig werken in de zorg’, ‘duidelijk over agressie’, ‘anoniem aangifte’, ‘beroepsgeheim zorgprofessionals’ en ‘medisch beroepsgeheim’. Dit leverde tal van protocollen en handreikingen op die betrekking hebben op de aangifte van agressie en geweld. Vervolgens is geselecteerd op relevantie. In eerst instantie is landelijk beleid dat betrekking heeft op de gehele zorgbranche of de algemene psychiatrie geselecteerd. Dit leverde de volgende landelijke beleidsprogramma’s op: *Veilige Publieke Taak*, *Actieplan Veilig wer-*

ken in de zorg, de Handreiking Sociale veiligheid in de GGZ. Aangifte doen bij agressie- en/of geweldsincidenten van het O&O-fonds GGZ en het Convenant Politie - GGZ 2012.

Op eenzelfde manier is op internet gezocht naar regionale convenanten tussen politie-eenheden en GGZ-instellingen. Er is gezocht met de term 'regionaal convenant politie GGZ'. Dit leverde twee relevante regionale convenanten op. Ook VPT-coördinatoren van de politie is gevraagd naar convenanten tussen de politie-eenheid waar zij werkzaam zijn en GGZ-instellingen uit de regio. Dit leverde één nieuw convenant op. Tot slot zijn via een lid van het Platform Verwarde personen van de politie zeven nieuwe convenanten verkregen. Ook alle respondenten voor de diepte-interviews is gevraagd om regionale convenanten. Dit leverde nog drie extra convenanten op.

## 4.2 Inventariserende enquête

Om te inventariseren welke dilemma's en knelpunten in de praktijk worden ervaren is een inventariserende enquête voorgelegd aan juristen werkzaam bij GGZ-instellingen (zie bijlage 2). Het idee hierachter was dat dit de functionarissen zijn binnen de GGZ die een goed beeld hebben van de aard, omvang en complexiteit van de problematiek. Deze enquête richtte zich nadrukkelijk niet op tbs-instellingen. De reden hiervoor is dat deze instellingen eigen (beperkte) sanctiemogelijkheden hebben. Bovendien geldt voor tbs-instellingen de verplichting aangifte te doen van strafbare feiten gepleegd door tbs'ers.

De enquête is in mei 2016 verspreid via onze contactpersoon bij GGZ Nederland. Begin juli 2016 is door haar een reminder verzonden. De enquête is ingevuld door 23 respondenten die werkzaam zijn in negentien verschillende GGZ-instellingen. De respondenten die in dezelfde instelling werken, zijn werkzaam op verschillende locaties. De enquêtes zijn niet altijd door de juristen van de instelling ingevuld, soms hebben betrokken stafmedewerkers of leidinggevenden (bijvoorbeeld de manager bedrijfsvoering of de adviseur veiligheid en gezondheid) de enquête ingevuld.

## 4.3 Interviews

Om nader in te gaan op de beperkingen en mogelijkheden van een strafrechtelijke reactie op geweld in de psychiatrie en het doen van aangifte in het bijzonder, zijn 35 diepte-interviews afgenomen. Allereerst hebben interviews plaats-



gevonden met dertien GGZ-medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van geweld door een patiënt en daar aangifte van hebben gedaan. Zes van hen zijn geworven middels een oproep op de Facebookpagina van het onderzoeksproject Geweld in de psychiatrie. Vijf respondenten zijn afkomstig uit het netwerk van de onderzoekers. Drie slachtoffers zijn geworven via de reeds geworven respondenten, oftewel via de sneeuwbalmethode. Onder de slachtoffers bevindt zich een psychiater en een maatschappelijk werker; de overige slachtoffers zijn werkzaam (geweest) als verpleegkundige of (persoonlijk) begeleider.

Daarnaast zijn negen interviews gehouden met leidinggevenden en stafmedewerkers uit de GGZ. Zes van hen zijn afkomstig uit het netwerk van de onderzoekers. Eén persoon is geworven via de inventariserende enquête en een ander is verkregen via de sneeuwbalmethode. Van deze leidinggevenden zijn er vier werkzaam (geweest) als teamleider, twee als geneesheer-directeur, één als psychiater, één als aandachtsfunctionaris agressie en één als manager bedrijfsvoering. Bovendien is een diepte-interview gehouden met een GGZ-jurist.

Er zijn ook diepte-interviews gehouden met zes politiemedewerkers. Twee werden aangedragen door het Platform Verwarde Personen van de politie en een van hen is afkomstig uit het netwerk van de onderzoekers. Drie andere functionarissen zijn geworven via de sneeuwbalmethode. Drie van hen zijn werkzaam (geweest) als coördinator GGZ en/of verwarde personen, één als wijkagent, één als operationeel chef en één als VPT-coördinator.

Bovendien zijn diepte-interviews gehouden met drie officieren van justitie. Zij houden zich bezig met VPT- of BOPZ-zaken. Twee van hen zijn actief met betrekking tot agressie in de psychiatrie en zodoende bekend bij de onderzoekers en een andere officier van justitie is door hen aangedragen. Daarnaast is een strafrechter geïnterviewd die ervaring heeft met afdoening van geweld binnen de psychiatrie en bekend was bij de onderzoekers. Tot slot is gesproken met een advocaat die GGZ-werknemers bijstaat die het slachtoffer zijn geworden van geweld door een patiënt en met een Projectleider VPT (geen politiefunctionaris) die contact had gezocht met de onderzoekers naar aanleiding van een bericht op de Facebookpagina.

De respondenten zijn bezocht op een door hen gekozen locatie. In drie gevallen was dat de Vrije Universiteit Amsterdam. Het interview werd afgenomen aan de hand van een topiclist (zie voor een voorbeeld van de gebruikte topiclijsten bijlage 3). De interviews duurden tussen de 45 en 60 minuten en werden opgenomen en vervolgens letterlijk getranscribeerd. De getranscribeerde interviews zijn geanalyseerd met Atlas-Ti 7. In bijlage 1 is een overzicht te vinden van de afgenomen interviews.



## Resultaten beleidsanalyse

In de voorgaande hoofdstukken zijn knelpunten naar voren gekomen die een rol kunnen spelen bij het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie. Twee van deze knelpunten, het medisch beroepsgeheim en de bescherming identiteit aangever, kunnen voortkomen uit onduidelijkheid over de interpretatie van de regelgeving hieromtrent. In het navolgende worden de regels omtrent de bescherming van de identiteit van de aangever en het medisch beroepsgeheim samengevat. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre beleidsdocumenten en convenanten handvatten bieden in de praktijk.

### 5.1 Bescherming identiteit aangever

Slachtoffers van geweld die hiervan aangifte willen doen kunnen bang zijn voor wraak van (het netwerk van) de dader. Dit kan een reden zijn om als aangever anoniem te willen blijven. Er zijn verschillende mogelijkheden om de identiteit van een slachtoffer of getuige in het strafproces te beschermen.<sup>17</sup>

- **Domicilie kiezen**

Om te voorkomen dat het woonadres van de aangever bekend wordt bij de verdachte, kan bij het doen van aangifte een ander dan het feitelijke woonadres worden opgegeven. Er kan bijvoorbeeld worden gekozen voor het adres van de instelling waar de aangever werkzaam is. De naam van de aangever komt wel in het proces-verbaal.

---

<sup>17</sup> Zie de *Handleiding opnemen (deels) anonieme aangifte/verklaring*. Wetenschappelijk Bureau Openbaar Ministerie, 2011.

- *Aangifte onder nummer*

Een verdergaande mogelijkheid om de identiteit van het slachtoffer te beschermen is het doen van aangifte onder nummer. Deze mogelijkheid is in 2012 in het leven geroepen, met name om de aangiftebereidheid onder medewerkers met een publieke taak te verhogen (Bruinsma, Van Ham, Harde-  
deman & Ferwerda, 2015). Er kan op twee manieren aangifte onder nummer worden gedaan. De eerste optie is dat het slachtoffer zelf aangifte doet onder een door de politie toegekend identificatienummer dat de naam en andere persoonlijke gegevens vervangt. De tweede optie is dat de werkgever aangifte doet namens zijn werknemer, eventueel met een door het slachtoffer zelf op schrift gestelde verklaring. Het slachtoffer wordt in het procesverbaal dan aangeduid met zijn personeelsnummer of een door de politie toegekend identificatienummer. Het kan voorkomen dat het slachtoffer wordt opgeroepen als getuige bij de rechter-commissaris of tijdens de behandeling van de zaak op zitting. Het slachtoffer kan dan geconfronteerd worden met de dader.

- *Beperkt anonieme getuige en bedreigde getuige*

Een aangever of getuige kan door de rechter-commissaris aangemerkt worden als een *beperkt anonieme getuige*. In dat geval hoeft informatie over de aangever of getuige niet in de processtukken vastgelegd te worden. Ook kan de rechter-commissaris beletten dat vragen moeten worden beantwoord, wanneer er een gegrond vermoeden bestaat dat beantwoording leidt tot ernstige overlast voor de aangever of getuige. Wanneer de aangever of getuige tijdens de zitting gehoord moet worden, kan ervoor gezorgd worden dat hij minder snel herkenbaar is. Bijvoorbeeld door het gebruik van stemvervorming of vermomming. Voor deze mogelijkheid geldt geen drempel met betrekking tot de aard of ernst van het feit. De rechter-commissaris beslist of iemand aangemerkt wordt als beperkt anonieme getuige. De rechter-commissaris kan ook de status van *bedreigde getuige* verlenen. Dit is alleen mogelijk wanneer het een ernstig strafbaar feit betreft, zoals een levensdelict, een georganiseerde vorm van criminaliteit of zwaar geweld. Voor zover bekend worden de mogelijkheden van beperkt anonieme getuige en bedreigde getuige niet toegepast bij de vervolging van geweldsincidenten in de psychiatrie.

Wanneer de rechter het van belang acht voor een juiste rechtsgang, kan hij gelasten dat de identiteit van het slachtoffer bekend wordt gemaakt. Volledige anonimiteit kan daarom nooit gegarandeerd worden.

## 5.2 Medisch beroepsgeheim

Hulpverleners in de psychiatrie hebben een medisch beroepsgeheim. Dit beroepsgeheim beschermt zowel de individuele privacy van patiënten als het maatschappelijk belang van vrije toegang tot de zorg. Het beroepsgeheim omvat een zwijgplicht. Dit is de plicht om geheim te houden wat bekend is geworden bij de beroepsuitoefening. De zwijgplicht is in verschillende wetten en regelingen vastgelegd.<sup>18</sup>

GGZ-medewerkers die geen geneeskundige handelingen verrichten of een BIG-registratie hebben, maar door uitoefening van hun beroep wel op de hoogte zijn van patiëntgegevens, hebben een afgeleid beroepsgeheim. Het opzettelijk schenden van de zwijgplicht is strafbaar gesteld.<sup>19</sup> Wanneer dit gebeurt door hulpverleners met een BIG-registratie kan dat leiden tot oplegging van een maatregel door de tuchtrechter. Naast de zwijgplicht hebben zorgprofessionals ook een verschoningsrecht. Dit is het recht om niet te hoeven getuigen tegenover de rechter, politie of justitie.<sup>20</sup>

In verschillende handreikingen en richtlijnen wordt beschreven hoe het medisch beroepsgeheim moet worden uitgelegd.<sup>21</sup> Hieruit blijkt dat het medisch beroepsgeheim niet absoluut is. Er zijn vier situaties waarin het beroepsgeheim kan worden doorbroken door de werknemer: (1) de wettelijke verplichting; (2) het zwaarwegend belang; (3) met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt en (4) bij een conflict van plichten. In de eerste twee situ-

---

18 Onder andere in de artseneed (SNU/ KNMG, *Nederlandse artseneed*, Utrecht, augustus 2003), de gedragsregels voor artsen van de KNMG (Gedragsregels II-15, *Gedragsregels voor artsen*, KNMG 2003), in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Artikel 88 Wet BIG) en in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (Artikel 7:457 lid 1 BW).

19 Artikel 272 WvS.

20 Dit recht is vastgelegd in Artikel 165 lid 2 sub b RV; artikel 218 WvSv; artikel 8:33 lid 3 Awb; 68 lid 5 Wet BIG.

21 Bijvoorbeeld in de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010) van de KNMG; de *Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie* (2012) van de KNMG; *Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden Een Wegwijzer voor zorgprofessionals* (2014) van de KNMG e.a. ; de *Handreiking Beroepsgeheim 6 stappen voor zorgvuldig handelen* van GGZ Nederland (2012); *Handreiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten* van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie (2013).

aties, de wettelijke verplichting en het zwaarwegend belang, is er weinig ruimte voor twijfel over hoe te handelen. Een wettelijke verplichting geldt wanneer een wet expliciet voorschrijft dat bepaalde informatie gedeeld moet worden en waarvoor het beroepsgeheim dus moet worden doorbroken. Van een zwaarwegend belang is sprake wanneer er voldoende concrete aanwijzingen zijn dat door het handhaven van het beroepsgeheim een ander zwaarwegend belang geschaad zou kunnen worden. Niet de zwijgplichtige maar de rechter bepaalt in dat geval dat het beroepsgeheim doorbroken moet worden.

De overige twee situaties zijn minder eenduidig te interpreteren voor de hulpverlener. Met de uitdrukkelijke toestemming van de betreffende patiënt mag het beroepsgeheim worden doorbroken. Na toestemming verkregen te hebben, moet een lastige afweging gemaakt worden voordat informatie verstrekt mag worden. Als de informatieverstrekking niet in het belang is van de patiënt, het in strijd is met goed hulpverlenerschap of het algemeen maatschappelijke belang dat burgers zich vrij tot een zorgprofessional moeten kunnen wenden, in het geding is, dan mag de informatie niet gedeeld worden.

Ook bij een zogenoemd conflict van plichten kan het beroepsgeheim eventueel worden doorbroken. Een conflict van plichten ontstaat wanneer de zorgprofessional dient te zwijgen op grond van de geheimhoudingsplicht, maar ernstige schade aan de patiënt of aan een ander kan voorkomen door informatie aan derden te verstrekken. Er moet dan wel aan de volgende vijf voorwaarden zijn voldaan:

- 1 Alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt te krijgen om het beroepsgeheim te doorbreken.
- 2 De zwijgplichtige verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht.
- 3 Er is geen andere mogelijkheid dan doorbreking van de zwijgplicht om het probleem op te lossen.
- 4 Het niet doorbreken van de zwijgplicht levert vrijwel zeker ernstige schade op voor de patiënt zelf of een ander.
- 5 Het is vrijwel zeker dat de verwachte schade kan worden voorkomen of beperkt door doorbreking van de zwijgplicht.

In de gevallen dat er toestemming is verleend door de patiënt om informatie te delen of er een conflict van plichten is ontstaan moet de zorgprofessional dus een afweging maken. Daarnaast geldt dat in alle vier de situaties waarin het beroepsgeheim mag, moet of kan worden doorbroken de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit moeten worden toegepast. Het beginsel van subsidiariteit

diariteit houdt in dat wanneer de veiligheid van de patiënt of anderen ook op een minder ingrijpende manier kan worden beschermd dan door derden in te lichten, het minder ingrijpende alternatief moet worden gekozen. Het beginsel van proportionaliteit houdt in dat de schade die kan ontstaan door het doorbreken van het beroepsgeheim in verhouding moet staan tot het voordeel dat het op kan leveren. Ook mag er nooit meer informatie worden verstrekt dan noodzakelijk is om het vooraf vastgestelde doel te bereiken.

De vraag is nu in hoeverre deze aanwijzingen gelden voor situaties waarin een patiënt een strafbaar feit heeft gepleegd in de instelling. Alleen in de *Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie* (2012) en in de *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens* (2010) van de KNMG wordt specifiek ingegaan op het doen van aangifte van een strafbaar feit dat gepleegd is door een patiënt binnen de instelling. In beide documenten wordt gesteld dat er aangifte mag worden gedaan bij de politie wanneer een patiënt strafbare feiten pleegt binnen de hulpverlening. Tevens wordt in beide documenten gesteld dat bij het doen van aangifte de naam en eventueel de adresgegevens van de dader mogen worden vrijgegeven, maar dat er geen medische gegevens mogen worden vrijgegeven en dat er niet meer gegevens mogen worden verstrekt dan noodzakelijk is voor de aangifte. Deze voorschriften lijken duidelijk maar laten veel ruimte voor interpretatie. Daarbij kan het weglaten van medische gegevens bijvoorbeeld lastig zijn als de officier van justitie voor de vervolgingsbeslissing wil weten of het incident uit de pathologie voortkomt of dat er sprake was van ‘gezonde boosheid’. Ook wordt niet duidelijk in hoeverre voorgenoemde regels met betrekking tot het doorbreken van het beroepsgeheim gelden bij het doen van aangifte.

### 5.3 Beleid

Voor het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie zijn verschillende beleidsprogramma's en beleidsdocumenten relevant. Het betreft beleidsstukken die betrekking hebben op geweld tegen functionarissen met een publieke taak, tegen werknemers in de gezondheidszorg of tegen werknemers in de GGZ. In de volgende paragrafen wordt het beleid in deze volgorde besproken, waarbij gekeken wordt in hoeverre het beleid handvatten biedt bij het doen van aangifte van agressie en geweld in de psychiatrie. In het bijzonder wordt gekeken wat in deze documenten vermeld wordt over het beschermen van de identiteit van de aangever en over het medisch beroepsgeheim.

### 5.3.1 Veilige Publieke Taak

De overheid vindt het belangrijk dat functionarissen met een publieke taak hun werk veilig kunnen uitvoeren. Daarom heeft de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties het landelijke beleidsprogramma Veilige Publieke Taak (VPT) in het leven geroepen. Met dit programma, dat liep van 2007 tot en met 2016, werd de landelijke aanpak van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak gecoördineerd. De hoofddoelstelling van het programma was het substantieel verminderen van het aantal voorvallen van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak.<sup>22</sup>

Binnen dit programma worden zowel lokale bestuurders als werknemers en werkgevers gestimuleerd om aan te pakken. Voor werkgevers werden maatregelen benoemd op basis waarvan zij zelf een effectief veiligheidsbeleid kunnen opstellen.<sup>23</sup> Daarnaast is kennis over de effectiviteit van preventie van agressie en geweld praktisch vertaald en verspreid via verschillende kanalen.<sup>24</sup> Bovendien is een dadergerichte aanpak geïmplementeerd. Het resultaat hiervan is dat plegers van agressie en geweld jegens functionarissen met een publieke taak zwaarder worden gestraft. Officieren van justitie kunnen voor hen een drie keer hogere straf eisen dan voor daders van andere geweldszaken. Bovendien kan sneller worden gestraft door voorrang te geven aan de opsporing en vervolging van deze verdachten, de toepassing van het (super)snelrecht en het zo veel mogelijk direct uitvoeren van straffen. Ook worden slachtoffers geholpen om hun schade te verhalen op de dader.

De afspraken omtrent het afhandelen van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak door politie en OM zijn vastgelegd in de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) tussen politie en justitie. De ELA zijn op 1 april 2010 in werking getreden en dienen om de afhandeling van dit soort zaken door politie en OM eenduidiger, effectiever en sneller te laten verlopen. In de ELA worden zes uitgangspunten gehanteerd: (1) opsporing en vervolging van VPT-zaken krijgen hoge prioriteit, (2) onderzoeken en processen-verbaal zijn van hoge kwaliteit, (3) een lik-op-stukbeleid wordt zo veel mogelijk toegepast, (4) schade wordt zo veel mogelijk verhaald op de dader, (5) slachtoffer en

22 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geweld-tegen-werknemers-met-publieke-taak/inhoud/aanpak-geweld-tegen-werknemers-met-publieke-taak>.

23 *Handreiking agressie en geweld, 2011; Voortgangsrapportage Veilige Publieke Taak januari – juli 2015.*

24 Onder andere via het YouTube-kanaal van het Expertisecentrum Veilige Publieke Taak (EVPT) en de website [www.agressievrij-werk.nl](http://www.agressievrij-werk.nl) (*Voortgangsrapportage Veilige Publieke Taak januari – juli 2015*).



werkgever worden optimaal geïnformeerd en (6) er wordt een actief communicatiebeleid gevoerd. In de ELA zijn deze uitgangspunten uitgewerkt in concrete afspraken.

In 2012 zijn de ELA geëvalueerd (Flight, 2012). Om te achterhalen hoe de ELA binnen de GGZ worden nageleefd door politie en OM is met GGZ-medewerkers gesproken en is casuïstiek bestudeerd. Hieruit bleek dat politiemedewerkers regelmatig weigerden om aangiftes van geweld door patiënten op te nemen omdat zij dit zinloos vonden. Over de voortgang in zaken waarvan wel aangifte was opgenomen werd vaak geen terugkoppeling gegeven. Ook bleken er grote verschillen te zijn tussen politieregio's wat betreft de reactie op geweld tegen GGZ-personeel. De respondenten uit dit onderzoek vonden het te lang duren voordat het OM actie ondernam. Uitleg door het OM over een sepot was zeer beknopt of bleef achterwege. Uit hetzelfde onderzoek komt ook naar voren dat GGZ-personeel het lastig vindt om te bepalen wanneer een strafrechtelijke reactie gerechtvaardigd is. Dit is lastig omdat niet altijd duidelijk is of het geweld voortkomt uit het ziektebeeld van de geweldpleger. Bovendien wordt niet in alle instellingen een duidelijke norm gehanteerd ten aanzien van acceptabel gedrag. Sommige instellingen blijken hun personeel af te raden om aangifte te doen omdat dit slecht zou zijn voor de behandelrelatie, het imago van de instelling of vanwege het beroepsgeheim. In de meeste instellingen waren geen maatregelen getroffen om agressie en geweld structureel via het strafrecht aan te pakken. Geconcludeerd kan worden dat de VPT-aanpak ten tijde van het onderzoek van Flight (2012) onvoldoende was doorgedrongen in de GGZ-sector. Flight (2012) benadrukt echter dat er door afzonderlijke instellingen en door de GGZ-sector inmiddels vele initiatieven zijn genomen om agressie en geweld volgens VPT-normen aan te pakken. Zo is de *Handreiking Sociale veiligheid in de GGZ. Aangifte doen bij agressie- en/of geweldsincidenten* van het O&O-fonds uitgebracht (zie §5.3.3) en is een landelijk convenant gesloten tussen de politie en GGZ Nederland (zie §5.3.4).

### 5.3.2 Actieplan Veilig werken in de zorg

In aanvulling op het programma VPT is in 2012 voor werknemers in de zorg het Actieplan Veilig werken in de zorg opgezet. De initiatiefnemers, de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Veiligheid en Justitie, en de sociale partners in de zorg, hadden gesignaleerd dat het bestaande antiagressiebeleid onvoldoende wordt toegepast in de zorg.

Ook zagen zij dat het binnen een zorginstelling vaak niet duidelijk is waar de grenzen van het toelaatbare liggen. Werknemers weten vaak niet hoe binnen hun instelling moet worden omgegaan met agressie en geweld. In het actieplan worden verbeterpunten aangedragen waarmee in de zorg een veiliger werkklimaat kan worden gecreëerd.<sup>25</sup> In het actieplan wordt gesteld dat agressie en geweld in de zorgverlening niet altijd kunnen worden voorkomen; er moet vooral worden ingezet op voorlichting en training om medewerkers te leren adequaat op agressie te reageren. Maar ook de veroorzaker moet aangepakt worden. Daarbij wordt gesteld dat een eventuele (in)directe samenhang van agressie met het ziektebeeld van de patiënt een dilemma vormt voor de praktijk. Ook het medisch beroepsgeheim en het feit dat dader en slachtoffer elkaar kennen kan een belemmering zijn.

Ten aanzien van het medisch beroepsgeheim wordt volstaan met de opmerking dat hier in regionale afspraken tussen werkgevers in de zorgsector, de politie en het OM aandacht voor moet zijn. Volgens dit actieplan moet het beschermd aangifte doen worden gestimuleerd en moet de politie altijd domiciliekeuze aanbieden.

### 5.3.3 Handreiking Sociale veiligheid in de GGZ. Aangifte doen bij agressie- en/of geweldsincidenten

Het O&O-fonds GGZ heeft in mei 2009 de *Handreiking Sociale veiligheid in de GGZ. Aangifte doen bij agressie- en/of geweldsincidenten* (verder aangeduid als O&O folder) gepubliceerd. In 2011 is hiervan een herziene versie verschenen. De *Handreiking* is bedoeld voor GGZ-leidinggevenden om medewerkers na een incident ondersteuning te bieden, zodat een goede afweging gemaakt kan worden van de te ondernemen stappen.

In de O&O-folder wordt uitleg gegeven over het doen van aangifte. Hierbij wordt uitgebreid ingegaan op alle aspecten die bij het doen van aangifte van geweld jegens GGZ-medewerkers een rol spelen. Zo is er aandacht voor de angst van GGZ-medewerkers voor represailles van de geweldpleger. Hierover wordt gezegd dat verdachten die hiertoe overgaan een hogere straf riskeren en dat er weinig feiten bekend zijn van represailles naar aanleiding van aangifte. In de O&O-folder staat dat door domicilie te kiezen op het adres van de instelling, of door de werkgever aangifte te laten doen (eventueel onder nummer) dit probleem van angst voor represailles kan worden omzeild. Bij de mogelijkheden om

---

<sup>25</sup> Zie het Groeidocument *Werkgroep Agressie en geweld in de zorg*.

de identiteit van het slachtoffer te beschermen worden wel kanttekeningen geplaatst, waaruit blijkt dat volledige anonimiteit niet gegarandeerd kan worden.

In de O&O-folder staat ook in welke gevallen het medisch beroepsgeheim doorbroken kan worden, hoe er in deze gevallen gehandeld moet worden en welke informatie hierbij verstrekt mag worden. Er wordt gesteld dat de geheimhoudingsplicht iemand er niet van kan weerhouden aangifte te doen, maar de verdere aanwijzingen zijn weinig concreet.

#### 5.3.4 Convenant Politie - GGZ 2012

In 2012 werd een convenant gesloten tussen de politie en GGZ Nederland. Het doel van dit convenant was om eenduidigheid te creëren ten aanzien van de opvang van, en de hulp aan mensen met psychische en verslavingsproblemen die in aanraking komen met de politie. Dit landelijke convenant biedt kaders voor regionale convenanten tussen politie-eenheden en GGZ-instellingen.

Het landelijke convenant bevat afspraken over een aantal onderwerpen, waaronder het doen van aangifte van strafbare feiten die gepleegd worden binnen een GGZ-instelling. Er zijn globale afspraken gemaakt over de manier waarop aangifte kan worden gedaan en hoe aangiftes en meldingen door de politie worden opgepakt. Hierbij is aandacht voor de bescherming van de identiteit van de aangever.

Er zijn ook afspraken gemaakt met betrekking tot de informatie-uitwisseling tussen politie en GGZ. Er is vastgelegd welke informatie uitgewisseld mag worden, op welke manier dit moet gebeuren en waar deze informatie voor gebruikt mag worden. Deze afspraken zijn echter weinig concreet.

Het landelijke convenant is in 2015 geëvalueerd op uitvoerend niveau (Van der Zalm, 2015). Uit deze evaluatie kwam naar voren dat de informatie-uitwisseling tussen politie en GGZ is verbeterd, maar dat GGZ-medewerkers nog onnodig terughoudend zouden zijn met het beschikbaar stellen van patiëntgegevens. Ook werd geconcludeerd dat het proces van aangifte doen en opnemen van strafbare feiten in de GGZ sterk verbeterd moet worden. Omdat in de GGZ het strafbare gedrag verband kan houden met het ziektebeeld, verloopt dit proces vaak moeizaam. Zowel de GGZ-medewerkers zelf als de politie en het OM achten de patiënt daardoor al snel niet verantwoordelijk voor zijn daad. Een andere reden is dat medewerkers bang zijn voor represailles van de dader. Zij vinden het daarom niet prettig dat hun naam in het proces-verbaal wordt opgenomen. Verder bleek dat het programma VPT,

de ELA en de mogelijkheden om de identiteit van de aangever te beschermen onvoldoende bekend waren op de werkvloer.

### 5.3.5 Regionale convenanten

Op basis van het landelijke convenant tussen de politie en GGZ Nederland zijn regionale convenanten opgesteld tussen politie-eenheden en GGZ-instellingen. Deze convenanten bevatten werkafspraken die toegespitst zijn op de lokale problematiek. In totaal zijn dertien regionale convenanten bekeken. Zes van deze convenanten zijn door de politie-eenheid Midden-Nederland gesloten met regionale GGZ-instellingen. Deze convenanten zijn in de basis gelijk. In de tabel in bijlage 4 is per convenant weergegeven door welke partijen het afgesloten is en welke afspraken deze documenten bevatten over aangifte doen. Ook is weergegeven wat er vermeld is over beschermd aangifte doen en welke eventuele aanwijzingen met betrekking tot het medisch beroepsgeheim worden gegeven. De convenanten in de tabel zijn genummerd (C1 tot en met C13). Ten behoeve van de leesbaarheid worden in onderstaande bespreking niet de volledige titels genoemd maar wordt naar de convenanten verwezen aan de hand van deze nummers.

#### *Afspraken over aangifte doen*

Vrijwel alle convenanten geven aanwijzingen over wanneer een incident wel of niet gemeld of aangegeven moet worden bij de politie. Volgens één convenant (C3) moet er altijd aangifte worden gedaan en een proces-verbaal worden opgemaakt van acute dreigende situaties. In een ander convenant (C6) staat dat agressie en geweld altijd gemeld moeten worden bij de politie. Aangifte moet het resultaat zijn van een zorgvuldige afweging door de hulpverlener; bij twijfel kan overlegd worden met de politie of het OM. In dit convenant wordt ook gesteld dat na aanhouding door de politie aangifte moet volgen. In twee andere convenanten (C4, C5) wordt gesteld dat bij agressie aangifte doen het uitgangspunt is, maar dat de ernst van het incident en het feit dat de agressie een symptoom is van ziekte in die beslissing een rol moeten spelen.

De convenanten die de politie-eenheid Midden-Nederland heeft gesloten met regionale GGZ-instellingen stellen ook dat van agressie en geweld altijd melding en indien mogelijk aangifte moet worden gedaan. Enkele (C9, C11,

C12) schrijven voor dat bij een ernstig incident direct aangifte moet plaatsvinden zodat een heterdaadsituatie ontstaat.

Terwijl een samenhang tussen agressie en het ziektebeeld vaak wordt gezien als reden om geen aangifte te doen, stelt een aantal convenanten (C8, C9, C11, C12) juist dat aangifte van ziektegerelateerde agressie van belang kan zijn voor het NIFP, of relevant kan zijn voor een eventuele latere pro Justitia-rapportage.

Eén convenant (C10) bevat de afspraak dat bij incidenten die sporen en/of letsel opleveren snelheid geboden is en dat de politie het dossier binnen vier weken klaar moet hebben. Volgens een ander convenant (C13) moet bij een dergelijk incident 112 worden gebeld.

### *Afschermen identiteit aangever*

In bijna alle convenanten wordt de mogelijkheid van beschermd aangifte doen besproken. Domicilie kiezen op een ander dan het privéadres wordt in vrijwel alle convenanten als optie genoemd om de aangever te beschermen. In één convenant (C6) wordt dit zelfs voorgeschreven. Verschillende convenanten opperen de mogelijkheid om een ander dan het slachtoffer aangifte te laten doen, bijvoorbeeld de werkgever of een leidinggevende. In één convenant wordt gesteld dat dit de voorkeur heeft (C6). In vier convenanten (C9, C10, C11, C13) wordt echter gesteld dat het de voorkeur heeft dat het slachtoffer zelf aangifte doet.

Als een ander dan het slachtoffer aangifte doet, kan het slachtoffer worden genoemd bij (voor)naam, of aangeduid worden met een nummer (zie bijvoorbeeld C1). Hierbij is wel een getuigenverklaring van het slachtoffer nodig. Deze kan schriftelijk worden ingediend (zie bijvoorbeeld C7), of het slachtoffer moet op een later moment door de politie gehoord worden. Ook wanneer het slachtoffer zelf aangifte doet, kunnen zijn persoonsgegevens vervangen worden door een nummer. Volgens één convenant (C7) beslist de aangever zelf of hij aangifte op nummer wil doen maar moet de hulpofficier wel overtuigd zijn van de noodzaak hiervan. In verschillende convenanten (C9, C10, C11, C12, C13) staat dat aangifte onder nummer bij aanhoudende bedreiging kan worden aangeboden door de hulpofficier.

In veel convenanten wordt nadrukkelijk gesteld dat volledig anoniem aangifte doen niet mogelijk is. Ten eerste omdat de identiteit van het slachtoffer later in een eventueel strafproces openbaar gemaakt kan worden en ten tweede omdat de dader en het slachtoffer elkaar vaak kennen. In sommige convenanten (C1, C4, C5) worden ook andere mogelijkheden genoemd om de aangever te

beschermen, zoals het informeren van de politie (in de woonplaats van de aangever) over de risico's die de aangever mogelijk loopt.

### Medisch beroepsgeheim

Een aantal convenanten geeft algemene uitleg over het medisch beroepsgeheim of verwijst naar documenten die hier betrekking op hebben (C1, C2, C3, C4, C5). In twee convenanten (C4, C5) wordt de aangever expliciet gewaarschuwd voor mogelijke gevolgen van het doorbreken van het beroepsgeheim: de aangever kan strafrechtelijk vervolgd worden na schending van het beroepsgeheim als geen goede uitzonderingsgrond van toepassing is.

Veel convenanten geven aanwijzingen over in welke situaties het beroepsgeheim doorbroken mag worden. Deze aanwijzingen zijn doorgaans weinig concreet. In vier convenanten (C2, C9, C11, C12) staat bijvoorbeeld 'het hulpverlenersaspect' voorop. In een ander convenant (C1) wordt gesteld dat de zwijgplicht 'slechts onder bepaalde voorwaarden en in uitzonderlijk gevallen' doorbroken mag worden. In twee convenanten (C10, C13) staat dat 'grote maatschappelijke belangen de regels ten aanzien van het beroepsgeheim kunnen overstijgen' en drie convenanten (C8, C10, C13) geven als aanwijzing 'nood breekt wet'.

Wanneer de beslissing is genomen om aangifte te doen, en dus ook het beroepsgeheim te doorbreken, is het de vraag hoe er precies gehandeld moet worden. Eén convenant (C4) geeft hiervoor de volgende (uitgebreide) aanwijzingen: om de GGZ-medewerker de gelegenheid te geven een goede afweging te maken met betrekking tot het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel moet de politie of het OM schriftelijk verzoeken om verstrekking van patiëntgegevens, wat leidt tot doorbreking van het beroepsgeheim. In dat verzoek moet uitgelegd worden waarom er om doorbreking van het beroepsgeheim gevraagd wordt. Dit convenant stelt ook dat het de zorgverlener zelf is die beslist of hij zich al dan niet op het beroepsgeheim beroept. Dit is geen beslissing van de politie, de officier van justitie of de rechter-commissaris. Een rechter kan de beslissing om informatie niet te geven echter wel overrulen als hij van mening is dat die beslissing het resultaat is van een onredelijke afweging van de zorgverlener. In een ander convenant (C5) staat dat de rechter de juistheid van de afweging van de zorgverlener marginaal kan toetsen. Volgens één convenant (C1) moeten verzoeken van de politie om (medische) informatie altijd verlopen via contactfunctionarissen. In verschillende convenanten (C5, C9, C10, C11, C12) wordt voorgeschreven dat de overwegingen die ten grond-

slag liggen aan de doorbreking van het beroepsgeheim genoteerd moeten worden in het medisch dossier. In één convenant (C2) wordt gesteld dat de betreffende patiënt zo snel mogelijk moet worden geïnformeerd.

Vervolgens is het de vraag welke informatie wel en welke informatie niet verstrekt mag worden. De verschillende convenanten zijn daar niet eenduidig over. Volgens twee convenanten (C2, C3) mag er verklaard worden over informatie betreffende culturele achtergrond, het ziektebeeld en eventuele lopende straffen en maatregelen, als dit nodig is om een situatie aan te pakken of om het gevaar van een situatie in te schatten. Volgens drie andere convenanten (C9, C11, C12) kan om deze redenen informatie worden verschaft over het ziektebeeld. De andere convenanten zijn hier veel terughoudender over: volgens een van de convenanten (C1) dient een medewerker te zwijgen over medische en persoonsgegevens en het feit dat een patiënt aanwezig is in de instelling; zelfs het feit dat kleding gescheurd is mag niet gedeeld worden.

Volgens een ander convenant (C4) mogen naam en adres van de dader en de toedracht van het incident wel worden vrijgegeven maar medische gegevens niet; gedrag moet in niet-diagnostische woorden beschreven worden. Een ander convenant (C5) bevat dezelfde aanwijzing over welke informatie wel en welke niet mag worden vrijgegeven, waarbij gesteld wordt dat alleen feitelijke informatie gedeeld mag worden en geen vermoedens of interpretaties.

Opvallend is de aanwijzing in een van de convenanten (C6) dat alleen verklaard mag worden over de toedracht, setting, afhandeling en het gedrag van de patiënt en dat uit deze informatie duidelijk moet worden dat de dader het incident aan te rekenen is. Ook mogen volgens dit convenant geen uitspraken gedaan worden over het ziektebeeld. In bijzondere omstandigheden mag de instelling (en niet de aangever) informatie verschaffen over de afdeling en het regime.

## 5.4 Handvatten voor de praktijk

In dit hoofdstuk is gekeken in hoeverre beleidsstukken antwoord geven op vragen over het al dan niet doen van aangifte bij de politie van geweld in de psychiatrie. Het is de vraag of de programma's met betrekking tot geweld tegen hulpverleners in het algemeen, zoals de VPT-aanpak en de ELA, wel voldoende toepasbaar zijn op geweld tegen werknemers in de GGZ. Met name de dadergerichte aanpak die wordt voorgesteld lijkt niet goed toepasbaar in de GGZ. Omdat de mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader moet worden vastgesteld voordat kan worden overgegaan tot straffen, is de lik-op-stukbenadering in

de GGZ-praktijk lastig uitvoerbaar. Ook het ‘zwaarder straffen’ is vaak niet mogelijk en niet wenselijk omdat psychiatrische patiënten vaak een beperkte draagkracht hebben. Het verhalen van de schade op de dader is in de praktijk van de GGZ beperkt mogelijk vanwege de doorgaans beperkte financiële middelen van patiënten.<sup>26</sup>

Wanneer er aangifte wordt gedaan van geweld in de psychiatrie, blijken er twee opties te zijn om de identiteit van de aangever af te schermen. Ten eerste kan er domicilie gekozen worden op het adres van de instelling zodat het privéadres van de aangever niet vermeld wordt in het proces-verbaal. Ten tweede kan er onder nummer aangifte worden gedaan zodat ook de naam van het slachtoffer niet vermeld wordt. Voor beide opties geldt dat niet gegarandeerd kan worden dat de identiteit van het slachtoffer ook later in het eventuele strafproces afgeschermd blijft. Bovendien kennen dader en slachtoffer elkaar doorgaans goed en de dader zal begrijpen wie er aangifte heeft gedaan. Andere opties om de identiteit van de aangever af te schermen blijken niet toegepast te worden bij geweld in de psychiatrie.

De verschillende beleidsstukken met betrekking tot geweld tegen hulpverleners in het algemeen, hulpverleners in de zorg en hulpverleners in de psychiatrie stellen dat het voor medewerkers in de psychiatrie zeker mogelijk is aangifte te doen. Het wordt zelfs aangemoedigd om deze stap te zetten. De regels met betrekking tot de mogelijkheden om het beroepsgeheim te doorbreken wekken echter de indruk dat dit alleen in uitzonderlijke gevallen is toegestaan. Het is goed voorstelbaar dat een slachtoffer van geweld in de psychiatrie na het bestuderen van deze regels kiest voor de minst riskante optie en afziet van het doen van aangifte.

Uit de beleidsstukken is niet af te leiden in welke situaties het doen van aangifte wel of niet op zijn plaats is. Binnen veel instellingen is geen duidelijkheid over welk type gedrag acceptabel is. Vaak wordt gesteld dat als het geweld voortkomt uit het ziektebeeld, dit een reden kan zijn om geen aangifte te doen. In de praktijk is het echter lastig om een dergelijk verband vast te stellen. Bovendien is het onwenselijk als het slachtoffer dit moet bepalen.

---

26 Slachtoffers die ernstig psychisch of fysiek letsel hebben opgelopen door een geweldsmisdrijf en die hun schade (nog) niet op de dader hebben kunnen verhalen, kunnen van het Schadefonds Geweldsmisdrijven een tegemoetkoming krijgen. Tevens kunnen slachtoffers die door de rechter een schadevergoeding toegewezen hebben gekregen sinds januari 2016 een voor-schot van maximaal 5000 euro krijgen van de overheid, zodat zij voor de uitbetaling niet meer afhankelijk zijn van de dader.



In zowel nationale beleidsstukken als lokale convenanten wordt geadviseerd dat de aangever domicilie kiest op het adres van de instelling. Er wordt verschillend gedacht over de mogelijkheid om een vertegenwoordiger van de instelling aangifte te laten doen; in sommige convenanten wordt het ontmoedigd, terwijl het volgens andere convenanten de voorkeur heeft. In de meeste convenanten wordt gewaarschuwd dat volledig anoniem aangifte doen niet mogelijk is. Met betrekking tot de eventuele angst voor represailles meldt de O&O-folder dat er weinig feiten bekend zijn waarin er wraak werd genomen op de aangever. Het is echter voorstelbaar dat er een selectie heeft plaatsgevonden; daar waar het slachtoffer de kans op serieuze represailles als reëel inschatte, zal er minder vaak aangifte zijn gedaan.

Voor de politie en de officier van justitie kan het relevant zijn te weten of het incident mogelijk te verklaren is vanuit het psychiatrische toestandbeeld van de dader ten tijde van het incident. De beleidsstukken en convenanten geven nauwelijks concrete aanwijzingen over in welke gevallen, en zo ja op welke manier, het beroepsgeheim doorbroken mag worden. De lokale convenanten laten zien dat er zeer verschillend wordt gedacht over welke informatie wel of niet gedeeld mag worden.



## Casus 3

### ‘Keer op keer beukte hij op mijn hoofd.’

Roos, 36

Kordaat, vriendelijk, helder. Dat zijn de woorden die goed bij Roos passen. Een dertiger die al meer dan tien jaar in de forensische psychiatrie werkt. Ze lacht graag en veel, ook om zichzelf. Ze deed hbo-SPH en kon tijdens haar werk op kosten van de werkgever ook nog hbo-V doen. Ze vertelt dat ze – meestal samen met twee anderen – een afdeling van ongeveer tien patiënten runt.

‘Wij zorgen dat ze goed de dag door komen. Daarnaast leveren we ook onze bijdrage aan hun behandeling. Er zitten hier allemaal mensen op een juridische titel, zoals dat heet. Zij hebben dus iets uitgevreten en dat is mede een gevolg van hun problematiek. Het zijn allemaal mensen met “een verhaal en een geschiedenis”. Anders gezegd: er moet echt wel iets met je aan de hand zijn, wil je bij ons binnenkomen. Dus qua gedrag of stoornis en ook wat betreft de gevolgen daarvan. De categorie lieverdjes hebben we hier niet.’

Daarna vertelt ze dat ze altijd graag in de psychiatrie of in de verslavingszorg wilde werken. Daar kon ze op jonge leeftijd – ze was 21 toen ze begon met werken – nog niet terecht. Wel in een forensische kliniek.

‘Toen ik net begon dacht ik op een gegeven moment: nu zit ik dus te rummikuppen met een tbs’er. In het begin vertelde ik veel over mijn werk. Dat doe ik nu niet meer. Ik hoef ook niet meer alles van me af te praten. Terwijl je hier toch wel in situaties komt die je bij een kantoorbaan niet zult meemaken. Er zit een groot verschil tussen zelf het slachtoffer zijn en op een alarm afrennen. In het laatste geval ben je voorbereid. Je komt dan om te helpen en je bent deel van een team dat dat komt doen.’

Ze vertelt over het incident. Het gaat om een patiënt die ze zelf begeleidt. Een jongeman van halverwege de twintig. De man zat niet lekker in zijn vel. Het team schatte in dat deze man ‘buiten’ domme dingen zou gaan doen, dus hij moest nog een tijdje blijven.

‘Het is aan het einde van mijn dienst. Iemand moet hem het slechte nieuws gaan brengen. Ik ben zijn persoonlijk begeleider, dus ik vind het logisch dat ik dat doe. Samen met de arts en nog een collega gaan we hem vertellen wat we hebben besloten. We hebben ingeschat dat hij na het nieuws wel op de afdeling kan blijven. Zo gezegd, zo gedaan. De jongeman is niet blij met onze mededeling. Dat laat hij ook weten. Hij zegt iets van: “Jullie zullen nog wel zien wat er gebeurt!” Ik vraag daarop door, want ik wil weten of het een dreigement is. Dus ik vraag hem: “Wat bedoel je daarmee?” Blijkbaar is dat de druppel, want hij springt op en duwt mij op de grond. Ik zit op mijn knieën, hij grijpt mijn haar en als ik opkijk zie ik dat hij mij op mijn hoofd wil stompen. Ik probeer mezelf te beschermen. Keer op keer beukt hij op mijn hoofd. Het doet behoorlijk pijn, maar ik ben nog wel alert. Gelukkig komen er snel meer collega’s die hem overmeesteren. Hij wordt afgevoerd naar de separeerruimte en loopt rustig mee. Hij zegt ook nog: “Ik wil dat jullie weten dat dit een bewuste daad is. Ik ben niet psychotisch of zo.” Ik zit daarna met een zak ijs op mijn hoofd bij te komen en ondertussen het verhaal te doen bij mijn collega’s. Daarna ga ik naar huis.’

Gelukkig werd een opvangtraject aangeboden en daar maakte Roos gebruik van. Het incident had grote impact. Hoewel ze wist dat zoiets kon gebeuren, dacht ze altijd dat het iets was dat anderen overkwam. De patiënt is overgeplaatst naar een andere afdeling. Vooral omdat er geen sprake meer kon zijn van een goede behandelrelatie.

‘Een week later ben ik met hem gaan praten. Dat vond ik wel eng. Met twee collega’s ben ik naar hem toe gegaan. Hij was van mening dat ik hem excuses moest aanbieden omdat ik hem een slechte behandeling had gegeven. Dat heb ik niet gedaan. Ik heb hem gezegd dat ik wilde weten of hij nog eens zoiets zou flikken. Zijn antwoord daarop was dat het wel klaar was en dat ik niet bang voor hem hoefde te zijn. Daarna kwam ik hem nog wel eens tegen in de binnentuin.’

Roos was bont en blauw. Een week later vroeg een wildvreemde jongen, toen ze in een café een biertje stond te drinken, wat er met haar was gebeurd. Ze ging na twee dagen weer aan het werk. Iets te snel, zo bleek. Na drie weken ging het niet meer. Toen is ze ruim twee weken thuisgebleven. Fysiek hield ze er niets aan over.

'Ik merk wel dat het makkelijk terugkomt. De kans is groot dat ik er van nacht over droom, na dit gesprek. Toen ik hem een keer in de stad zag, voelde ik wel meteen een adrenalinestoot. Dus die angst zit wel ergens. Ik ben ook wel wat banger als patiënten boos of agressief worden. Je kunt zeggen dat ik ook wat realistischer ben geworden. Ik hoef niet meer alles te kunnen. Mijn plezier in het werk heeft er gelukkig niet onder geleden.'

De organisatie heeft haar goed begeleid. Ze kreeg alle tijd en ruimte om het op haar manier te verwerken. Haar familie en vrienden schrokken zich rot. En Roos schrok weer van het feit dat zij er zo van schrokken. Op de avond zelf sliep ze bij haar zus. Ook vanwege het wekadvis dat de arts had gegeven. Ze had een week of twee last van nachtmerries. Dat is inmiddels helemaal over.

'Toen ik aangaf dat ik wilde dat hij naar een andere afdeling ging, werd dat meteen geregeld. En mede op basis van een gesprek met mijn leidinggevende ben ik een tijdje thuisgebleven. Zij ging ook mee om aangifte te doen. Die aangifte verliep overigens niet best. De agent vergat bijvoorbeeld ons te vertellen dat het goed was om foto's en verklaringen van collega's toe te voegen.'

Met haar zus – die zich echt zorgen om haar maakte, maar zich ook realiseert dat dit het werk is dat ze leuk vindt – heeft ze er veel over gesproken. Ondanks het incident gaat Roos nog met veel plezier naar haar werk. En ze voelt mededogen:

'Ik heb hier allemaal collega's, vrienden en familie om me heen die zich om me bekommeren. Ik voel hun liefde en aandacht. Hij zit daar in zijn eentje in een cel. Ik hoop echt dat het beter met hem gaat. Dat gun ik iedere patiënt.'

Het OM heeft niets met de zaak gedaan wegens ontoerekeningsvatbaarheid. Roos vindt het raar dat het OM die conclusie trekt zonder verder onderzoek. Het gaat om fysiek geweld tegen een hulpverlener. Daar mag niemand een vrijbrief voor krijgen.



## Resultaten inventariserende enquête

Om te inventariseren welke dilemma's en knelpunten in de praktijk worden ervaren is een inventariserende enquête voorgelegd aan juristen werkzaam bij de verschillende GGZ-instellingen. Deze enquête is ingevuld en geretourneerd door 23 respondenten werkzaam bij 19 verschillende instellingen. De respondenten die werkzaam zijn bij dezelfde instelling, werken op verschillende locaties.

Het eerste deel omvatte een aantal open vragen over het aangiftebeleid van de instelling en contact met de politie. Hieruit kwam naar voren dat alle instellingen een intern beleid hanteren met betrekking tot het doen van aangifte. Sommige gebruiken de O&O-folder, andere gebruiken een eigen protocol. Alle instellingen onderhouden contact met de politie, en sommige ook met het OM. Sommige instellingen hebben vaste contactmomenten met de politie en eventueel ook met andere betrokken partijen zoals Veiligheidshuizen. Andere instellingen hebben contact als daar behoefte aan is. Het contact vindt plaats op verschillende niveaus: lokaal en regionaal, maar ook op operationeel en beleidsniveau. Welke personen dit contact onderhouden verschilt per instelling en per niveau. Veelal is het de geneesheer-directeur, een leidinggevende of een juridisch medewerker die dit contact onderhoudt.

Instellingen verschillen qua beleid met betrekking tot aangifte doen *namens* de instelling. In drie instellingen is het uitgangspunt dat een slachtoffer in principe niet zelf aangifte doet; daar doet een leidinggevende meestal aangifte. In ten minste acht instellingen is het beleid dat het slachtoffer in principe zelf aangifte doet.<sup>27</sup>

Meer dan de helft ( $n=14$ ) van de bevraagde instellingen zegt een convenant te hebben met politie en justitie in de regio in geval van geweld door patiënten; vier instellingen hebben dat niet. Vier respondenten stellen dat zij niet bekend zijn met eventuele convenanten met politie en justitie in de regio. De respondenten werd een aantal stellingen voorgelegd betreffende mogelijke knelpunten bij het doen van aangifte. De respondenten konden op een vier-

27 Niet alle respondenten hebben dit expliciet aangegeven.

puntsschaal aangeven hoe vaak de knelpunten een rol speelden. De resultaten staan in tabel 6.1.

**Tabel 6.1:** Knelpunten bij de aangifte volgens GGZ-juristen (n=23)

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
De anonimiteit van de aangever kan onvoldoende gewaarborgd worden.	1	7	6	9	0
Er is angst voor represailles door (het netwerk van) de geweldpleger.	0	13	6	4	0
Men is bang het beroepsgeheim te doorbreken.	4	9	6	4	0
Men is bang de behandelrelatie met de patiënt te verstoren.*	1	12	4	4	0
Het doen van aangifte wordt zinloos gevonden door <u>het slachtoffer</u> .	2	10	5	4	2
Het doen van aangifte wordt zinloos gevonden door <u>de instelling</u> .	13	7	2	1	0
Het doen van aangifte is te belastend voor het slachtoffer.	4	14	5	0	0
Het slachtoffer wijt het incident aan zijn eigen handelen en wil daarom niet dat er aangifte wordt gedaan.	11	8	0	0	4
Het slachtoffer vindt dat geweldsincidenten 'een risico van het vak' zijn en vindt het daarom niet nodig dat er aangifte wordt gedaan.	6	14	3	0	0
<u>Het slachtoffer</u> meent dat aangifte niet gepast is aangezien het gedrag voortkwam uit het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt.	3	15	4	1	0
<u>De instelling</u> meent dat aangifte niet gepast is aangezien het gedrag voortkwam uit het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt.	10	12	0	0	1

\* Vanwege twee missende waarden telt dit niet op tot 23

Uit tabel 6.1 komt naar voren dat alle knelpunten die eerder uit de literatuur naar voren kwamen in meerdere of mindere mate een rol spelen in de praktijk. De angst voor represailles door de geweldpleger wordt in de praktijk gezien. Het feit dat de anonimiteit in beperkte mate afgeschermd kan worden wordt in vrijwel alle instellingen herkend als een mogelijke belemmering bij het doen van aangifte. Eventuele angst om het beroepsgeheim te schenden speelt wel een rol in een aantal instellingen, maar in andere niet; de ervaringen hiermee zijn zeer verschillend. Aangifte doen wordt doorgaans vaker door slachtoffers als



zinloos ervaren dan door de instelling. Vrijwel alle respondenten maken mee dat het doen van aangifte te belastend is voor het slachtoffer. Ook maken de meesten mee dat slachtoffers geen aangifte willen doen omdat zij vinden dat geweld nu eenmaal bij het vak hoort. Wanneer het geweld lijkt te zijn voortgekomen uit het toestandsbeeld van de patiënt, kan dat soms een reden voor het slachtoffer of voor de instelling zijn om aangifte niet nodig te vinden. Bijna de helft van de respondenten heeft de ervaring dat het toestandsbeeld van de patiënt volgens de instelling geen reden is om van aangifte af te zien.

De respondenten werden ook stellingen voorgelegd met betrekking tot de ervaringen met de politie wanneer er aangifte wordt gedaan. De resultaten hiervan staan in tabel 6.2. Opvallend aan de resultaten in tabel 6.2 is dat 'weet niet' relatief vaak is aangekruist. Hoewel de respondenten nadrukkelijk naar hun ervaringen met de politie werd gevraagd merkte een respondent op dat hij niet

**Tabel 6.2:** Ervaringen met aangifte doen (N=23)

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
Het in behandeling nemen van aangiftes van geweld van patiënten jegens GGZ-medewerkers heeft onvoldoende prioriteit bij de politie.	2	9	4	5	3
De politie vindt dat agressie en geweldsincidenten nu eenmaal horen bij het werk in de psychiatrie.	4	10	3	3	3
De politie meent dat aangifte doen geen zin heeft, omdat de zaak toch niet vervolgd zal worden.	1	10	7	3	2
De politie denkt dat instellingen zelf sanctiemogelijkheden hebben.*	3	7	7	2	3
De politie veronderstelt dat er niet vervolgd kan worden omdat de geweldpleger een psychiatrisch patiënt betreft.	4	9	4	4	2
De politie veronderstelt dat het geen zin heeft om een patiënt die opgenomen is te vervolgen.	4	6	5	4	4
De politie veronderstelt dat een patiënt die gewelddadig is geweest niet verhoord kan worden.	7	5	0	0	11
De politie veronderstelt dat een patiënt die gewelddadig is geweest niet in voorarrest genomen kan worden.*	3	6	3	0	10
Er is bij de politie geen of onvoldoende kennis over het van toepassing zijn van de codes VPT en ELA.	0	8	5	2	8

\* Vanwege missende waarden tellen deze niet op tot 23; VPT staat voor Veilige Publieke Taak; ELA staat voor Eenduidige Landelijke Afspraken

weet wat de overwegingen zijn van de politie. Vervolgens valt op dat men ervaart dat de politie soms of regelmatig onvoldoende bekend is met de afspraken rondom de afhandeling van geweld tegen hulpverleners (in de psychiatrie) zoals vastgelegd in de ELA. Dat blijkt niet alleen uit de antwoorden op de vraag die hier direct betrekking op heeft, maar ook uit hoe de zaken van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie door de politie worden afgehandeld. Het komt volgens de respondenten voor dat politiemedewerkers er geen prioriteit aan geven, vinden dat geweld bij het werk in de psychiatrie hoort, de aangifte niet zinvol vinden en denken dat de kliniek zelf sanctiemogelijkheden heeft. Het komt volgens de respondenten soms voor dat de politie niet weet hoe er verder gehandeld kan worden wat betreft een eventueel verhoor of voorarrest.

De respondenten is ook gevraagd of er in de praktijk andere dan in de enquête genoemde barrières en belemmeringen worden gezien. Hieruit bleek dat er ook knelpunten worden ervaren in de afhandeling van de zaak door het OM. Het OM stelt volgens één respondent bijvoorbeeld dat het diagnostische informatie over de verdachte nodig heeft om een goede vervolgingsbeslissing te kunnen nemen. GGZ-medewerkers ervaren dit als een probleem omdat zij van mening zijn dat zij dit niet kunnen leveren omdat zij gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Tevens geven twee respondenten aan dat als er aangifte is gedaan er niet of nauwelijks een terugkoppeling wordt gegeven door het OM. Volgens drie respondenten wordt er te snel of om onduidelijke redenen geseponeerd en twee respondenten zijn van mening dat de afhandeling door het OM te lang duurt.

Het laatste deel van de enquête had betrekking op de redenen die slachtoffers hebben om te besluiten wel aangifte te doen. Er werden verschillende redenen om aangifte te doen aan de respondenten voorgelegd. Op een vierpuntsschaal konden zij aangeven hoe vaak volgens hen deze redenen een rol spelen in de besluitvorming. De resultaten staan in tabel 6.3.

Uit tabel 6.3 blijkt dat er zelden aangifte wordt gedaan op verzoek van de verzekering. Alle andere in de enquête genoemde redenen voor aangifte lijken soms, regelmatig of vaak een rol te spelen. Slachtoffers doen vooral aangifte om herhaling te voorkomen en zichzelf en anderen te beschermen. Vaak wil men met de aangifte bijdragen aan dossieropbouw of men beoogt dat de behandeling van de patiënt wordt voortgezet in een zwaarder beveiligde instelling. Het komt veel minder vaak voor dat slachtoffers vinden dat de dader straf verdient. Het eventuele beleid van de instelling blijkt ook een belangrijke rol te spelen. Maar de belangrijkste reden voor het doen van aangifte is dat het slachtoffer duidelijk wil maken dat er een grens is overschreden.

**Tabel 6.3:** Redenen voor aangifte (N=23\*)

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
Men wil voorkomen dat de patiënt nieuwe slachtoffers maakt.	1	3	9	7	1
Men wil een dossier opbouwen over de patiënt.	1	3	4	14	0
De patiënt moet behandeld worden in een zwaarder beveiligde setting.	1	4	10	4	3
De patiënt verdient het om gestraft te worden.	4	11	5	2	0
Men wil duidelijk maken dat een grens is overschreden.	0	0	2	20	0
Aangifte doen is het beleid van de instelling.	0	3	4	15	0
Er wordt aangifte gedaan op verzoek van de verzekering.	11	4	0	0	7

\* Vanwege missende waarden varieert de steekproefgrootte

Tot slot is gevraagd of er nog andere dan in de enquête genoemde redenen voor het doen van aangifte door slachtoffers of de instelling worden gezien in de praktijk. Eén persoon merkte op dat er soms aangifte wordt gedaan op verzoek van de officier van justitie, bijvoorbeeld wanneer men een voorwaardelijke straf wil omzetten in een onvoorwaardelijke straf. Een andere respondent noemde generale preventie als een reden om aangifte te doen; aangifte doen toont aan dat agressie niet geaccepteerd wordt. Ook de wens te voorkomen dat een patiënt op dezelfde opnamelocatie terugkeert werd door iemand als reden voor aangifte genoemd.



## Resultaten verdiepende interviews

De 35 verdiepende getranscribeerde interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de eerder gebleken zeven knelpunten. Per knelpunt werden verschillende subthema's onderscheiden. In dit hoofdstuk worden de ervaringen van de verschillende partijen per knelpunt weergegeven.<sup>28</sup> Ter illustratie zijn citaten in de tekst opgenomen.

### 7.1 Toerekeningsvatbaarheid

#### *Psychopathologie en geweld*

Een belangrijk knelpunt bij het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie is de psychopathologie van de dader. Patiënten kunnen als gevolg van hun stoornis agressief gedrag vertonen. Dit gedrag kan hun niet altijd (volledig) worden toegerekend. Het gevaar dat enkelen vormen voor zichzelf of hun omgeving kan reden zijn geweest voor een gedwongen opname. Uit de interviews komt naar voren dat GGZ-medewerkers daarom vinden dat agressie en geweld door patiënten tot op zekere hoogte hoort bij het werken in de psychiatrie. Het is volgens sommigen de vraag of aangifte dan wel op zijn plaats is.

L3: 'Patiënten verblijven bij ons vaak in een gedwongen kader en ze zijn heel erg in de war. Dat maakt dat mensen naar buiten willen, boos en agressief zijn en we proberen daar zo goed mogelijk mee om te gaan.'

L4: 'Vanuit hun desorganisatie zijn patiënten soms om zich heen aan het slaan of spugen. Dat is heel zwaar voor de verpleging, maar daar ga je geen aangifte van doen, want het is gewoon het beeld van de patiënt en dat is heel naar voor de verpleging.'

---

28 Slachtoffers (S), GGZ-leidinggevenden (L), politiefunctionarissen (P), officieren van justitie (OvJ), een GGZ-jurist, advocaat, rechter en VPT-projectleider.

S1: 'De mensen die hier komen zijn allemaal gestoorde kikkers, die iets heel serieus mankeren. Het is niet mijn doel dat mensen gestraft worden. Als ik niet met agressie in aanraking wil komen, dan moet ik hier niet gaan werken.'

Het feit dat het geweld tegen GGZ-hulpverleners het gevolg kan zijn van de problematiek waarvoor de patiënten worden behandeld, maakt het geweld tegen GGZ-medewerkers niet minder ernstig dan het geweld waar andere hulpverleners met een publieke taak mee geconfronteerd worden. De vraag of, en zo ja op welke manier, dit geweld afgedaan moet worden is vanwege de mogelijk verminderde toerekeningsvatbaarheid echter veel gecompliceerder voor deze beroepsgroep. Een VPT-projectleider zegt:

'De GGZ-instelling is een extra moeilijke groep, omdat er mensen tussen zitten van wie je niet weet in hoeverre je ze als toerekeningsvatbaar kunt beschouwen. Wat dat betreft is de GGZ wel een speciaal kindje uit de VPT-klas, zal ik maar zeggen.'

De aard van de psychopathologie van de patiënt speelt een belangrijke rol in de overweging om aangifte te doen van het geweld. Het slachtoffer neemt in zijn overweging mee uit welk type pathologie het gewelddadige gedrag voortkwam. Veel GGZ-medewerkers zijn eerder geneigd om geweld dat voortkomt uit persoonlijkheidsproblematiek aan te geven bij de politie dan geweld dat voortkomt uit bijvoorbeeld een psychose. De reden hiervoor is dat men de mate van bewust handelen, oftewel in hoeverre er sprake was van opzet, belangrijk vindt.

L1: 'Bij mensen met bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis doen we eigenlijk praktisch altijd aangifte. Ik vind het een heel ander verhaal als iemand vanuit wanen bijvoorbeeld denkt dat jij de duivel bent en uit angst handelt.'

L3: 'Laatst was er een man, een beer van een vent, die stond neus aan neus met een verpleegkundige "Ik hak je kop van je romp" te brullen in haar gezicht. Heel imponerend, dat komt echt binnen. (...) Een hele antisociale kerel. Daar maak ik dan wel werk van, maar ik zou bij iemand die echt helemaal in de war is en psychotisch wel minder snel zo reageren.'

Toch kunnen er ook redenen zijn om wel aangifte te doen als een patiënt met een psychotische stoornis gewelddadig is geweest. Bijvoorbeeld wanneer men van mening is dat de (psychotische) patiënt er bewust op uit is geweest om het slachtoffer te beschadigen.

S3: 'Hij zei achteraf ook dat hij mij bewust gepakt had, omdat hij het signaal af wilde geven dat ik niet goed genoeg voor hem zorgde en er niet genoeg voor hem was.'

S5: 'Ze wist nog precies wie ze beschadigd had. Terwijl, we stonden er met zes man omheen, het was een kluwen van armen. Dus ze heeft heel doelbewust gekeken wie ze beet en wie ze duwde. Dat maakte voor mij ook dat ik zoiets had van: nou weet je, dan ga ik ook aangifte doen. Je hebt het persoonlijk richting mij gedaan en niet uit het verzet of wat dan ook.'

Het kan ook zijn dat er wel sprake is van een ernstige pathologie bij de patiënt, maar dat dit niet ten grondslag lag aan de agressie. Iemand kan boos zijn omdat hij zijn zin niet krijgt of het ergens niet mee eens is. Dan kan bijvoorbeeld de pathologie een rol hebben gespeeld bij het niet in bedwang kunnen houden van deze gevoelens, maar dan kwam de boosheid niet voort uit de stoornis en is de pathologie geen reden om af te zien van het doen van aangifte.

S1: 'Ik heb doorgaans met een acuut psychotische populatie te maken waarbij agressie vooral voortkomt uit impulsdoorbraken en affectieve agressie, uit frustratie en emotie. (...) Dat is soms ook een argument om geen aangifte te doen, maar dat vind ik persoonlijk een brug te ver. Want als mensen op straat vanuit emotie of frustratie iemand op hun bek slaan, dan wordt er ook aangifte gedaan, want dat hoort zo. Hoe geëmotioneerd of gefrustreerd je ook bent, je mag bepaalde dingen niet doen.'

Een leidinggevende vindt de beslissing om wel of geen aangifte te doen moeilijk:

L6: 'Ik vind het een heel groot ethisch dilemma, want bepaald gedrag, dat strafbaar is, hoort ook bij de problematiek. Dat betekent dat je continu deels ook voor eigen rechter aan het spelen bent. Waar doe ik wel en geen aangifte van? In welke context gebeurde het, welke patiënt doet het, met wat voor ziektebeeld? Dat is lastig.'

### Toerekeningsvatbaarheid en aangifte doen

De respondenten die werkzaam zijn in de GGZ vinden het lastig om te beoordelen of het strafbare gedrag voortkomt uit de stoornis en wanneer dat een reden kan zijn om geen aangifte te doen. Een leidinggevende licht dit dilemma toe:

L9: 'Demente bejaarden slaan heel veel. Gaan we daar aangifte van doen? Nee toch? (...) Dit is het ene uiterste van het spectrum. Het andere uiterste zijn die verslaafde psychopaten die een verpleegkundige onder druk zetten om geld af te geven, bij wijze van spreken. Dat zijn natuurlijk wel echt criminelen, dat is duidelijk. En alles wat er tussen zit. Nou zeg maar eens waar een patiënt zit in dat spectrum en wat we er dan mee moeten. Het probleem is gewoon ingewikkeld.'

L9: 'Je blijft altijd zitten met mensen die vervelend doen op de afdeling, waarvan je denkt: komt het nou door je schizofrenie of omdat je gewoon...? En dan is het bij langdurige schizofrenie ook nog zo dat het leidt tot hersenschade, waardoor je wat antisociale trekken ontwikkelt. Of komt het omdat je langdurig opgenomen bent en eigenlijk helemaal niks meer hoeft? Waardoor het komt, ik weet het niet, maar daar kan ik over fantaseren. Dus komt het dan omdat iemand weloverwogen een zak is, of komt het omdat hij een ziekte heeft waardoor zijn hersens zijn aangetast?'

Soms is de ernst van het incident reden om toch aangifte te doen, ook wanneer het incident de patiënt vanwege een stoornis niet kan worden toegerekend. Medewerkers vinden aangifte dan op zijn plaats omdat de patiënt volgens hen een ernstig gevaar vormt voor zijn eigen veiligheid en die van anderen (zoals medepatiënten), en daarom in het kader van een strafrechtelijke maatregel, zoals tbs, in een beter beveiligde setting behandeld zou moeten worden. Het is echter lastig voor GGZ-personeel om dit te communiceren naar justitie. Zij mogen bijvoorbeeld wel zeggen dat zij de veiligheid onvoldoende kunnen garanderen, maar niet dat zij van mening zijn dat de patiënt in een strafrechtelijk kader behandeld moet worden. Een geïnterviewde officier van justitie waarschuwt dat de werknemer met een dergelijk advies zijn of haar expertise overschrijdt (en een tuchtzaak riskeert) en bovendien zou een dergelijke mededeling weinig of geen juridische waarde hebben.



### Toerekeningsvatbaarheid en vervolging

Voor de officier van justitie is het van belang te weten of het strafbare gedrag voortkwam uit de stoornis, want het feit dat iemand een stoornis heeft wil nog niet zeggen dat die ten grondslag heeft gelegen aan het strafbare gedrag. Indien de dader volledig ontoerekeningsvatbaar is, omdat het feit volledig voortvloeide uit de pathologie, kan er geen straf worden opgelegd. Daarbij moet zeker niet alleen worden afgegaan op de verklaring van de verdachte, en zijn de inhoud van de aangifte en verklaringen van getuigen essentieel.

OvJ2: ‘Ik zie dat ook wel terug op zitting. Op een gegeven moment weten die mensen dat als ze zeggen “Ik hoorde stemmetjes in mijn hoofd”, dat ze ermee weggkomen. Dat is natuurlijk heel erg. Het komt omdat wij geen verstand van stoornissen hebben dat we daar niet doorheen prikken. Dus ik zeg altijd: “Vertrouw alsjeblieft op je deskundigen, daar moet je het van hebben, die moeten vaststellen wat er aan de hand is.”’

OvJ3: ‘Ik moet beoordelen of er geen sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid. Want dan zijn ze niet strafbaar. Dat kun je in zeven van de tien gevallen relatief makkelijk beoordelen aan de hand van de aangifte en de verklaring van de verdachte. Soms verklaart een verdachte hele rare dingen. (...) Maar als hij wel kan verklaren over het feit, wil dat niet zeggen dat het niet volledig ingegeven is door zijn stoornis. Dus dan is het wel goed om van de aangever te horen wat de achtergrond is van het incident.’

In de praktijk komt het vaak voor dat een zaak, waarin een psychiatrisch patiënt een gewelddadig incident heeft veroorzaakt, geseponeerd wordt op basis van de aanname dat de dader ontoerekeningsvatbaar is, zonder dat dit onderzocht is. Een rechter legt uit waarom dit problematisch is:

‘Het idee is bij met name de verpleging en dergelijke dat ze helemaal niet serieus worden genomen omdat er vaak automatisch werd geseponeerd, omdat mensen bij het politiebureau dachten: ja, die man is al opgesloten daar, en hij doet het omdat hij gek is. Dus wat hebben wij daar nog mee te maken? En het resultaat is dat die mensen zich heel erg in de steek gelaten voelen van: nu hebben we die stap genomen en dan wordt er helemaal niets mee gedaan. Daar zit een probleem gewoon.’

Een advocaat stelt dat dit wellicht voorkomen kan worden als het behandelteam, voorafgaand aan een eventuele aangifte, intern overlegt of het van mening is dat de patiënt willens en wetens geweld heeft gebruikt tegen de hulpverlener. Als dat zo is, kan dat bij de aangifte ook aangegeven worden. In dat geval kan de officier van justitie er, zonder nader onderzoek, niet zonder meer van uitgaan dat het feit de verdachte niet aangerekend kan worden en op die grond seponeren.

Om de mate van toerekeningsvatbaarheid vast te kunnen stellen zou de officier van justitie het NIFP de opdracht kunnen geven een pro Justitia-rapportage op te maken. Dit is echter een langdurig en kostbaar traject. Voor de indicatie van een pro Justitia-onderzoek gebruikt het OM BooG (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens). Volgens dit instrument kan een pro Justitia-rapportage alleen geïndiceerd worden bij ernstige feiten. Een officier van justitie geeft bovendien aan dat zij zo min mogelijk rapportage aanvragen, omdat er zoveel rapportages worden aangevraagd dat het NIFP met een werkachterstand zit. Een jurist oppert een oplossing voor de relatief lichtere zaken:

‘Ik heb het er wel eens over gehad met iemand van het NIFP: “Waarom is er geen ‘BooG-light’?”, zodat (...) er toch iets mogelijk is voor de lichtere zaken als het gaat om geweld in de psychiatrie of bij mensen met een openbare functie. Dan kunnen een psycholoog en psychiater wel iets zeggen over de psyche van die persoon zonder dat de GGZ-instelling het hoeft te doen. Er zijn toch heel veel zaken waarbij dat superhandig zou zijn? Die zouden dan misschien niet tot een “sepot gezondheidstoestand” leiden.’

### *Aanhouden en verhoren patiënt*

Vanwege het psychische en soms ook somatische ziektebeeld van de patiënt vindt zowel de politie als het GGZ-personeel het soms niet verantwoord om een patiënt aan te houden en mee te nemen naar het bureau. Er is daar namelijk onvoldoende medische zorg voorhanden. Een patiënt kan eventueel in een PPC geplaatst worden. Volgens een leidinggevende is het vaak niet helder wie de PPC-plaatsing moet regelen en verloopt dat moeizaam als het buiten kantooruren is. In de praktijk blijft de patiënt vaak in de GGZ-instelling, hetgeen een probleem kan zijn voor het GGZ-personeel.

L6: ‘We hebben hele aparte cliënten die soms somatisch gezien ook heel wat hebben. Als wij dan vragen om aanhouding, wordt dat niet gedaan vanwege die problematiek. Ik begrijp dat heel goed vanuit het oogpunt van de politie, want die zitten met iemand in de cel waar je van alles voor moeten regelen, wat veel tijd, geld en inzet kost. Terwijl diegene ook hier kan blijven en door ons verzorgd kan worden. Maar wij zeggen dan op onze beurt: “De somatische kant zou niet moeten uitmaken in het staande houden of niet, het gepleegde delict is daarin leidend.” Maar als instelling trek je dan uiteindelijk aan het kortste eind. Het is uiteindelijk de officier van justitie die bepaalt. Maar het is wel met twee maten meten.’

Een politieagent geeft aan dat zij wel mogelijkheden hebben om zorg te verlenen in de politiecel:

P5: ‘Als het echt een heel zwaar misdrijf is geweest heb je weinig keuze, dan wordt hij overgebracht naar plaats X waar onze politiecellen zijn. Daar zit overigens personeel dat opgeleid is om dit soort mensen in te kunnen sluiten.’

De politie overlegt met de instelling of, en zo ja wanneer, het mogelijk en verantwoord is om een patiënt te verhoren. Het heeft namelijk geen zin om iemand te verhoren die ernstig verward is, of vanwege medicatie niet helder is. Er moet immers een zo reëel mogelijk beeld worden geschetst van wat heeft plaatsgevonden.

OvJ1: ‘Soms spreken de GGZ-instelling en de politie af: “Dan en dan kun je het beste komen om iemand te horen, omdat hij dan net zijn medicatie heeft gehad en daardoor beter aanspreekbaar is.” Zulk soort contacten vindt ook wel plaats. En dan wordt dus ook bepaalde informatie verstrekt waarvan je zou kunnen zeggen: “Dat valt onder het beroepsgeheim.” Het is zowel in het belang van de verdachte zelf, als de kliniek en de politie dat bepaalde informatie gedeeld wordt. Anders wordt het wel heel lastig.’

Een leidinggevende zegt daarover:

L6: ‘Ze vragen vaak toestemming aan mij en dan zeg ik in principe altijd: “Ik vind niet dat ik daarover ga.” Als iemand een delict heeft gepleegd,

dan moet hij verhoord worden en dan vind ik dat we daar toegang toe moeten verlenen, tenzij er vanuit behandelinhoudelijke kaders bezwaren zijn omdat we denken dat iemand dan volledig decompenseert of het heel veel gevaar op gaat leveren of wat dan ook. En dan leg ik ook uit aan de politie waarom ik vind dat het niet kan. Maar dat doe ik alleen als er goede redenen voor zijn. Als die er niet zijn, dan meng ik me daar ook niet in.'

Een politieagent legt uit dat ook de politie rekening houdt met verdachten die mogelijk niet beseffen wat ze verklaren. Een andere politiefunctionaris is van mening dat zulke zaken opgepakt moeten worden door agenten die 'feeling' en ervaring hebben met psychiatrische patiënten, zodat ze weten hoe ze met hen om moeten gaan. GGZ-medewerkers hebben de ervaring dat agenten soms hui-verig zijn om een psychiatrisch patiënt te verhoren.

P4: 'Je moet als politie wel kijken of hij wel beseft wat hij verklaart. Want als iemand erg verward is (...), vind ik dat je hem dan wel in bescherming moet nemen, door bijvoorbeeld een advocaat te regelen die hem bijstaat en te zorgen dat hij goede zorg krijgt. Want het is niet zo dat wij er dan iemand bij moeten lappen. Sterker nog, zo iemand is toch kwetsbaar, ook al is hij verdacht, ook al heeft hij dingen gedaan die strafbaar zijn.'

L2: 'Ik vind het soms een soort van grappig, want de agenten vinden het soms wel heel erg spannend. Dat zeggen ze soms ook: "Moeten we die dan gaan verhoren? Wat komt daar dan uit? En hoe doe ik dat dan?" Dan zeg ik altijd: "Gewoon doen alsof het een mens is, dan komt het wel goed."

Ook een officier van justitie zegt dat het belangrijk is dat een zaak snel en door ervaren politiefunctionarissen wordt opgepakt:

OvJ3: 'De politie moet de zaak goed oppakken, de juiste vragen stellen: "Waarom was hij boos? Waar bleek dat uit? Wat was zijn gedrag?" Want ik moet op basis van het dossier kunnen beoordelen of iemand niet volledig ontoerekeningsvatbaar is. Dat is een knelpunt, omdat ze deze kant van de zaak vaak laten liggen bij de ondervraging. Daarnaast moet overlegd worden. "Kunnen we die verdachte wel aanhouden? Moeten we hem aanhouden? Moeten we dan medicatie meenemen of zit hij net in de separeer?" Dan komt zoiets op de plank en na vijf maanden denken ze: o ja, en dan

heeft het eigenlijk al geen zin meer, want voordat het bij mij komt, voordat we een zitting hebben, zijn we zo weer een half jaar verder.'

## 7.2 Medisch Beroepsgeheim

### *Doorbreken beroepsgeheim*

Een belangrijk knelpunt bij het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie is het medisch beroepsgeheim van de werknemers in de psychiatrie. Met het doen van aangifte wordt bekendgemaakt dat de dader in de GGZ-instelling verblijft en wordt het beroepsgeheim doorbroken.

De regelgeving met betrekking tot het beroepsgeheim is ingewikkeld en de regels zijn streng (zie §4.2). In de praktijk is het voor GGZ-medewerkers daarom vaak niet duidelijk of er aangifte gedaan mag worden. Enkel denken dat er sprake moet zijn van acuut gevaar om aangifte te kunnen doen:

L6: 'Als het incident geweest is en de patiënt heeft een medewerker geslagen en wij kiezen ervoor om daar aangifte van te doen, dan is die situatie eigenlijk altijd al voorbij, dus er is dan ook geen acuut gevaar waardoor je je beroepsgeheim kunt doorbreken.'

Als de beslissing is genomen dat er aangifte wordt gedaan, is niet altijd duidelijk welke informatie wel en niet gedeeld mag worden. GGZ-medewerkers weten dat het beroepsgeheim proportioneel dient te worden doorbroken en dat daarom niet alle informatie over een patiënt mag worden overlegd. Het is voor hen echter lastig om te bepalen welke informatie wel of niet relevant is voor de aangifte. Zes van de geïnterviewde GGZ-medewerkers die aangifte hebben gedaan van het geweld dat zij ondervonden, hebben overlegd met hun leidinggevende, de geneesheer-directeur of de juridisch medewerker van de instelling, over welke informatie zij mochten verstrekken. Vrijwel alle respondenten zijn van mening dat de diagnose, het medicijngebruik en de voorgeschiedenis van de patiënt niet bij de aangifte genoemd mogen worden. Politiefunctionarissen en officieren van justitie zeggen deze informatie ook niet nodig te hebben:

P1: 'Ik hoef niet te weten wat voor medicatie iemand gebruikt of wat de diagnose is. Dus het medisch beroepsgeheim is voor mij niet relevant. Ik moet weten wat er gebeurd is en waarom iemand zo gek gaat doen.'

OvJ3: ‘Wat een GGZ-medewerker ziet, hoort en voelt aan letsel, is gewoon een getuigenverklaring. (...) Je hoeft niks te zeggen over zijn behandeling en stoornis, wat dat inhoudt.’

Onderstaand citaat laat zien dat de diagnose en de voorgeschiedenis van een patiënt soms wel relevant kunnen zijn voor de aangifte:

S1: ‘Ik heb wel verteld over de bijtgeschiedenis van de patiënt. Dat heb ik ook wel specifiek voorgelegd aan de geneesheer-directeur. En ook over zijn seropositiviteit trouwens. Ik heb gevraagd of dat onder het beroepsgeheim valt en hij zei: “Het feit dat hij zo’n geschiedenis heeft qua bijten en dat hij seropositief is, dat maakt wel dat het bijten als gedrag een hele andere lading krijgt dan wanneer dat niet zo zou zijn. Dus dit is wel degelijk van belang voor de aangifte en dat is ook wel iets waarvoor je je beroepsgeheim kunt verbreken, omdat je ook in de toekomst de maatschappij wilt beschermen tegen dit type gedrag.”’

### *Het belang van medische gegevens voor de vervolgingsbeslissing*

Voor de vervolging is het belangrijk om vast te stellen of het strafbare gedrag de dader kan worden toegerekend. Er moet vastgesteld worden of een stoornis (mede) ten grondslag lag aan het gedrag. Een manier om dit vast te stellen is door een pro Justitia-rapportage op te laten maken. Zoals eerder bleek wordt een dergelijke rapportage vrijwel alleen aangevraagd wanneer het gaat om een zwaar feit. Wanneer de ernst van het feit niet in verhouding staat tot de kosten die een pro Justitia-rapportage met zich meebrengt, willen officieren van justitie op basis van de aangifte en de verklaringen kunnen bepalen of en in hoeverre het feit de dader kan worden toegerekend en welke straf of maatregel geëist kan worden.

OvJ3: ‘Voor de beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid heb ik wel nodig dat de aangever zegt: “We zaten gewoon lekker te eten en de jam werd hem niet aangegeven en hij flipte daardoor en hij was al prikkelbaar en hij zei dit en dit.” Toevallig ben je ook zijn behandelaar of zijn begeleider, maar je bent ook getuige. Wat heb je gezien, waarom werd hij boos, wat deed hij, wat is zijn normale gedrag?’

OvJ3: ‘Wat ik wel wil weten: hoe stond meneer vanmorgen op, waarom deed hij het, was hij “gezond” boos; kreeg hij zijn zakgeld niet, werd zijn fietsband niet opgepompt, aten ze friet en wilde hij dat niet, het zijn heel vaak dit soort dingen, hè. (...) Dus was hij “gezond boos” en wat zei hij, wat deed hij en waar uitte zich dat in? Dat zijn vragen die voor mij voor de toerekeningsvatbaarheid van belang zijn.’

Het is de taak van de politie om te zorgen dat aangiftes en verklaringen voldoende informatie bevatten op basis waarvan de officier van justitie een vervolgingsbeslissing kan maken. Politiefunctionarissen informeren daarom vaak naar het ziektebeeld en de oorzaak van het strafbare gedrag:

P2: ‘We zijn toch wel afhankelijk van medewerking binnen de zorg. Dat ze toch dingen meedelen aan ons, of wat meer informatie geven, om de zaak wat duidelijker op papier te zetten. Zodat als de officier met wie we in eerste instantie overleggen, zegt: “Hij heeft al een maatregel, wat moet ik?”, dat we kunnen zeggen: “Ja, maar de arts heeft gezegd dat hij wist wat hij deed, dus dat er sprake zou zijn van opzet.” Als je dat mee kan geven in een zaak, maak je het zwaarder. En als je zegt: “Dat weet ik niet, daar werden geen uitspraken over gedaan,” en hij heeft een maatregel, dan wordt er gezegd: “Hij zit er niet voor niks, hij heeft ook zorg nodig.”

GGZ-medewerkers zijn echter terughoudend met het delen van informatie, omdat zij bang zijn meer informatie te delen dan is toegestaan of omdat ze vrezen dat zij, door uitspraken te doen over de mate van toerekeningsvatbaarheid, hun expertise overschrijden. Dit zou kunnen leiden tot een klacht bij het tuchtcollege:

OvJ2: ‘Je ziet dat behandelaren heel bang zijn om die doorbreking te maken, omdat ze bang zijn om daar tuchtrechtelijk op aangesproken te worden. Je kunt dat zelfs strafrechtelijk doen, via civiel recht zou je het ook kunnen doen, maar je kunt het ook tuchtrechtelijk doen. Nou, een officier van justitie zal daar in ieder geval nooit iets mee doen, want die is blij met alle informatie die hij krijgt. Alleen een patiënt zal natuurlijk... Je ziet wel vaak dat die in de steigers gaan. Daar zijn ze bang voor en dan zie je dus dat ze het niet doen.’

Jurist: ‘Je hebt de wet BIG en dat je dan voor de tuchtrechter kunt komen. Daar gaat het OM natuurlijk niet over. Dat kan een patiënt altijd doen,

iemand voor de tuchtrechter slepen, gebeurt trouwens ook heel veel. (...) Dus patiënten weten echt de weg naar de tuchtrechter wel te vinden.’

### Onbegrip en ergernis

Het niet kunnen of durven overleggen van informatie leidt in de praktijk soms tot wederzijds onbegrip en ergernis:

P4: ‘Zij hebben het idee: alles valt onder het medisch beroepsgeheim, dus je mag niet eens vertellen dat iemand daar zit. Maar als wij hem vervolgens daar weghalen, weten we echt wel wie daar zit, dus dat hoeven ze niet te vertellen. Officieel mogen ze ook niet vertellen dat hij in een psychose zat, maar vaak zijn we er allang bij geweest, om te assisteren, om iemand over te brengen of wat dan ook. Dus er wordt soms wel heel erg krampachtig gedaan.’

L6: ‘Dan krijg je van de politie meteen de vraag terug: “Waarom doe je dan aangifte, als je niet wilt meewerken?” Nou, omdat we wel vinden dat iemand vervolgd behoort te worden, maar je zit ook gewoon met je privacy, je bent ook behandelaar, je mag niet zomaar informatie over patiënten verstrekken, ook al doe je aangifte. (...) Je komt soms gewoon in een irritatie terecht, van onmacht. Vanuit ons: “Je vraagt ons dingen waar we niks mee kunnen”, vanuit hen: “We hebben dit nodig en je geeft het me niet.” Dan wordt de situatie wat grimmiger.’

OvJ2: ‘Ze zijn bang voor het tuchtrecht. Dan denk ik: leer nou in godsnaam je eigen regels eens goed kennen, doe zelf eens iets aan training, zodat die mensen weten wanneer ze het wel mogen doorbreken en dat ze dat ook heel beperkt kunnen doen. Ze hoeven niet het hele behandel-dossier te overleggen, daar zitten we helemaal niet op te wachten. Ik wil alleen weten wat er gebeurd is en waarom er een aangifte ligt en wat er speelde en wat die persoon zag.’

Rechter: ‘Er werd ook na bellen door de officier sthenisch geweigerd door sommige instellingen om informatie te geven, die dan wel heel verontwaardigd zijn dat justitie hen in de steek laat, en dat rechtspraak



niets doet, maar tegelijkertijd willen ze geen input geven, zelfs ook geen getuigenis meer willen afleggen. Ja, dan wordt het wel heel lastig.’

### Mogelijke oplossingen

Sommige respondenten denken dat de belemmering die het beroepsgeheim vormt opgelost kan worden door toestemming te vragen aan de patiënt voor het delen van medische informatie. Een jurist legt uit waarom zij toestemming vragen problematisch vindt:

‘Toestemming is alleen van waarde als het *informed consent* is. Dus je moet dan ook aan iemand vertellen wat de impact van zijn toestemming is. Niet alleen maar een ja-woord lospeuteren. Dus dan moet je tegen iemand zeggen: “Ik ga nu aan u vragen of ik mag zeggen tegen de politie dat u psychotisch was, en dat u geagiteerd en agressief en blabla, allerlei diagnostische dingen, vindt u dat goed? Ik moet er wel bij vertellen dat het misschien tegen u gebruikt wordt in een strafzaak. Misschien moet u het zelfs even met uw advocaat overleggen.” Nou ja, dat is natuurlijk heel raar. Je kunt je afvragen of, als iemand zegt: “Ja hoor, mag wel”, hij *informed consent* heeft gegeven.’

Vrijwel alle respondenten denken dat het zou helpen als GGZ-medewerkers en politiefunctionarissen de regels omtrent het doorbreken van het beroepsgeheim beter kennen. In de praktijk blijkt het ook te helpen als de verschillende partijen met elkaar overleggen en kennis opdoen over elkaars mogelijkheden en beperkingen. Dat leidt tot meer begrip en een prettiger samenwerking:

OvJ1: ‘Ik heb wel, doordat wij de afgelopen jaren overleg hebben gehad met de GGZ, dat we wat presentaties hebben gehouden over en weer en we daardoor een beetje in elkaars keuken hebben kunnen kijken, daardoor ook een beetje gevoel kunnen krijgen van waar de andere partij tegenaan loopt, waardoor ze er wel, in die zin, voor ons wat makkelijker mee omgaan.’

## 7.3 Bescherming identiteit aangever

### *Geen aangifte doen uit angst*

Uit de interviews blijkt dat angst voor represailles van (het netwerk van) de dader een barrière kan vormen voor slachtoffers bij het doen van aangifte.

Leidinggevend en hebben de ervaring dat GGZ-medewerkers terughoudend zijn in het doen van aangifte of het afleggen van een getuigenverklaring, omdat hun naam dan in het proces-verbaal wordt vermeld en ze bang zijn voor de dader. Sommigen hebben hier vervelende ervaringen mee:

S5: 'Een patiënt heeft het een collega van ons heel erg kwalijk genomen [dat zij aangifte tegen hem had gedaan] en heeft haar heel lang heel slecht in zijn psychotische systeem gehad daardoor. Omdat altijd die naam voorbijkwam in alle papieren die hij kreeg.'

Soms zijn medewerkers ook bang voor de familie van de patiënt:

S4: 'Ik heb ook wel eens iemand gehad die wurgde me. (...) De vader van die patiënt heeft toen nog heel veel druk op me gelegd om geen aangifte te doen. Dat zijn wel overwegingen die meespelen.'

VPT-projectleider: 'Ik was laatst nog bij een GGZ-instelling, waar (...) een familie heel vaak langskwam. Een echte schorriemorrie-familie, zoals die vrouw dat zelf zei, en die veroorzaakte heel veel lawaai en overlast. (...) Medewerkers wilden die cliënt al bijna niet eens meer helpen omdat ze dan automatisch in contact zouden komen met die familie.'

Er wordt vaak gezegd dat het in de praktijk weinig voorkomt dat er represailles volgen na een aangifte. Een jurist merkt hier het volgende over op:

'De politie of de officier zegt dan standaard: "Dat snappen we wel, maar je kunt altijd bij ons melden dat je denkt dat je gevaar loopt", en: "De ervaring wijst uit dat het maar heel weinig gebeurt dat mensen te grazen worden genomen." Maar als jij net aan je haren over de gang bent gesleurd door iemand die zegt: "Ik weet je te vinden", dan geef je helemaal niets om dat soort geruststellingen.'

### *Mogelijkheden om beschermd aangifte te doen*

GGZ-medewerkers die aangifte doen van geweld door patiënten kunnen domicilië kiezen op het adres van de instelling. Negen van de dertien geïnterviewde GGZ-medewerkers die geweld hadden ondervonden hebben voor deze optie gekozen.

De mogelijkheden om beschermd aangifte te doen worden niet altijd aangeboden door de politie. De politie blijkt niet altijd op de hoogte te zijn van deze mogelijkheden. Volgens een agent komt dat door een gebrek aan ervaring met het opnemen van aangiftes van strafbare feiten binnen een GGZ-instelling. Het komt ook voor dat de persoonsgegevens van het slachtoffer – tegen de afspraak in – toch in het proces-verbaal belanden.

Er kan ook door een ander dan het slachtoffer aangifte worden gedaan. Deze persoon kan dan namens het slachtoffer of namens de instelling aangifte doen. Opmerkelijk is dat drie geïnterviewde GGZ-medewerkers die slachtoffer zijn geworden van geweld wel zelf aangifte zijn gaan doen, maar dat namens de instelling hebben gedaan. In sommige instellingen is het nadrukkelijk beleid dat de leidinggevende namens de instelling aangifte doet wanneer een medewerker slachtoffer wordt van geweld door een patiënt. Vaak zijn hierover dan afspraken gemaakt met de politie. Een politiefunctionaris legt uit waarom dit prettig kan zijn voor het slachtoffer:

P6: 'De actie tot aangifte wordt door een ander gedaan en dat is een stukje... psychisch... Een slachtoffer kan altijd zeggen: "Ik heb geen aangifte gedaan, dat heeft de afdeling gedaan. Ik vond aangifte niet nodig, maar de instelling wel." Dus je kunt je daarachter verschuilen. Ik denk dat dat gevoelsmatig wel uitmaakt. Dat het de angst een beetje wegneemt.'

Als er door de instelling aangifte wordt gedaan, wordt het slachtoffer aangemerkt als getuige en moet hij vaak ook een getuigenverklaring afleggen. Dit is nodig omdat in een proces-verbaal heel precies moet worden weergegeven wat er is gebeurd. Het is ook van belang dat uit het proces-verbaal blijkt hoe het slachtoffer het incident heeft beleefd. Om die reden is het in sommige instellingen beleid dat het slachtoffer altijd zelf aangifte doet.

Advocaat: 'Als je een klap hebt gekregen, wil de politie weten of het met een gebalde vuist was of met een open hand, op je linker- of rechterwang en ook nog of het pijn deed op een schaal van één tot tien.'

L6: 'In principe moeten mensen zelf aangifte doen, omdat het vaak gaat over beleving en ik kan nooit de beleving neerzetten van een werknemer die bedreigd of geslagen is.'

L5: 'Wij vinden het een beetje een wassen neus, die constructie die ons wordt aangeboden van: er doet iemand aangifte vanuit de instelling, maar dan wordt de medewerker alsnog als getuige opgeroepen. Dan zit je uiteindelijk toch op je eigen naam het dossier in te vullen. Wat is dan de meerwaarde van een teamleider die aangifte doet? Gevoelsmatig heeft het heel weinig meerwaarde. Het wordt aangeboden als een soort bescherming, maar bij ons in het team leeft een beetje het idee: je moet er uiteindelijk toch als getuige zitten en het gaat toch om jouw verhaal. Dat komt ook bij de patiënt terecht. Je kunt wel zeggen: "Ik heb de aangifte niet gedaan, maar mijn teamleider", maar gevoelsmatig zal dat, in onze ogen, niet zoveel verschil maken voor de patiënt.'

Soms wil de politie expliciet dat het slachtoffer zelf aangifte doet, omdat zij vindt dat het slachtoffer zelf het beste kan weergeven wat er is gebeurd en hoe hij dit heeft beleefd. Een politiefunctionaris licht dit toe:

P6: 'Er moeten redenen van wetenschap op papier komen en die kunnen alleen maar verteld worden door degenen die erbij zijn geweest en niet van horen zeggen, want dan krijg je altijd een vertekend beeld.'

### *Anonimiteit kan niet gewaarborgd worden*

Door domicilie te kiezen op het adres van de instelling kan voorkomen worden dat de verdachte kennisneemt van het privéadres van de aangever. Maar volledige afscherming van de identiteit van de aangever kan nooit gegarandeerd worden. Ook aangifte onder nummer biedt geen zekerheid dat de identiteit van de aangever afgeschermd blijft.

P1: 'Het kan wel zo zijn dat als het bijvoorbeeld een grote zaak wordt, dat de rechter-commissaris zegt: "Ik wil weten wie die persoon is." Dus 100% anoniem aangifte doen kan niet in Nederland.'

P4: 'De politie kan je nooit garanderen dat de aangifte altijd anoniem blijft. We leven in een rechtsstaat. Een rechter wil ook gewoon weten wie die aangever is en als je dan zegt: "Dat wil ik niet", dan wordt zo'n zaak geseponeerd.'

P6: 'Het kan wel onder nummer, maar een officier wil weten wat er is gebeurd. Als iemand heel lelijk mishandeld is en een gebroken arm heeft en een blauw gelaat, dan moet daar sowieso een verklaring bij van een arts, want aan de hand daarvan kun je vaststellen of het licht of zwaar lichamelijk letsel is. Vaak worden er ook foto's van het letsel gemaakt, om de overtuiging te kunnen geven van "dit heeft er plaatsgevonden". Die stukken moeten worden gevoegd bij de processtukken. En die zijn door de advocaat van de verdachte te allen tijde op te vragen en hij kan ze aan de verdachte geven.'

De geïnterviewden benadrukken dat het afschermen van de identiteit van de aangever vaak weinig zin heeft. De dader weet immers meestal heel goed wie het slachtoffer was van de feiten waarvan aangifte is gedaan. Dit is een belangrijk verschil met andere functionarissen met een publieke taak die geweld ondervinden. Onderstaand citaat geeft de overwegingen van GGZ-medewerkers met betrekking tot beschermd aangifte doen weer:

L7: 'Regio X is een kleine regio, dus medewerkers hebben het idee van: de dader weet me wel te vinden. We kennen de mogelijkheden van domicilie kiezen en het doen van aangifte op nummer en dat soort zaken, dus daar kijken we zo veel mogelijk naar. Dat is ook een van de redenen waarom we hebben gezegd: "Aangifte zo veel mogelijk door de leidinggevende", want dan kan een medewerker wel als getuige worden gehoord, maar niet als aangever. Dan maak je ook duidelijk van: het gaat niet over deze specifieke verpleegkundige, dit gaat over de instelling die dit niet acceptabel vindt. Tegelijkertijd: iemand weet zelf ook wie hij een klap heeft gegeven. (...) Dus anonimiteit heeft ook iets gekunstelds en geeft een soort schijnveiligheid.'

## 7.4 Behandelrelatie

### Behandelrelatie

Vaak is er sprake van een behandelrelatie tussen de patiënt die het geweld pleegt en de GGZ-medewerker die hier slachtoffer van wordt. Ook dit is een belangrijk verschil met andere functionarissen met een publieke taak die geweld ondervinden. Vanwege deze relatie laten sommigen de belangen van de patiënt een belangrijke rol spelen in de overweging om aangifte te doen:

L6: 'Je merkt wel bij sommige medewerkers dat die meer weerstand hebben tegen aangifte doen dan anderen. Vaak is dat een soort goed hulpverlenershart, dat ze denken: ja, maar we weten dat hij zo is en hij bedoelde het niet zo en ik heb me niet echt onveilig gevoeld. Maar ja, even een stapje terug, even uit je rol, kijk eens wat er objectief gebeurd is, dat kan best wel heftig zijn. En toch merk ik dat sommigen het toch moeilijk vinden om die stap te zetten, omdat ze heel begaan zijn met de persoon die hen bedreigd heeft. En dan eigenlijk niet iets willen doen wat tegen die persoon ingaat.'

S1: 'Het [geen aangifte willen doen] heeft voor een stukje te maken met een te grote mate van empathie voor de patiënt, het idee van: dan ga je ook nog aangifte doen, stel je voor het wordt wel een zaak, dan heb je een 20-jarige jongen die van alles misschien nog kan, maar die wel een geweldsincident op zijn strafblad heeft staan.'

S3: 'Omdat ik toch ook denk: als je een medewerker in elkaar moet slaan om een signaal te geven... Hij is ook gewoon ziek. Ik wil ook dat hij misschien toch nog meer zorg krijgt, ook al ziet hij dat zelf heel anders.'

Sommigen willen geen aangifte doen, omdat ze van mening zijn dat dit de behandelrelatie schaadt en het behandeltraject verstoort. Een leidinggevende in de GGZ zegt hierover het volgende:

L6: 'Iemand wordt heengezonden, komt weer bij ons in behandeling en wij pakken de draad weer op. Een half jaar of een jaar later staat de recherche voor de deur: "We zijn bezig met onderzoek, er komt een rapportage." Dat betekent dat de behandeling die wij in de tussentijd weer opgepakt hebben enorm verstoord wordt. Als wij inmiddels vijf stappen verder zijn

en we hebben de patiënt redelijk gestabiliseerd en de situatie is niet meer aan de orde, dan is het zonde om iemand naar het Pieter Baan Centrum te sturen, want je doorbreekt dan eigenlijk een traject. Maar doe je dat niet, dan betekent het dus dat hij ongestraft dingen kan doen.'

Sommige geïnterviewden zijn echter van mening dat geen aangifte doen van een geweldsincident ook schadelijk is voor de behandelrelatie:

OvJ3: 'Jij bent de behandelaar en ik sla jou en er wordt niks gedaan en morgen zit ik weer tegenover jou, dan denk ik: ik kan doen en laten wat ik wil. Je moet enig overwicht of in ieder geval wederzijds respect hebben om goed te kunnen behandelen. Dus het tast echt de behandelrelatie aan.'

### Zorgplicht

De zorgverantwoordelijkheid die een GGZ-instelling heeft voor een patiënt zorgt voor een 'dubbelrol' wanneer zij aangifte doet tegen een patiënt:

L2: 'Ondanks dat we aangifte doen, houden we toch de zorg voor een patiënt. Ik vind het onze taak om, wanneer er gekozen wordt voor een aangifte of melding, de patiënt hierop voor te bereiden. Te benoemen wat hij kan verwachten. Zodat hij niet ineens twee weken later een agent voor z'n neus heeft, misschien zelfs op de afdeling waar het ook voor de patiënt veilig moet zijn. En iemand heeft ook recht op een advocaat. Het wil niet zeggen dat wij dat voor diegene moeten regelen, maar je kunt wel de patiëntvertrouwenspersoon naar voren schuiven.'

Het feit dat instellingen een zorgplicht hebben kan tot lastige situaties leiden wanneer er geweld is gepleegd door een patiënt jegens een medewerker. Zo kan een patiënt na het plegen van een strafbaar feit niet altijd meegenomen worden naar het politiebureau, bijvoorbeeld omdat daar de benodigde zorg niet kan worden verleend. En als de patiënt naar aanleiding van het incident gesepareerd is door het personeel, is er vaak geen grond voor de politie om de patiënt mee te nemen naar het bureau, omdat er dan geen sprake meer is van een acuut dreigende situatie.

Wanneer de patiënt wel wordt meegenomen naar het bureau, mag hij daar maximaal zes uur worden vasthouden voor onderzoek. Als de officier van justitie

vervolgens beslist dat de patiënt een dagvaarding of schikkingsvoorstel krijgt of in afwachting van nader onderzoek in vrijheid wordt gesteld, dan betekent dat in de praktijk dat hij weer terug wordt gestuurd naar de kliniek. Soms leidt dat tot onbegrip of lastige situaties:

P6: 'Het gebeurt soms dat als iemand een zware mishandeling heeft gepleegd of bedreiging heeft geuit, of daar al zit voor zware delicten, dat het GGZ-personeel zegt: "Die hoeven wij niet meer terug." Maar wij als politie kunnen daar helemaal niets in betekenen. (...) Dan wordt er vanuit zo'n instelling weleens gezegd: "Wij laten hem los", maar dat gaat niet, want hij zit daar niet voor niks. En hij zit daar vaak ook nog met een rechterlijke machtiging. (...) Dus je komt in een spagaat terecht. Vaak is er onbegrip bij het personeel. Dat kan ik best begrijpen; er is een mishandeling gepleegd en aangifte gedaan en binnen zes uur staat hij weer op straat.'

Wanneer het problematisch is voor een instelling dat een patiënt terugkomt naar de instelling, wordt hierover soms overleg gepleegd met de officier van justitie, maar die kan vaak geen oplossing bieden. Een verdachte kan alleen langer vastgehouden worden als het gaat om een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan.

### Zorg voortzetten

Het is moeilijk voor GGZ-medewerkers om na een geweldsincident weer met de dader geconfronteerd te worden en soms ook weer zorg aan diegene te moeten verlenen. Dit kan zowel gevoelens van verontwaardiging als angst bij hen oproepen.

S3: 'Ik vind het ongemakkelijk om me een houding te geven tegenover hem, want ik ben natuurlijk ook wel bang ergens, want ik weet wat hij kan. En die blik in zijn ogen, die zit wel in mijn geheugen gegrift.'

Een herstelgesprek tussen dader en slachtoffer kan dan helpen. Een leidinggevende stelt dat dit veel lading weg kan nemen aan beide kanten. Ook kan een slachtoffer het dan makkelijker loslaten, is zijn ervaring.



In sommige gevallen kan de zorg voor de patiënt niet meer voortgezet worden op de afdeling waar het incident heeft plaatsgevonden, omdat het verplegend personeel aangeeft niet langer in staat te zijn om professioneel met de patiënt om te gaan. Ze zijn dan bijvoorbeeld boos op of bang voor de patiënt. Ook komt het voor dat de overige patiënten bang zijn geworden voor de betreffende patiënt. Een patiënt die vrijwillig opgenomen is, kan dan naar huis gestuurd worden. Bij een gedwongen opname kan een patiënt overgeplaatst worden naar een andere afdeling of locatie. Dat is niet altijd afdoende, omdat sommige instellingen zo ingericht zijn dat de medewerker en de patiënt elkaar nog steeds tegen kunnen komen. Het gebeurt ook dat patiënten worden overgeplaatst naar een andere instelling.

Overplaatsing is in de praktijk niet eenvoudig. Een instelling heeft bijvoorbeeld maar twee gesloten afdelingen, waardoor de doorplaatsingsmogelijkheden beperkt zijn. Ook kan er niet altijd meteen een plaats vrij gemaakt worden en gaan er enkele dagen overheen voordat een patiënt ergens anders terecht kan. Verder is er volgens betrokkenen een tekort aan plaatsen met een hoger beveiligingsniveau. Maar vooral de hoge kosten die een doorplaatsing met zich meebrengt zouden een belemmering vormen:

OvJ2: 'Een GGZ-plaats, even grosso modo, kost 250 euro per dag. Als zij een patiënt door willen plaatsen naar een zwaarder beveiligd regime, dan kan dat wel, maar daar kost een plaats 750 euro per dag. Die 500 euro verschil moet die doorplaatsende instelling zelf betalen. Dat kan helemaal niet, want dat geld krijgen ze niet voor die patiënt. En met al die bezuinigingen die hen om de oren vliegen in de GGZ kunnen ze dat ook helemaal niet betalen.'

Soms kan niet voorkomen worden dat de patiënt teruggeplaatst of opnieuw opgenomen wordt op de afdeling waar het incident heeft plaatsgevonden.

L8: 'We hebben een zeer ernstig incident gehad hier met iemand die hier al eerder was geweest. (...) Omdat wij wisten dat het een zeer agressieve man was, is hij individueel begeleid door twee mensen, 24 uur per dag op een kamerprogramma. Maar ondanks deze interventie, heeft hij toch weer iemand zeer ernstig geslagen. Ja, dat geeft ook aan hoe onmogelijk de situatie soms is.'

## Mogelijke oplossingen

Verschillende respondenten vinden dat er voor patiënten die (herhaaldelijk) agressieve incidenten veroorzaken afdelingen moeten worden opgezet waar meer beveiliging, toezicht en structuur, en minder vrijheid is. Een leidinggevende noemt dit een 'BOPZ plus'-afdeling. Volgens een officier van justitie vinden er momenteel gesprekken plaats met verzekeringsmaatschappijen om budget vrij te maken voor de kosten die uitplaatsing naar instellingen met een hoger beveiligingsniveau met zich meebrengt.

## 7.5 Mogelijkheden en zin vervolging psychiatrisch patiënt

### Zin van aangifte doen

Uit de interviews komt naar voren dat betrokkenen vinden dat aangifte van geweld tegen GGZ-medewerkers door patiënten niet altijd zinvol is. Hoewel beleid vaak voorschrijft dat van ieder geweldsincident dat gepleegd wordt binnen een instelling aangifte moet worden gedaan, gebeurt dat in de praktijk niet altijd. Na een geweldsincident wordt vaak binnen een team overlegd of het zinvol is om aangifte te doen.

Of een team een aangifte zinvol vindt, is afhankelijk van verschillende factoren. Allereerst is de ernst van het incident een bepalende factor. Van ernstige delicten wordt vrijwel altijd aangifte gedaan. Aangifte van lichte feiten, zoals bedreiging en soms ook eenvoudige mishandeling, wordt vaak niet zinvol geacht. De ervaring leert namelijk dat dit meestal tot een sepot leidt:

L5: 'We leggen de grens bij verbale doodsbedreigingen. In onze ervaring kun je vanaf daar aangifte doen en daarvoor heeft het eigenlijk niet zoveel zin.'

L2: 'De ervaring is ook al, als het een eenvoudige mishandeling betreft, één klap en het is iemands eerste misstap, dat het vaak niet leidt tot vervolging.'

Ten tweede is de aanleiding voor het incident belangrijk. Als het duidelijk is dat het geweld voortkomt uit de stoornis en er geen sprake lijkt te zijn van opzet, dan vindt men aangifte vaak niet passend en ook niet zinvol, omdat het dan meestal leidt tot een sepot. Een officier van justitie beaamt dat:

OvJ2: ‘Als een GGZ-medewerker al weet, dit is een psychotische man, doe dan alsjeblieft geen aangifte, dat wordt toch een sepot. Daar kunnen wij niks mee. Dat moet je anders aanvliegen, denk ik. Bij die echt psychotische mensen, of mensen die functioneren op het niveau van een 3-jarige, daar kunnen wij als OM niks mee. Dat is niet strafrechtelijk, vind ik. Tenzij het dus een ernstig feit is, of er kans is op recidive. Dan kun je richting tbs of artikel 37.’

Aangifte van een geweldsincident in de psychiatrie wordt wel zinvol geacht als het een bepaald doel dient. Een veelgenoemd doel is dossieropbouw. Acht van de dertien GGZ-medewerkers die het slachtoffer waren van geweld zeggen om (onder andere) die reden aangifte te hebben gedaan. Ook GGZ-leidinggevers zeggen dat dossieropbouw vaak een reden is om aangifte te doen. Dossieropbouw wordt vooral als doel naar voren gebracht wanneer een patiënt herhaaldelijk gewelddadige incidenten veroorzaakt die niet ernstig genoeg zijn om tot vervolging over te gaan, maar wel erg ontwrichtend zijn. Door steeds aangifte te doen of melding te maken bij de politie, probeert men een eventuele toekomstige vervolging mogelijk te maken.

Soms hoopt men te bereiken dat de behandeling van de patiënt in het kader van een strafrechtelijke behandelmaatregel wordt voortzet. Dit kan alleen bereikt worden middels een uitspraak van de strafrechter.

S1: ‘Dit was een man die dit altijd doet. Die al jarenlang de buurt terroriseert, mensen bedreigt, aanvalt en bijt. Hij wordt soms wel opgenomen of opgepakt, alleen er is nooit vervolging. Dus voor een stukje dossieropbouw vind ik het belangrijk dat ook wij aangifte doen. (...) Ik denk dat deze patiënt het veel beter zou doen in een forensische behandelsetting. Ik hoop dat er op een gegeven moment zoveel aangiftes zijn dat iemand zich achter z’n oren gaat krabben van: hé, misschien moeten we iets met deze vogel, want die blijft aan de gang.’

S2: ‘Ik hoopte met de aangifte te bereiken dat deze cliënt op de juiste plek terecht komt, omdat hij op zoveel afdelingen al zoveel slachtoffers heeft gemaakt. Alleen een rechter kan beslissen dat hij naar iets zwaarders moet. Wij zijn het zwaarste dat je in de gewone zorg kan krijgen. Dus als het dan bij ons al niet gaat, dan moet een rechter daar uitspraken over doen.’

Medewerkers van de politie en het OM weten dat aangiftes soms dienen voor dossieropbouw. Wanneer een incident niet ernstig genoeg is om er een aangifte van op te nemen, wordt er wel melding van gemaakt in het politiesysteem. Officieren van justitie krijgen op die manier een vollediger beeld van de patiënt. Dit is van belang voor de strafeis en het maakt een zaak sterker. Een aangifte van een eenvoudige mishandeling is doorgaans namelijk niet genoeg om een forensische plaatsing te eisen, zo stelt een officier van justitie.

Bescherming van collega's, patiënten en de maatschappij is een ander veelgenoemd doel van aangifte. Zes geïnterviewde GGZ-medewerkers zeiden om (onder andere) deze reden aangifte te hebben gedaan. Vooral wanneer de patiënt herhaaldelijk gewelddadig gedrag vertoont is dit een belangrijke reden. Met een aangifte geeft de GGZ-instelling ook een signaal naar politie en justitie af dat zij zich zorgen maakt.

S2: 'Ik vind dat er al genoeg slachtoffers zijn gevallen. (...) Het voelt voor mij niet goed om het zo te laten en dan af te wachten tot er weer iemand...'

L5: 'We vinden het ook wel van belang dat het ook bekend is bij politie en justitie. Dus dat wij er als zorgverlener niet alleen voor staan, maar dat er ook verantwoordelijkheid wordt gedragen vanuit de mensen die over dat stuk veiligheid gaan.'

Aangifte is soms een logische stap vanuit het perspectief van de behandeling. In de behandeling wordt een patiënt zo veel mogelijk op zijn gezonde kant aangesproken. Door aangifte te doen van strafbaar gedrag laat een instelling zien dat zij de patiënt als een 'normale' burger beschouwt. Deze reden om aangifte te doen wordt vooral genoemd als een patiënt instrumenteel geweld toepast. Met de aangifte wordt duidelijk gemaakt dat dit niet wordt getolereerd. Drie GGZ-medewerkers hebben om (onder andere) deze reden aangifte gedaan.

L6: 'Soms zeggen we ook vanuit de behandeling: "Bij bepaald gedrag doen we aangifte", dus dat het als behandelinterventie wordt ingezet. "Dit is gewoon een hele harde grens en daar hoort aangifte bij."'

L7: 'Sommige mensen zitten hier heel lang. Als ze dan het idee hebben: daar kan ik mensen bedreigen, ik kan een klap uitdelen en er gebeurt niks, er is geen sanctie op, dan wordt een succesvolle terugkeer in de

maatschappij alleen maar lastiger. Dus vasthouden aan wat we maatschappelijk met elkaar acceptabel vinden, moet ook binnen een instelling plaatsvinden.’

Schade verhalen op de dader is vrijwel nooit het doel van de aangifte. Drie GGZ-medewerkers die aangifte hadden gedaan zeiden expliciet dat ze daar niet op uit waren. Verschillende leidinggevendenden zeggen dat het vrijwel nooit voorkomt dat schade wordt verhaald op de patiënt. Volgens hen is dit vaak ook niet mogelijk, omdat patiënten meestal weinig financiële middelen hebben. Eén leidinggevende zegt wel aangifte te doen om schade vergoed te kunnen krijgen van de verzekeraar.

Wanneer aangifte niet zinvol wordt geacht, wordt er soms gekeken naar andere mogelijke interventies. Soms wordt een officieel gesprek gevoerd met de patiënt door behandelaars en de teamleider. Een andere, eerder genoemde mogelijkheid is een melding vast te laten leggen in het politiesysteem. Sommige GGZ-instellingen zetten de wijkagent in om een zogenaamd ‘bromsnorgesprek’ te voeren met de patiënt:

P1: ‘Soms helpt het gewoon om een bemiddelend gesprek te voeren met de politie erbij. Dat uniform doet dan best wel wat.’

### Mogelijkheden strafrechtelijke afdoening

Als er aangifte is gedaan, blijkt het in de praktijk vaak lastig om een psychiatrisch patiënt strafrechtelijk te vervolgen. Om een straf op te kunnen leggen moet vastgesteld worden of het strafbare gedrag de patiënt toegerekend kan worden. In paragraaf 7.1 bleek al hoe lastig dat is in de praktijk. Wordt een patiënt (gedeeltelijk) verantwoordelijk geacht voor het feit, dan is het voor een rechter lastig om te bepalen welke straf zinvol is:

Rechter: ‘Dit is wat we hebben, na eventueel bijzondere voorwaarden (...) is het vooral werkstraf. Nou, de meeste mensen zijn daartoe totaal niet in staat. Of gevangenisstraf, maar daarvoor zijn de feiten niet ernstig genoeg. Of een boete. Dat zijn een beetje de smaken die je hebt. En dat is natuurlijk heel beperkt. Je kunt ook zeggen, het heeft een pedagogisch doel want je hebt tegen zo’n patiënt kunnen zeggen: “Dit is echt onacceptabel.” En uit onderzoek is gebleken dat mensen toch wel luisteren

naar rechters, maar het ligt er natuurlijk wel aan hoe iemand eraan toe is. Het heeft niet zoveel zin om iemand die in een psychose is op deze manier toe te spreken.'

L9: 'Het loopt al stuk op de officier van justitie. Die brengt het niet eens naar de rechter, omdat hij denkt dat de rechter niet anders gaat besluiten dan we al hadden. Dan krijg je bijvoorbeeld de uitspraak: "U krijgt twee weken gevangenisstraf op voorwaarde dat u zich laat behandelen bij instelling X." Nou, die man was al in behandeling bij instelling X, dus dan moet hij zich twee weken goed gedragen, anders zou hij misschien wel naar de gevangenis kunnen, maar dan is het ook weer klaar. Dus hij zit dan nog steeds bij ons en de slachtoffers zitten daar wel mee.'

Wordt een patiënt ontoerekeningsvatbaar geacht, dan voegen de maatregelen die opgelegd kunnen worden in de praktijk meestal maar weinig toe. Vaak wordt een zaak dan geseponeerd:

Jurist: 'Als iemand met een rechterlijke machtiging is opgenomen, dan zie je heel vaak dat ze een sepot "gezondheidstoestand" doen [in het geval van bedreiging en eenvoudige mishandeling]. De zaaksofficieren redeneren dan: RM, wat moet ik eigenlijk vorderen? Nou, sepot gezondheidstoestand, want hij wordt al behandeld. En ze denken ook: als hij ontoerekeningsvatbaar is, wat moet ik dan vorderen op de zitting, artikel 37, plaatsing psychiatrie? Hij zit daar al met een RM, dat is bijna hetzelfde.'

### *Bijzondere initiatieven*

Omdat vanuit de psychiatrie geluiden kwamen dat het OM geweld in de psychiatrie niet serieus neemt zijn in 2015 in Amsterdam themazittingen gehouden bij de politierechter waarbij het ging om mishandeling en bedreiging van personeelsleden door psychiatrische patiënten. GGZ-directies werden uitgenodigd om deze zittingen bij te wonen. Tijdens deze zittingen bleek hoe lastig het is om deze zaken strafrechtelijk af te doen.

Rechter: 'Als rechter heb je een beperkt arsenaal aan straffen en maatregelen en wat moet je geven voor een klap die geen gevolgen had verder,

maar wel mishandeling was, die inmiddels alweer twee jaar geleden is gegeven en meneer zit in een andere instelling en is er zo slecht aan toe dat hij volgens de arts niet naar zitting kan komen? Wat voor strafrechtelijke afdoening is daar nou nuttig voor?’

Een aantal jaar geleden is bij GGZ-instelling Emergis een pilot gestart waarbij er twee tot vier keer per jaar een TOM-zitting op locatie wordt gehouden. Tijdens deze zittingen behandelt een officier van justitie eenvoudige strafbare feiten die door patiënten binnen en incidenteel ook buiten de instelling zijn gepleegd. Tijdens deze zittingen worden ook eenvoudige agressie- en geweldszaken waarvan GGZ-medewerkers slachtoffer zijn geworden behandeld. Volgens betrokkenen is dit een goede manier om deze zaken betekenisvol af te doen.

OvJ: ‘Op zo’n TOM-zitting wordt zeker 80% geseponeerd. Maar dan heb ik ze wel gezien, gesproken, ze zijn aangesproken op hun gedrag. Als ze van de politie horen: “Je mag weg”, en ze horen er nooit meer iets van, dan denken ze: ik kom overal mee weg. Op zo’n TOM-zitting spreken ze eerst met de reclassering en dan met mij. Ik zit daar met een secretaris die aantekeningen maakt en papierwerk doet, de politie zit er altijd bij. Dus de setting is formeel. En zij zitten daar met hun advocaat, ze “kijken er al naar uit”. Dus ook als ik zo’n zaak heb geseponeerd, krijg ik toch van de instelling terug dat het gedrag van diegene op de afdeling echt veranderd is. Het zal niet altijd zo zijn, maar in het merendeel van de gevallen wel, want ze worden wel aangesproken op hun gedrag. Dus je hebt wel dat afschrikeffect.’

## 7.6 Informatievoorziening

### *Informatievoorziening politie*

Uit de interviews komt naar voren dat slachtoffers behoefte hebben aan informatie over de afhandeling van de zaak.

Acht van de dertien GGZ-medewerkers die aangifte van geweld hebben gedaan, hebben bericht gekregen van de politie over de verdere afhandeling van de zaak. Enkelen hebben er niets meer van gehoord of kregen pas informatie nadat zij zelf herhaaldelijk contact hadden gezocht met de politie.

S13: 'Ik heb een paar keer gebeld met de politie, van: "Ik hoor niks." Ik heb toen wat wisselende geluiden gehoord, de eerste keren: "Het is in behandeling", of: "We proberen hem te spreken te krijgen." Op een gegeven moment had ik een agent aan de telefoon die zei: "Dat is klaar, afgehandeld en daar doen we niks meer mee." Terwijl ik nog in afwachting was van een vervolg.'

Ook leidinggevend en die namens medewerkers of de instelling aangifte doen worden niet altijd door de politie geïnformeerd over de verdere afhandeling van de zaak. Soms moeten zij zelf contact opnemen met de politie om geïnformeerd te worden.

L2: 'Ik denk dat ik van drie aangiftes in 2015/2016 op de hoogte ben gehouden. Nou, van de 23 is dat behoorlijk weinig.'

### Informatievoorziening OM

Hoewel de meeste geïnterviewde GGZ-medewerkers die zelf aangifte hebben gedaan bericht hebben gekregen van het OM over de afhandeling van hun zaak, blijkt de informatieverstrekking van het OM niet in alle gevallen goed te verlopen. Zo hebben sommigen geen sepotbrief ontvangen, of kregen zij deze brief pas maanden nadat de zaak geseponeerd was. Ook hoorde een slachtoffer pas op de zitting dat hij opgeroepen was als getuige:

S13: 'Toen bleek op de zitting dat ik ook als getuige opgeroepen was. Alleen hadden ze die oproep nooit verstuurd. Dus dat kwam voor mij nogal als een verrassing. (...) Dat was wel pittig, omdat zijn advocaat mijn hele verhaal onderuit probeerde te halen. (...) Het was wel fijn geweest als ik me daar op voor had kunnen bereiden.'

Een ander punt van kritiek is dat in sepotbrieven nauwelijks informatie staat over hoe men tot deze beslissing gekomen is. Officiëren van justitie erkennen dat de informatievoorziening van het OM soms te wensen overlaat. Ook zij zijn van mening dat meer uitleg geven over een sepotbeslissing veel onbegrip kan wegnemen.



De politie wordt niet geïnformeerd door het OM over de uitspraak in een zaak. Een wijkagent is van mening dat het goed zou zijn als hij hiervan wel op de hoogte wordt gebracht:

P1: 'Ik vind dat niet handig, dat het allemaal buiten ons om gaat, want mensen reageren daarop. Als een patiënt zijn straf te horen krijgt, dan kan zijn reactie zijn "oké", maar het kan ook zijn dat hij helemaal gek wordt. Dan is het fijn dat ik dat weet. Dan kan ik daar rekening mee houden en mensen inseinen. Justitie werkt niet altijd even snel, dus soms is er al wel een straf bekend, maar weet de aangever dat nog niet. Maar die aangever loopt wel op die afdeling. Het kan gevolgen hebben. Patiënten weten het vaak eerder dan de rest en dat kan wel eens gedoe geven.'

## 7.7 Bekendheid met beleid

### Interne regels

Er blijkt in de praktijk veel onduidelijkheid te zijn omtrent de (juridische) afhandeling van agressie en geweld in de psychiatrie en ook veel onbekendheid met het bestaande beleid. Dit geldt voor alle betrokken partijen: GGZ-medewerkers, politiefunctionarissen en leden van de rechterlijke macht.

GGZ-medewerkers zijn niet altijd voldoende bekend met de interne regels van de eigen organisatie. Voor hen is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk of de politie moet worden ingeschakeld wanneer er een agressie- of geweldsincident plaatsvindt. Zij vinden het soms lastig te bepalen tot op welke hoogte geweld bij het werk hoort en wanneer het gedrag aangiftewaardig is. Dit komt omdat vaak lastig vast te stellen is of agressie voortkomt uit het ziektebeeld van de patiënt. Dat leidt in sommige gevallen tot normvervaging:

L4: 'Vaak maken wij ook de fout dat wij ze zelf niet bellen. Laatst hadden wij een patiënt die dreigde met een mes, die zwaaibewegingen naar een collega maakte, die heeft daar geen aangifte van gedaan, maar je zou ook kunnen denken: is dit niet de grens voor de afdeling, misschien moeten we de politie bellen?'

### Onbekendheid met VPT en ELA

GGZ-medewerkers zijn er niet altijd van op de hoogte dat het programma VPT en de daarbij behorende Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) op hen van toepassing zijn:

L1: 'Dat VPT vind ik wel lastig, hoor. Dat leeft hier in de instelling niet zo en ik denk in de hele GGZ niet. Omdat de maatschappij denkt dat het erbij hoort en medewerkers zelf vinden dat ook wel tot een bepaalde grens. Het is natuurlijk anders als een ambulancemedewerker klappen oploopt als hij iemand wil helpen dan wanneer dat gebeurt als iemand hier doorgedraaid binnenkomt. Dat risico is natuurlijk groter.'

Ondanks het programma VPT en de ELA lijkt iedere politie-eenheid zijn eigen regels te hanteren met betrekking tot (de aangifte van) geweld binnen GGZ-instellingen. Sommige eenheden zijn wel bereid om het GGZ-personeel te ondersteunen als een patiënt gesepareerd moet worden, andere vinden dit een verantwoordelijkheid van de instelling zelf. Er zijn ook verschillen in de manier waarop aangiftes worden opgenomen. Sommige eenheden komen langs in de instelling om een aangifte op te nemen, andern zijn hier niet toe bereid. Soms is het niet mogelijk om namens het slachtoffer of namens de instelling aangifte te doen. Andere eenheden geven hier juist de voorkeur aan. Deze verschillen zijn goed merkbaar voor medewerkers van GGZ-koepels die meerdere politiedistricten beslaan en daardoor met verschillende politie-eenheden te maken hebben.

Voor GGZ-medewerkers zijn negatieve ervaringen soms een reden om de politie niet in te schakelen bij een agressie- of geweldsincident. Verschillende GGZ-medewerkers hebben meegemaakt dat de politie niet bereid was om een psychiatrisch patiënt te arresteren of om een aangifte van geweld door een patiënt op te nemen.

Een leidinggevende van de politie erkent dat sommige politieambtenaren niet goed op de hoogte zijn van het programma VPT, de ELA en het convenant tussen de politie en GGZ Nederland. Volgens hem is deze onwetendheid niet de enige reden dat politiefunctionarissen niet altijd bereid zijn om aangiftes op te nemen:

P3: 'Er komt natuurlijk heel veel binnen bij de politie en capaciteit is bij ons echt een schaars goed. Als we nog drie moorden op de plank hebben liggen, dan wordt bij een eenvoudige mishandeling gedacht: pff. (...)

Onze operationele collega's denken: medisch geheim en dat soort toestanden en die persoon die de daad heeft verricht heeft ze geestelijk al niet helemaal lekker op een rijtje. (...) Dus dan krijg je het effect: kunnen we hiervan wel een aangifte opnemen? Wordt de dader dan straks wel veroordeeld? En hoort dat dan niet bij je vak? Op dat snijvlak moet nog wel het nodige worden gedaan.'

De ervaring is dat ook rechters zich niet altijd realiseren dat het programma VPT en de ELA van toepassing zijn op de GGZ. Een geneesheer-directeur vindt dat de rechtbank dit soort zaken vaak schorst. Er zit volgens haar een hoge mate van willekeur in de manier waarop rechtbanken deze zaken afhandelen. Een officier van justitie geeft een voorbeeld:

OvJ: 'De rechtbank zei: "Deze meneer is gedwongen opgenomen, wij snappen niet waarom hier tot strafrechtelijke vervolging wordt overgegaan." (...) Dus toen werden we niet-ontvankelijk verklaard! Voor de VPT vind ik dat echt een vloek in de kerk. Als je dat letterlijk neemt, zou dat een vrijbrief zijn voor patiënten die in de GGZ opgenomen zijn om strafbare feiten te plegen. Ik ben daarover gierend in appel gegaan en toen heeft het Hof gezegd: "Dit is een onterechte niet-ontvankelijkheidsverklaring." (...) Toen heb ik tbs geëist (...) en gekregen voor die man, maar dat was heel moeilijk.'

Verschillende respondenten ervaren een grote afstand tussen het beleid en de praktijk. In de praktijk gaat het er volgens hen vaak anders aan toe dan is afgesproken op beleidsniveau. Dat betekent echter niet dat het beleid nutteloos is, vindt een GGZ-jurist:

'Het is natuurlijk een tsunami aan convenanten en geweldsprotocollen en noem maar op. Maar dat maakt niet uit, als je er maar naar kunt verwijzen. Zoals naar die ELA-richtlijnen. Het noemen alleen is al een soort sleutel.'

### *Bevoegdheden andere partijen*

Het feit dat de betrokken partijen onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars bevoegdheden en mogelijkheden kan in de praktijk tot onbegrip leiden. Zo

realiseren GGZ-medewerkers zich niet dat de politie slechts verantwoordelijk is voor de opsporing, en dat de beslissing om een verdachte langer vast te houden en eventueel te vervolgen wordt genomen door het OM, stelt een politiefunctionaris. Hij ervaart hierdoor veel onbegrip van GGZ-personeel. Een advocaat die slachtoffers bijstaat onderschrijft dat medewerkers in de gezondheidszorg doorgaans weinig kennis hebben van het strafrecht. Dit gebrek aan kennis bij GGZ-medewerkers blijkt ook uit een voorbeeld dat werd gegeven door een officier van justitie:

OvJ2: ‘Dan belt een GGZ-medewerker mij op en zegt: “Ik ben helemaal klaar met deze meneer, hij is zo vervelend in de instelling, ik wil nu een forensische titel.” Dan zeg ik: “Heeft u dan een strafbaar feit?” Dan valt het stil aan de andere kant van de lijn, want dan weten ze eigenlijk niet dat dat zo werkt.’

Andersom lijkt het OM zich volgens een GGZ-medewerker niet te realiseren dat wanneer een patiënt in het kader van de BOPZ is opgenomen, instellingen alleen maar kunnen beveiligen door vrijheidsbeperking of -beneming of het toepassen van dwang. Straffen is niet mogelijk.

Een officier van justitie stelt dat vaak wordt gedacht, zowel binnen de GGZ als binnen de politie en de rechterlijke macht, dat strafrecht en zorg niet samen kunnen gaan. Het strafrecht zou ongeschikt zijn voor psychiatrische patiënten, omdat zij zorg nodig hebben. Terwijl binnen een forensisch kader ook goede zorg verleend kan worden.

### *Aandachtsfunctionarissen*

Uit de gesprekken met GGZ-medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van geweld door patiënten blijkt dat een groot deel van hen behoefte heeft aan begeleiding na een incident en bij eventuele aangifte en vervolging. Vaak zijn er wel gesprekken met een opvangteam mogelijk, maar er is ook behoefte aan ondersteuning bij het regelen van praktische zaken. De slachtoffers ervaren dit namelijk vaak als ingewikkeld, belastend en tijdrovend. Sommige instellingen werken om deze reden met een aandachtsfunctionaris die goed op de hoogte is van het beleid en de mogelijkheden, en ondersteuning kan bieden aan slachtoffers.

Instellingen die werken met een aandachtsfunctionaris ervaren veel voordelen. Doordat zij bij alle geweldsincidenten en de afdoening daarvan betrokken

zijn, ontstaat er deskundigheid waardoor het aangifteproces efficiënter verloopt. Ook wordt een aandachtsfunctionaris niet gehinderd door emoties, waardoor hij beter weerstand kan bieden aan onwelwillende politieagenten. Daarnaast wordt het slachtoffer ontlast en voelt hij zich gesteund. Verder kan een aandachtsfunctionaris het slachtoffer erop voorbereiden dat een aangifte niet altijd leidt tot daadwerkelijke vervolging. Dat neemt veel teleurstelling weg.

Het aanstellen van een aandachtsfunctionaris bij de politie, die aangiftes van geweld jegens GGZ-personeel afhandelt, zou volgens GGZ-medewerkers ook uitkomst bieden. Zij zouden het fijn vinden als zij met hun aangiftes terecht kunnen bij een agent die enige kennis heeft van de psychiatrie. Dat voorkomt volgens hen dat aangiftes ten onrechte niet opgenomen of niet opgepakt worden.



## Casus 4

### ‘Ik maak je dood!’

Jonas

Hij is achter in de twintig. Lang van postuur en een licht onderzoekende blik. Jonas begon ooit in de beveiliging, maar ontdekte al tijdens zijn stage dat het werk hem niet echt lag. Hij koos voor de sociaal-pedagogische hulpverlening. Hij liep stage in de gehandicaptenzorg en werkte met dak- en thuislozen. Jonas rondde zijn hbo-opleiding af en kon meteen aan de slag op een forensisch psychiatrische afdeling. Daar werkt hij met cliënten die een delict hebben gepleegd en die vaak te kampen hebben met een verslaving. Allemaal patiënten die ontoerekeningsvatbaar zijn geacht voor een strafbaar feit of ongeschikt zijn voor detentie wegens een psychiatrische stoornis. Jonas werkt er al bijna tien jaar, fulltime.

Juist het feit dat het gaat om mensen die zijn vastgelopen, vindt hij zo interessant. Zijn voldoening komt voort uit de successen die ze boeken. En die zijn er. Daar zijn natuurlijk wel grote verschillen in te zien:

‘Als iemand nog jong is en zijn eerst psychose meemaakt, kun je meer bereiken dan wanneer iemand al jaren verslaafd is en met grote psychische problemen en de gevolgen daarvan kampt. De behandeldoelen stem je ook af op de fase waarin iemand zit.’

‘Ik wist waar ik in stapte toen ik met dit werk begon. Ik snap dat hier wel eens wat kan gebeuren. Bedreigingen, een scheldpartij, blauwe plekken vanwege een worsteling. Dat kan gebeuren. Ik heb dat altijd wel ingecalculeerd.’

Maar er gebeurde iets wat toch buiten deze categorie valt. Het was in de avond. Jonas had nachtdienst en het team dat late dienst had vertelde over een cliënt die nog een aansteker bij zich had. Dat was niet de bedoeling. Er was afgesproken dat hij die aansteker zou inleveren. De collega van Jonas was het niet gelukt om de aansteker van hem te krijgen.

‘We gaan samen nog een keer naar hem toe om te vragen of hij de aansteker wil geven. Hij wordt erg boos. Meteen schelden en dreigen. Uiteindelijk gooit hij de aansteker in onze richting terwijl hij tegen mij zegt dat ik moet oppassen en dat hij mij nog wel zal krijgen. Als ik daarna tegen hem zeg dat hij op zijn kamer moet blijven, komt hij heel dicht bij me staan. Ik kijk in zijn ogen en voel al dat het gaat escaleren. Ik vraag hem om een stap naar achteren te doen. Dat doet hij niet, dus ik druk op mijn alarm. Gelukkig zijn er nog veel mensen op de afdeling, omdat we in de overdracht van de late dienst naar de nachtdienst zitten. Meteen daarna begint hij met zijn vuisten op mij in te beuken. Hij richt zich vooral op mijn hoofd. Eerst kan ik de meeste stompen nog afweren en ontwijken, maar hij raakt me toch een paar keer goed. Als ik in elkaar zak geeft hij me nog een knietje recht in mijn gezicht. Daarna wordt hij door mijn collega’s overmeesterd. Tenminste, dat lijkt zo. Want hij richt zich nog op, trapt mij nog een keer in mijn gezicht terwijl hij roept: “Jonas, ik maak je dood. Ik maak je dood.” Als een collega mij wegtrekt, roept hij nog: “Ik krijg je nog wel. Ik stuur mensen op je af. Je gaat eraan.” Hij wordt weer rustig als hij me niet meer ziet. Mijn collega’s brengen hem naar de separeerruimte.’

De rechterlijke machtiging van deze patiënt werd twee weken voor het incident verlengd. Mede op basis van wat Jonas als getuige-deskundige tijdens de zitting vertelde. Toen had de patiënt al geroepen dat dit gevolgen voor hem zou hebben:

‘Het incident was echt duidelijk tegen mij gericht. Ik denk dat hij het gevoel had dat ik hem iets had aangesmeerd. Wat natuurlijk niet zo is. Qua verwondingen was er eigenlijk weinig te zien. Een paar schrammen, een stijve nek en mijn neus was gekneusd. Ik ben nog steeds blij dat mijn collega’s er nog waren. Zonder hen had het heel anders kunnen aflopen.’

Na de aanval ging Jonas naar kantoor om bij te komen. Hij keek meteen even in de spiegel om te kijken hoe hij eruitzag. De dienstdoende arts kwam langs, dus die kon hem meteen ook even nakijken. Collega’s vertelden later dat ze in al de jaren dat ze er werkten nog nooit zo’n gerichte agressieve actie hadden meegeemaakt. Het aanbod om naar huis te gaan, sloeg hij af. De manager en een collega hielden Jonas nog een tijdje gezelschap.



'Al met al was het een kort nachtje voor m'n manager. Die vertrok pas om half twee en stond de volgende ochtend om zeven uur weer bij me om te kijken hoe het ging.'

Pas toen hij op weg naar huis ging, belde hij een paar vrienden en zijn ouders. Het gekke was dat hij thuis meteen in slaap viel.

'Het kostte al met al toch best veel energie, denk ik. Mijn manager belde 's middags om te vragen hoe het ging. Collega's ook. Ze hadden overigens besloten om me op een andere, rustiger afdeling te plaatsen, maar dat wilde ik niet. Gewoon meteen terug in de leeuwenkuil. Ook omdat ik vind dat ik daar als hulpverlener echt mijn werk kan doen. Ik heb vooral met mijn collega's gepraat over wat er gebeurde. Veel van hen hadden nog nooit zoiets heftigs gezien.'

Jonas deed zelf aangifte, nadat zijn manager werd teruggestuurd door de politie. Jonas keek kritisch mee met het proces-verbaal en liet hier en daar ook wijzigingen aanbrengen. Het verslag van de arts is bij het proces-verbaal gevoegd. Uiteindelijk werd zijn zaak geseponeerd.

'Daar was ik het niet mee eens. Deze man heeft binnen onze organisatie al meerdere slachtoffers gemaakt. Een paar jaar geleden werd hij hiervoor nog gestraft, maar de laatste jaren niet meer. Ik vraag me echt af wat iemand moet doen om ervoor te zorgen dat het wel tot een rechtszaak komt. Wanneer wordt zo iemand echt goed aangepakt? Achteraf denk ik wel dat we tijdens het gevecht meteen 112 hadden moeten bellen. Ik wil ervoor zorgen dat we dat hier nu beter doen. Dat we daar afspraken over hebben en we ons daaraan houden. Dan weet iedereen waar hij aan toe is. Er is een grens en daar ga je niet overheen. Ik ga nog steeds met veel plezier naar mijn werk. Na een week had ik al weer een confrontatie met een cliënt. Mijn collega's hadden daar meer stress van dan ik. Ik ben wel preventief naar de bedrijfsarts gegaan. Ik heb bij collega's gezien dat het belangrijk is om zoiets goed te behandelen. Anders loop je kans op posttraumatische stressklachten. De bedrijfsarts heeft toen *exposure*-therapie met me gedaan. Een eenvoudige vorm van EMDR. En dat werkte heel goed. Ik denk er nu eigenlijk nooit meer aan. Behalve als ik achter het sepot aan ga. Ik heb maandenlang twee, drie keer per week contact gezocht. Onze directeur heeft me

daarin alle support gegeven. Ik heb een advocaat en een juridisch adviseur vanuit de organisatie. Dus ze pakken het heel serieus op.'

Jonas is er volgens eigen zeggen sterker en strijdbarder uit gekomen. Hij maakt nu intern sneller melding van incidenten omdat hij ziet hoe belangrijk dat is. Collega's spreken hun waardering uit over hoe hij omgaat met dit incident. Voor sommigen is hij een voorbeeld.

## Conclusie en discussie

### 8.1 Conclusie

In de introductie van dit rapport zijn vragen gepresenteerd waarop dit onderzoek een antwoord tracht te vinden. In dit hoofdstuk wordt eerst de hoofdvraag en vervolgens de vijf deelvragen beantwoord op basis van de resultaten van dit onderzoek.

#### Hoofdvraag:

*Wat is de aard en omvang van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie en wat zijn in de praktijk de dilemma's, knelpunten en best practices met betrekking tot het doen van aangifte en de eventuele verdere strafrechtelijke afhandeling van dit geweld?*

In vergelijking met andere (zorg)sectoren worden werknemers in de psychiatrie met veel geweld geconfronteerd. In sommige gevallen heeft dit geweld ernstige gevolgen. Juist in dit werkveld is er veel onduidelijkheid over de wenselijkheid van een eventuele justitiële reactie op dit geweld. Gezien de functie van de GGZ vinden de meeste betrokkenen dat agressie en geweld tot op zekere hoogte bij het werk horen. Onduidelijk is echter waar de grens van het toelaatbare ligt. Ook is onduidelijk in welke gevallen aangifte op zijn plaats is. De beslissing om wel of geen aangifte te doen wordt doorgaans op rationele gronden genomen. Slachtoffers die aangifte doen, willen vooral zichzelf, collega's en de overige patiënten beschermen. Wanneer aangifte wordt overwogen blijkt een aantal knelpunten een rol te spelen: de eventuele verminderde toerekeningsvatbaarheid van de dader, het medisch beroepsgeheim, angst voor represailles van (het netwerk van) de dader, de behandelrelatie, twijfel over de zin van aangifte en de beperkte mogelijkheden voor een betekenisvolle afdoening. Na de aangifte worden de slachtoffers doorgaans slecht geïnformeerd over het verdere verloop van de zaak. Er is veel beleid dat betrekking heeft op (de aangifte van) geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Dit beleid en de inhoud daarvan zijn onvoldoende bekend bij de verschillende stakeholders of worden niet altijd nageleefd. Nadere bestudering van het beleid laat zien dat het weinig concrete hand-

vatten of oplossingen biedt als het gaat om de vraag in welke gevallen aangifte op zijn plaats is en in hoeverre de aanwijzingen met betrekking tot het beroepsgeheim gelden in situaties waarin een patiënt een strafbaar feit heeft gepleegd in de instelling. Tevens wordt onvoldoende duidelijk gemaakt welke informatie uitgewisseld mag worden. Vanuit de praktijk komen verschillende mogelijkheden naar voren om de slachtoffers die aangifte overwegen beter te ondersteunen.

#### Deelvraag 1:

*Wat is de aard en omvang van het geweld waar hulpverleners in de psychiatrie mee geconfronteerd worden?*

Uit eerder onderzoek naar geweld op de werkvloer komt de GGZ naar voren als een sector waar werknemers veel agressie en fysiek geweld door patiënten ondervinden. Dit geweld kan verstrekkende gevolgen hebben voor de slachtoffers, zoals ernstig fysiek of psychisch letsel, wat langdurig herstel tot gevolg kan hebben.

De hoge prevalentie van geweld binnen de psychiatrie kan verklaard worden door de samenhang die lijkt te bestaan tussen psychopathologie en geweld. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze samenhang nog onvoldoende is verklaard en dat het doorgaans een beperkt deel van de patiënten is dat geweld pleegt. Het geweld is ook (deels) te verklaren door de functie van opname in de GGZ; patiënten die vanwege hun stoornis een gevaar vormen voor zichzelf en/of anderen, kunnen (als het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend) gedwongen opgenomen worden. Het is aannemelijk dat dit gevaar niet verdwenen is vanaf het moment van opname.

Door de betrokkenen wordt het geweld in de psychiatrie op verschillende manieren geframed. Als geweld wordt gepercipieerd als een onvermijdelijk onderdeel van het werk in de psychiatrie, kan dit leiden tot normvervaging. Ook binnen de verschillende betrokken partijen (de GGZ, de politie en het OM) is geen consensus over de vraag in hoeverre geweld een onderdeel is van het werk in de GGZ. Dit kan resulteren in een inconsequente afdoening.

## Deelvraag 2:

*Wat zijn de behoeftes van slachtoffers van geweld in de psychiatrie en wat is hun motivatie om wel of geen aangifte te doen?*

Zowel uit de literatuur als uit de empirie komt naar voren dat slachtoffers van geweld in de psychiatrie specifieke behoeftes hebben. In de eerste plaats hebben zij behoefte aan steun, erkenning en hulp van hun naaste collega's en hun leidinggevende. Wanneer er vervolgens contact is met politie en justitie, is het voor hen belangrijk dat zij ook door politie en justitie erkend worden als slachtoffer en dat zij steun krijgen bij een eventueel strafrechtelijk vervolg. Ook willen zij goed geïnformeerd worden, zowel over hun eigen zaak als meer algemeen over hun positie als slachtoffer in een strafzaak. Als de zaak geseponeerd wordt, willen zij uitleg krijgen over de beslissing.

De behoefte aan een eventueel strafrechtelijk vervolg is afhankelijk van hoe het slachtoffer en eventuele getuigen het geweld framen. Wanneer zij vermoeden dat het gewelddadige gedrag voortvloeit uit de psychopathologie van de dader en er geen sprake lijkt te zijn van opzet, dan hebben zij vaak geen behoefte aan een strafrechtelijk vervolg. Als er wel aangifte wordt gedaan, speelt vergelding vrijwel nooit een rol. Net als bij de beslissing om geen aangifte te doen spelen vooral rationele motieven een rol. De slachtoffers hebben vooral behoefte aan bescherming; niet alleen van henzelf maar ook van collega's en overige patiënten. Vaak willen zij dat een dossier wordt opgebouwd zodat in de toekomst eventueel via de strafrechter behandeling in een zwaarder regime gerealiseerd kan worden. In de psychiatrische zorg zal het vaak voorkomen dat dader en slachtoffer elkaar goed kennen en met elkaar geconfronteerd zullen blijven worden. Dit kan tot verschillende behoeftes ten aanzien van de afdoening leiden. Soms wil het slachtoffer de behandeling niet frustreren met een aangifte. Het komt ook regelmatig voor dat men bang is voor represailles van de patiënt of zijn netwerk.

### Deelvraag 3:

*Wat zijn de dilemma's en knelpunten bij het doen van aangifte van geweld door een patiënt?*

*En in hoeverre bieden beleidsstukken en convenanten hierbij handvatten?*

Uit het onderzoek zijn zeven dilemma's of knelpunten naar voren gekomen:

### *Toerekeningsvatbaarheid*

Binnen de GGZ vindt men dat een aangifte van geweld door een patiënt op zijn plaats is als er sprake is van intentie. In de praktijk vinden slachtoffers het lastig vast te stellen in hoeverre geweld voortkwam uit de stoornis en in hoeverre er sprake was van intentie. Zij hebben het gevoel dat zij, door hier een oordeel over te geven, op de stoel van de rechter gaan zitten. Bij ernstig geweld lijkt de mate van toerekeningsvatbaarheid er minder toe te doen. Doorgaans wordt gesteld dat in het geval van ernstig geweld altijd aangifte zou moeten plaatsvinden. Het blijkt echter onduidelijk welke gevallen daar wel of niet onder vallen. Binnen instellingen is hier vaak geen consensus over. Ook de convenanten geven weinig houvast.

Ook voor de beslissing om al dan niet te vervolgen is de vraag of het geweld voortkwam uit de stoornis relevant. Het instellen van een pro Justitia-rapportage is kostbaar en tijdrovend. Volgens het instrument BooG van het OM is een dergelijk onderzoek alleen geïndiceerd bij ernstige delicten. Bij minder ernstige delicten wil de officier van justitie op basis van de informatie van de aangever een inschatting kunnen maken van de toerekeningsvatbaarheid van de dader ten tijde van het incident. Wanneer de aangever geen informatie wil verstrekken vanwege zijn beroepsgeheim, kan dat leiden tot ergernis. In de praktijk is de ervaring dat zaken worden geseponneerd op grond van vermeende ontoerekeningsvatbaarheid van de verdachte, zonder dat dit nader is onderzocht.

### *Medisch beroepsgeheim*

Met het doen van aangifte tegen een patiënt doorbreekt de hulpverlener het beroepsgeheim. De regels omtrent de gronden waarop het beroepsgeheim doorbroken kan worden zijn ingewikkeld en streng. Met name bij de uitzonderingsgronden uitdrukkelijke toestemming van de patiënt en conflict van plichten moet de zwijgplichtige lastige afwegingen maken. Voor de uitzonderings-

grond conflict van plichten moet bovendien aan voorwaarden worden voldaan die gaan over verwachtingen. In het beleid met betrekking tot geweld in de psychiatrie wordt de mogelijkheid om aangifte te doen echter wel gepresenteerd en ook aangemoedigd. Maar of de algemene regels met betrekking tot het doorbreken van het beroepsgeheim gelden bij het doen van aangifte van geweld tegen hulpverleners is onduidelijk. De verschillende convenanten tussen de GGZ en de politie zijn niet eenduidig en geven nauwelijks concrete informatie over in welke gevallen aangifte gedaan kan worden en welke informatie gedeeld mag worden.

### Beschermen identiteit aangever

Anders dan in de meeste andere sectoren worden slachtoffers van geweld in de psychiatrie vaak weer geconfronteerd met de dader (en zijn netwerk). Zowel uit de literatuur als uit de gegevens die in het huidige onderzoek middels de enquête en de interviews zijn verzameld, komt naar voren dat angst voor represailles door de patiënt of zijn netwerk een slachtoffer ervan kan weerhouden om aangifte te doen. Over hoe vaak deze angst slachtoffers ervan weerhoudt om aangifte te doen zijn geen cijfers bekend. Bij het doen van aangifte blijken er twee opties om de identiteit van de aangever af te schermen relevant: het kiezen van domicilie op het adres van de instelling en het doen van aangifte onder nummer, eventueel door een ander dan het slachtoffer. Over de wenselijkheid van aangifte door een ander dan het slachtoffer wordt verschillend gedacht. Benadrukt wordt dat het altijd mogelijk is dat de identiteit van het slachtoffer alsnog bekend wordt. Bovendien kennen de dader en het slachtoffer elkaar doorgaans goed en is meestal duidelijk wie de aangever is.

### Behandelrelatie

Na een geweldsincident binnen de psychiatrie moet de behandelrelatie veelal voortgezet worden. Een van de redenen hiervoor is dat er vaak sprake is van een gedwongen behandeling. Ook komt het voor dat een patiënt vanwege zijn problematiek niet in voorarrest gehouden kan worden. Overplaatsing naar een andere afdeling kan alleen bij een relatief grote instelling en overplaatsing naar een andere instelling is vaak lastig te realiseren. Sommige slachtoffers vinden het een probleem dat ze met een eventuele aangifte de behandelrelatie verstoren.

### Mogelijkheden en zin vervolging

Van aangifte wordt vaak afgezien omdat het slachtoffer daar het nut niet van inziet. De ervaring is dat justitie vaak zonder nader onderzoek besluit niet tot vervolging over te gaan. Aangiftes leiden vrijwel altijd tot een sepot, ook in gevallen van ernstig geweld. De reden hiervoor is dat politie en justitie niet altijd zien wat de toegevoegde waarde is van vervolging van dit type zaken; de dader zit immers toch al binnen en vormt geen gevaar voor de maatschappij.

### Informatievoorziening

Voor slachtoffers die aangifte doen is het van groot belang geïnformeerd te worden over hun zaak. Hoewel in diverse beleidsafspraken is vastgelegd dat hulpverleners met een publieke taak goed geïnformeerd moeten worden, gebeurt dit in de praktijk niet altijd. Een eventuele beslissing om een zaak te seponeren wordt doorgaans niet voldoende toegelicht.

### Onbekendheid met beleid

Er is veel beleid van toepassing op geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie, zelfs zoveel dat men het overzicht kwijtraakt. In de praktijk is dit beleid vaak onvoldoende bekend of wordt het niet nageleefd. Slachtoffers die aangifte doen, hebben de ervaring dat zij de politie erop moeten wijzen dat het VPT-beleid van toepassing is. Binnen de rechterlijke macht lijkt er geen consensus over de vraag of het programma VPT ook van toepassing is op werknemers in de GGZ.

#### Deelvraag 4:

*Wat zijn de ervaringen in de praktijk met het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie?*

Vlak na een geweldsincident zijn werknemers in de psychiatrie vaak ernstig geschrokken. Soms hebben zij ook fysiek letsel. Op dat moment kunnen emoties zoals angst, boosheid, maar ook teleurstelling en twijfel over het eigen handelen een rol spelen. Ook kunnen zij bang zijn voor represailles. Voor hen is het op dat moment niet altijd duidelijk of aangifte bij de politie op zijn plaats is. De



werkgever speelt dan een belangrijke rol in die besluitvorming. Slachtoffers hebben wisselende ervaringen met de eventuele steun vanuit hun organisatie. Vaak is ook binnen de organisatie niet duidelijk in welke gevallen aangifte op zijn plaats is. Er zijn ook instellingen die hun werknemers op dat moment heel goed ondersteunen, bijvoorbeeld via een speciale aandachtsfunctionaris.

Slachtoffers hebben heel wisselende ervaringen met het doen van aangifte bij de politie. Ondanks alle beleidsprogramma's komt het nog voor dat politiefunctionarissen het nut van een dergelijke aangifte openlijk in twijfel trekken. Doorgaans moeten slachtoffers de politiefunctionaris erop wijzen dat het een VPT-zaak betreft. Slachtoffers stuiten op grote onduidelijkheid met betrekking tot het doorbreken van het beroepsgeheim. Na de aangifte worden slachtoffers vaak slecht geïnformeerd over hun zaak.

#### Deelvraag 5:

*Wat zijn de mogelijkheden om hulpverleners die het slachtoffer zijn geworden van geweld beter te ondersteunen?*

Uit dit onderzoek is gebleken dat geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie een substantieel probleem is. In de eerste plaats vraagt dit om een inspanning van zowel de overheid als de praktijk om te investeren in preventiemiddelen zoals effectieve interventies en adequate trainingen. Het is echter realistisch te veronderstellen dat, ook met goede preventiemaatregelen, niet al het (ernstige) geweld tegen werknemers in de psychiatrie te voorkomen is. Het is van belang slachtoffers in de psychiatrie te horen en te steunen en hun duidelijkheid te bieden over de mogelijkheden en beperkingen van een eventuele justitiële reactie.

Belangrijk is ook dat vanuit de sector duidelijkheid wordt geschapen over waar de grens van het toelaatbare ligt. Overigens is deze vraag nooit definitief te beantwoorden; elke zaak en elk incident is uniek en dit probleem vraagt om een voortdurende discussie en geen dwingende richtlijn. Politie en het OM moeten bekend zijn met de aard en omvang van het probleem en de redenen van slachtoffers om aangifte te doen; doorgaans willen slachtoffers geen vergelding, maar vooral veiligheid realiseren voor zichzelf, hun collega's, overige patiënten en uiteindelijk de maatschappij.

De eventuele (verminderde) toerekeningsvatbaarheid van de dader en het feit dat agressie en geweld mogelijk onderdeel uitmaken van de problematiek waarvoor de patiënt (in een gedwongen kader) behandeld wordt, maken dat geweld in de psychiatrie om een andere aanpak vraagt dan geweld tegen hulpverleners

in de overige sectoren. Dit betekent niet dat dit geweld minder ernstig is dan geweld tegen hulpverleners in andere sectoren. Het vraagt inspanning van alle betrokkenen om te onderzoeken hoe de specifieke knelpunten ondervangen kunnen worden. Op lokaal niveau wordt soms intensief samengewerkt tussen de GGZ, de politie en het OM. Convenanten worden niet alleen afgesloten maar ook geëvalueerd en waar mogelijk aangepast, en casuïstiek wordt besproken.

Een lastig op te lossen probleem blijkt de angst van slachtoffers voor represailles. Dit probleem vraagt om erkenning en een goede analyse. Ook het beroepsgeheim is een complicerende factor bij het doen van aangifte. De betrokken partijen staan met betrekking tot dit onderwerp soms tegenover elkaar. Beleid en convenanten bieden onvoldoende duidelijkheid en de instellingen hebben doorgaans onvoldoende expertise in huis. Slachtoffers zouden geholpen zijn met een landelijk informatiepunt waar naast juridische expertise ook kennis is van de dilemma's in de praktijk en dat vertrouwelijk en onafhankelijk advies geeft aan het slachtoffer over een eventuele aangifte. Dit informatiepunt is ook de plaats waar relevante casuïstiek kan worden verzameld en van waaruit discussies worden gevoerd met partijen in het veld.

Het slachtoffer kan verder geholpen worden door hem te horen en goed te informeren. Niet alleen met betrekking tot de eventuele vervolging, maar zeker ook over de verdere behandeling van de patiënt die gewelddadig is geweest. Binnen de GGZ zijn de mogelijkheden om gewelddadige patiënten door te plaatsen beperkt. Het slachtoffer wordt op de werkplek vaak weer geconfronteerd met de geweldpleger. Dit kan een ongewenste situatie opleveren. Het overplaatsen van het slachtoffer betekent dat deze als gevolg van het geweldsincident ook de vertrouwde werkplek moet verlaten.

Met betrekking tot de eventuele vervolging en afdoening van geweld door patiënten worden er vanuit het veld verschillende opties geopend die nadere bestudering verdienen. Om diverse redenen is het ongewenst om het slachtoffer of de instelling waar deze werkzaam is te vragen een inschatting te maken van de vermeende intentie van de dader. Een pro Justitia-onderzoek is echter duur en tijdrovend. De mogelijkheid om snel een beperkt onderzoek te laten verrichten door een onafhankelijke psychiater naar de eventuele verminderde toerekeningsvatbaarheid van de patiënt ten tijde van het incident moet nader onderzocht worden. Het is verder van belang meer ervaring op te doen met alternatieve wijzen van afdoening, zoals een waarschuwing door de politie of de officier van justitie en een TOM-zitting in de kliniek, en deze ervaringen te evalueren.

## 8.2 Discussie

### *Beperkingen van het onderzoek*

In dit onderzoek naar de aangifte en afdoening van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie zijn verschillende methoden van onderzoek toegepast en verschillende informatiebronnen geraadpleegd. Eerst zijn cijfers over de aard en omvang van het geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie uit verschillende reeds bestaande onderzoeken geraadpleegd en vergeleken. Hoewel deze onderzoeken verschillend zijn qua opzet, geven ze een vergelijkbaar beeld van de aard en omvang van het geweld. Om een goed begrip te krijgen van de dilemma's in de praktijk rond de afhandeling van dit geweld en het doen van aangifte in het bijzonder, is kwalitatieve informatie verzameld. Relevante beleidsdocumenten en convenanten zijn verzameld en geanalyseerd. Hoewel een grote hoeveelheid aan documenten is verkregen via verschillende wegen kan niet worden uitgesloten dat een relevant beleidsstuk is gemist of dat een geanalyseerd beleidsstuk inmiddels is aangepast. Vervolgens is een inventariserende enquête voorgelegd aan juristen die werkzaam zijn bij GGZ-instellingen en zijn er 35 diepte-interviews afgenomen met respondenten die werkzaam zijn in de GGZ, bij de politie en bij de rechterlijke macht. De respondenten zijn uitvoerig bevraagd over hun ervaringen met aangifte van geweld in de psychiatrie. Dit heeft veel specifieke en gedetailleerde informatie opgeleverd. Het is goed voorstelbaar dat deze geïnterviewden meer dan gemiddeld betrokken zijn bij dit onderwerp. Dit is ten dele het gevolg van de keuze om met mensen te spreken die veel expertise hebben op het gebied van dit onderwerp. Het is niet met zekerheid vast te stellen of hun ervaringen en percepties representatief zijn voor alle functionarissen die werkzaam zijn in de GGZ, bij de politie en bij de rechterlijke macht. Voor de rapportage van de diepte-interviews zijn citaten geselecteerd die de ervaringen van de respondenten kenmerken en is een aantal opmerkelijke citaten in de tekst opgenomen. Deze selectie vraagt om interpretatie en kent daardoor enige subjectiviteit. Ondanks de genoemde beperkingen geeft de combinatie van de verkregen kwantitatieve en kwalitatieve resultaten een volledig en diepgravend beeld van de problematiek en de overwegingen in de praktijk.

## Ontwikkelingen

Aangetekend moet worden dat dit onderzoek een momentopname is. Binnen de forensische GGZ vinden veel ontwikkelingen plaats. Bovendien is er de laatste jaren meer aandacht voor (de zorg voor) verwarde personen en voor de positie van slachtoffers in het strafproces. Deze toegenomen aandacht heeft ertoe geleid dat er verschillende beleidsprogramma's zijn opgestart om de problemen die zich hierbij voordoen aan te pakken. Zo is in september 2015 het Aanjaagteam Verwarde Personen ingesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Veiligheid en Justitie en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), om te bevorderen dat gemeenten en hun ketenpartners een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag opstellen. In oktober 2016 is het Aanjaagteam opgevolgd door het Schakelteam Personen met Verward Gedrag. Dit team werkt aan de implementatie van de aanbevelingen van het Aanjaagteam, zodat alle gemeenten en regio's in oktober 2018 beschikken over een goed werkend systeem voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag.<sup>29</sup> Enkele van de knelpunten die naar voren komen in het onderhavige onderzoek naar geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie worden ook geconstateerd door het Aanjaagteam. Zo wordt gesteld dat er meer helderheid moet komen over welke informatie gedeeld kan en moet worden tussen professionals, dat er behoefte is aan meer beveiligde plaatsen in de GGZ en dat de drempels in financieringsstromen moeten worden verwijderd.<sup>30</sup> Ook het programma Continuïteit van zorg,<sup>31</sup> waarin gewerkt wordt aan het verbeteren van de overgang van de forensische zorg en/of detentie naar de reguliere GGZ, constateert dat er een tekort is aan (hoog)beveiligde plaatsen in de GGZ en dat de op- en afschaling van zorg te weinig flexibel is door financiële 'schotten' tussen zorgstelsels.<sup>32</sup> Met ingang van 2017 is het voor alle zorgaanbieders van klinische GGZ mogelijk om afspraken te maken met verzekeraars over de levering van beveiligde zorg. De meerkosten die hieraan verbonden zijn, kunnen zij bij verzekeraars declareren.<sup>33</sup> In de praktijk blijkt dit echter niet vlekkeloos te

29 Zie [vng.nl/personen-met-verward-gedrag](http://vng.nl/personen-met-verward-gedrag).

30 Zie de Tweede tussenrapportage *Samen verder doorpakken* van juli 2016 en de Eindrapportage *Doorpakken!* van september 2016 van het Aanjaagteam Verwarde Personen.

31 Zie [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl).

32 Zie de Achtergrondrapportage van de Werkgroep Continuïteit van zorg van juli 2015.

33 Zie de Kamerbrief 'Reactie tweede tussenrapportage Aanjaagteam verwarde personen' van 29 september 2016.

verlopen.<sup>34</sup> Aan een oplossing voor het tekort aan beveiligde plaatsen wordt nog gewerkt.

Ten aanzien van de belemmering die het medisch beroepsgeheim kan vormen bij de aangifte van geweld in de psychiatrie, is het rapport van de commissie-Hoekstra over de strafrechtelijke beslissingen in de zaak-Bart van U. relevant. Dit rapport laat onder andere zien dat een te rigide uitleg van het medisch beroepsgeheim ernstige gevolgen kan hebben. Om de samenwerking tussen justitie en GGZ te verbeteren adviseerde de commissie-Hoekstra om de GGZ bij de Veiligheidshuizen te betrekken.<sup>35</sup> Dit gebeurt inmiddels. De Stuurgroep Veiligheidshuizen heeft in maart 2017 het handvat ‘Gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein’ opgesteld. Dit is het eerste richtinggevend document voor gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein. Het document is specifiek bedoeld voor professionals in de Veiligheidshuizen en biedt geen oplossing voor de belemmerende werking van het medisch beroepsgeheim in het geval van aangifte van geweld in de psychiatrie.

Dat slachtoffers minder goed geïnformeerd worden dan zij wensen, geldt niet alleen voor slachtoffers van geweld in de psychiatrie. In de afgelopen jaren zijn verschillende maatregelen genomen om de dienstverlening aan slachtoffers in het algemeen te verbeteren. Zo is er sinds 2011 in elk arrondissement een Slachtofferloket geopend waar politie, OM en Slachtofferhulp Nederland nauw samenwerken aan de verbetering van de dienstverlening. Verder is in 2013 het programma ‘Recht doen aan slachtoffers’ van het ministerie van Veiligheid en Justitie gestart waarmee gewerkt wordt aan het verder verbeteren van de dienstverlening aan slachtoffers.<sup>36</sup>

Op dit moment wordt gewerkt aan nieuwe wetgeving rond de forensische zorg. De Wet forensische zorg (Wfz)<sup>37</sup> moet onder andere zorgen voor een betere aansluiting tussen het strafstelsel en de GGZ. De Wet verplichte GGZ (Wvggz),<sup>38</sup> die naar verwachting medio 2018 ingevoerd zal worden, beoogt onder andere een vergroting van psychiatrische behandel mogelijkheden.

---

34 Zie het onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben, van Andersson Elffers Felix van april 2017.

35 Zie het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U. van Hoekstra, Van Hoorn, De Wit & Zuiderhoudt, 2015.

36 Zie het Visiedocument *Recht doen aan slachtoffers* van februari 2013 en het Informatieblad *Programma Recht doen aan slachtoffers* van mei 2014 van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

37 Zie [www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-forensische-zorg](http://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-forensische-zorg).

38 Zie [www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg](http://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg).

Dit zal betekenen dat gedwongen behandeling ook ambulant zal gaan plaatsvinden. Welk effect deze nieuwe wetgeving zal hebben op de aard en omvang van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie is op dit moment niet goed te voorzien. Het is mogelijk dat door ambulantisering de ernst en complexiteit van de problematiek van de intramurale patiënten toeneemt. Dit kan een hoger risico op geweldsincidenten met zich meebrengen. Doordat de afgelopen jaren binnen de intramurale psychiatrie is gewerkt aan een afbouw van dwangmiddelen – door het sluiten van separeer- en isoleerunits – heeft men inmiddels minder mogelijkheden om eventueel gevaar af te wenden.

De laatste jaren is de aandacht voor en verontwaardiging over geweld tegen hulpverleners toegenomen. Dit geldt zeker ook voor geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Het programma VPT is echter per 1 januari 2017 beëindigd. Hoewel uit het onderhavige onderzoek naar voren komt dat het twijfelachtig is of dit programma goed toepasbaar is op het geweld dat medewerkers in de GGZ ondervinden, zou het een slechte zaak zijn als de aandacht en beschikbare middelen voor de aanpak van geweld tegen hulpverleners afnemen.

## Implicaties

Werknemers in de psychiatrie ondervinden veel (ernstig) geweld en over de eventuele afdoening bestaat onduidelijkheid. Over het algemeen kan gesteld worden dat er bij de stakeholders, de GGZ, de politie en het OM, een (toenemende) betrokkenheid is bij dit probleem. Er zijn diverse initiatieven ondernomen, er is veel beleid ontwikkeld en er zijn (lokale) convenanten afgesloten. Maar dit blijkt onvoldoende om effectief in te grijpen op de knelpunten en dilemma's binnen deze specifieke sector.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zowel tussen als binnen de betrokken beroepsgroepen verschillend wordt gedacht over of, en zo ja op welke manier, justitie een rol moet spelen bij de afdoening van geweld in de psychiatrie. Omdat de afdoening van geweld in de psychiatrie afhankelijk is van de keuzes en percepties van de verschillende actoren in de strafrechtketen die bij een specifieke zaak betrokken zijn, kunnen deze verschillen uiteindelijk resulteren in rechtsongelijkheid.

De aard, omvang en gevolgen van geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie vragen om een serieuze, consequente en gezamenlijke aanpak van alle betrokken partijen, die zich richt op de problemen en dilemma's die zich speci-

fiek in deze sector voordoen. Als sector speelt de psychiatrie een belangrijke rol in de beveiliging van de maatschappij; mensen die een gevaar vormen voor zichzelf of de omgeving worden daar, al dan niet in een gedwongen kader, behandeld. Bij deze belangrijke en soms moeilijke taak verdienen de hulpverleners steun van politie en justitie. De behandeling van patiënten in de psychiatrie richt zich op rehabilitatie van de patiënt en op een veilige resocialisatie in de maatschappij. In het kader van deze behandeling is het niet reageren op geweld dat in de psychiatrie plaatsvindt onwenselijk. Bovendien kan dit uiteindelijk een bedreiging vormen voor de maatschappelijke veiligheid. De patiënt heeft immers ervaren dat het plegen van geweld geen consequenties heeft.

Dit onderzoek heeft veel nieuwe informatie opgeleverd. Tegelijkertijd zijn er belangrijke vragen naar voren gekomen waar empirisch onderzoek een antwoord op zou kunnen geven. Zo is er behoefte aan prospectief kwalitatief onderzoek naar de toedracht van geweldsincidenten en de kenmerken van de daders. Wat is de aanleiding tot een incident, wat gebeurde er precies en wat was de eventuele rol van psychopathologie daarin? Een relatief kleine groep patiënten is verantwoordelijk voor een groot deel van de incidenten. Wat zijn de kenmerken van deze groep gewelddadige patiënten? Kennis hierover kan bijdragen aan een betere preventie. Ook naar de overwegingen van slachtoffers vlak na een incident zou meer onderzoek moeten plaatsvinden. In hoeverre en op welke manier spelen de knelpunten zoals angst voor represailles en de vrees om het beroepsgeheim te doorbreken een rol in de overwegingen van het slachtoffer? Ook is het relevant te onderzoeken hoe rechters beslissen in de zaken die aan hen zijn voorgelegd. Om een dergelijk onderzoek te realiseren moet jurisprudentie binnen het veld systematisch verzameld worden. Maar bovenal is het van belang dat de in dit onderzoek geopperde alternatieve afdoeningen nader onderzocht en geëvalueerd worden.

## 8.3 Aanbevelingen

### *Aanbevelingen voor de GGZ*

- Geweld tegen werknemers in de psychiatrie vraagt om een gezamenlijke aanpak door de verschillende stakeholders (politie, GGZ en OM). De werkgever is echter primair verantwoordelijk voor een veilige werkomgeving. De GGZ dient daarom het voortouw te nemen in de gezamenlijke aanpak van de sectorspecifieke problemen.

- GGZ-instellingen dienen concreet te maken en intern uit te dragen waar met betrekking tot geweld de grens van het toelaatbare ligt en in welke gevallen en om welke redenen aangifte op zijn plaats is. Een norm stellen en hanteren voorkomt inconsequentie in de afdoening. Van een duidelijke norm kan bovendien een afschrikwekkende werking uitgaan. Een eenduidig aangifte-beleid kan in sommige gevallen boosheid van de gewelddadige patiënt ten opzichte van het slachtoffer voorkomen en angst voor represailles wegnemen.
- Een aangifte van geweld door een patiënt kan kracht worden bijgezet door te benadrukken dat de aangifte het resultaat is van een weloverwogen keuze van het behandelteam op basis van het beleid van de instelling.
- Slachtoffers dienen goed geïnformeerd, begeleid en ondersteund te worden in het gehele (straf)proces. Dit kan mede gerealiseerd worden door speciale aandachtsfunctionarissen in de GGZ die namens de instelling aangifte doen en contact onderhouden met de politie. Zij kunnen slachtoffers wijzen op eventuele ondersteuning vanuit Slachtofferhulp Nederland.
- Het medisch beroepsgeheim vormt in de praktijk regelmatig een belemmering bij het doen van aangifte. Het is belangrijk dat GGZ-medewerkers enige kennis hebben van het medisch beroepsgeheim. Het verdient aanbeveling om op nationaal niveau binnen de GGZ een landelijk informatiepunt beroepsgeheim in te stellen waar niet alleen juridische maar ook praktijk-kennis beschikbaar is en waar ook de overige stakeholders concrete situaties kunnen voorleggen en advies kunnen inwinnen.
- De GGZ dient te zoeken naar mogelijkheden om de zorg aan patiënten die gewelddadig zijn geweest voort te zetten zonder dat slachtoffers hiervan hinder ondervinden. Mogelijkheden voor het (tijdelijk) over- en doorplaatsen van gewelddadige patiënten moeten uitgebreid worden, bijvoorbeeld door meer beveiligde plaatsen te creëren. Tevens moet er een budget beschikbaar worden gesteld om doorplaatsing en het opschalen van beveiliging te financieren.
- Geweldsincidenten en -meldingen en aangiftes daarvan dienen op uniforme wijze intern geregistreerd te worden door GGZ-instellingen. Deze gegevens moeten beschikbaar gesteld worden bij overplaatsingen van patiënten naar andere zorginstellingen en voor de Inspectie, en moeten benut kunnen worden voor onderzoeksdoeleinden. Het is ook van belang de overwegingen die een rol hebben gespeeld in de besluitvorming met betrekking tot de beslissing om al dan niet aangifte te doen, vast te leggen. Onderzoek op basis van deze informatie kan bijdragen aan effectieve maatregelen om geweld te voorkomen en efficiënt af te doen.



### Aanbevelingen voor de politie

- Het opnemen van een aangifte, het verhoren en eventueel aanhouden van de verdachte mag niet achterwege worden gelaten omdat de verdachte een psychiatrisch patiënt betreft. Het heeft de voorkeur om aangiftes van geweld in de psychiatrie op te laten pakken door agenten met enige kennis van en feeling met de psychiatrie. Zij kunnen tevens als contactpersoon fungeren voor GGZ-instellingen.
- Omdat in de praktijk de zorg vaak moet worden voortgezet, is juist bij deze groep verdachten een snelle afhandeling van de zaak geboden. Het is daarom van belang dat de politie deze aangiftes serieus en snel oppakt.
- Verbalisanten moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden om beschermd aangifte te doen en dit actief aanbieden bij aangiftes van geweld in de psychiatrie.
- In vergelijking met andere VPT-beroepsgroepen hebben slachtoffers in de psychiatrie een grotere kans om weer met de dader geconfronteerd te worden. De angst voor represailles naar aanleiding van een aangifte kan niet helemaal weggenomen worden, omdat volledige anonimiteit niet gegarandeerd kan worden. Het is belangrijk dat deze eventuele angst bij het doen van aangifte wordt onderkend en dat onderzocht wordt of, en zo ja op welke manier, deze angst kan worden teruggedrongen.

### Aanbevelingen voor het OM

- De mate van toerekeningsvatbaarheid is geen (min of meer stabiel) kenmerk van een dader maar wordt vastgesteld per tenlastelegging. Het komt zelden voor dat een dader volledig ontoerekeningsvatbaar kan worden geacht voor een feit. Voorkomen moet worden dat geweldsincidenten binnen een instelling op grond van vermeende ontoerekeningsvatbaarheid van de psychiatrisch patiënt worden geseponeerd, zonder dat dit onafhankelijk is onderzocht.
- Er dient gezocht te worden naar een manier waarop een onafhankelijke partij de mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader op een minder kostbare en tijdrovende manier kan vaststellen.
- Het OM dient sepotbeslissingen uitgebreider toe te lichten, om onbegrip en frustratie bij de benadeelden zo veel mogelijk weg te nemen.

### *Aanbevelingen voor de politie en het OM*

- Het is belangrijk dat het slachtofferschap van GGZ-medewerkers die geweld door patiënten hebben ondervonden door politie en justitie erkend wordt. Zij dienen in te zien dat aangiftes om andere redenen gedaan kunnen worden dan om onmiddellijke vervolging te bewerkstelligen, dat GGZ-instellingen geen eigen sanctiemogelijkheden hebben en dat het slachtoffer doorgaans met de gewelddadige patiënt moet blijven werken.
- De politie en het OM moeten zich bewust zijn van de beperkingen van het beroepsgeheim, zodat er wederzijds begrip is en dat het niet geven van informatie niet als onwil wordt geïnterpreteerd.

### *Aanbevelingen voor de gezamenlijke partijen*

- De specifieke problemen waar men tegenaan loopt bij de afdoening van geweld in de psychiatrie behoeven continu aandacht en een andere aanpak dan het geweld in andere VPT-sectoren. De GGZ, de politie en het OM hebben hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat de betrokken partijen elkaar zowel op landelijk als lokaal niveau weten te vinden en kennis van en begrip voor elkaars mogelijkheden en beperkingen hebben.
- Alle betrokken partijen moeten zich ervan bewust zijn dat binnen het strafstelsel goede psychiatrische zorg geboden kan worden. Tevens dienen stakeholders samen te onderzoeken welke alternatieve afdoeningen mogelijk en effectief zijn, zoals een waarschuwing van de politie of het OM en een TOM-zitting op locatie.
- Er is (te) veel beleid (ten dele) van toepassing op geweld in de psychiatrie. Het beleid biedt te weinig concrete aanknopingspunten voor de praktijk en grijpt niet in op de knelpunten en dilemma's uit de praktijk. Aan de hand van casuïstiek moeten partijen met elkaar in gesprek gaan over het nut en de noodzaak van aangifte en obstakels bij de vervolging van dit geweld. Bestaand beleid dient bottom-up, op basis van best practices en casuïstiek, te worden geconcretiseerd. Expertise moet landelijk gedeeld worden.

## Literatuur

- Aanjaagteam Verwarde Personen (2016). *Doorpakken! Eindrapportage*. Geraadpleegd via [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aaanjaagteam-verwarde-personen-sep2016\\_0.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aaanjaagteam-verwarde-personen-sep2016_0.pdf).
- Aanjaagteam Verwarde personen (2016). *Samen verder doorpakken. Tweede tussenrapportage*. Geraadpleegd via [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160705-avp-2e\\_tussenrapportage-def.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160705-avp-2e_tussenrapportage-def.pdf).
- Abderhalden, C., I. Needham, B. Miserez, R. Almvik, T. Dassen, H.J. Haug & J.E. Fischer (2004). 'Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset Violence Checklist: a multicentre prospective cohort study'. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11 (4): 422-427.
- Alia-Klein, N., T.M. O'Rourke, R.Z. Goldstein & D. Malaspina (2007). 'Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample'. In: *Aggressive Behavior* 33(1): 86-96.
- Amador, X.F., M. Flaum, N.C. Andreasen, D.H. Strauss, S.A. Yale, S.C. Clark & J.M. Gorman (1994). 'Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders'. In: *Archives of general Psychiatry* 51 (10): 826-836.
- Angermeyer, M.C. (2000). 'Schizophrenia and violence'. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407): 63-67.
- Arnetz, J.E. & B.B. Arnetz (2001). 'Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care'. In: *Social Science and Medicine* 52(3): 417-427.
- Beck, J.C. (2004). 'Delusions, substance abuse, and serious violence'. In: *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 32: 169-172.
- Beekman, J.E. & F. Koenraadt (2002). 'De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis'. In: *Delikt en Delinkwent* 32(8): 828-854.
- Belli, H. & C. Ural (2012). 'The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviour: the prevention and treatment of violent behaviour in these patients'. In: *West Indian Medical Journal* 61 (5): 538-543.
- Block, R. (1974). 'Why notify the police. The victim's decision to notify the police of an assault'. In: *Criminology* 11 (4): 555-569.

- Bo, S., A. Abu-Akel, M. Kongerslev, U.H. Haahr & E. Simonsen (2011). 'Risk factors for violence among patients with schizophrenia'. In: *Clinical Psychology Review* 31 (5): 711-726.
- Boom, A. ten, K.F. Kuijpers & M. Moene (2008). *Behoeftes van slachtoffers van delicten. Een systematische literatuurstudie naar behoeftes zoals door slachtoffers zelf geuit*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Bruinsma, M., T. van Ham, M. Hardeman & H. Ferwerda (2015). *Aangifte onder nummer. Implementatie, toepassing en eerste resultaten van de nieuwe regeling 'Aangifte onder nummer'*. Arnhem: Bureau Beke.
- Buckley, P.F., D.R. Hrouda, L. Friedman, S.G. Noffsinger, P.J. Resnick & K. Camlin-Shingler (2004). 'Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia'. In: *American Journal of Psychiatry* 161 (9): 1712-1714.
- Bulten, E., H. Nijman & C. van der Staak (2009). 'Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards'. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 32 (2): 115-119.
- Calatayud, G.L., N.H. Sebastián, E.A. García-Iturrospe, J.C.G. Piqueras, J.S. Arias & C.L. Cercós (2012). 'Relationship between insight, violence and diagnoses in psychotic patients'. In: *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English edition)* 5 (1): 43-47.
- Caldwell, M.F. (1992). 'Incidence of PTSD among staff victims of patient violence'. In: *Psychiatric Services* 43 (8): 838-839.
- Candel, F. & P. Wijga (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben. Onderzoeksrapportage in opdracht van het landelijk programma Continuïteit van zorg*. Andersson Elffers Felix. Geraadpleegd via <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/publicaties/onderzoek-naar-beletselen-in-continuïteit-van-zorg>.
- Convit, A., D. Isay, D. Otis & J. Volavka (1990). 'Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients'. In: *Psychiatric Services* 41 (10): 1112-1115.
- Coyne, A. (2002). 'Should patients who assault staff be prosecuted?'. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (2): 139-145.
- Darley, J.M. & T.S. Pittman (2003). 'The psychology of compensatory and retributive justice'. In: *Personality and Social Psychology Review* 7 (4): 324-336.
- Douglas, K.S., L.S. Guy & S.D. Hart (2009). 'Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis'. In: *Psychological Bulletin* 135 (6): 679-706.

- Elbogen, E.B. & S.C. Johnson (2009). 'The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions'. In: *Archives of General Psychiatry* 66(2): 152-161.
- Evers, G., K. Jettinghoff & G. van Essen (2015). *AZW Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Werknemersenquête Zorg en WJK 2015*. CAOP, Den Haag. Geraadpleegd via <http://www.azwinfo.nl/documents>.
- Fazel, S. & J. Danesh (2002). 'Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys'. In: *The lancet* 359(9306): 545-550.
- Fazel, S., N. Långström, A. Hjern, M. Grann & P. Lichtenstein (2009). 'Schizophrenia, substance abuse, and violent crime'. In: *JAMA Psychiatry* 301(19): 2016-2023.
- Fazel, S. & K. Seewald (2012). 'Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis'. In: *The British Journal of Psychiatry* 200(5): 364-373.
- Flight, S. (2012). *Evaluatie Eenduidige Landelijke Afspraken. Naleving van de ELA door politie en Openbaar Ministerie. DSP-groep, Amsterdam*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/12/05/evaluatie-eenduidige-landelijke-afspraken-ela>.
- Foster, C., L. Bowers & H. Nijman (2007). 'Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management'. In: *Journal of Advanced Nursing* 58(2): 140-149.
- Gemmert, N. van & C. van Schijndel (2014). *Forensische Zorg in getal, 2009-2013*. Den Haag: DJI 2014.
- Auteur onbekend (2017). *Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein. Een juridisch handvat voor Veiligheidshuizen*. Geraadpleegd via <https://www.veiligheidshuizen.nl/doc/Handvat-Gegevensdeling-in-het-zorg-en-veiligheidsdomein.pdf>.
- Goderie, M., U. Janssen, K. Lünemann & S. Nieborg (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., P. Nieuwbeerta & K. Wittebrood (2005). 'Overzicht van onderzoek naar determinanten van aangifte doen bij de politie'. In: *Tijdschrift voor Veiligheid en Veiligheidszorg* 4(1): 27-48.

- Greenberg, M.S. & R.B. Ruback (1992). *After the crime: victim decision making*. New York: Plenum Press.
- Gregg, L., C. Barrowclough & G. Haddock (2007). 'Reasons for increased substance use in psychosis'. In: *Clinical Psychology Review* 27(4): 494-510.
- Harte, J. M. (2004). *De persoon van de verdachte. De rapportage pro justitia vanuit het Pieter Baan Centrum*. In: F. Koenraadt, J.M.L. van Mulbregt & A.W.M. Mooij (red.). Deventer: Kluwer.
- Harte, J.M. (2016). 'Geweld en psychiatrische stoornis'. In: Liem, M. & E.R. Muller (red.). *Geweld en geweldsbeheersing in Nederland (Handboeken Veiligheid)*. Deventer: Kluwer.
- Harte, J.M., M.E. van Leeuwen & G. van Nederpelt (2010). 'Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Strafrechtelijke reactie of niet?'. In: *Nederlands Juristenblad* 19: 1229-1233.
- Harte, J.M., M.E. van Leeuwen & R. Theuws (2013). 'Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(5): 325-335.
- Harte, J.M., M. Malsch, D. van Dijk & S.J. Vergouw (2014). *De voorwaardelijke straf: stok achter de deur of vrijbrief voor de verdachte?* Amsterdam: NSCR.
- Harte, J.M., B.G.H. de Ruijter, J.W. Hummelen, G.J. de Haas, Y.A.J.M. van Kuijk & C.P.F. Lemke (2014). 'Naar een gezamenlijke aanpak van geweld tegen werknemers in de GGZ'. In: *Nederlands juristenblad* 23: 1138-1565.
- Hiday, V.A. (1997). 'Understanding the connection between mental illness and violence'. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 20(4): 399-417.
- Hodgins, S. (2008). 'Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention'. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences* 363(1503): 2505-2518.
- Hoekstra, R. J., E. van Hoorn, L. de Wit & R. Zuijderhoudt (2015). *Het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U. Geraadpleegd via [https://www.om.nl/publish/pages/45528/rapport\\_onderzoekscommissie\\_hoekstra.pdf](https://www.om.nl/publish/pages/45528/rapport_onderzoekscommissie_hoekstra.pdf)*.
- Hoofman, W.E., G.M.J. Mars, B. Janssen, E.M.M. de Vroome & S.N.J. van den Bossche (2015). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2014. Methodologie en globale resultaten*. Leiden: TNO.
- Joyal, C.C., J.L. Dubreucq, C. Gendron & F. Millaud (2007). 'Major mental disorders and violence: a critical update'. In: *Current Psychiatry Reviews* 3(1): 33-50.

- Keijser, J.W. de (2000). *Punishment and purpose: from moral theory to punishment in action*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Kordelaar, W.F.J.M. van (2002). *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen*. Deventer: Kluwer.
- Lamsma, J. & J.M. Harte (2015). 'Violence in psychosis: conceptualizing its causal relationship with risk factors'. In: *Aggression and Violent Behavior* 24: 75-82.
- Leeuwen, M.E. van & J.M. Harte (2011). 'Violence against care workers in psychiatry; is prosecution justified?' In: *International Journal of Law and Psychiatry* 34(5): 317-323.
- Leeuwen, M.E. van & J.M. Harte (2015). 'Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences'. In: *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 25 (8): 581-598.
- Malsch, M. (2004). 'De aanvaarding en naleving van rechtsnormen door burgers: participatie, informatievervalsing en bejegening'. In: Beer, P. de & C. J. M. Schuyt (red.). *Bijdragen aan waarden en normen, WRR-Verkenning*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Markowitz, F.E. (2011). 'Mental illness, crime, and violence: risk, context, and social control'. In: *Aggression and Violent Behavior* 16(1): 36-44.
- Meynen, G. & H.J.C. van Marle (2013). 'Rapportage pro Justitia – theoretische achtergronden bij de discussie'. In: Marle, H.J.C. van, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.). *Gedragkundige rapportage in het strafrecht*. Deventer: Kluwer.
- Ministerie van Veiligheid & Justitie (2013). *Visiedocument Recht doen aan slachtoffers* (j-18266). Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/02/25/recht-doen-aan-slachtoffers/recht-doen-aan-slachtoffers.pdf>.
- Ministerie van Veiligheid & Justitie (2014). *Informatieblad Programma Recht doen aan slachtoffers* (j-23759). Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2014/05/16/programma-recht-doen-aan-slachtoffers>.
- Ministerie van Veiligheid & Justitie, GGZ Nederland & Zorgverzekeraars Nederland (2015). *Achtergrondrapportage. Drieluikrapportages Continuïteit van zorg*. Geraadpleegd via [www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Achtergrondrapportage-CvZ.pdf](http://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Achtergrondrapportage-CvZ.pdf).
- Moran, P. & S. Hodgins (2004). 'The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia'. In: *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 791-802.
- Mullen, P.E. (2006). 'Schizophrenia and violence. From correlations to preventive strategies. Advances'. In: *Psychiatric Treatment* 12(3): 239-248.

- Nederlof, A.F., P. Muris & J.E. Hovens (2013). 'The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980'. In: *Aggression and Violent Behavior* 18(1): 183-189.
- Needham, I. (2006). 'Psychological responses following exposure to violence'. In: Richter, D. & R. Whittington (red.). *Violence in Mental Health Settings*. New York: Springer Science/ Business Media LLC.
- Nijman, H., L. Bowers, N. Oud & G. Jansen (2005). 'Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression'. In: *Aggressive Behavior* 31(3): 217-227.
- Nijman, H., T. Palmstierna, R. Almvik & J. Stolker (2005). 'Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review'. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(1): 12-21.
- Owen, C., C. Tarantello, M. Jones & C. Tennant (1998a). 'Repetitively violent patients in psychiatric units'. In: *Psychiatric Services* 49(11): 1458-1461.
- Owen, C., C. Tarantello, M. Jones & C. Tennant (1998b). 'Violence and aggression in psychiatric units'. In: *Psychiatric Services* 49(11): 1452-1457.
- Paterson, B., D. Leadbetter, G. Miller & V. Bowie (2010). 'Re-framing the problem of workplace violence directed towards nurses in mental health services in the UK: a work in progress'. In: *International Journal of Social Psychiatry* 56(3): 310-320.
- Peek, W.H.M. & M.A. Nugter (2009). "'Ik zit mijn tijd wel uit..." Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijk plaatsing'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51(10): 715-725.
- Quanbeck, C. (2006). 'Forensic psychiatric aspects of inpatient violence'. In: *Psychiatric Clinics of North America* 29(3): 743-760.
- Richter, D. & K. Berger (2009). 'Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten'. In: *Der Nervenarzt* 80(1): 68-73.
- Skitka, L.J. & D.A. Houston (2001). 'When due process is of no consequence: Moral mandates and presumed defendant guilt or innocence'. In: *Social Justice Research* 14(3): 305-326.
- Skogan, W.G. (1984). 'Reporting crimes to the police: The status of world research'. In: *Journal of Research in Crime and Delinquency* 21(2): 113-137.



- Steadman, H.J., E.P. Mulvey, J. Monahan, P.C. Robbins, P.S. Appelbaum, T. Grisso, L.H. Roth & E. Silver (1998). 'Violence by people discharged from acute psychi-atric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods'. In: *Archives of General Psychiatry* 55(5): 393-401.
- Tarling, R. & K. Morris (2010). 'Reporting crime to the police'. In: *British Journal of Criminology* 50(3): 474-490.
- Taylor, P.J., M. Leese, D. Williams, M. Butwell, R. Daly & E. Larkin (1998). 'Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study'. In: *The British Journal of Psychiatry* 172(3): 218-226.
- Visscher, A.J.E., G.R. van der Kraats, B. van der Goot & A.W. Braam (2015). 'Bad or mad? Invloed van psychiatrische problematiek bij verdachten op straf-rechtvervolgning'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57(7): 480-488.
- Volavka, J. (2013). 'Violence in schizophrenia and bipolar disorder'. In: *Psychiatria Danubina* 25(1): 1-33.
- Walgrave, L. (2004). 'Herstelrecht in de wet'. In: Stokkom, B. van (red.). *Straf en herstel. Ethische reflecties over sanctiedoeleinden*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Wallace, C., P.E. Mullen & P. Burgess (2004). 'Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders'. In: *American Journal of Psychiatry* 161(4): 716-727.
- Walsh, E., A. Buchanan & T. Fahy (2002). 'Violence and schizophrenia: examining the evidence'. In: *The British Journal of Psychiatry* 180(6): 490-495.
- Wesseliuss, J. (2013). *Het Penitentiair Psychiatrische Centrum: een volwaardige psychiatrische kliniek in de gevangenis?* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen/ Assen: FPK van het APZ Drenthe.
- Wilson, S., K. Murray, M. Harris & M. Brown (2012). 'Psychiatric in-patients, violence and the criminal justice system'. In: *The Psychiatrist* 36: 41-44.
- Witt, K., R.A. van Dorn & S. Fazel (2013). 'Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies'. In: *PLoS ONE* 8(2): 1-15.
- Wittebrood, K. (2006). *Slachtoffers van criminaliteit: Feiten en achtergronden*. Den Haag: SCP.

Zalm, G. van der (2015). *Evaluatie Landelijk Convenant Politie GGZ 2012*. Geraadpleegd via <http://www.ggz-connect.nl/bericht/5968/evaluatie-rapport-convenant-politie-ggz/document/downloaden/2882/Evaluatie-rapport+convenant++politie-ggz.+mei+2016.pdf>.

Zwieten, M. van, E. de Vroome & S. van den Bossche (2015). *Monitor Veilige Publieke Taak 2015*. Rapportage voor Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties Programma Veilige Publieke Taak. Leiden: TNO. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/02/monitor-veilige-publieke-taak-2015>.

# Bijlagen

## 1 Overzicht bijgewoonde bijeenkomsten, inventariserende gesprekken met stakeholders en afgenomen interviews

Om een beeld te krijgen van de problemen en knelpunten in de praktijk hebben eerst enkele inventariserende gesprekken plaatsgevonden met diverse stakeholders en zijn bijeenkomsten bijgewoond. Hieronder staat een overzicht van wanneer de gesprekken en bijeenkomsten hebben plaatsgevonden.

**Tabel B1.1:** Bijgewoonde bijeenkomsten en inventariserende gesprekken met stakeholders

<b>Wat</b>	<b>Wanneer</b>
Inventariserend gesprek met stakeholder (GGZ-NL)	3 mei 2016
Inventariserend gesprek met stakeholder (politie)	19 mei 2016
Inventariserend gesprek met beleidsonderzoeker	26 mei 2016
Inventariserend gesprek Landelijk coördinator VPT	31 augustus 2016
Vergadering Platform Verwarde personen van politie Nederland	12 oktober 2016
Inventariserend gesprek met Accountmanager Gezondheidszorg van de politie	28 oktober 2016
Bijeenkomst 'Samenwerken met politie en OM' van Duidelijk over Agressie	21 november 2016

**Tabel B1.2:** Afgenomen interviews

<b>Respondent</b>	<b>Datum en tijdstip interview</b>
S1	20 juli 2016, 10.00 uur
S2	27 juli 2016, 10.00 uur
S3	2 augustus 2016, 10.00 uur
S4	3 augustus 2016, 10.00 uur
S5	5 augustus 2016, 20.00 uur
S6	9 augustus 2016, 13.30 uur
S7	9 augustus 2016, 15.15 uur
S8	16 september 2016, 12.00 uur
S9	20 september 2016, 13.30 uur
S10	6 oktober 2016, 11.00 uur
S11	6 oktober 2016, 11.00 uur
S12	7 oktober 2016, 16.00 uur
S13	17 oktober 2016, 15.00 uur
L1	25 juli 2016, 13.00 uur
L2	11 augustus 2016, 10.00 uur
L3	19 september 2016, 11.30 uur
L4	10 oktober 2016, 11.00 uur
L5	20 oktober 2016, 10.00 uur
L6	21 oktober 2016, 10.00 uur
L7	12 september 2016, 14.00 uur
L8	23 september 2016, 10.00 uur
L9	25 oktober 2016, 14.00 uur
Jurist	27 september 2016, 15.00 uur
Advocaat	5 oktober 2016, 10.00 uur
Rechter	25 november 2016, 8.30 uur
VPT-projectleider	8 september 2016, 15.30 uur
P1	13 september 2016, 10.00 uur
P2	22 september 2016, 14.00 uur
P3	7 oktober 2016, 10.45 uur
P4	11 oktober 2016, 10.00 uur
P5	25 oktober 2016, 10.45 uur
P6	15 november 2016, 10.00 uur
OvJ1	30 september 2016, 10.30 uur
OvJ2	19 oktober 2016, 10.00 uur
OvJ3	26 oktober 2016, 11.00 uur

S = Slachtoffer

L= GGZ-leidinggevende

P = Politiefunctionaris

OvJ = Officier van Justitie

## 2 Inventariserende enquête juristen

In het kader van het onderzoek naar Geweld in de Psychiatrie leggen wij u, ter inventarisatie, enkele vragen voor. De resultaten worden anoniem en op geaggregeerd niveau gerapporteerd en zijn dus niet herleidbaar tot personen of instellingen.

Het invullen zal naar schatting maximaal 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt de ingevulde vragenlijst mailen naar geweldindepsychiatrie@vu.nl of naar i.van.houwelingen@vu.nl. Indien u vragen heeft kunt u zich ook via deze mailadressen tot ons wenden. We hopen zeer op uw medewerking!

Opmerking vooraf:

Ten aanzien van strafbare feiten die gepleegd zijn door patiënten die behandeld worden in het kader van de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) geldt een verplichting tot aangifte. Ons onderzoek richt zich op patiënten die niet worden behandeld in het kader van de maatregel tbs. Worden er in uw instelling alleen patiënten behandeld in het kader van de maatregel tbs, dan verzoeken wij u dit ons te laten weten middels een mail aan een van bovenstaande mailadressen en de vragenlijst niet in te vullen.

Bij de volgende vragen kunt u uw antwoord plaatsen achter de vraag.

- 1 Hanteert de instelling waar u werkzaam bent een intern beleid met betrekking tot het doen van aangifte van agressief of gewelddadig gedrag van patiënten?

Uw antwoord:

- 2 Onderhoudt de instelling waar u werkzaam bent contact met de politie in de regio met betrekking tot aangifte van agressief gedrag van patiënten? Zo ja, wat is de functie van de persoon of personen die binnen uw organisatie dergelijk contact met de politie onderhouden?

Uw antwoord:

- 3 Komt het voor dat de instelling aangifte doet van geweld tegen een werknemer? En zo ja, wat is de functie van de persoon die dan aangifte doet namens de instelling?

Uw antwoord:

- 4 Zijn er afspraken tussen uw instelling en politie en justitie in de regio over de reactie op geweld door patiënten? Zo ja, is er een convenant afgesloten op regionaal niveau?  
Uw antwoord:

Hieronder staan een aantal situaties beschreven die genoemd worden als knelpunten of mogelijke barrières bij het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie. Graag zouden wij weten of u deze knelpunten ook herkent in de praktijk. U kunt dit doen door het zetten van een kruisje. Het gaat om uw ervaring met de praktijk.

**Tabel B2.1**

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
De anonimiteit van de aangever kan onvoldoende gewaarborgd worden.					
Er is angst voor represailles door (het netwerk van) de geweldpleger.					
Men is bang het beroepsgeheim te doorbreken.					
Men is bang de behandelrelatie met de patiënt te verstoren.					
Het doen van aangifte wordt zinloos gevonden door <u>het slachtoffer</u> .					
Het doen van aangifte wordt zinloos gevonden door <u>de instelling</u> .					
Het doen van aangifte is te belastend voor het slachtoffer.					
Het slachtoffer wijt het incident aan zijn/haar eigen handelen en wil daarom niet dat er aangifte wordt gedaan.					
Het slachtoffer vindt dat geweldsincidenten 'een risico van het vak' zijn en vindt het daarom niet nodig dat er aangifte wordt gedaan.					
<u>Het slachtoffer</u> meent dat aangifte niet gepast is aangezien het gedrag voortkwam uit het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt.					
<u>De instelling</u> meent dat aangifte niet gepast is aangezien het gedrag voortkwam uit het psychiatrisch toestandsbeeld van de patiënt.					

De volgende situaties hebben betrekking op de ervaringen vanuit uw instelling met de politie bij het doen van aangifte van geweld in de psychiatrie.

**Tabel B2.2**

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
Het in behandeling nemen van aangiftes van geweld van patiënten jegens GGZ-medewerkers heeft onvoldoende prioriteit bij de politie.					
De politie vindt dat agressie en geweldsincidenten nu eenmaal horen bij het werk in de psychiatrie.					
De politie meent dat aangifte doen geen zin heeft, omdat de zaak toch niet vervolgd zal worden.					
De politie denkt dat instellingen zelf sanctiemogelijkheden hebben.					
De politie veronderstelt dat er niet vervolgd kan worden omdat de geweldpleger een psychiatrisch patiënt betreft.					
De politie veronderstelt dat het geen zin heeft om een patiënt die opgenomen is te vervolgen.					
De politie veronderstelt dat een patiënt die gewelddadig is geweest niet verhoord kan worden.					
De politie veronderstelt dat een patiënt die gewelddadig is geweest niet in voorarrest genomen kan worden.					
Er is bij de politie geen of onvoldoende kennis over het van toepassing zijn van de codes VPT* en ELA**.					

Het is goed mogelijk dat er in de praktijk barrières en belemmeringen worden ervaren die hierboven niet genoemd zijn maar die wel een relevante rol spelen in de praktijk. Of misschien heeft u andere opmerkingen. U kunt de onderstaande ruimte hiervoor gebruiken.

Opmerkingen:

\* Veilige Publieke Taak en \*\* Eenduidige Landelijke Afspraken

Tot slot willen we graag vernemen wat volgens uw ervaring de redenen zijn, van het slachtoffer of de instelling, om aangifte te doen van geweldsincidenten in de psychiatrie. De mate waarin u de redenen herkent in de praktijk kunt u ook hier weergeven door het zetten van een kruisje.

**Tabel B2.3**

	<b>Nooit</b>	<b>Soms</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>Vaak</b>	<b>Weet niet</b>
Men wil voorkomen dat de patiënt nieuwe slachtoffers maakt.					
Men wil een dossier opbouwen over de patiënt.					
De patiënt moet behandeld worden in een zwaarder beveiligde setting.					
De patiënt verdient het om gestraft te worden.					
Men wil duidelijk maken dat een grens is overschreden.					
Aangifte doen is het beleid van de instelling.					
Er wordt aangifte gedaan op verzoek van de verzekering.					
Wellicht ziet u in de praktijk nog andere redenen waarom slachtoffers of de instelling aangifte (willen) doen. Indien dat het geval is dan kunt u dit hieronder weergeven.					
Opmerkingen:					

U kunt uw ingevulde vragenlijst mailen naar [geweldindepsychiatrie@vu.nl](mailto:geweldindepsychiatrie@vu.nl) of naar [i.van.houwelingen@vu.nl](mailto:i.van.houwelingen@vu.nl).

Heel hartelijk dank voor uw hulp en medewerking! We zullen u te zijner tijd informeren over de resultaten van ons onderzoek.

Joke Harte  
Ingrid van Houwelingen  
Mirjam van Leeuwen



### 3 Voorbeeld topiclijst

#### Vragenlijst personen die namens instelling aangifte doen

##### Mondelinge toelichting

Voordat ik begin, heeft u er bezwaar tegen dat ik het gesprek opneem om het later goed uit te kunnen werken? (wacht antwoord af) Ik leg het opnameapparaat vlak bij u, om er zeker van te zijn dat uw stem verstaanbaar is.

Dit interview vindt plaats in het kader van ons onderzoek naar Geweld in de Psychiatrie. Eerder is er onderzoek gedaan naar de aard, omvang en gevolgen van geweld door patiënten jegens medewerkers. In dit vervolgonderzoek richten we ons op de strafrechtelijke reactie op dit geweld.

In dit interview wil ik dieper ingaan op uw ervaringen met het doen van aangifte/het maken van een melding van een geweldsincident binnen de instelling. We willen niet alleen weten wat de knelpunten of problemen waren, maar zijn juist ook benieuwd naar goede ervaringen.

De resultaten in het rapport zijn niet herleidbaar tot personen of instellingen. De anonimiteit is gewaarborgd. Het interview duurt ongeveer 45 minuten. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk, want het gaat om uw mening of visie. Hebt u op dit moment nog vragen?

##### Topiclijst

Voorafgaand aan de aangifte:

- Hoe wordt besloten of er aangifte wordt gedaan van een incident? (Wat is hierin de rol van het slachtoffer en de instelling? Wordt erover vergaderd?)
- Is het uitgangspunt dat het slachtoffer zelf aangifte doet of dat de instelling (namens het slachtoffer/namens de instelling) aangifte doet? Waarom?
- Vindt u het een goed idee om namens het slachtoffer aangifte te doen? Waarom wel/niet?
- Doet het slachtoffer zelf soms toch aangifte wanneer de instelling besluit geen aangifte te doen (en vice versa)?
- Wat wordt beoogd met het doen van aangifte namens de instelling (vergelijking, herstel, speciale/generale preventie)?

#### De aangifte:

- Zijn er afspraken tussen de instelling en politie en officier van justitie?
- Kunt u beschrijven hoe het aangifteproces doorgaans verloopt? (Aangifte ter plaatse (112 bellen) of op bureau? Hoeveel tijd tussen incident en aangifte? Slachtoffer stelt verklaring op/wordt gehoord als getuige? Dader wordt wel/niet in voorarrest genomen? Aangifte in het kader van VPT? Ondertekening proces-verbaal?)
- Wordt er gebruikgemaakt van de mogelijkheden om anoniem aangifte te doen (domicilie kiezen, aangifte onder nummer)? Wordt de anonimiteit van het slachtoffer hiermee voldoende gewaarborgd volgens u?
- Komt het voor dat het beroepsgeheim een belemmering vormt bij het doen van aangifte? Waarom wel/niet?
- Komt het voor dat het psychiatrische toestandsbeeld van de dader een belemmering vormt (bij het verhoren, het in voorarrest nemen, etc.)? Waarom wel/niet?
- Zijn er nog andere knelpunten die zich voordoen in het aangifteproces? (Aangifte voldoende gedetailleerd als slachtoffer zelf geen aangifte doet/niet wordt gehoord als getuige?)
- Wat zijn volgens u oplossingen voor deze knelpunten?
- Waarover bent u tevreden in het aangifteproces?

#### Contact met politie:

- Hoe ervaart u het contact/de samenwerking met de politie, tijdens het doen van aangifte en daarbuiten (verloop communicatie, snelheid afhandeling, kennis/kunde, bejegening)?
- Is er (op regionaal niveau) een convenant gesloten tussen uw en andere instellingen en politie/justitie? Zo ja, wat vindt u van dit convenant?

#### De afwikkeling:

- Is het altijd duidelijk wat het (strafrechtelijke) gevolg is op de aangifte? Zo nee, waarom niet? Zo ja, is het dan duidelijk waarom er wel/niet strafrechtelijk vervolgd wordt?
- In hoeveel gevallen wordt er (naar schatting) strafrechtelijk vervolgd?
- Wat is het gevoel na een sepotbeslissing? (Zijn er ervaringen met een artikel 12-procedure?)
- Werkt de instelling met een vaste advocaat?
- Wordt doorgaans bereikt wat de instelling beoogt met de aangifte? Waarom wel/niet?

- Hoe wordt de afhandeling van het incident (door de politie en het OM) over het algemeen ervaren door het slachtoffer en de instelling?
- Komt het voor dat men/het slachtoffer blijft werken met de dader nadat er aangifte is gedaan?

Afronding:

- Wilt u nog iets vragen of toevoegen aan hetgeen we besproken hebben?
- Indien er een regionaal convenant gesloten is, kunt u ons dit dan toesturen?
- Hartelijk dank voor uw tijd.

4 Schematische analyse convenanten

Tabel B4.1: Schematische analyse convenanten 1 t/m 7						
Nr.	Titel	Politie-eenheid	GGZ-instellingen	Afspraken over aangifte doen	Anoniem aangifte doen	Aanwijzingen m.b.t. medisch beroepsgeheim
1	Sigra Convenant & Informatieve Handreiking (2013)	Amsterdam  Noord-Holland, district Zaanstreek-Waterland  Koninklijke Marechaussee Schiphol	GGZ inGeest  Arkin  De Bascule	Instellingen dienen melding/aangiftebeleid te hebben.  Verwijzing naar VPT en ELA.  Stroomschema met toelichting op mogelijke stappen in aangifteproces.	Domicilie kiezen; aangifte door werkgever evt. onder nummer.  'Inzet verzoek' oftewel aantekening in politiesysteem waardoor politie alerter reageert op bijstandsverzoek door aangever.	Alle medewerkers hebben (afgeleid) beroepsgeheim t.a.v. medische gegevens, persoonsgegevens, verblijfplaats patiënt en info over begeleiders/bezoekers. Heeft ook betrekking op eventuele geschaurde kleding.  Zwijgplicht mag 'slechts onder bepaalde voorwaarden' doorbroken worden. Is, zelfs met toestemming patiënt, een persoonlijke afweging. Zonder toestemming kan er 'slechts in uitzonderlijke gevallen' informatie worden verstrekt.  Verzoeken van politie om (medische) informatie altijd via contactfunctionarissen.
2	Convenant Politie Eenheid Oost-Nederland, GGZ-instellingen Oost-Nederland, Regionale Ambulancezorg voorzieningen Oost-Nederland Openbaar Ministerie Oost-Nederland (2014)	Oost-Nederland, district Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland-Zuid, Gelderland-Oost-Nederland Midden, IJsselland en Twente	GGZ Centraal  GGNet  Dimence Groep  Mediant  Pro Persona	Verwijzing naar VPT en Protocol Sociale Veiligheid in de GGZ.	Niet benoemd.	Handreiking gegevensuitwisseling in de beroepszorg en Wet politiegegevens zijn leidend.  Agent en hulpverlener bepalen of verstreking gegevens noodzakelijk is. Hulpverleningsaspect staat voorop.  Belangrijk zijn doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Betreffende patiënt hierover zo snel mogelijk informeren.  Gegevens die verstrekt mogen worden zijn bijvoorbeeld: culturele achtergrond, huidige psychische en lichamelijke toestand, lopende maatregelen en straffen, gegevens m.b.t. onrechtmatig/hinderlijk gedrag. Niet verstreken: uitvoerige voorgeschiedenis patiënt.
3	Convenant Zeeland-West-Brabant (2015)	Zeeland West-Brabant	Emergis  GGZ Breburg  GGZ WNB	Altijd aangifte en pb bij inschakeling politie in acute dreigende situaties.	Leidinggevende doet aangifte (tenzij medewerker dit liever zelf doet). Betrokkene wordt gehoord als getuige.	Zie convenant 2, verdere aanvullingen:  Summiere info over uitzonderingen op geheimhoudingsplicht.

4	Handreiking beroepsgeheim, behorend bij Convenant GGZ instelling/ het Openbaar Ministerie Rotterdam/de politie Rotterdam Rijnmond (2011)	Rotterdam Rijnmond	Parnassia Bavo groep	<p>M.b.t. aangifte, opsporing en vervolging wordt gehandeld conform ELA.</p> <p>Bij agressie is aangifte doen uitgangspunt. Factoren die bij overweging een rol kunnen spelen: ernst incident en is agressie symptoom van ziekte?</p> <p>Schematische weergave opties omtrent aangifte doen.</p> <p>Na aangifte nemen GGZ-contactpersoon en politie contact op met contactpersoon OM.</p> <p>GGZ Delfland</p>	<p>Privacy aangever wordt zo veel mogelijk beschermd.</p> <p>(Deels) anonieme aangifte mogelijk conform Handleiding opnemen (deels) anonieme aangifte/melding.</p> <p>Anoniem delen van informatie is een optie wanneer een conflict van plichten optreedt.</p>	<p>Hulpverlener stelt alles in het werk om toestemming gegevensuitwisseling van patiënt te krijgen. Indien dit niet lukt en informatiedeling schade aan patiënt of anderen kan voorkomen, kan beroepsgeheim doorbroken worden (conflict van plichten).</p> <p>(Uitzonderingen op) beroepsgeheim, verschoningsrecht en verschijningsplicht uitgebreid toegelicht, begeleid door voorbeelden.</p> <p>Proportionaliteit en subsidiariteit belangrijk.</p> <p>Politie en OM zoeken hulpverlener daarom schriftelijk om doorbreking beroepsgeheim.</p> <p>Doorbreking beroepsgeheim is keuze zorgverlener. Maakt zorgverlener onredelijke afweging, dan kan de rechter het overrulen.</p> <p>Alle medewerkers hebben (afgeleid) beroepsgeheim.</p> <p>Naam, adres dader en toedracht worden vrijgegeven. Medische gegevens worden niet gedeeld. Gedrag in niet-diagnostische bewoordingen beschrijven.</p> <p>Beroepsgeheim speelt geen rol bij aangifte van gedragingen van naasten van patiënt.</p> <p>Strafrechtelijke vervolging mogelijk bij opzettelijke schending beroepsgeheim zonder dat (goede) uitzonderingsgrond van toepassing is als getroffen persoon aangifte doet. OM zal niet vervolgen als het zelf of politie om doorbreking beroepsgeheim heeft verzocht. Schending beroepsgeheim kan ook leiden tot een klacht, tuchtrechtelijke maatregel of civielrechtelijke aansprakelijkheid.</p>
---	--	--------------------	----------------------	---	---	---

5	Handreiking contacten tussen zorginstellingen, Regiopolitie en OM, behorend bij Convenant Zorginstellingen arrondissement Den Haag Arrondissementsparket Den Haag Politie-eenheid Den Haag (2014)	Den Haag	Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Curium  De Waag Nederland  GGZ Delfland  Parnassia groep  Rivierduinen	Bij agressie is aangifte doen uitgangspunt. Factoren die bij overweging een rol kunnen spelen: ernst incident en is agressie symptoom van ziekte? Verwijzing naar VPT en ELA.	Zie convenant 4, verdere aanvullingen:  Bij bedreiging maatregelen treffen ter waarborging veiligheid slachtoffer (escort, politie inlichten).	(Uitzonderingen op) beroepsgeheim, verschoningsrecht en verschijningsplicht zeer uitgebreid toegelicht, begeleid door voorbeelden.  Doorbreking beroepsgeheim is keuze zorgverlener. Rechter kan juistheid van afweging marginaal toetsen.  Alleen feitelijke informatieverstreking is toegestaan (geen vermoedens en interpretaties).  Alle medewerkers hebben (afgeleid) beroepsgeheim.  Naam, adres dader en toedracht worden vrijgegeven. Medische gegevens worden niet gedeeld.  Beroepsgeheim speelt geen rol bij aangifte van gedragingen van naasten van patiënt.  Ongeoorloofde doorbreking en opzettelijke schending beroepsgeheim is strafbaar Als politie of OM om doorbreking beroepsgeheim verzoekt, dan zal strafrechtelijke vervolging nooit aan de orde zijn.  Overwegingen doorbreking noteren in medisch dossier.
6	Convenant Politie GGzE (2012)	Brabant Zuid-Oost	GGzE	Agressie en geweld binnen GGzE worden altijd gemeld bij politie.  Alle info m.b.t. incident worden vermeld.  Niet strafbare vormen	Aangifte door werkgever heeft voorkeur.  Altijd domicilie kiezen.	Alleen verklaren over toedracht, setting, afhandeling en gedrag cliënt. Het moet duidelijk zijn dat het handelen aan te rekenen is (uitleg a.d.h.v. voorbeeldsituatie).  Geen uitspraken over ziektebeeld, huidige verblijfplaats, regime waaronder patiënt is opgenomen. Mag wel aangeven dat patiënt bij GGzE verblijft.

van agressie worden gemeld bij politie.			Manager Veiligheid en/of geneesheer directeur mag aan politie meedelen op welke afdeling patiënt verblijft en of dit de juiste plek voor hem is.	
Bij twijfel over aangifte doen overleggen met politieren eventueel (h)OvJ.			Bij acute situatie mag geneesheer directeur ook aangeven onder welk regime patiënt is opgenomen.	
Aangifte is resultaat van zorgvuldige belangenafweging door hulpverlener.				
Bij aanhouding moet aangifte volgen.				
7	Convenant tussen politie district Fryslân en GGZ Friesland (2013)	Noord-Nederland, district Fryslân	GGZ Friesland	<p>Convenant bevat geen informatie m.b.t. beroepsgeheim in relatie tot aangifte doen.</p> <p>Alleen informatie over gegevensuitwisseling in geval van zorgmijdend of overlastgevend gedrag.</p> <p>Aangifte door werkgever met op schrift gestelde verklaring van slachtoffer. Slachtoffer wordt niet bij naam genoemd. Slachtoffer moet mogelijk getuigen in rechtszitting.</p> <p>Aangifte op nummer door slachtoffer. hOvJ moet zich overtuigen van de noodzaak hiervan, maar aangever beslist.</p> <p>Volledige anonimiteit kan nooit gegarandeerd worden.</p>

Tabel B4.2: Convenanten 8 t/m 13 zijn in de basis hetzelfde

Nr.	Titel	Politie-eenheden	GGZ-instellingen
8	Convenant Lievegoed Zorggroep en Politie Utrecht (2011)	Politie Utrecht, districten Utrecht Stad, Binnensticht, Rijn en Venen, Heuvelrug, Eemland-Zuid, Eemland-Noord en Lekstroom	Lievegoed Zorggroep, Divisie Arta voor psychiatrie en verslavingszorg
9	Convenant GGZ Centraal, RIAGG Amersfoort & Omstreken, SymforaMeander en Politie Nederland (2013)	Midden-Nederland Oost-Nederland	GGZ Centraal  RIAGG Amersfoort & Omstreken  SymforaMeander
10	Convenant De Forensische Zorgspecialisten en Politie Nederland (tweede maal herzien) (2015)	Midden-Nederland	De Forensische Zorgspecialisten (Van der Hoeven Kliniek, De Waag, Forensische Polikliniek Kinder mishandeling en Kliniek voor Intenseve Behandeling (KIB) t.b.v. BOPZ-patiënten)
11	Convenant Altrecht Aventurijn bv en Politie Nederland (bijgewerkt) (2016)	Midden-Nederland	Altrecht Aventurijn bv (maakt deel uit van samenwerkingsverband Fivoor bv)
12	Convenant Altrecht en Politie Nederland (2014)	Midden-Nederland	Altrecht
13	Convenant Stichting de Basis en Politie Nederland (2016)	Midden-Nederland (vanuit alle eenheden kunnen er contacten met de Basis bestaan)	Stichting de Basis

Tabel B4.3: Schematische analyse convenanten 8 t/m 13

Convenanten	Afspraken over aangifte doen	Anoniem aangifte doen	Aanwijzingen m.b.t. medisch beroepsgeheim
Alle convenanten	Van agressie en geweld wordt altijd melding en indien mogelijk aangifte gedaan. Dit wordt duidelijk gecommuniceerd naar iedereen.  Medewerker overlegt altijd eerst met leidinggevende.  (Afhandeling) aangifte conform ELA en VPT.	Domicilie kiezen. Alleen voornaam, achternaam en geboortedatum worden opgegeven.  Er kan namens slachtoffer aangifte worden gedaan, slachtoffer wordt gehoord als getuige/benadeelde.	Bij problemen aangaande gegevensuitwisseling nemen contactpersonen op managementniveau contact met elkaar op.  Instelling mag info verstrekken met toestemming van patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger. Anders alleen in geval van een noodsituatie, juridische maatregel of andere wettelijke bepaling.
Convenanten 8, 9, 11, 12 en 13	Bij voorkeur afspraak met wijkagent voor aangifte.  Is strafrechtelijke vervolging niet mogelijk, dan wordt een melding gedaan.		
Convenanten 9, 11 en 12	Bij ernstig incident direct aangifte, zodat heterdaadsituatie ontstaat.		Politie kan via OM info vorderen om als rechtmatig bewijs te kunnen gebruiken.



Alleen gegevens verstrekken die nodig zijn om situatie aan te pakken; bv. wel of iemand psychotisch is, maar niet uitvoerige voorgeschiedenis patiënt. Deze gegevens kunnen ook worden uitgewisseld t.b.v. inschatten gevaarsituatie.	
Leidend zijn Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoezorg, Wet politiegegevens en Handreiking beroepsgeheim (GGZ Nederland).	
Agent en hulpverlener bepalen of verstrekken gegevens noodzakelijk is voor directe uitvoering van taken. Hulpverleningsaspect staat voorop.	
Geen structurele verstrekking politiegegevens. Alleen verstrekking politiegegevens indien sprake is van in convenant genoemde doelen.	
Betreffende persoon wordt z.s.m. geïnformeerd tenzij gewichtig belang zich hiertegen verzet.	
In dossier aantekeningen maken over doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.	
Convenanten 8, 9, 11 en 12	Aangifte van ziektegerelateerde agressie kan belangrijk zijn voor NIFP.
Instelling mag info verstrekken met toestemming van patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger. Anders alleen in geval van een noodsituatie, juridische maatregel of andere wettelijke bepaling.	
Politie gebruikt verstrekte gegevens alleen voor het doel waarvoor het is verstrekt.	
Uitwisseling, verder gebruik en doorverzekking persoonsgegevens alleen indien noodzakelijk voor doel convenant of in geval van wettelijke verplichting.	
Convenanten 10 en 13	Grote maatschappelijke belangen kunnen privacyregels beroepsgeheim overstijgen.
Convenanten 8, 10, 11, 12 en 13	Bij twijfel kan overlegd worden met wijkagent zonder verstrekking persoonsgegevens dader.

Convenanten 9, 10, 11, 12 en 13	In geval van duidelijke en mogelijk aanhoudende bedreiging kan hOvJ aangifte onder nummer aanbieden.	
Convenanten 9, 10, 11 en 13	Slachtoffer doet bij voorkeur zelf aangifte.	
Convenanten 8, 9, 10, 11 en 13		Per situatie zal beoordeeld moeten worden of specifieke informatie verstrekt mag worden.
Convenanten 8, 10 en 13		Er geldt 'nood breekt wet'
Convenant 8		Geheel anoniem aangifte doen is niet mogelijk.
Convenant 10	Bij vermoedelijk strafbaar feit direct contact opnemen met politie.	Politie mag alleen info verstrekken die noodzakelijk is voor goed hulpverlenerschap.
	Wanneer strafrechtelijke vervolging niet mogelijk is, maar dossieropbouw noodzakelijk is, wordt melding gedaan.	
	Vaak is directe arrestatie mogelijk. Als dit niet wenselijk is, wordt dit overlegd.	
	Bij incidenten die sporen/letsel opleveren is grote snelheid belangrijk. Politie moet dan binnen vier weken het dossier klaar hebben.	
	Verdachte patiënten worden zo veel mogelijk binnen instelling verhoord.	
Convenant 13	Vast onderdeel huisbeleid moet zijn dat bij agressie en geweld in principe politie wordt gecontacteerd.	Politie mag alleen info verstrekken die noodzakelijk is voor goed hulpverlenerschap of die nodig is ter afwending van dreigend gevaar.
	Bij twijfel kan anoniem melding worden gemaakt bij Misdad Anoniem.	
	Bij incidenten die sporen/letsel opleveren moet direct 112 worden gebeld.	

## 5 Samenstelling leescommissie

Mw. mr. A. Dermer	Beleidsadviseur arbeidsomstandigheden, GGZ Nederland
Mw. mr. B. de Ruijter	Officier van justitie, parket Rotterdam
Dhr. prof. dr. J.W. Hummelen	Bijzonder hoogleraar Forensische psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Groningen en Psychiater en Hoofd behandelzaken FPA de Boog, GGNet
Dhr. R. Verkuijlen, MA	Programmamanager Professioneel Optreden & GTPA, Landelijke coördinatie VPT, Nationale Politie
Mw. P.Torn	Beleidsadviseur GGZ, Nationale Politie
Dhr. drs. S. Flight	Onderzoeker en adviseur criminaliteit en veiligheid, Sander Flight Onderzoek & Advies



## Leden Redactieraad Programma Politie & Wetenschap

Voorzitter	prof. dr. H.G. van de Bunt Hoogleraar Criminologie Erasmus Universiteit Rotterdam
Leden	mr. drs. C. Bangma Politieacademie, Hoofd School voor Hogere Politiekunde  mr. W.M. de Jongste Projectbegeleider Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie  dr. P.P.H.M. Klerks Openbaar Ministerie, Parket Generaal  prof. dr. P. van Reenen Van Reenen-Russel Consultancy b.v. Studie- en Informatiecentrum Mensenrechten (SIM) Universiteit Utrecht  drs. J.W. Swaan EMPM Politie, Eenheid Amsterdam  drs. M. van Tankeren Operational auditor, onderzoeker Eenheid Den Haag
Secretariaat	Programmabureau Politie & Wetenschap Politieacademie Arnhemseweg 348 7334 AC Apeldoorn  Postbus 834 7301 BB Apeldoorn <a href="http://www.politieenwetenschap.nl">www.politieenwetenschap.nl</a>



## Uitgaven in de reeks Politiewetenschap

1. **Kerntaken van de politie. Een inventarisatie van heersende opvattingen**  
C.D. van der Vijver, A.J. Meershoek & D.F. Slobbe, IPIT Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2001
2. **Bevoegdheden overd(r)acht. Een onderzoek naar delegatie en mandaat van beheersbevoegdheden in de politiepraktijk**  
H.B. Winter & N. Struiksmā, Pro Facto B.V., Universiteit Groningen, 2002
3. **Sturing van politie en politiewerk. Een verkennend onderzoek tegen de achtergrond van een veranderende sturingscontext en sturingsstijl**  
J. Terpstra, IPIT Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2002
4. **Woninginbrekers en zware jongens. Daders vanuit het voormalig Joegoslavië aan het woord**  
M. van San, E. Snel & R. Boers, Risbo, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002
5. **Zeg me wie je vrienden zijn. Allochtone jongeren en criminaliteit**  
F.M.H.M. Driessen, B.G.M. Völker, H.M. Op den Kamp, A.M.C. Roest & R.J.M. Molenaar, Bureau Driessen, Utrecht, 2002
6. **Op deugdelijke grondslag. Een explorerende studie naar private forensische accountancy**  
J. van Wijk, W. Huisman, T. Feuth & H.G. van de Bunt, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2002
7. **Voorbij de dogmatiek. Publiek-private samenwerking in de veiligheidszorg**  
A.B. Hoogenboom & E.R. Muller, COT, Den Haag, 2003
8. **Hennepteelt in Nederland. Het probleem van de criminaliteit en haar bestrijding**  
F. Bovenkerk, W.I.M. Hogewind, D. Korf & N. Milani, Willem Pompe Instituut, Universiteit Utrecht, 2003
9. **Politiekennis in ontwikkeling. Een onderzoek naar het verzamelen en veredelen van informatie voor het Politie Kennis Net**  
I. Bakker & C.D. van der Vijver, IPIT Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2003
- 10a. **Politie en geweld. Een verkenning van politiereacties op geweldsincidenten in vier Nederlandse regiokorpsen**  
C.J.E. In 't Velt, W.Ph. Stol, P.P.H.M. Klerks, H.K.B. Fobler, R.J. van Treeck & M. de Vries, NPA-Politie Onderwijs- en Kenniscentrum, LSOP, Apeldoorn, 2003
- 10b. **Geweldige informatie? Onderzoek naar de informatiehuishouding van geweldsmeldingen bij de politie**  
R. van Overbeeke, O. Nauta, A. Beerepoot, S. Flight & M. Rietveld, DSP-groep, Amsterdam, 2003

11. **Blauwe Bazen. Het leiderschap van korpschefs**  
R.A. Boin, P. 't Hart & E.J. van der Torre, Departement Bestuurskunde, Universiteit Leiden/COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Den Haag, 2003
12. **Over de grens. Een verkenning van projecten voor probleemjeugd in Duitsland, Engeland en Zweden**  
I. van Leiden, G. Verhagen & H.B. Ferwerda, Advies- en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem, 2003
13. **Integriteit in het dagelijkse politiewerk. Mening en ervaringen van politiemensen**  
J. Naeyé, L.W.J.C. Huberts, C. van Zweden, V. Busato & B. Berger, Centrum voor Politiewetenschappen, VU Amsterdam, 2004
14. **Politiestraatwerk in Nederland. Noodhulp en gebiedswerk: inhoud, samenhang, verandering en sturing**  
W. Ph. Stol, A. Ph. van Wijk, G. Vogel, B. Foederer & L. van Heel, Nederlandse Politieacademie, Onderzoeksgroep, LSOP, Apeldoorn, 2004
15. **De kern van de taak. Kerncompetenties van de politie als criterium voor de afbakening van kerntaken in de praktijk**  
A. Mein, A. Schutte & A. van Sluis, ES&E, Den Haag, 2004
16. **Professionele dienstverlening en georganiseerde criminaliteit. Hedendaagse integriteitsdilemma's van advocaten en notarissen**  
F. Lankhorst & J.M. Nelen, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Sectie Criminologie, Amsterdam, 2004
17. **Paradoxaal Politiebestel. Burgemeesters, Openbaar Ministerie en Politiechefs over de sturing van de politie**  
L.W.J.C. Huberts, S. Verberk, K. Lasthuizen & J.H.J. van den Heuvel, Vrije Universiteit Amsterdam/B&A Groep, 's-Gravenhage, 2004
18. **Illegale vuurwapens in Nederland: smokkel en handel**  
A.C. Spapens & M.Y. Bruinsma, IVA, Tilburg, 2004
19. **Samenwerking en netwerken in de lokale veiligheidszorg**  
J. Terpstra & R. Kouwenhoven, IPIT Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2004
20. **Uit balans: politie en bestel in de knel. State-of-the-art: bundeling van kennis en inzicht**  
H.G. van de Bunt, A.B. Hoogenboom, L.W.J.C. Huberts, E.R. Muller, J. Terpstra, C.D. van der Vijver & C. Wiebrens, 2004  
Redactie: G.C.K. Vlek, C. Bangma, C. Loef & E.R. Muller
21. **Politie en media. Feiten, fictie en imagopolitiek**  
H. Beunders & E.R. Muller, Erasmus Universiteit Rotterdam/COT, Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Leiden, 2005 (2<sup>e</sup> druk 2009)



22. **Integriteit van de politie. State-of-the-art: wat we weten op basis van Nederlands onderzoek**  
L.W.J.C. Huberts & J. Naeyé, Centrum voor Politie- en Veiligheidswetenschappen/Vrije Universiteit, Amsterdam, 2005
23. **De sociale organisatie van mensensmokkel**  
R. Staring, G. Engbersen, H. Moerland, N. de Lange, D. Verburg, E. Vermeulen & A. Weltevrede; m.m.v. E. Heyl, N. Hoek, L. Jacobs, M. Kanis & W. van Vliet, Erasmus Universiteit Rotterdam: Criminologie – Sociologie – Risbo, 2005
24. **In elkaars verlengde? Publieke en private speurders in Nederland en België**  
U. Rosenthal, L. Schaap J.C. van Riessen, P. Ponsaers & A.H.S. Verhage, COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Den Haag/Universiteit Gent, 2005
25. **De strafrechtelijke rechtshulpverlening van Nederland aan de lidstaten van de Europese Unie. De politieke discussie, het juridische kader, de landelijke organisatie en de feitelijke werking**  
C.J.C.F. Fijnaut, A.C. Spapens & D. van Daele, Universiteit van Tilburg, Vakgroep Strafrechtwetenschappen, 2005
26. **Niet zonder slag of stoot. De geweldsbevoegdheid en doorzettingskracht van de Nederlandse politie**  
J. Naeyé, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Vrije Universiteit Amsterdam, 2005
27. **Preventief fouilleren. Een analyse van het proces en de externe effecten in tien gemeenten**  
E.J. van der Torre & H.B. Ferwerda, COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Den Haag/Advies- en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem, 2005
28. **Zedenmisdrijven in Nederland. Aangiften- en verdachtenanalyses op basis van HKS-gegevens**  
A.Ph. van Wijk, S.R.F. Mali, R.A.R. Bullens, L. Prins & P.P.H.M. Klerks, Politieacademie Onderzoeksgroep, Apeldoorn, Vrije Universiteit Amsterdam. KLPD, 2005
29. **Groepszedenmisdrijven onder minderjarigen. Een analyse van een Rotterdamse casus**  
I. van Leiden & J. Jakobs, Advies- en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem, 2005
30. **Omgaan met conflictsituaties: op zoek naar goede werkwijzen bij de politie**  
O. Adang, N. Kop, H.B. Ferwerda, J. Heijnemans, W. Olde Nordkamp, P. de Paauw & K. van Woerkom, Onderzoeksgroep Politieacademie, Apeldoorn/Advies en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem, 2006
31. **De strategische analyse van harddrugsscenes. Hoofddlijnen voor politie en beleid**  
E.J. van der Torre, COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Den Haag, 2006
- 32a. **Cijfers en stakeholders. Prestatiesturing en de gevolgen voor de maatschappelijke en politiek-bestuurlijke relaties van de politie**  
A. van Sluis, L. Cachet, L. de Jong, C. Nieuwenhuyzen & A. Ringeling, Centre for Local Democracy, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2006
- 32b. **Operationele betrokkenheid. Prestatiesturing en bedrijfsvoering Nederlandse politie**  
A.B. Hoogenboom, Nivra-Nyenrode, Breukelen, 2006

- 32c. **Op prestaties gericht. Over de gevolgen van prestatiesturing en prestatieconvenanten voor sturing en uitvoering van het politiewerk**  
M.P.C.M. Jochoms, F. van der Laan, W. Landman, P.S. Nijmeijer & A. Sey, Politieacademie, Apeldoorn/Twynstra Gudde, Amersfoort/Universiteit van Amsterdam, 2006
33. **Het nieuwe bedrijfsmatig denken bij de politie. Analyse van een culturele formatie in ontwikkeling**  
J. Terpstra & W. Trommel, IPIT Instituut voor Maatschappelijke Veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente 2006
34. **De legitimiteit van de politie onder druk? Beschouwingen over grondslagen en ontwikkelingen van legitimiteit en legitimiteitstoekenning**  
Bundel onder redactie van C.D. van der Vijver & G.C.K. Vlek, IPIT Instituut voor Maatschappelijke Veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente/Politie & Wetenschap, 2006
35. **Naar beginselen van behoorlijke politiezorg**  
M.J. Dubelaar, E.R. Muller & C.P.M. Cleiren, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden, 2006
- 36a. **Asielmigratie en criminaliteit**  
J. de Boom, G. Engbersen & A. Leerkes, Risbo Contractresearch BV/Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2006
- 36b. **Criminaliteitspatronen en criminele carrières van asielzoekers**  
M. Althoff & W.J.M. de Haan, m.m.v. S. Miedema, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen, 2006
- 36c. **'Ik probeer alleen maar mijn leven te leven'. Uitgeprocedeerde asielzoekers en criminaliteit**  
A. Leerkes, Risbo Contractresearch BV/Erasmus Universiteit, Rotterdam; Amsterdamse School voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 2006
37. **Positie en expertise van de allochtone politiemedewerker**  
J. Broekhuizen, J. Raven & F.M.H.M. Driessen, Bureau Driessen, Utrecht, 2007
38. **Lokale politiechefs. Het middenkader van de basispolitiezorg**  
E. J. van der Torre, COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement, Den Haag, 2007
39. **Niet verschijnen**
40. **Conflict op straat: strijden of mijden? Marokkaanse en Antilliaanse jongeren in interactie met de politie**  
N. Kop, Martin Euwema, m.m.v. H.B. Ferwerda, E. Giebels, W. Olde Nordkamp & P. de Paauw, Politieacademie, Apeldoorn, Universiteit Utrecht, 2007
41. **Opsporing onder druk**  
C. Liedenbaum & M. Kruijsen, IPIT Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2008

42. **Symbolen van orde en wanorde. Broken windows policing en de bestrijding van overlast en buurtverval**  
B. van Stokkom, Centrum voor Ethiek, Radboud Universiteit Nijmegen, 2008
43. **Verkeershandhaving: prestaties leveren, problemen aanpakken**  
G. Meershoek & M. Krommendijk, IPIT, Instituut voor maatschappelijke veiligheidsvraagstukken, Universiteit Twente, 2008
44. **De frontlinie van opsporing en handhaving. Stelselmatige bedreigingen door burgers als contrastrategie**  
M.J.G. Jacobs, M.Y. Bruinsma & J.W.M.J. van Poppel, IVA Tilburg, 2008
- 45a. **‘Kracht van meer dan geringe betekenis’. Deel A: Politiegeweld in de basispolitiezorg**  
R. Bleijendaal, J. Naeyé, P. Chattellon & G. Drenth, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2008
- 45b. **‘Kracht van meer dan geringe betekenis’. Deel B: Sturing en toetsing van de politieke geweldsbevoegdheid**  
G. Drenth, J. Naeyé & R. Bleijendaal, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2008
- 45c. **Agressie en geweld tegen politiemensen. Beledigen, bedreigen, tegenwerken en vechten**  
J. Naeyé & R. Bleijendaal, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2008
- 45d. **Belediging en bedreiging van politiemensen**  
J. Naeyé, m.m.v. M. Bakker & C. Grijzen, Vrije Universiteit Amsterdam, 2009
- 45e. **Uitgangspunten voor politieoptreden in agressie- en geweldssituaties**  
J. Naeyé, Vrije Universiteit Amsterdam, 2010
46. **Wijkagenten en hun dagelijks werk. Een onderzoek naar de uitvoering van gebiedsgebonden politiewerk**  
J. Terpstra, 2008
47. **Bijzonder zijn ze allemaal! Vergelijkend onderzoek naar reguliere en bijzondere opsporing**  
W. Faber, A.A.A. van Nunen & C. la Roi, Faber Organisatievernieuwing, Oss, 2009
48. **Gouden bergen. Een verkennend onderzoek naar Nigeriaanse 419-fraude: achtergronden, dadenkenmerken en aanpak**  
Y.M.M. Schoenmakers, E. de Vries Robbé & A.Ph. van Wijk, Politieacademie, Apeldoorn/Bureau Beke, Arnhem, 2009
49. **Het betwiste politiebestel. Een vergelijkend onderzoek naar de ontwikkeling van het politiebestel in Nederland, België, Denemarken, Duitsland, Engeland & Wales**  
A. Cachet, A. van Sluis, Th. Jochoms, A. Sey & A. Ringeling, Erasmus Universiteit Rotterdam/Politieacademie, Apeldoorn/Korps landelijke politiediensten, Driebergen, 2009
50. **Leven met bedreiging. Achtergronden bij aangiften van bedreiging van burgers**  
B. Bieleman, W.J.M. de Haan, J.A. Nijboer & N. Tromp, Intraval & Rijksuniversiteit Groningen, 2010

- 51a. Het publieke belang bij private preventie. Een economische analyse van inbraakpreventiebeleid**  
B.A. Vollaard, TILEC/Universiteit van Tilburg, 2009
- 51b. Het effect van langdurige opsluiting van veelplegers op de maatschappelijke veiligheid**  
B.A. Vollaard, TILEC/Universiteit van Tilburg, 2010
- 52. Lokale politiek over politie**  
T.B.W.M. van der Torre-Eilert, H. Bergsma & M.J. van Duin, met medewerking van R. Eilert, LokaleZaken, Rotterdam, 2010
- 53a. Trainen onder stress. Effecten op de schietvaardigheid van politieambtenaren**  
R.R.D. Oudejans, A. Nieuwenhuys & G.P.T. Willemsen, Vrije Universiteit Amsterdam, 2010
- 53b. Schieten of niet schieten? Effecten van stress op schietbeslissingen van politieambtenaren**  
A. Nieuwenhuys, G.P.T. Willemsen & R.R.D. Oudejans, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2012
- 53c. Politievaardigheden onder stress. Het optimaliseren van aanhouding en zelfverdediging in de praktijk**  
P.G. Renden, A. Nieuwenhuys, G.P.T. Willemsen & R.R.D. Oudejans, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2015
- 53d. Effectief omgaan met acute stress. Effecten van aanleg en trainingsservaring op de schietprestatie onder druk**  
A. Landman, A. Nieuwenhuys & R.R.D. Oudejans, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2015
- 54. Politie en publiek. Een onderzoek naar de communicatievormen tussen burgers en blauw**  
H.J.G. Beunders, M.D. Abraham, A.G. van Dijk & A.J.E. van Hoek, DSP-groep, Amsterdam/Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2011
- 55. Managing collective violence around public events: an international comparison**  
O.M.J. Adang with cooperation from: S.E. Bierman, E.B. Brown, J. Dietermann, C. Putz, M. Schreiber, R. van der Wal, J. Zeitner, Police Science & Research Programme, Apeldoorn, 2011
- 56. Stads- en regioscan in de grootste Brabantse gemeenten. De achtergronden van onveilige GVI-scores**  
B.M.W.A. Beke, E.J. van der Torre, M.J. van Duin, COT, Den Haag; LokaleZaken, Rotterdam & Beke Advies, Arnhem, 2011
- 57. De mythe ontrafeld? Wat we weten over een goed politieleiderschap**  
W. Landman, M. Brussen & F. van der Laan, Twynstra Gudde, Amersfoort, 2011
- 58. Proactief handhaven en gelijk behandelen**  
J. Svensson, H. Sollie & S. Saharso, Vakgroep Maatschappelijke Risico's en Veiligheid, Institute of Governance Studies, Universiteit Twente, Enschede, 2011

- 59a. **De sterkte van de arm: feiten en mythes**  
J.H. Haagsma, T.M. Rumke, I. Smits, E. van der Veer & C.J. Wiebrens, Andersson Elffers Felix, Utrecht, 2012
- 59b. **Blauw, hier en daar. Onderzoek naar de sterkte van de politie in Nederland, België, Denemarken, Engeland & Wales en Nordrhein-Westfalen**  
J.H. Haagsma, I. Smits, H. Waarsing & C.J. Wiebrens, Andersson Elffers Felix, Utrecht, 2012
60. **De nachtdienst 'verlicht'**  
M.C.M. Gordijn, Rijksuniversiteit Groningen, 2012
61. **Opsporing Verzocht. Een quasi-experimentele studie naar de bijdrage van het programma Opsporing Verzocht aan de oplossing van delicten**  
J.G. van Erp, F. van Gastel & H.D. Webbink, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2012
62. **Jeugdige zedendelinquenten en recidive. Een onderzoek bij jeugdige zedendelinquenten naar de voorspellende waarde van psychiatrische stoornissen en psychosociale problemen voor (zeden)recidive**  
C. Boonmann, L.M.C. Nauta-Jansen, L.A. 't Hart-Kerkhoffs, Th.A.H. Doreleijers & R.R.J.M. Vermeiren, VUmc De Bascule, Duivendrecht, 2012
63. **Hoe een angstaas een jokkebrok herkent**  
J. Jolij, Rijksuniversiteit Groningen, 2012
64. **Politie en sociale media. Van hype naar onderbouwde keuzen**  
A. Meijer, S. Grimmelikhuijsen, D. Fictorie, M. Thaens, P. Siep, Universiteit Utrecht, Center for Public Innovation, Rotterdam, 2013
65. **Wapengebruik. Van inzicht in modus operandi naar een effectieve aanpak**  
M.S. de Vries, Universiteit Twente, Enschede, 2013
66. **Politieverhalen. Een etnografie van een belangrijk aspect van politieculturen**  
M.J. van Hulst, Tilburg University, Tilburg, 2013
67. **Recherchebazen. Een empirisch onderzoek naar justitieel politieleiderschap**  
E.J. van der Torre, M.J. van Duin & E. Bervoets, LokaleZaken, Rotterdam, 2013
68. **Driehoeken: overleg en verhoudingen. Van lokaal tot nationaal**  
E.J. van der Torre & T.B.W.M. van der Torre-Eilert, m.m.v. E. Bervoets & D. Keijzer, LokaleZaken, Rotterdam, 2013
69. **Overvallen vanuit daderperspectief. Situationele aspecten van gewelddadige, niet-gewelddadige en afgeblazen overvallen**  
W. Bernasco, M.R. Lindegaard & S. Jacques, NSCR, Amsterdam, 2013
70. **Geweld tegen de politie. De rol van mentale processen van de politieambtenaar**  
L. van Reemst, T. Fischer & B. Zwirs, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2013

71. **Vertrouwen in de politie: trends en verklaringen**  
L. van der Veer, A. van Sluis, S. Van de Walle & A. Ringeling, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2013
72. **Mobiel banditisme. Oost- en Centraal-Europese rondtrekkende criminele groepen in Nederland**  
D. Siegel, i.s.m. R. Koenraadt, D. Lyubenova, N. Sovre & A. Troszianczuk, Universiteit Utrecht, 2013
73. **De ontwikkeling van de criminaliteit van Rotterdamse autochtone en allochtone jongeren van 12 tot 18 jaar. De rol van achterstanden, ouders, normen en vrienden**  
F.M.H.M. Driessen, F. Duursma & J. Broekhuizen, Bureau Driessen, Utrecht, 2014
74. **Speciaal blauw. Verschijningsvormen en overwegingen van specialisatie en despecialisatie binnen de Nederlandse politieorganisatie**  
R.J. Morée, W. Landman & A.C. Bos, Twynstra Gudde, Amersfoort, 2014
75. **Gevangene van het verleden. Crisissituaties na de terugkeer van zedendelinquenten in de samenleving**  
M.H. Boone, H.G. van de Bunt & D. Spiegel, m.m.v. K. van de Ven, Erasmus Universiteit, Rotterdam, Universiteit Utrecht, 2014
76. **Brandstichters onder vuur. Een empirisch onderzoek naar zaken van brandstichting en hun daders**  
L. Dalhuisen & F. Koenraadt, Universiteit Utrecht, 2014
77. **Van stadswacht naar nieuwe gemeentepolitie? Gemeentelijk toezicht en handhaving in de openbare ruimte**  
T. Eikenaar & B. van Stokkom, Radboud Universiteit, Nijmegen, 2014
78. **Politiemensen over het strafrecht**  
J. Kort, M.I. Fedorova & J.B. Terpstra, Radboud Universiteit, Nijmegen, 2014
79. **Kijken, luisteren, lezen. De invloed van beeld, geluid en schrift op het oordeel over verdachten-verhoren**  
M. Malsch, R. Kranendonk, J. de Keijser, H. Elffers, M. Konter & M. de Boer, NSCR, Amsterdam, 2015
80. **De mentale gesteldheid van de familierechercheur. Een onderzoek naar werkgerelateerde stress en secundaire posttraumatische groei binnen een bijzondere groep politieambtenaren**  
L.J.A. Bollen, M.C. Saan, M.J.J. Kunst, B.W.C. Zwirs & K.F. Kuijpers, Universiteit Leiden, 2015
81. **Na de vrijlating. Een exploratieve studie naar recidive en re-integratie van jihadistische ex-gedetineerden**  
D.J. Weggemans & B.A. de Graaf, Universiteit Leiden, Universiteit Utrecht, 2015
82. **Dat heeft iemand anders gedaan! Een studie naar slachtofferschap en modus operandi van identiteitsfraude in Nederland**  
L. Paulissen & J. van Wilsem, Universiteit Leiden, 2015

83. **Demonstratieve kampementen**  
B. Roorda, Rijksuniversiteit Groningen, 2015
84. **Private ordebewaarders bij betogingen**  
B. Roorda, Rijksuniversiteit Groningen, 2015
85. **Spelen met weerbaarheid. Belemmerende patronen en doorbrekende handelingsperspectieven bij het ontwikkelen van basisteams**  
W. Landman, R. Kouwenhoven & M. Brussen, Twynstra Gudde, Amersfoort, 2015
86. **‘Onnodige’ bureaucratie binnen het basispolitiewerk. Onderzoek naar de achtergronden van een hardnekkig verschijnsel**  
J. Kort & J.B. Terpstra, Radboud Universiteit Nijmegen, 2015
87. **Politie en GHB-problematiek op het platteland**  
T. Nabben & D.J. Korf, Universiteit van Amsterdam, 2016
88. **Basisteams in de Nationale Politie. Organisatie, taakuitvoering en gebiedsgebonden werk**  
J. Terpstra, I. van Duijneveldt, T. Eikenaar, T. Havinga & B. van Stokkom, Radboud Universiteit Nijmegen, 2016
89. **Samen of apart. De invloed van overleg tussen agenten bij het opstellen van het proces-verbaal**  
A. Vredevelde, L. Kesteloo & P.J. van Koppen, Vrije Universiteit Amsterdam, 2016
90. **Overvallen in beeld. Gedrag van daders, slachtoffers en omstanders**  
M.R. Lindegaard, W. Bernasco & T. de Vries, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Amsterdam, 2016
91. **Boeven vangen. Een onderzoek naar proactief politieoptreden**  
W. Landman & L. Kleijer-Kool, Twynstra Gudde, Amersfoort, 2016
92. **VVC onder de aandacht. Een onderzoek naar ZSM en de gevolgen voor het politiewerk**  
R. Salet & J. Terpstra, m.m.v. P. Frielink, Radboud Universiteit Nijmegen, 2017
93. **De mogelijke meerwaarde van bodycams voor politiewerk. Een internationaal literatuuronderzoek**  
S. Flight, Sander Flight Onderzoek & Advies, Amsterdam, 2017
94. **Criminele families in Noord-Brabant. Een verkenning van generatie-effecten in de georganiseerde misdaad.**  
H. Moors & T. Spapens, EMMA, Den Haag; Tilburg University, Tilburg, 2017
95. **Effectiviteit van het verdachtenverhoor. Een veldstudie naar de relatie tussen verhoortechnieken, de verklaring van verdachten en de aanwezigheid van de advocaat in zware zaken**  
W.J. Verhoeven & E. Duinhof, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2017
96. **Van meerdere markten thuis. Overlap in markten van zware en georganiseerde misdaad en de consequenties van opsporing**  
T. Spapens, m.m.v. M. Bruinsma, Tilburg University, 2017

**97. Horen, zien en zwijgen. Opsporing in dorpen en stadsbuurten met een gesloten leefgemeenschap**

E. Bervoets, M. Bruinsma, m.m.v. H. Turan & E. Veerman, Bureau Bervoets, 2017