

VU Research Portal

Aangifte doen van geweld in de psychiatrie

van Houwelingen, I.; Harte, J.M.

published in

Tijdschrift voor de politie
2017

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Houwelingen, I., & Harte, J. M. (2017). Aangifte doen van geweld in de psychiatrie: Dilemma's en knelpunten. *Tijdschrift voor de politie*, 79(8/17), 22-25.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Aangifte doen van geweld in de psychiatrie

Ingrid van Houwelingen MSc, junior onderzoeker Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Strafrecht en Criminologie.

Dr. Joke Harte, universitair hoofd-docent Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Strafrecht en Criminologie.

Meer dan de leden van andere beroepsgroepen hebben hulpverleners in de psychiatrie te maken met fysiek geweld, soms met ernstige gevolgen. In deze sector bestaat echter onduidelijkheid over de manier waarop dergelijk geweld afgehandeld moet worden en in welke gevallen een strafrechtelijke reactie op zijn plaats is. Slachtoffers zien vaak af van aangifte, omdat zij geconfronteerd worden met een aantal specifieke dilemma's en knelpunten. De politie, het Openbaar Ministerie (OM) en GGZ Nederland zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de aanpak hiervan.

Roos (36) werkt als verpleegkundige in een psychiatrische kliniek. Wanneer ze samen met twee collega's een patiënt op zijn kamer bezoekt om hem te vertellen dat hij nog een tijdje in de kliniek moet blijven, wordt ze door hem aangevallen. Hij duwt haar op de grond, grijpt haar bij haar haren en stompt onophoudelijk op haar hoofd, totdat hij wordt overmeesterd door toegesnelde collega's. Als hij wordt afgevoerd naar de separeerruimte zegt hij dat hij wil dat het personeel weet dat het een bewuste daad was en dat hij niet psychotisch is. Na het incident is het gezicht van Roos zwaar gehavend en kan zij een aantal weken niet werken. Ook heeft ze nog lang last van nachtmerries.

Samen met haar leidinggevende doet Roos aangifte van het incident. Dit verloopt moeizaam. Het opnemen van de aangifte duurt lang en Roos vindt de verbalisant weinig empathisch. Ook vergeet hij te zeggen dat er foto's en een verklaring van een arts bij de aangifte gevoegd moeten worden. De zaak wordt geseponeerd, omdat het OM de patiënt, zonder enig onderzoek te hebben verricht, ontoerekeningsvatbaar acht.

Geweld tegen hulpverleners leidt dikwijls tot grote politieke en maatschappelijke verontwaardiging. De overheid en het Openbaar Ministerie (OM) hebben maatregelen genomen om agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak terug te dringen. Zo heeft het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) het beleidsprogramma Veilige Publieke Taak (VPT) ingesteld. Het OM heeft de strafvoororderingsrichtlijnen voor zaken van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak verdriedubbeld en heeft afspraken gemaakt met de politie voor een effectieve en snelle afhandeling van dergelijke zaken. Deze afspraken zijn vastgelegd in de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA).

Geweld tegen hulpverleners is vooral een probleem in de psychiatrie. Hulpverleners in deze sector hebben te maken met veel fysiek geweld door patiënten, dat soms tot ernstig letsel leidt (Van Leeuwen & Harte, 2015; Evers, Jettinghoff

& Van Essen, 2015). Dit is deels te verklaren door de aard van het werk. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten die aan een psychiatrische stoornis lijden een aanzienlijk grotere kans hebben om gewelddadig te zijn dan andere mensen (zie bijvoorbeeld Fazel et al., 2009). Bovendien zijn patiënten in gesloten psychiatrische klinieken daar vaak onvrijwillig opgenomen omdat zij een gevaar vormen voor zichzelf of anderen, en dat risico is vaak niet meteen verdwenen na opname.

Binnen de psychiatrie is er onduidelijkheid en bestaat er verschil van mening over de vraag of en zo ja in welke gevallen een strafrechtelijk vervolg op zijn plaats is. Slachtoffers vinden een aangifte niet altijd nodig, bijvoorbeeld omdat het incident volgens hen niet ernstig genoeg was of omdat ze vinden dat agressie en geweld nu eenmaal bij hun werk horen. Degenen die wel aangifte doen van geweld door een patiënt doen dit vooral omdat zij willen dat het geweld stopt. Zij doen aangifte om een dossier op te bouwen en om zichzelf, hun collega's, andere patiënten en uiteindelijk de maatschappij te beschermen tegen de gewelddadige patiënt (Harte, Van Leeuwen & Theuws, 2013). Zij zijn meestal niet uit op vergelding, zeker niet als zij denken dat er geen sprake was van opzet (Darley & Pittman, 2003; Skitka & Houston, 2001).

Dilemma's

Hulpverleners die overwegen om aangifte te doen van geweld door patiënten stuiten op een aantal specifieke dilemma's en knelpunten (Van Leeuwen & Harte, 2011; Wilson et al., 2012). Zo is niet altijd duidelijk of een patiënt verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn gewelddadige gedrag. Als slachtoffers denken dat het geweld voortkwam uit de psychiatrische stoornis van de patiënt kan dat een reden zijn om geen aangifte te doen.

Werknemers in de ggz weten vaak niet of en zo ja welke informatie ze met het oog op hun beroepsgeheim kunnen verstrekken aan de politie. Het slachtoffer wordt vaak opnieuw met de dader geconfronteerd of moet hem zelfs weer zorg verlenen. Soms zijn slachtoffers bang voor wraak van de dader of diens netwerk en zien af van aangifte omdat



Foto: Jeanine van Maris van Dijk, Hollandse Hoogte

volledig anoniem aangifte doen niet mogelijk is (Harte et al., 2013). Het komt ook voor dat een slachtoffer afziet van aangifte omdat hij vreest dat dit de behandelrelatie zal schaden.

Verder betwijfelt men vaak of met een strafrechtelijke reactie iets bereikt kan worden; het is de ervaring dat het OM vrijwel al deze zaken seponeert. Daarnaast wordt vaak gehoord dat slachtoffers die aangifte doen van geweld in de psychiatrie niet of nauwelijks geïnformeerd worden over de afhandeling van hun zaak.

In dit onderzoek gaan we na welke problemen zich precies voordoen bij het doen van aangifte van geweld door patiënten. Op basis van de ervaringen en overwegingen van verschillende betrokken partijen, zoals de werkgevers, de politie, het OM en uiteraard de slachtoffers zelf, wordt onderzocht waar de knelpunten liggen. Ook wordt gekeken in hoeverre beleidsdocumenten en convenanten handvatten bieden voor de afhandeling van dergelijk geweld. Tot slot wordt bekeken of en zo ja op welke manier de beschreven knelpunten in de praktijk aangepakt kunnen worden.

Methode

Om een duidelijk beeld te krijgen van de problemen in de praktijk is een inventariserende enquête voorgelegd aan juristen die werkzaam zijn bij ggz-instellingen. Deze enquête is ingevuld en teruggestuurd door 23 juristen. Na enkele oriënterende gesprekken zijn vervolgens praktijkervaringen met het doen van aangifte verzameld via in totaal 35 verdiepende interviews met stakeholders en experts:

dertien ggz-medewerkers die het slachtoffer zijn geweest van geweld door een patiënt en daarvan aangifte hebben gedaan, negen leidinggevend en stafmedewerkers uit de ggz, zes politiemedewerkers, drie officieren van justitie, een strafrechter, een advocaat en een projectleider VPT.

Daarna zijn relevante beleidsstukken verzameld: de landelijke beleidsprogramma's *Veilige Publieke Taak*, *Actieplan veilig werken in de zorg*, *Handreiking sociale veiligheid in de ggz*, *Aangifte doen bij agressie- en/of geweldsincidenten* van het O&O Fonds GGZ en *Convenant Politie – GGZ 2012*. Tevens zijn dertien regionale convenanten tussen politie eenheden en ggz-instellingen verzameld. De beleidsstukken zijn geanalyseerd om te kijken in hoeverre door het beleid oplossingen worden geboden voor de geconstateerde knelpunten.

Resultaten

Uit het onderzoek komen zeven knelpunten naar voren: 1) onduidelijkheid over de toerekeningsvatbaarheid, 2) het medisch beroepsgeheim, 3) de onmogelijkheid om de identiteit van de aangever volledig af te schermen, 4) de behandelrelatie, 5) twijfels over de zin van vervolging, 6) gebrek aan informatie over de afhandeling van de zaak en 7) onbekendheid van betrokkenen met relevant beleid.

Onduidelijkheid over de toerekeningsvatbaarheid

Agressie en geweld van psychiatrische patiënten kunnen voortkomen uit de psychopathologie. Ggz-medewerkers vinden daarom dat geweld tot op zekere hoogte bij hun werk hoort. Tegelijkertijd is niet duidelijk waar de grens van het

» Aan de politie wordt geadviseerd aangiftes snel en serieus op te pakken

toelaatbare ligt. Hulpverleners vinden aangifte doen op zijn plaats als het gaat om ernstig geweld of als zij denken dat sprake is van opzet. Ook voor de vervolgingsbeslissing is het belangrijk of en in welke mate het geweld voortkwam uit een stroomis. Voor slachtoffers is het echter niet mogelijk om vast te stellen of de patiënt verantwoordelijk kan worden gehouden voor het geweld. Daarbij is het ook niet wenselijk dat slachtoffers deze taak op zich nemen.

Een onafhankelijk onderzoek naar de geestvermogens van een verdachte (een onderzoek pro Justitia) kost veel tijd en geld. Daarom wordt dit doorgaans alleen ingesteld bij ernstige delicten. Bij minder ernstige delicten wil de officier van justitie op basis van de aangifte kunnen inschatten in hoeverre de dader toerekeningsvatbaar was. Als een aangever bepaalde informatie niet wil verstrekken vanwege het medisch beroepsgeheim, kan dat leiden tot ergernis. In de praktijk is de ervaring dat aangiftes van geweld in de psychiatrie worden geseponerd omdat verondersteld wordt dat de dader ontoerekeningsvatbaar was, zonder dat dit nader is onderzocht.

Medisch beroepsgeheim

Slachtoffers van geweld door patiënten durven vaak geen aangifte te doen of geven bij de aangifte nauwelijks informatie, omdat zij bang zijn om hun beroepsgeheim te doorbreken. De regels omtrent het doorbreken van het beroepsgeheim zijn ingewikkeld en streng en het verstrekken van te veel informatie kan juridische gevolgen hebben voor een hulpverlener. In het beleid dat betrekking heeft op geweld in de psychiatrie wordt het doen van aangifte wel geadviseerd, maar wordt geen duidelijkheid gegeven over wat voor informatie er in welke situatie gedeeld mag worden.

Beschermen identiteit aangever

Ggz-medewerkers die te maken krijgen met geweld door een patiënt worden vaak opnieuw met de dader geconfronteerd of moeten hem zelfs zorg blijven verlenen. Zij durven soms geen aangifte te doen of een getuigenverklaring af te leggen, omdat zij bang zijn dat de dader of diens netwerk hiervoor wraak zal nemen. De identiteit van een aangever kan op twee manieren beschermd worden: er kan domiciel worden gekozen op het adres van de instelling en er kan aangifte worden gedaan onder nummer, eventueel door de

werkgever. Volledige anonimiteit kan echter nooit gegarandeerd worden.

Behandelrelatie

Anders dan in andere werkvelden moet de zorg aan de patiënt die gewelddadig is geweest vaak voortgezet worden, veelal omdat sprake is van een gedwongen behandeling. In de praktijk is het overplaatsen van de patiënt naar een andere afdeling of instelling dikwijls niet mogelijk. Hierdoor zijn slachtoffers soms terughoudend in het doen van aangifte tegen de patiënt; ze zijn bang dat dit de behandelrelatie (verder) zal schaden.

Mogelijkheden en zin vervolging

In de praktijk is de ervaring dat aangiftes van geweld in de psychiatrie vaak zonder nader onderzoek geseponerd worden. Ggz-medewerkers hebben daardoor de indruk dat het geen zin heeft om aangifte te doen. Politie en justitie zien niet altijd wat de toegevoegde waarde is van vervolging van dit type zaken, omdat de mogelijkheden voor een betekenisvolle afdoening beperkt zijn. Zij denken dat slachtoffers uit zijn op vergelding, terwijl dit meestal niet het geval is. Slachtoffers doen vooral aangifte om herhaling van het geweld te voorkomen.

Informatievoorziening

Slachtoffers die aangifte doen van geweld in de psychiatrie worden niet altijd geïnformeerd over de afhandeling van hun zaak, hoewel in diverse beleidsafspraken is vastgelegd dat dit wel moet gebeuren. Ook licht het OM de beslissing om een zaak te seponeren nauwelijks toe. Dit leidt tot frustratie en onbegrip bij de slachtoffers.

Onbekendheid met beleid

In de praktijk blijkt het beleid dat betrekking heeft op geweld tegen hulpverleners vaak niet bekend te zijn bij of niet gebruikt te worden door ggz-instellingen, de politie en het OM. Ook zijn de betrokken medewerkers in de ggz, bij de politie en bij justitie niet altijd goed op de hoogte van elkaars bevoegdheden en mogelijkheden. Dit leidt geregeld tot onbegrip.

Conclusie en discussie

Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie is een substantieel en ernstig probleem. Door de aard van het werk zal geweld niet helemaal uit te bannen zijn. In de praktijk is echter onduidelijk tot op welke hoogte geweld bij het werken in de psychiatrie hoort en wanneer een strafrechtelijk vervolg op zijn plaats is. Het is belangrijk dat hierover meer duidelijkheid komt. Door de specifieke knelpunten is geweld tegen werknemers in de psychiatrie lastiger aan te pakken dan geweld tegen werknemers in andere sectoren.

Het is van belang om slachtoffers te horen en te steunen en hun duidelijkheid te bieden over de (on)mogelijkheden van een eventuele strafrechtelijke reactie. Het is belangrijk dat de politie en het OM zich realiseren dat slachtoffers

doorgaans geen vergelding, maar vooral bescherming willen.

Er is binnen de (forensische) ggz de laatste jaren meer aandacht voor (de zorg voor) verwarde personen en voor de positie van slachtoffers in het strafproces. Er zijn verschillende initiatieven opgestart om de problemen die zich hierbij voordoen aan te pakken. Zo wordt momenteel gewerkt aan nieuwe wetgeving rond de forensische zorg en is het Schakelteam Personen met Verward Gedrag bezig met de implementatie van een systeem voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag. Met het programma 'Recht doen aan slachtoffers' van het ministerie van Justitie en Veiligheid wordt gewerkt aan een verbeterde dienstverlening aan slachtoffers. Helaas bieden deze maatregelen geen oplossing voor de in dit artikel besproken specifieke knelpunten die zich voordoen bij de afdoening van geweld in de psychiatrie.

Aanbevelingen

Het onderzoek heeft geresulteerd in aanbevelingen voor alle betrokken partijen. Aan de ggz wordt geadviseerd om slachtoffers beter te informeren, bijvoorbeeld over het beroepsgeheim, en om hen te ondersteunen wanneer zij overwegen om aangifte te doen. Aan het OM wordt geadviseerd om te zoeken naar een alternatief voor het dure en tijdrovende onderzoek pro Justitia, zodat voorkomen kan worden dat zaken worden geseponeerd vanwege veronderstelde ontoerekeningsvatbaarheid van de patiënt zonder dat dit onafhankelijk is onderzocht. Ook zou het goed zijn als het OM sepotbeslissingen uitgebreider toelicht. Hierdoor kunnen onbegrip en frustratie bij de benadeelden zo veel mogelijk worden weggenomen.

Aan de politie wordt geadviseerd om aangiftes van geweld in de psychiatrie snel en serieus op te pakken. Een snelle afhandeling is belangrijk omdat een kliniek vaak zorg moet blijven verlenen aan de gewelddadige patiënt. Dit soort zaken kan het best worden opgepakt door agenten met enige kennis van en *feeling* met de psychiatrie. Idealiter zijn deze agenten een vast aanspreekpunt voor ggz-instellingen. Zij moeten zich ervan bewust zijn dat het slachtoffer een grote kans heeft om weer met de dader geconfronteerd te worden en daarom bang kan zijn voor represailles. De mogelijkheden om beschermd aangifte te doen, moeten daarom actief worden aangeboden. Omdat volledige anonimiteit niet gegarandeerd kan worden, moet bekeken of en zo ja op welke manier de angst voor wraak kan worden teruggebracht.

Het is belangrijk dat zowel de politie als het OM hulpverleners die geweld hebben ondervonden door patiënten erkent als slachtoffer. Politie en OM moeten zich bewust zijn van de beperkingen van het beroepsgeheim en het niet-verstrekken van informatie niet als onwil opvatten. Verder moeten zij zich realiseren dat slachtoffers vrijwel nooit uit zijn op vergelding, maar met de aangifte vooral zichzelf, collega's, andere patiënten en de maatschappij willen beschermen tegen de gewelddadige patiënt.

Bovenal is het belangrijk dat de betrokken partijen samenwerken om de specifieke problemen aan te pakken waarmee zij bij de afhandeling van dit geweld te maken krijgen. De ontwikkeling van nieuw beleid lijkt niet de oplossing. Er moet onderzocht worden welke alternatieve afdoeningen mogelijk en effectief zijn, zoals een waarschuwing van de politie of het OM of een zogeheten TOM-zitting op locatie. Daarbij wordt de verdachte niet gedagvaard voor de rechter, maar doet de officier van justitie hem een transactievoorstel tijdens een zitting in de kliniek. Hiervoor is het belangrijk dat de betrokken partijen elkaar zowel op landelijk als lokaal niveau weten te vinden en dat zij kennis van en begrip voor elkaars mogelijkheden en beperkingen hebben. <<



Rapport

Dit artikel is gebaseerd op het onlangs verschenen rapport *Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Aard, omvang en aangifte bij de politie* van J.M. Harte, I. van Houwelingen en M.E. van Leeuwen (2017). Apeldoorn/Den Haag: Politie en Wetenschap/Sdu (gratis te downloaden via www.politieenwetenschap.nl).

Literatuur

- Darley, J.M. & Pittman, T.S. (2003). The psychology of compensatory and retributive justice. *Personality and Social Psychology Review*, 7(4), 324-336.
- Evers, G., Jettinghoff, K. & Essen, G. van (2015). *AZW Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Werknemersenquête Zorg en WJK 2015*. Den Haag: CAOP. Geraadpleegd op 20 april 2016 via <http://www.azwinfo.nl/documents>
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA Psychiatry*, 301(19), 2016-2023.
- Harte, J.M., Leeuwen, M.E. van & Theuvs, R. (2013). Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie. Aard, omvang en strafrechtelijke reactie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(5), 325-335.
- Leeuwen, M.E. van & Harte, J.M. (2011). Violence against care workers in psychiatry. Is prosecution justified? *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(5), 317-323.
- Leeuwen, M.E. van & Harte, J.M. (2015). Violence against mental health care professionals. Prevalence, nature and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26, 1-18.
- Skitka, L.J. & Houston, D.A. (2001). When due process is of no consequence. Moral mandates and presumed defendant guilt or innocence. *Social Justice Research*, 14(3), 305-326.