

Het verklaren van een paradox

Een onderzoek naar het motief achter agressie en geweld tegen ambulancepersoneel

J.L. van Donk
S0919144
Datum: 11-1-2017
Crisis and Security Management
Scriptiebegeleider: Dr. M.C.A. Liem
Tweede lezer: Dr. S.L. Kuipers
Aantal woorden: 34.213

“No matter how destructive and terrible violence is, if people see it as their only choice, they will use it.”- Jamilia Raqib.

Voorwoord

Vorig jaar had ik niet verwacht dat ik mijn afstudeerscriptie zou schrijven over agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. In mijn werk bij de GGD Noord-Holland kreeg ik te maken met slachtoffers van agressie en geweld en ik kon de paradox niet begrijpen. Waarom pleegt iemand agressie en geweld tegen ambulancepersoneel? Per slot van rekening komen zij medische zorg verlenen. De intrinsieke motivatie nam toe en tijdens de opzet van mijn scriptie kreeg ik positieve reacties en aanmoedelingen voor het onderzoek. Dit was een probleem waar men in mijn professionele- en privé-omgeving graag meer over wilde weten. Ik ben trots op het eindresultaat, maar ik had het niet gekund zonder een aantal mensen. Allereerst Marieke Liem, mijn scriptiebegeleider. Dank voor alle feedback, kritiek en adequate begeleiding. Johan van Rhijn, Siddiq van Goens, Jules Winkel, Petter Demmink, Isolde Boers en Bo de Vogel, allen heel veel dank! De scriptie was er nooit gekomen zonder jullie input. Gemotiveerd door de uitkomsten van het onderzoek, ga ik de resultaten en aanbevelingen uit dit onderzoek presenteren bij een aantal gemeenten in de hoop dat dit zal leiden tot verbeteringen in de praktijk! Eveneens een woord van dank voor vrienden, familie en collega's voor alle support en suggesties. In het bijzonder Marianne Luesken en Henk Hokke. Daarnaast heeft Gijs Dreijer de ondankbare taak gehad om mijn huisgenoot te zijn tijdens het scriptieproces, maar mede dankzij hem is de scriptie geworden wat het nu is. Daarnaast verdienen Yorick en Boyd Breukers een eervolle vermelding voor al hun inhoudelijke kritiek en feedback. Hulde en grote dank. Last but not least, wil ik Esther Brand bedanken voor haar steun en in het bijzonder haar onvoorwaardelijke vrolijkheid.

Veel leesplezier.

Jerome van Donk

Samenvatting

In deze scriptie is onderzoek verricht naar agressie en geweld tegen ambulancepersoneel in Nederland. Als gevolg van diverse incidenten tijdens nieuwjaarsnacht 2017, ontstond krikteik op de houding en beleid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Agressie- en geweldsincidenten tegen medewerkers met een publieke taak vinden namelijk niet alleen tijdens de jaarwisseling plaats. Onderzoek (TNO, 2015; DSP Groep, 2011) heeft aangetoond dat van de medewerkers met een publieke taak, ambulancepersoneel relatief het frequentst slachtoffer wordt van agressie- en geweldsincidenten. De literatuurstudie toont aan dat in het onderzoeksveld behoefte is aan verklarend onderzoek naar het motief van de daders. Het blijkt dat bij agressie- en geweldsincidenten emoties en negatieve omstandigheden bij de pleger een rol spelen (Ambulancezorg, 2016). De General Strain Theorie (Agnew, 1992) biedt ruimte voor deze omstandigheden en emoties als variabelen in de theorie. Daarnaast is de General Strain Theorie in andere studies gebruikt om agressie en geweld te verklaren. Derhalve is de General Strain Theorie opgenomen als theoretisch kader. Via het toepassen van de General Strain Theorie is het motief van de pleger te verklaren en antwoord te geven op de onderzoeksvraag van deze scriptie: *In hoeverre kan vanuit de General Strain Theorie geweld en agressie tegen ambulancepersoneel in Nederland worden verklaard?*

De onderzoeksgegevens zijn verkregen via convenience sampling. In het kader van de scriptie is gesproken met acht respondenten, waaronder drie slachtoffers van agressie- en geweldsincidenten. De bestudeerde jurisprudentie bedraagt elf casussen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Deze scriptie destilleerde uit de elf casussen drie motieven. Deze motieven zijn onderverdeeld in motief A, B en C. Motief A: boosheid en frustratie vanwege de situatie. Motief B: boosheid en frustratie vanwege (in)directe werkzaamheden van ambulancepersoneel. Motief C: het restmotief, waaronder alle motieven vallen waarin de psychische stoornis van de pleger het handelen van de dader heeft beïnvloed. De motieven onder cluster C zijn onderling verschillend, maar hebben overlap in de psychische stoornis. De General Strain Theorie heeft motief A en B kunnen verklaren. De General Strain Theorie bleek echter onvoldoende toereikend om de richting van agressie en geweld te verklaren bij motief C. Dit betrof casuïstiek waarin de oorzaak en gevolg van stimuli met elkaar verweven waren. Het was onvoldoende mogelijk te bepalen welke omstandigheid, zoals een psychische stoornis of de aanwezigheid van noxious stimuli, de negatieve emotie veroorzaakte of beïnvloedde.

Derhalve was het niet mogelijk om vast te stellen of de dader door zijn psychische stoornis alle handelingen verrichtte of dat de Strain leidde tot agressie en geweld tegen het ambulancepersoneel. Naar aanleiding van de bevindingen zijn aan de motieven specifieke beleidsaanbevelingen gekoppeld, zodat concrete maatregelen kunnen worden geïmplementeerd door de betrokken instanties. Zodoende kan adequaat beleid worden ontwikkeld ter preventie van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

Voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek wordt aanbevolen om de Routine Activiteiten Theorie (Cohen & Felson, 1979) in combinatie met de General Strain Theorie te hanteren voor het verklaren van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. De resultaten uit dit onderzoek kunnen vanwege de beperkte omvang van de gegevens, alleen worden gezien als een indicatie van de werkelijkheid. De data zijn niet te generaliseren buiten de steekproef. Toekomstig wetenschappelijk onderzoek zou kunnen profiteren van de indicaties in deze scriptie met betrekking tot de motieven van agressie en geweld.

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat meer verklarend onderzoek naar agressie en geweld tegen ambulancepersoneel gewenst is. Deze studie toont eveneens de diverse hiaten van het beleid omtrent agressie en geweld aan en doet enkele aanbevelingen om agressie en geweld terug te dringen op basis van de gevonden motieven. Zodoende zijn specifieke evidence-based beleidsaanbevelingen geformuleerd. De geanalyseerde motieven bieden eveneens diverse inzichten voor vernieuwend beleid.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding.....	6
2. Literatuurstudie.....	12
3. Theoretisch kader.....	23
4. Methode van onderzoek.....	32
5. Motiefanalyse via de General Strain Theorie	40
6. Van motief naar beleid.....	81
7. Conclusie & Discussie	90
8. Literatuurlijst	98
Appendix 1	106
Appendix 2	107
Bijlagen.....	109

1. Inleiding

Tijdens de jaarwisseling van 2016-2017 waren er diverse incidenten van geweld en agressie tegen medewerkers met een publieke taak (NRC, 2017). In de nacht van 1 januari 2017 werden 96 mensen aangehouden voor agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak (NOS, 2017). Via Twitter betuigde minister van Veiligheid en Justitie, Ard van der Steur, zijn steun aan de slachtoffers. Daarnaast beloofde hij dat de daders direct gestraft zouden worden (NOS, 2017). Over de tweet ontstond ophef, aangezien de politievakbonden Van der Steur weinig inzet verweten in de preventie van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak. In het actualiteitenprogramma *Nieuwsuur* (2 januari 2017) droeg socioloog Timmers een oplossing aan. Hij pleitte voor een langetermijnvisie waarin niet elk jaar de agressie gedurende de jaarwisseling wordt besproken, maar dat er structureel aandacht is voor dit probleem. Agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak vond in 2016 namelijk niet alleen plaats tijdens de jaarwisseling. Zo werd een ambulancebroeder slachtoffer van fysiek geweld door een patiënte in Rotterdam en werd een agent neergestoken in Den Haag (ANP, 2016). De politievakbond ACP eist politieke maatregelen tegen agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak. Medewerkers met een publieke taak worden gedefinieerd als: “medewerkers van diverse organisaties in diverse sectoren die in dienst van of namens de overheid taken uitvoeren” (Expertisecentrum Veilige Publieke Taak, 2013, p. 7). Hierbij kan men denken aan conducteurs, ambulancepersoneel, politieagenten, buschauffeurs en burgemeesters.

1.1. Aanpak agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak in Nederland

Op beleidsniveau werd de aanpak tegen agressie en geweld in 2007 zichtbaar in de vorm van het programma Veilig Publieke Taak (VPT). In het programma VPT (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijk Relatie, 2007) is geconcludeerd dat 66% van de werknemers in 2006 als gevolg van de uitvoering van hun publieke taak in aanraking kwam met agressie en geweld (Programma Veilig Publieke Taak, 2007). Het kabinet trok 6,5 miljoen euro uit (Programma Veilig Publieke Taak, 2007) om deze problematiek te bestrijden. De toen geschatte maatschappelijk kosten van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak waren ongeveer 100 miljoen euro. In 2007 stelde het kabinet zichzelf het doel om agressie en geweld met 15% terug te dringen binnen de periode van het programma. De 66% uit het onderzoek van het ministerie van Binnenlandse Zaken Koninkrijkrelaties (ministerie van BZK) diende als startpunt.

Binnen vier jaar (in 2011) zou het agressie- en geweldcijfer gedaald moeten zijn tot 51%. Het programma eindigde in 2016. De verantwoordelijkheid van de maatregelen tegen agressie en geweld lag bij de werkgevers, maar het kabinet probeerde via dit programma ondersteuning te bieden. Naast het in 2007 ontwikkelde programma zette het kabinet Balkende IV in 2011 een publieke campagne op. Het doel van de campagne was om meer bewustzijn te creëren over agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak (TNO, 2015). Op ambtelijk niveau werden verschillende afspraken gemaakt over nieuwe maatregelen. Tussen politie, Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht werden de Eenduidig Landelijke Afspraken (ELA's) gemaakt. Het doel van de afspraken was het opzetten van een effectief en snel programma waarin agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak afgehandeld kon worden (ministerie van Veiligheid en Justitie, 2010). De afspraken waren gericht op het verbeteren van het aangifteproces en het versnellen van de vervolging van verdachten van agressie en geweld. Het programma Veilig Publieke Taak zou in 2016 gewaarborgd moeten zijn bij elke betrokken instantie als onderdeel van het beleid. Om een actuele indicatie te krijgen van de aard en omvang van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak startte in 2007 de monitor Veilig Publieke Taak.

Uit onderzoek in 2011 (Inspectie van Openbare Orde en Veiligheid, 2011) en 2013 (DSP Groep, 2013) kwam naar voren dat de afspraken grotendeels werden nageleefd. Wel waren een aantal knelpunten geconstateerd. Het OM eiste nog geen zwaardere straffen in vergelijking met niet-VPT-zaken en de rol van het slachtoffer in het strafproces was nog onderbelicht (Brief aan Tweede Kamer, 2013). Het programma VPT ging in 2015 over in het platform "Agressievrij Werk". "Agressievrij Werk" is de opvolger van het beleidsprogramma. De website van het platform "Agressievrij Werk" doet verslag van de verschillende bijeenkomsten op het gebied van Veilig Publieke Taak. Het is een kennisplatform van het ministerie van BZK heeft verder geen actieve rol in het implementeren van beleid of het organiseren en coördineren activiteiten voor de preventie van agressie en geweld.

1.2. Hoe groot is het probleem?

De monitor Veilig Publieke Taak was een onderdeel van het programma Veilig Publieke Taak. De monitor Veilig Publieke Taak verstaat onder agressie en geweld zowel intimidatie, seksuele intimidatie, verbale agressie (schelden etc.), fysiek geweld en pesten (Monitor Veilig Publieke Taak, 2015). De monitor Veilig Publieke Taak laat in de periode 2007-2014 een stabiel beeld zien (TNO, 2015).

In de periode 2007-2014 bleek gemiddeld jaarlijks 36% van de medewerkers met een publieke taak slachtoffer van agressie en geweld. Dit beeld is gebaseerd op zelfregistraties en de percentages zijn gebaseerd op de vraag of de respondenten in het afgelopen jaar agressie en geweld hebben ervaren. Het percentage slachtoffers van agressie en geweld verschilt per sector (Sikkema et al., 2007). Ruim 70% van het ambulancepersoneel geeft aan jaarlijks agressie en geweld ervaren te hebben in de periode tussen 2007 en 2014 (TNO, 2015). Dit is het hoogste percentage binnen de diverse onderdelen van de publieke sector (Veilig Publieke Taak, 2015).

In het onderzoek van Sikkema et al. (2007) komt naar voren dat 89% van het ambulancepersoneel te maken heeft met ongewenst gedrag van derden (omstanders en patiënten) tijdens het werk. Het ambulancepersoneel ervaart ondanks hun taak als hulpverlener en het verlenen van medische hulp het frequentst agressie en geweld tijdens hun werkzaamheden (TNO, 2015). Om het daadwerkelijke aantal agressie- en geweldsincidenten te benaderen registreert Ambulancezorg Nederland (AZN) de agressie- en geweldsincidenten per jaar. AZN is de brancheorganisatie van het ambulancepersoneel en zij beheren een intern registratiesysteem. Sinds 2008 verzamelt AZN alle interne meldingen van 25 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). In 2008, het eerste jaar dat het registratiesysteem sectoraal werd geïmplementeerd, zijn er 121 incidenten geregistreerd. Dit aantal is verkregen op basis van deelname van 20 van de in totaal 25 RAV's (Ambulances in zicht, 2009). In 2009 was dit aantal gestegen tot 22 deelnemende RAV's. Sinds 2010 werkt elke RAV mee met het sectorale registratiesysteem. In 2015 is het hoogste aantal incidenten bij AZN geregistreerd. Dit waren 571 geregistreerde incidenten. Bij deze gegevens moet worden opgemerkt dat niet van elke incident een melding wordt gemaakt. AZN zoekt sinds 2010 bovendien minder de media op met betrekking tot agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. De visie van AZN is gestoeld op de angst dat er meer incidenten zullen volgen naar aanleiding van een optreden in de media. "Ambulancezorg Nederland stelt zich in publicitair opzicht terughoudend op met betrekking tot incidenten om oproepen van nieuwe voorvallen zoveel mogelijk te voorkomen" (Ambulancezorg Nederland, 2012, p. 8). Met deze visie lijkt AZN gering aandacht te geven aan de problematiek rondom agressie en geweld. De motivatie ligt volgens AZN (2012) in het verwachte "copycat"-gedrag van incidenten. Dit copycat gedrag veronderstelt dat als er in de media over een incident wordt bericht, dat dit incident dan vaker zal gebeuren (Coleman, 2004).

Echter, in de wetenschap is er geen consensus over het plaatsvinden van dit kopieergedrag (Helfgott, 2008) en daarom kunnen er kanttekeningen worden geplaatst bij het gevoerde beleid van AZN.

1.3. Aard en omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel

Agressie- en geweldsincidenten tegen medewerkers met een publieke taak hebben consequenties op meerdere vlakken. Zo wordt de materiële schade ervan op €367 miljoen per jaar geschat (Monitor Veilig Publieke Taak, 2015). Dit bedrag is het gevolg van ziekmeldingen, psychische hulpverlening en verminderd functioneren door slachtoffers van de geweldplegingen. Naast de materiële schade is er ook immateriële (emotionele) schade bij de slachtoffers, zoals posttraumatische stressstoornissen en fysiek letsel. In 2014 gaf 22% van de slachtoffers van agressie en geweld aan last van burn-outklachten te hebben (Monitor Veilig Publieke Taak, 2015). Dit is aanzienlijk meer dan personeel dat geen slachtoffer is geworden van geweld en agressie. Van deze groep gaf 2% aan dat zij burn-out klachten ervaren (Monitor Veilig Publieke Taak, 2015). Nader onderzoek van de Inspectie van Sociale Zaken en Welzijn onderzocht de gevolgen van agressie en geweld in de zorgsector. De Inspectie van Sociale Zaken en Welzijn onderzocht de redenen van het arbeidsgerelateerd ziekteverzuim in de sector Zorg en Welzijn. De inspectie concludeerde dat in 50% van de gevallen psychosociale arbeidsbelasting, waar agressie en geweld onder vallen, de reden van verzuim was (Inspectie van Sociale Zaken en Welzijn, 2012).

1.4. Wie zijn de daders van agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak?

De plegers van geweld en agressie tegen medewerkers met een publieke taak zijn in Nederland nader bestudeerd (Bakker, Roeleveld, Drost & Nap, 2010). Het onderzoek richt zich op alle daders van geweld tegen personeel met een publieke taak en concentreert zich niet op één branche in het bijzonder. Op basis van 142 dossiers en 24 interviews destilleerde zij een aantal dadertypologieën. De onderzochte geweldplegers zijn te onderscheiden op karaktereigenschappen en *modus operandi* (de manier waarop de dader geweld pleegt). De daders verschillen op het gebied van persoonskenmerken, sociale context en situationele kenmerken. Het begrijpen en herkennen van de verschillende typologieën kan waardevol zijn. Organisaties met een publieke taak krijgen door deze kennis zicht op de geweldplegers die zij tegen kunnen komen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden (Veilig Publieke Taak, 2011).

Een kanttekening bij het onderzoek is dat er onvoldoende aandacht is besteed aan het onderscheiden van daders per beroepsgroep (zoals ambulancepersoneel of politieagenten). De typologieën zijn ontoereikend in het verklaren van de richting van de gepleegde agressie en geweldsdelicten. Het onderzoek verschaft bijvoorbeeld geen inzicht in welke typologieën daders ambulancepersoneel bejegenen. De typologieën hebben betrekking op geweld en agressie tegen alle medewerkers met een publieke taak en er is geen onderscheid tussen de verschillende onderdelen van de publieke sector. Aangezien er verschillen zijn in de frequentie van slachtofferschap tussen de verschillende sectoren en medewerkers met een publieke taak, is dit inzicht wel wenselijk. Dit levert mogelijk per organisatie inzichten op waar specifiek beleid op gebaseerd kan worden.

1.5. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Vanuit maatschappelijk oogpunt is er onbegrip over het feit dat ambulancepersoneel wordt aangevallen, terwijl zij specifiek gekomen zijn om medische zorg te verlenen. Waarom wordt men agressief en gewelddadig tegen dit personeel en bemoeilijkt men het hulpverleningsproces? In de nasleep van nieuwjaarsnacht 2017 is bovendien in diverse media aandacht besteed aan het probleem (Mebius, 2017). Agressie en geweld tegen ambulancepersoneel wordt niet getolereerd in de samenleving en sinds 2007 is in de vorm van beleid, maatregelen en publieke campagnes de aandacht toegenomen. De paradox, waarom ambulancepersoneel wordt aangevallen terwijl hun doel is om medische zorg te verlenen, brengt veel onbegrip met zich mee (Mebius, 2017). In de wetenschap is onduidelijkheid over de aard, omvang en motieven van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Meerdere auteurs (Pourshaikhian, Khorasani-Zavareh, Abolghasem, Aryankhesal & Barati, 2016 en Petzall, Tallberg, Lundin & Suserud, 2011) hebben aangegeven dat er weinig kwalitatief onderzoek naar agressie en geweld tegen ambulancepersoneel is verricht. Met name de verklaring van agressie en geweld en in welke context dit plaatsvindt is nog nauwelijks onderzocht. In het onderzoeksveld is een leemte op het gebied van verklarend onderzoek naar de motieven van geweldplegers. Eerder onderzoek heeft zich beperkt tot het onderzoeken van de aard en omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel (Borough, 2004 & 2005; Bigham et al., 2014). Uit het literatuuronderzoek van Ufkes en Giebels (2014) bleek eveneens dat agressie en geweld tegen ambulancepersoneel in Nederland onvoldoende onderzocht is en dat het bestaande onderzoek zich hoofdzakelijk heeft gericht op de aard en omvang van de incidenten. Deze scriptie wil deze leemte opvullen en een stap zetten in het verklaren van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

1.6. Hoofdvraag scriptie

De hoofdvraag van de scriptie is als volgt omschreven:

In hoeverre kan vanuit de General Strain Theorie geweld en agressie tegen ambulancepersoneel in Nederland worden verklaard?

Deze studie zal via de General Strain Theorie (Agnew, 1992) geweld en agressie tegen ambulancepersoneel pogen te verklaren. De General Strain Theorie richt zich op het verklaren van agressie en geweld tussen individuen. De General Strain Theorie is gebruikt in eerdere studies om een verklaring voor agressie en geweld te vinden (Ousey, Wilcox & Schreck, 2015; Minkov & Beaver, 2016). Ousey et al. (2015) paste de General Strain Theorie in hun studie om gewelddadig gedrag te verklaren en de rol van negatieve emoties te onderzoeken. Minkov & Beaver (2016) bestudeerden geweld en agressie bij geestelijk gehandicapten en paste de General Strain Theorie toe om dit te verklaren. In het theoretisch kader zal de General Strain Theorie nader worden toegelicht. In dit onderzoek wordt een analyse verricht op de typologie van de daders van geweld en agressie tegen ambulancepersoneel. Zijn er overeenkomsten of verschillen in de motieven van de daders die agressie en geweld plegen tegen ambulancepersoneel? De analyse van deze daders levert resultaten op die als basis dienen om beleidsaanbevelingen te kunnen doen. Hoe meer er duidelijk is omtrent de motieven van de dader, des te beter het beleid van organisaties kan aansluiten op de praktijk. Om concrete aanbevelingen mogelijk te maken bestudeert deze scriptie aan de hand van interviews het beleid op het gebied van agressie en geweld in de ambulancezorg.

1.7. Indeling scriptie

De scriptie bestaat uit 7 hoofdstukken. In hoofdstuk 2 zal een beknopte literatuurstudie inzicht geven in de aard, omvang en context van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. In hoofdstuk 3 zal het theoretisch kader van deze scriptie worden geïntroduceerd. De methoden van onderzoek worden besproken in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 volgt de weergave van de casuïstiek en de analyse van deze resultaten aan de hand van het theoretisch kader. In hoofdstuk 6 wordt het beleid omtrent agressie en geweld nader bekeken en gekoppeld aan de inzichten van de motiefanalyse. In hoofdstuk 7 volgt de conclusie en discussie van dit onderzoek.

2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk volgt een beknopte bespreking van de huidige literatuur en praktijkonderzoek op het gebied van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. In dit hoofdstuk zullen allereerst de aard en omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel worden besproken. Hierna volgt een beknopte bespreking van de wetenschappelijke literatuur waarin de motieven en omstandigheden van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel nader zijn onderzocht. Daarnaast wordt een koppeling gemaakt tussen de internationale literatuur en de landelijke registraties van AZN.

2.1. Aard en omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel

Het pionierswerk op het gebied van onderzoek naar agressie en geweld tegen ambulancepersoneel was uitgevoerd door Tintinalli (1993). Zijn studie onderzocht de omvang van agressie- en geweldsincidenten in Pittsburgh. Het onderzoek was exploratief van aard en gaf als eerste studie inzicht in de omvang van het aantal agressie- en geweldincidenten. Van de respondenten gaf 67% aan agressie en geweld te hebben ervaren. Uit de studie van Tintinalli bleek eveneens dat organisaties geen protocollen en trainingen hadden voor de omgang met agressie en geweld. Geïnspireerd op het onderzoek van Tintinalli onderzochten Corbet, Grange & Thomas (1998) ambulancepersoneel in een stedelijke omgeving in de staat Californië. De resultaten van dat onderzoek lieten zien dat 61% van het ondervraagde ambulancepersoneel te maken had met agressie en geweld. Grange en Corbet (2002) analyseerden de frequentie van ambulanceritten in Californië. Het doel van het onderzoek was de omvang van agressie en geweld gepleegd tegen ambulancepersoneel in kaart te brengen. Uit de resultaten bleek dat in 80% van de ritten ambulancepersoneel te maken kreeg met agressie en geweld. Mechem, Dickinson, Shofer en Jaslow (2002) deden een retrospectieve studie naar alle incidenten in een stedelijk ambulancedistrict in de Verenigde Staten. De studie wees uit dat van alle respondenten, 79,5% minimaal één keer slachtoffer was geworden van agressie en geweld in de afgelopen 5 jaar (2001). De verschillen in percentages tussen de studies van Grange en Corbet (2002) en Mechem et al. (2002) en Corbet et al. (1998) en Tintinalli (1993) zijn te verklaren op basis van de inclusiecriteria. Grange en Corbet (2002) en Mechem et al. (2002) ondervroegen de respondenten naar de ervaring van agressie en geweld in de afgelopen vijf jaar. Corbet et al. (1998) en Tintinalli (1993) ondervroegen de respondenten naar het slachtofferschap van agressie en geweld in het afgelopen jaar. Dit kan

een verklaring zijn voor het verschil in percentage. Carlson (2007) onderzocht een ambulanceregio in een stedelijk gebied in de Verenigde Staten.

Van het ambulancepersoneel bleek 25% fysiek geweld door derden te hebben ervaren. Carlson (2007) had in zijn onderzoek geen aandacht besteed aan verbaal geweld. In andere landen kwam eveneens meer aandacht voor onderzoek naar agressie- en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel. Suserud, Blomquist en Johanson (2002) deden onderzoek naar de omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel in Zweden. Via een survey ondervroegen zij 66 respondenten en 80,3% had in dat jaar (2001) geweld en agressie ervaren tijdens het werk. Boyle (2007) deed onderzoek naar de omvang van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel in een middelgrote stad in Australië. Van het onderzochte ambulancepersoneel werd 38% slachtoffer van fysiek gewelddadig gedrag. Koohestani et al. (2012) ondervroegen ambulancepersoneel in Iran. Van de respondenten was 47% slachtoffer van verbale agressie en 20% van fysiek geweld. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat agressie- en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel frequent plaatsvinden. In de diverse studies ervoer ambulancepersoneel in grote mate agressie en geweld tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden. Dit sterkt de behoefte voor verklarend onderzoek waarom deze incidenten plaats vinden.

Nederland

In Nederland was, tot het programma Veilig Publieke Taak (VPT) in 2007 werd gestart, achtergebleven op het gebied van onderzoek naar agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Ter ondersteuning van het programma heeft het kabinet in 2007 een onderzoek uit laten voeren naar de omvang van agressie- en geweldsincidenten tegen medewerkers met een publieke taak. In 2007 bleek 66% slachtoffer te zijn geworden van agressie bij het uitvoeren van hun werkzaamheden. Dit was de nulmeting waar het ministerie van BZK het programma Veilig Publieke Taak (2007) op baseerde.

Tabel 1: percentage ambulancepersoneel dat aangeeft slachtoffer te zijn geworden van agressie en geweld door derden (Veilig Publieke Taak, 2015).

Jaar	Totaal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
%	74,4%	71,1%	58,2%	83,9%	69,4%	74,1%	78,3%	78,9%	73,6%
N	118	15	9	14	14	9	16	19	20

In Tabel 1 valt te constateren dat het percentage slachtoffers van agressie en geweld redelijk constant blijft. De uitzonderingen zijn de jaren 2008 en 2009. In 2008 geeft 58,2% van de respondenten aan slachtoffer te zijn geworden van agressie en geweld. In 2009 ervoer 83,9% van het ambulancepersoneel agressie en geweld tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden. Als de Monitor Veilig Publieke Taak (2015) over de volledige onderzoeksperiode (2007-2014) wordt bekeken, dan wordt gemiddeld 74,4% van de respondenten slachtoffer van agressie en geweld. De cijfers corresponderen niet met de resultaten van het onderzoek van de DSP Groep (2011). Zij deden in opdracht van het ministerie van BZK eveneens onderzoek naar de aard en omvang van agressie en geweldsdelicten tegen medewerkers met een publieke taak. In Tabel 2 zijn alle registraties van agressie en geweld gericht tegen het ambulancepersoneel opgenomen.

Tabel 2: percentage ambulancepersoneel dat aangeeft slachtoffer te zijn geworden van agressie en geweld door derden (DSP Groep, 2011).

Jaar	2007	2009	2011
%	89%	83%	79%
N	178	321	272

In Tabel 2 is te zien dat 89% van het ambulancepersoneel aangaf slachtoffer van agressie en geweld te zijn geworden in 2007. In 2011 is dit aantal gedaald tot 79% (DSP Groep, 2011). De percentages stroken niet met de resultaten uit de monitor VPT. In 2007 registreert de monitor VPT in 71,1% slachtoffers van agressie en geweld en bij de DSP Groep ligt dit percentage ongeveer 18% hoger. Een verklaring voor dit verschil in percentages kan liggen in het aantal respondenten dat deelnam aan de onderzoeken. In 2007 namen 15 respondenten deel aan de monitor VPT. Bij het onderzoek van de DSP Groep lag dit aantal respondenten in 2007 een stuk hoger: 178. De resultaten van de DSP Groep lijken door het hogere aantal respondenten aannemelijker, maar het is onduidelijk wat het verschil in resultaten met de monitor VPT volledig kan verklaren.

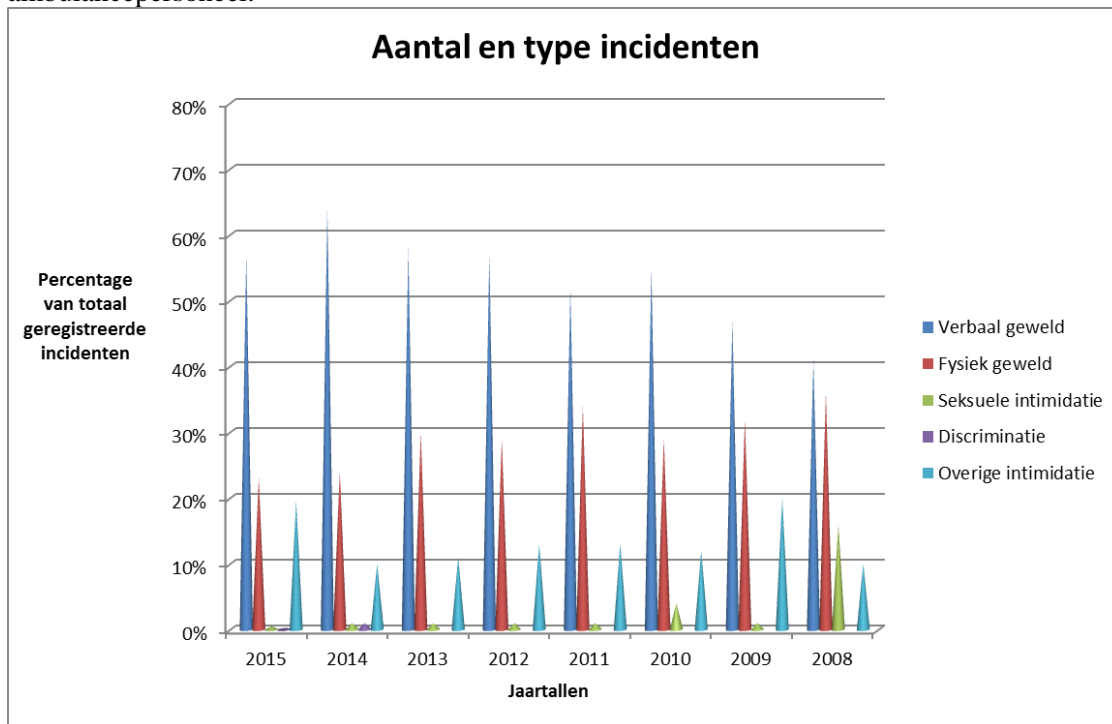
Landelijke registraties

AZN is de brancheorganisatie van het ambulancepersoneel en zij beheren een intern registratiesysteem. Sinds 2008 verzamelt AZN alle interne meldingen van 25 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). In 2008, het eerste jaar dat het registratiesysteem werd geïmplementeerd, zijn er 121 incidenten geregistreerd. Dit aantal is verkregen op basis van deelname van 20 van de in totaal 25 RAV's (Ambulances in zicht, 2009). In 2009 was dit

aantal gestegen tot 22 deelnemende RAV's. Sinds 2010 werkt elke RAV regio mee met het sectorale registratiesysteem. In 2015 is het hoogste aantal incidenten bij Ambulancezorg Nederland geregistreerd. Dit zijn 570 incidenten. Ten opzichte van 2014 is dit een stijging van 219 incidenten.

Alle typen delicten stijgen ten opzichte van het jaar ervoor. In 2008 bedroeg het aantal incidenten met verbaal geweld 50 en in 2015 zijn 323 incidenten omtrent verbaal geweld gemeld. Bij fysiek geweld is eveneens een stijging te zien in het aantal geregistreerde incidenten. De stijging van geregistreerde incidenten is ten opzichte van 2008. Afgezet tegen 2012 is echter sprake van een lichte daling.

Grafiek 1: de landelijke registraties van AZN (2016) omtrent de vormen van geweld tegen ambulancepersoneel.



Registratie-effect

Op basis van de literatuur en praktijkstudie kan worden gesteld dat de aard en omvang van agressie en geweld in diverse landen is onderzocht. De meeste onderzoeken zijn verkennend en beschrijvend van aard. Opvallend is dat een aantal studies hun conclusie baseren op een gering aantal respondenten. De studies van Mechem (2002), Carlson (2007), Suserud et al. (2007) en Koohestaini et al. (2012) zijn gebaseerd op minder dan 100 respondenten. Dit is in overeenstemming met het geringe aantal respondenten bij het praktijkonderzoek in Nederland. Een ander opvallende conclusie is het stijgend aantal incidenten in Nederland. Een verklaring voor deze stijging kan de toegenomen aandacht zijn voor agressie en geweld tegen

ambulancepersoneel sinds 2007. Door het genereren van meer aandacht voor het probleem, kan het bewustzijn bij het ambulancepersoneel over agressie en geweld zijn toegenomen. Het is een plausibele verklaring dat het aantal registraties is gestegen, door het stijgende bewustzijn bij het ambulancepersoneel. Dit wordt in de criminologische literatuur omschreven als een registratie-effect (Van Ham, Bervoets & Ferweda, 2015). Zij definiëren registratie-effecten als factoren die de volledigheid en de betrouwbaarheid van de registraties kunnen beïnvloeden. Hierbij dient echter wel aangemerkt te worden dat het gestelde positieve verband tussen de toegenomen aandacht voor het probleem en de stijging in het aantal meldingen niet met zekerheid is vast te stellen. In de volgende paragraaf zal nader worden gekeken naar de aanleidingen, omstandigheden en motieven van de dader.

2.2. Context van de daad en karakteristieken dader

De wetenschappelijke aandacht voor de context van de daad, de karakteristieken en motivatie van de dader is sinds 2000 toegenomen. Gates, Ross en McQueen (2006) deden een studie in de Amerikaanse staten Illinois, Indiana, Ohio en Michigan. Dit onderzoek wees uit dat in 80% van de agressie- en geweldsincidenten de dader onder invloed was van alcohol. Petzall et al. (2011) deden onderzoek in 11 ambulanceregio's in Zweden. Deze studie vond een samenhang in 73% van de incidenten tussen alcohol- en drugsinname met agressie en geweld. De samenhang tussen alcohol en agressie en geweld is eerder onderzocht. Zo toonden Smith en Allen (2004) aan dat in Engeland en Wales in totaal 1,2 miljoen gewelddadige delicten zijn gepleegd onder invloed van alcohol. Uit onderzoek van Chermack en Blow (2002) blijkt dat het acute effect van alcohol de grootste invloed heeft op agressief en gewelddadig gedrag. Het verslavende en chronische effect van alcohol heeft geen invloed op het plegen van agressief en gewelddadig gedrag.

Van Hasselt (2010) gaf aan dat alcohol alleen niet de reden is voor het plegen van gewelddadige delicten. Naast de inname van alcohol zijn vele persoonlijke kenmerken van belang en vloeien uit deze kenmerken risicofactoren voort. Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn in de context of bij de potentiële dader, des te aannemelijker het wordt dat de dader delinquent gedrag vertoont. Roizen (1997) deed onderzoek naar de relatie tussen alcohol en agressief gedrag. Riozen (1997) baseerde zijn onderzoek op de gepubliceerde studies over de relatie tussen alcohol en agressief gedrag. In 37% van de geweldsdelicten had de dader alcohol gedronken. Koohestaini et al. (2012) ondervroegen de respondenten eveneens naar de motieven van de dader. In 57% van de gevallen bleek de aanrijdtijd van de ambulance de

reden te zijn dat de dader agressie en geweld gebruikte. In 32% van de gevallen bleek onvoldoende kennis over de werkzaamheden van het ambulancepersoneel de reden te zijn voor geweld en agressie. Pourshaikhian, Khorasani-Zavarer, Abolghasem, Aryankhesal en Barati (2016b) deden een kwalitatieve studie van 12 maanden naar de context waarin agressie en geweld plaatsvinden tegen ambulancepersoneel in Iran.

Uit het onderzoek bleek dat in 24% van de incidenten ontevredenheid over de hulpverlening aanzette tot geweld. In 51% van de incidenten bleek de frustratie over de diagnose de motivatie voor geweld en agressie. Een andere verklaring welke wordt gegeven in Pourshaikhian et al. (2016b), ligt in het onbegrip over de gestelde diagnose door het ambulancepersoneel. Van Hasselt et al. (2011) tonen bovendien de rol van alcohol en drugs in agressie- en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel aan. De geïncludeerde onderzoeken in deze literatuurstudie vinden verschillende oorzaken van en factoren van invloed op agressie- en geweldsincidenten. Dit varieerde van onbegrip bij de dader over een gestelde diagnose (Pourshaikhian et al., 2016b) tot agressie en geweld als (in)direct gevolg van de werkzaamheden van het ambulancepersoneel (Koohestaini et al., 2012). Een eenduidige verklaring is nog niet gevonden voor het plegen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

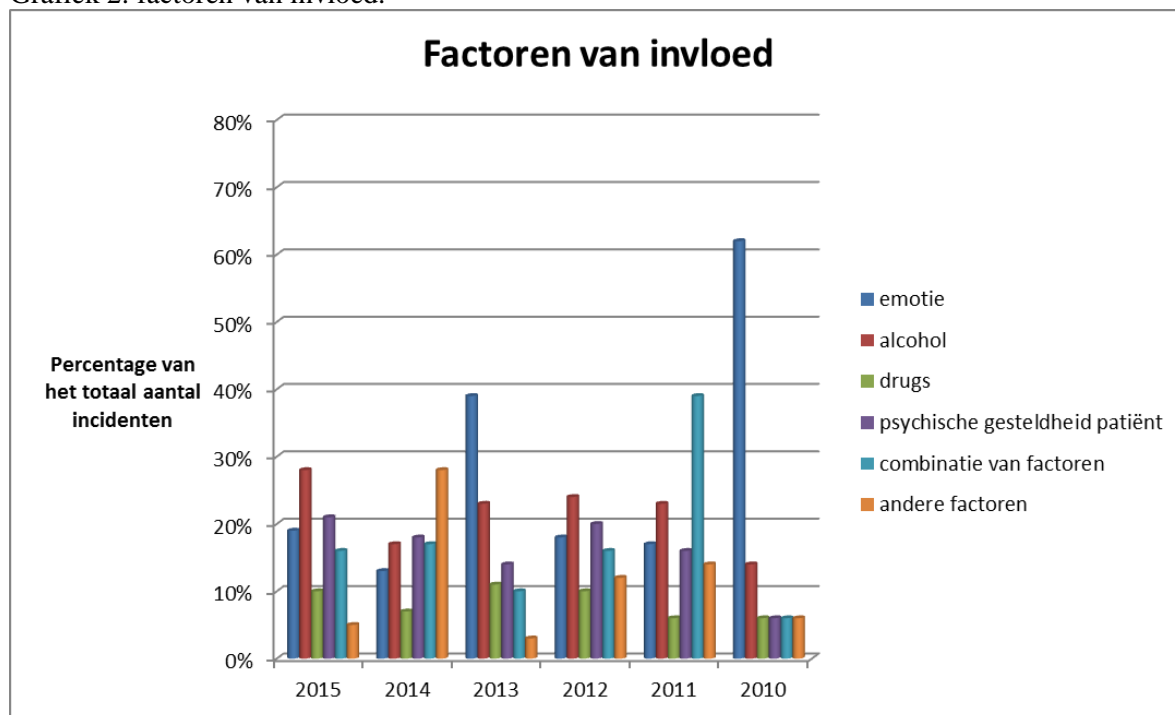
Nederland

Een waardevol perspectief is geweld in de patiënt-artsrelatie. Het onderzoek van Giessen (2008) was in Nederland een van de eerste onderzoeken naar agressie en geweld tegen zorgpersoneel. Het onderzoek is waardevol, omdat het inzicht geeft in agressie en geweld tegen personeel met een vergelijkbare taak als het ambulancepersoneel. Giessen (2008) deed een studie naar geweld in de patiënt-artsrelatie in verschillende ziekenhuizen in Nederland. De studie toonde aan dat in de helft (50%) van de geïncludeerde incidenten, spanning en angst de redenen te zijn voor het plegen van agressie en geweld tegen artsen in ziekenhuizen. Naast de patiënt-artsrelatie is de invloed van alcohol bij agressie- en geweldsincidenten onderzocht. Van Hasselt, Van Bunningen en Bovens (2011) concludeerden dat alcohol van invloed is bij ongeveer 40-50% van de geweldsdelicten. Hieruit kan worden geconcludeerd dat alcoholconsumptie positief samenhangt met het plegen van agressie en geweld. De inname van alcohol verhoogt de kans op agressie en geweld (Ferweda, Van Hasselt, Van Ham & Voorham, 2012). De conclusie uit het onderzoek van Van Hasselt et al. (2011) is terug te zien in Grafiek 1. Het praktijkonderzoek brengt meer data met zich mee. Ambulancezorg Nederland vraagt sinds 2008 de aanleiding van het incident bij het ambulancepersoneel.

In Grafiek 2 is een stijging waar te nemen in de registraties van factoren van invloed tussen de jaren 2010 en 2015. In 2010 was sprake van 118 bekende factoren en in 2015 waren van 297 incidenten de factoren van invloed bekend. Uit Grafiek 2 kan worden afgelezen dat in 2010 emotie in 62% van de geregistreerde incidenten de factor van invloed was in het plegen van agressie en geweld.

In 2014 wordt emotie daarentegen in 14% van de incidenten gezien als invloed op de dader voor het plegen van agressie en geweld. Emotie is door Ambulancezorg Nederland gedefinieerd als getoonde emotie van boosheid, frustratie, spanning en angst (Ambulancezorg Nederland, 2016). Ambulancezorg Nederland had geen verklaring voor het verschil. In Grafiek 2 worden de factoren van invloed weergegeven. Het is echter mogelijk dat voor één incident meerdere factoren van invloed zijn ingevuld door het ambulancepersoneel (Ambulancezorg, 2016).

Grafiek 2: factoren van invloed.

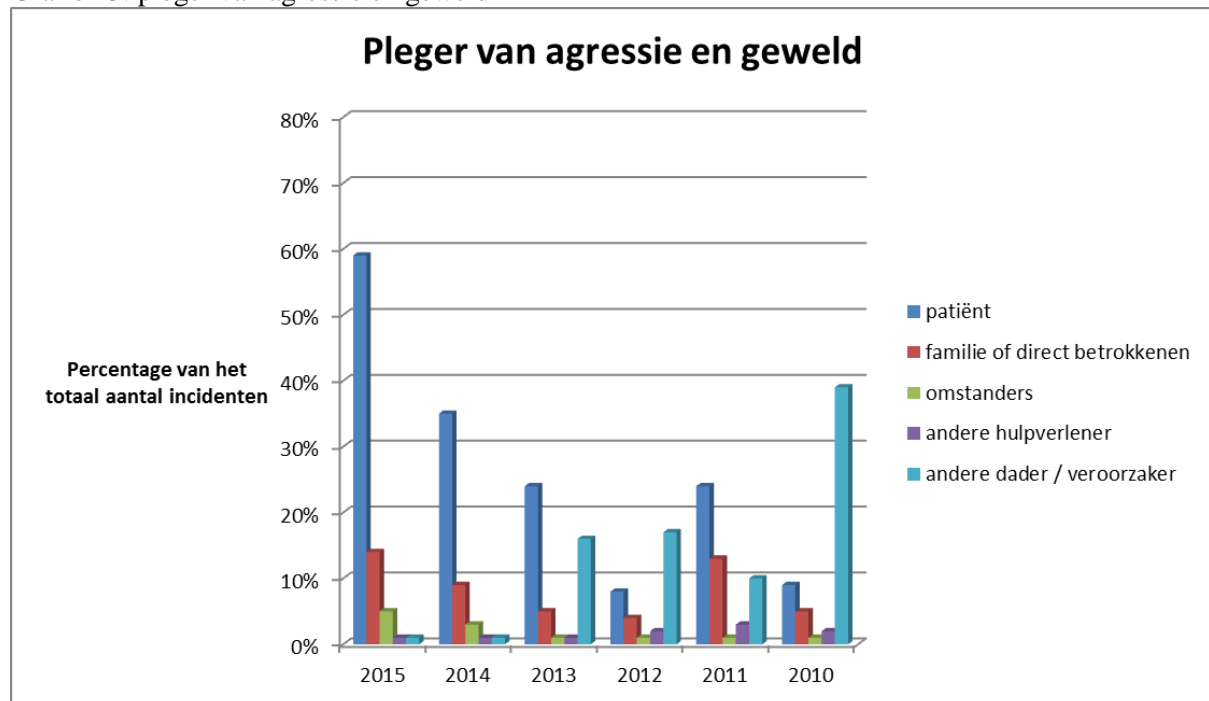


De psychische gesteldheid van de patiënt is in 2015 in 21% van de incidenten de aanleiding voor agressie en geweld. Uit de cijfers van Ambulancezorg Nederland blijken emotie, de psychische gesteldheid van de patiënt en inname van alcohol de drie frequentste aanleidingen voor het plegen van agressie en geweld tegen ambulance personeel. De bevindingen over alcohol sluiten aan bij de wetenschappelijke literatuur, waarin een verband aangetoond is tussen het plegen van geweld en agressie en het onder invloed zijn van alcohol. Uit de cijfers

van Ambulancezorg Nederland (Grafiek 3) blijkt dat er een aanzienlijk aantal incidenten hebben plaats gevonden waar de dader niet bekend was. In 2015 was de dader in 21% van het aantal incidenten niet bekend. In 2010 bleek de dader in 45% van de incidenten niet bekend bij het slachtoffer. Bij de incidenten waar de dader wel is geïdentificeerd door het ambulancepersoneel, blijkt de patiënt het vaakst de dader te zijn van het geweld.

In 2010 was 9% van de geregistreerde incidenten gepleegd door de patiënt. Afgezet tegen de geregistreerde incidenten waar de dader van bekend is, is dit percentage 21%.

Grafiek 3: pleger van agressie en geweld



In 2015 bleek de dader voor meer dan de helft van de incidenten (59%) de patiënt. Daarnaast waren familie of directe betrokkenen in 14% van de incidenten de dader. De cijfers fluctueren door de jaren heen en zo is er in 2012 in 8% van de incidenten de patiënt de dader en in 2014 is dit percentage 35%. De registraties van AZN (2016) bevestigen dat in de laatste drie jaar agressie en geweld het meest wordt gepleegd door de patiënt zelf. Op basis van zowel wetenschappelijke literatuur (Van Hasselt et al., 2012; Ferweda et al., 2011) als de interne registraties van AZN kan worden geconcludeerd dat inname van alcohol en drugs een voorspellende factor kan zijn van agressie- en geweldsincidenten. Daarnaast is op basis van Grafiek 2 te concluderen dat emotie een belangrijke factor speelt in de motivatie van de dader. Een aantal studies heeft zich gericht op de motivatie van de dader. Koohestaini et al. (2012) en Pourshaikhian et al. (2016b) toonden aan dat een te lange aanrijdtijd van de ambulance de dader kon motiveren tot het plegen van geweld. Diverse factoren en motieven zijn door

eerdere studies in het buitenland als voorspellers voor agressie en geweld geïdentificeerd. In Nederland is er naast het praktijkonderzoek van AZN weinig bekend over de motieven van daders. Reeds besproken studies zijn hoofzakelijk beschrijvend van aard geweest (Mechem, 2002; Carlson, 2007; Suserud et al., 2002) en waren onvoldoende in staat agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te verklaren.

2.3. Hoe groot is het probleem?

De geïncludeerde studies in de literatuurbespreking van deze scriptie hebben zich beperkt tot het beschrijven en verkennen van de aard en omvang van agressie- en geweldsincidenten. Om het percentage van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te benaderen, zijn op basis van de AZN-gegevens (2015) het percentage geregistreerd agressie- en geweldsincidenten berekend. Op deze manier wordt getracht vanuit een ander perspectief naar de omvang van agressie- en geweldsincidenten in Nederland te kijken. In 2014¹ waren er 1.190.370 ambulanceritten in Nederland (Ambulancezorg Nederland, 2015). In 2014 was er sprake van 351 geregistreerde incidenten met betrekking tot agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Omgerekend naar procenten betrof dit 0,00029%. Agressie en geweldincidenten vonden in 2014 in minder dan 0,5% van de ritten plaats. In 2013 waren er 1.144.780 ambulanceritten in Nederland en vond er in 0,00036% van de incidenten agressie en geweld plaats tegen ambulancemedewerkers. In de jaren van 2008 tot 2014 blijft het percentage agressie- en geweldsincidenten onder het half procent. Het gering aantal incidenten dat geregistreerd is door Ambulancezorg Nederland, steekt schril af tegen de resultaten van de meest recente monitor Veilig Publieke Taak (2015). Daarin gaf 74% van het ondervraagde ambulancepersoneel aan te maken te hebben gehad met agressie en geweld in 2014. Door het verschil in cijfers wordt duidelijk dat er nog geen eenduidig beeld is over de frequentie van agressie en geweldsdelicten. Gebaseerd op deze data kan worden geconcludeerd dat agressie en geweld jegens ambulancepersoneel op zeer kleine schaal voorkomt in Nederland. Uit de onderzoekgegevens van deze scriptie blijkt dat ambulancepersoneel niet alle incidenten meldt die zij meemaken. Bovendien merken zij op dat dit gebrek aan melden ook voor andere collega's binnen hun RAV geldt.

Dit is slechts een indicatie van de werkelijkheid en de resultaten kunnen door het beperkte aantal respondenten niet gegeneraliseerd worden. De cijfers dienen als indicaties, maar het is

¹ Op het moment van schrijven was het exacte aantal ambulanceritten in 2015 door AZN nog niet gepubliceerd. Daarom is gerekend met de aantallen uit 2014, aangezien daar zowel het exacte aantal ritten als agressie en geweldsdelicten van bekend waren.

algemeen aanvaard dat er meer incidenten in de praktijk plaatsvinden waar geen melding van wordt gemaakt. De onderzoeksgegevens bieden voor deze aanname evenzeer voldoende aanknopingspunten. Verschillende respondenten hebben aangeven dat ambulancepersoneel in Nederland niet alle incidenten registreert. In hoofdstuk 6 van deze scriptie zal dit onderwerp nader besproken worden.

Dark number

In de literatuur wordt gesproken over een *dark number* als er sprake is van niet geregistreerde criminaliteit of delicten (Crabine, Cox, Lee, Plummer en South, 2009). In het geval van het aantal geregistreerde incidenten bij het ambulancepersoneel is er sprake van een aantal incidenten welke wel hebben plaatsgevonden, maar niet zijn geregistreerd. Dat is als volgt te verklaren: ambulancepersoneel werkt in hectische omstandigheden en komt geregeld in situaties waarbij geweld gebruikt wordt. Dit is een van de conclusies in het onderzoek van Lucas (1999). “Emergency medical personnel act in crisis situations and their workplace is routinely exposed to violent situations, with locations ranging from out on the streets to inside the home of patients” (Lucas, 1999, p. 682). Ambulancepersoneel is bewust van de gevaren en ziet de daaruit voortvloeiende consequenties als onderdeel van de werkzaamheden. Koritsas, Boyle en Coles (2009) probeerden het grijze gebied tussen het aantal geregistreerde incidenten en daadwerkelijke incidenten te doorgronden. Op basis van hun onderzoeksgegevens concludeerden zij dat ambulancepersoneel vond dat geweld en agressie bij hun werkzaamheden hoorden. Een andere reden wat ambulancepersoneel weerhield was het gebrek aan vertrouwen dat een melding genoegdoening zou opleveren.

Conclusie literatuur

Ondanks diverse onderzoeken is de precieze aard en omvang van agressie- en geweldsincidenten nog onvoldoende duidelijk. In het binnen- en buitenland laten studies verschillende resultaten zien. De data van AZN is voortgekomen uit alle interne meldingen van ambulancepersoneel in Nederland. Dit blijft een zeer gering aantal meldingen, zeker in het licht van het aantal ritten per jaar. In 2014 was er in 0,00029% van de ritten sprake van agressie en geweld. Dit percentage heeft een aantal beperkingen, aangezien de literatuur aangeeft dat er een indicatie van een *dark number* is. Dit wordt bevestigd door het ambulancepersoneel wat geïnterviewd is.

Niet van ieder incident dat plaatsvindt wordt melding gemaakt. In het geval dat er een incident plaats vindt is er vaak sprake van invloed van alcohol en drugs. In de literatuur wordt in het bijzonder de rol van alcohol gezien als agressor. In de behandelde casuïstiek van deze scriptie is alcohol een factor van invloed op agressie en geweld. In hoofdstuk 5 zal hier nader op in worden gegaan. De gegevens van AZN geven geen nadere verklaring van de emoties en wat de precieze aanleiding voor of het motief van de dader is geweest.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader van dit onderzoek worden besproken. In dit hoofdstuk wordt allereerst de motivatie voor de theorie besproken, aan de hand van de resultaten uit de literatuurstudie. Daarna zal de General Strain Theorie worden besproken en zal er een nadere uiteenzetting volgen over de toepassing van de theorie.

3.1. Theorie motivering

In deze scriptie wordt de General Strain Theorie (Agnew, 1992) getoetst. Naast de General Strain Theorie zijn er diverse theorieën overwogen om te implementeren. Onder andere de sociale disorganisatie theorie van Shaw en McKay (1942) is recentelijk toegepast in het verklaren van geweld in West-Europa (McCall, Nieuwbeerta, Engen & Thames 2012). De sociale disorganisatie theorie is gebaseerd op het principe dat crimineel gedrag ontstaat in gebieden met economische achteruitgang, een heterogene bevolking en weinig vaste bewoners voor een lange periode (Shaw & McKay, 1942). In de sociale desorganisatie theorie is daarnaast de veronderstelling dat frustratie en boosheid kan ontstaan als gevolg van sociale desorganisatie, door het ontbreken van sociale bindingen (zoals vrienden, familie of scholen). Dit kan leiden tot crimineel en gewelddadig gedrag (Sampson & Groves, 1989). McCall (2012) paste de sociale disorganisatie theorie toe in het onderzoeken van de verschillen in het aantal moorden gepleegd in West-Europa. Alhoewel de sociale desorganisatie theorie een verklaring kan geven voor het ontstaan van crimineel gedrag (McNulty & Bellair, 2003) is er ook veel kritiek op de theorie. De theorie blijkt maakt onvoldoende onderscheid in de vormen van criminaliteit en richt zich met name op de buurt waarin de incidenten plaats vinden (Sampson & Raudenbusch, 2001). Gezien de specifieke aard van geweld en agressie tegen ambulancepersoneel (onderscheid in de vorm van geweld) is de sociale desorganisatie theorie niet opgenomen als verklarende theorie.

Het includeren van de General Strain Theorie is gebaseerd op de bevindingen uit de literatuurstudie van deze scriptie. De General Strain Theorie betreft in het verklaren van geweld diverse factoren. Dit zijn onder andere verschillende emoties en negatieve gebeurtenissen. De literatuurstudie heeft uitgewezen dat bij de meldingen van agressie en geweld, de emoties van de dader vaak een bepalende factor zijn. Uit de gegevens van AZN (2016) blijkt dat in 2015 in 19% van de incidenten de emoties van de dader de aanleiding zijn voor het plegen van geweld. In 2013 is dit in 39% van het aantal incidenten de aanleiding.

Naast de emoties van de dader blijkt uit de literatuurstudie dat alcohol- en drugsinname ook van invloed zijn op het plegen van agressie en geweld (Van Hasselt et al. 2011).

Deze vormen van invloed worden behandeld in de General Strain Theorie. De theorie richt zich op het verklaren van geweld tussen personen. Een aanbeveling uit de literatuur (Pourshaikhian et al., 2016a) was dat er meer onderzoek moest worden verricht naar de verklaring van geweld en agressie tegen ambulancepersoneel. Eerder onderzoek (zoals Koohestani et al., 2012; Korsitas et al., 2009; Grange et al., 2002) heeft het nagelaten om nader de motieven van daders te verklaren en deze scriptie speelt op deze leemte in. De General Strain Theorie is al meerdere keren gebruikt door eerdere studies in een verklaring voor agressie en geweld (Oussy, Wilcox & Schreck, 2015; Minkov en Beaver, 2016; Stoddard et al., 2016). Deze scriptie gaat toetsen of de General Strain Theorie in staat is om agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te verklaren.

3.2. Ontwikkeling van de Strain Theorie

In 1932 introduceerde Merton zijn studie naar Strain. Merton had zijn werk gebaseerd op diverse onderzoeken van Durkheim. Met Strain doelde Merton (1938) op de ervaring van spanning voortkomend uit het niet kunnen behalen of bereiken van een vooraf gesteld doel. De spanning wordt gecreëerd door de verwachting van de maatschappij dat doelen, zoals een hogere economische status, haalbaar zijn voor iedereen. Als een individu deze doelen niet haalt, ervaart hij (negatieve) spanning en daar kan hij op verschillende manieren mee omgaan (Macionis, Peper & Van der Leun, 2010). Merton (1938) onderzocht en beschreef de ervaring van individuen uit de lagere economische klasse en hun streven om meer geld te verdienen of op te schuiven naar de economische middenklasse in de Verenigde Staten.

Merton richt zich op de reden waarom een individu zijn of haar doel niet bereikt. Merton beargumenteert dat de reden dat men criminaliteit pleegt voortkomt uit het niet bereiken van het beoogde doel. “The motivation to commit crime derives from a disjunction in the American society between the universal aspiration to accumulate material wealth and the limitations imposed by the American system of stratification” (Gotfredson & Hirshi, 1990, p. 78). Het niet bereiken van dit doel kan Strain veroorzaken. Een manier om daar mee om te gaan, en het doel alsnog te bereiken, is via de criminaliteit. Merton noemt dat “goal blockage”

in zijn studie en doelt vooral op de omstandigheden die deze blokkade veroorzaken. De mate waarin en wijze waarop Strain meespeelde in deviant gedrag was per individu verschillend. Dit hing af van of en hoe een samenleving in de middelen voorziet (bijvoorbeeld werkgelegenheid) en waarmee maatschappelijke doelen (zoals een goed salaris) kunnen worden gerealiseerd (Macionis, Peper & Van der Leun, 2010).

Strain, bijvoorbeeld in de vorm van een gevoel van onrechtvaardigheid, zorgt voor negatieve emoties. Deze Strain veroorzaakt verschillende negatieve emoties zoals boosheid, frustratie en depressie. Een gevolg van deze negatieve emoties is de behoefte om het onrecht te revancheren of om van het slechte gevoel af te komen (Zahn et al, 2014). Het werk van Merton diende als basis voor andere theoretici die verder gingen met het concept van Strain, zoals Cohen (1955) en Cloward en Cohlin (1960). Beide studies voegden andere normen en waarden toe aan de theorie van Strain. Cloward en Cohlin (1960) waren van mening dat een individu ook streefde naar goede prestaties in de sport. Cohen (1960) breidde de Strain theorie uit met de toevoeging dat een individu ook populariteit bij het andere geslacht wil bereiken. De theorie van Strain werd meerdere malen getoetst en uitgebreid, maar uiteindelijk leidde dit niet tot veranderingen door Merton in de Strain theorie (1938). Als gevolg van de toetsing en gebruik van de Strain theorie in andere studies, ontstond er veel kritiek op de Strain theorie (Quicker, 1974).

Kritiek op Mertons Strain Theorie

De kern van de kritiek kan worden onderverdeeld in drie punten (Agnew, 1985). De theorie kan onvoldoende de omvang van criminaliteit in de sociaaleconomische middenklasse verklaren (Agnew, 1986). Daarnaast richtte de theorie zich alleen op het bereiken van economisch succes (Liska, 1987). Agnew (1985) werkte verder met de theorie van Strain en verbreedde de scope in zijn studie. Het onderzoek van Agnew richtte zich op de legale manier van omgaan met Strain door het individu. Dit onderzoek was een toevoeging aan de al bestaande theorie van Strain. De General Strain Theorie geeft een bredere verklaring van delinquent gedrag als gevolg van Strain. Agnews General Strain Theorie speelt in op de kritieken en ziet Strain niet alleen als een gevolg van het niet bereiken van positieve doelen. Volgens Agnew kan Strain ook ontstaan bij het ervaren van negatieve spanningen als het gevolg van emoties of negatieve situaties. Zillman (1979) en Bandura (1973) hebben aangetoond dat negatieve spanning, ervaren bij het niet bereiken van een positief doel, kan leiden tot negatieve uitkomsten. Deze bevindingen heeft Agnew toegevoegd als onderdeel van

zijn General Strain Theorie. Dit is voor deze scriptie relevant. Geweld en agressie tegen ambulancepersoneel wordt voornamelijk gepleegd in situaties waarin er sprake is van veel negatieve emoties en spanningen. Het individu kan bijvoorbeeld slachtoffer zijn geworden, lijdt aan een verwonding of kan onvoldoende medische zorg verlenen aan een naaste waardoor een ambulance nodig is. Vanwege de aard van deze situaties waarin agressie en geweld tegen ambulancepersoneel wordt gepleegd is de Strain Theorie van Merton niet afdoende en wordt de General Strain Theorie van Agnew toegepast op de casuïstiek.

3.3. Het ontstaan van Strain in de General Strain Theorie van Agnew

1. Het individu bereikt niet het vooraf gestelde doel.

In de General Strain Theorie kan op drie manieren Strain ontstaan. De eerste vorm waarin Strain kan ontstaan is als een individu een vooraf gesteld doel niet behaalt. Een vooraf gesteld doel wordt door Agnew (1985) omschreven als een “positively valued goal” (Agnew, 1985, p. 157). Een doel wat kan worden gesteld door het individu is bijvoorbeeld een hoog salaris. Het niet bereiken van dit doel kan Strain veroorzaken. Het individu kan nu op twee manieren omgaan met de ontstane Strain. Via de legale manier door bijvoorbeeld ander werk te zoeken. Dit kan echter ook via een illegale manier. Het omgaan met Strain kan in dit voorbeeld resulteren in het stelen van geld. Andere doelen die een individu kan nastreven zijn onder andere het hebben van respect en autonomie. Deze twee doelen kunnen op een legale manier worden bereikt. Als het individu hierin onvoldoende slaagt, kan het individu via een illegale manier omgaan met de Strain en alsnog het vooraf gestelde doel pogen te bereiken (Agnew, 2006). Bij het nastreven van deze doelen kan er Strain ontstaan als er discrepantie optreedt tussen het beoogde doel en het uiteindelijke resultaat (Agnew, 2006). De Strain neemt toe wanneer de resultaten van een persoon minder zijn dan de verwachtingen. Daarnaast ontstaat Strain als het individu zich onrechtvaardig behandeld voelt.

Agnew (1992) geeft aan dat een individu altijd een idee heeft wat een rechtvaardige uitkomst is voor de situatie en baseert daar de verwachtingen op. Een individu kan bovendien zijn eigen situatie vergelijken met de situatie van derden. Als het resultaat tegenvalt, vergroot dit het gevoel van onrechtvaardigheid. Dit is van toepassing als het individu zich ondergewaardeerd voelt of het individu vindt dat een ander individu in een soortgelijke positie meer krijgt. Voornamelijk als het individu ervaart dat hij/zij onjuist of onrechtvaardig wordt behandeld, neemt de kans op delinquent gedrag van het individu toe (Oussy, Wilcox & Schreck, 2015). Hierdoor kan de ervaren Strain bij het individu toenemen (Agnew, 1992).

2. Het(mogelijke) verlies van positieve stimuli.

Agnew (1992) heeft naast de criminologie ook veel onderzoek gedaan in de psychologie en met name naar het ervaren van stress. Hierop baseerde hij de tweede vorm waardoor Strain kan ontstaan. Het mogelijke verlies van positieve stimuli, zoals een familielid, naasten of geliefden, kan lijden tot het ervaren van Strain. Positieve stimuli kan echter ook betrekking hebben op een object of een goed waaraan het individu waarde hecht. De Strain die hierdoor ontstaat, kan leiden tot het terughalen van het object of het wraak nemen op degene die verantwoordelijk wordt gehouden voor het verliezen van de positieve stimuli. Het verlies van positieve stimuli kan ook betrekking hebben op (economische) status en sociale bindingen zoals school en sportverenigingen (Atkinson & Young, 2008).

3. De aanwezigheid van noxious stimuli.

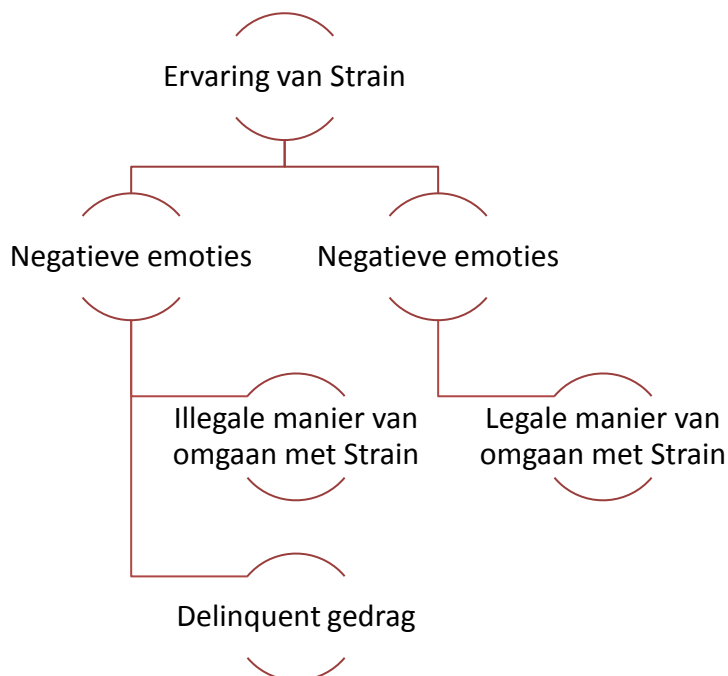
Agnew (1992) voegde aan de bestaande Strain theorie van Merton (1938) een derde manier toe waarop Strain kan ontstaan. Noxious stimuli zijn volgens Agnew de aanwezigheid van een aantal schadelijke omstandigheden die van invloed kunnen zijn op het individu. Deze omstandigheden kunnen betrekking hebben op misbruik als kind, slechte relatie met de ouders of negatieve ervaringen met school (Agnew, 1992). Omstandigheden zoals familiere problemen, overlijden van naasten en werkloosheid hebben eveneens een significant positief verband met delinquent gedrag (Straus, 1991). Dit zijn belangrijke voorspellers voor het ervaren van Strain. Agnew (1992) beschrijft een aantal manieren waarop deze “noxious stimuli” kunnen leiden tot crimineel gedrag. Allereerst kan het individu proberen te ontsnappen aan of het ontwijken van noxious stimuli door het gebruik van delinquent gedrag. Daarnaast kan het leiden tot delinquent gedrag als het individu de noxious stimuli probeert te stoppen of tegen te houden. De derde manier waarop noxious stimuli kan leiden tot crimineel gedrag is als het individu wraak neemt op degene die hij verantwoordelijk houdt voor de situatie. Bij het ontstaan van Strain zijn meerdere emoties gemoeid. Deze emoties hebben invloed op de manier waarop er op individueel niveau met Strain wordt omgegaan.

3.3.1. De General Strain Theorie en de invloed van emoties

De gevoelde Strain kan diverse emoties veroorzaken op individueel niveau. Agnew benoemt in zijn studie een aantal emoties welke van invloed kunnen zijn op het plegen van delinquent gedrag. Frustratie, angst, jaloezie, en onbegrip zijn emoties die door Strain kunnen worden

veroorzaakt. De emotie die echter het meeste invloed heeft op het plegen van delinquent gedrag is boosheid. Agnew (1989) bewees in zijn onderzoek dat boosheid het sterkst samenhangt met agressie en geweld.

“Anger is a critical component in the processes leading to crime and delinquency, because anger increases felt injury and generates the need for adaptive responses including delinquency and crime” (Agnew, 1992, p. 60). Agnew (1989) definieert boosheid als een resultaat van de situatie waarin een individu de ander de schuld geeft van zijn tegenslag. De daders in de studie van Agnew (1982) gaven derden de schuld van dat het individu met deze negatieve omstandigheden te maken had gekregen. Deze boosheid kan een persoon stimuleren tot actie, het remt een persoon minder af en het verlangen om wraak te nemen wordt groter (Agnew, 1992). Boosheid kan een gevoel veroorzaken dat delinquent gedrag rechtvaardigt (Agnew, 1995). Hieruit voortvloeiend beredeneert Agnew (1985) als volgt: een stijging van Strain, leidt tot een verhoogde kans op boosheid. Deze boosheid kan resulteren in het vertonen van delinquent gedrag. De theorie legt de nadruk op een blokkade in het bereiken van de van tevoren gestelde doelen en de emoties en reacties die daarbij ontstaan. Deze emoties kunnen leiden tot delinquent gedrag. In Figuur 1 is kort de General Strain Theorie weergegeven zodat de rol van emoties visueel zichtbaar wordt.



Figuur 1: gebaseerd op Agnews General Strain Theorie (1992).

3.4. Strain en gewelddadig gedrag

De omgang met Strain kan volgens Agnew op twee manieren. Een individu kan op een legale manier omgaan met Strain. Agnew doelt hier op het omgaan met Strain, zonder het vertonen van delinquent gedrag. Het individu kan echter ook op een illegale manier omgaan met Strain. Agnew (1992). Dit komt in de vorm van delinquent gedrag.

Volgens Agnew zijn een aantal factoren van invloed op de wijze waarop delinquent gedrag voorkomt. Agnew (2006) schreef dat Strain kan worden gebruikt ter verklaring van “any act which is condemned by most others in the society or that carries more than a trivial risk of punishment” (Agnew, 2006, p. 17). Agnew (2001) heeft een positief verband tussen gewelddadig gedrag en Strain gevonden. Als een individu slachtoffer wordt van gewelddadig gedrag, dan is de kans groter dat het individu reageert door zelf geweld te gebruiken. Strain creëert een reeks van negatieve gevoelens en stimuleert op korte termijn boosheid en woede-uitbarstingen, wat kan leiden tot crimineel en gewelddadig gedrag (Agnew, 2001). Agnew identificeerde een aantal voorspellers van gewelddadig gedrag, waaronder het slachtofferschap van gewelddadig gedrag en het ervaren van wraakgevoelens. Hevige wraakgevoelens hadden een positief verband met het plegen van gewelddadig gedrag. Agnew (1992) constateerde dat hevige wraakgevoelens een gevoel van tevredenheid konden realiseren bij het individu. Dit was een manier voor het individu om met deze vorm van Strain om te gaan.

Het onderzoek van Ousey et al. (2015) onderschrijft het verband tussen gewelddadig gedrag en Strain: “we believe GST proposes that severe forms of negative treatment like violent victimization should systematically increase both the overall quantity of criminal behavior and the propensity for that behavior to be violent rather than nonviolent” (Ousey et al., 2015, p. 165). Minkov en Beaver (2016) deden onderzoek naar een algemeen verklarende factor voor het plegen van moorden in 51 landen en gebruikte de General Strain Theorie van Agnew (1992) als verklarende factor voor gewelddadig gedrag van criminelen. “According to the General Strain Theory, individuals whose aspirations and opportunities are not properly balanced may experience psychological Strain, which will push some of them toward violent criminal behavior in a misguided effort to redress the perceived social injustice” (Agnew, 1992 p. 54).

Stoddard et al. (2016) deden onderzoek naar de voorspellers van gewelddadig gedrag en gebruikten de General Strain Theorie als analytisch theoretisch kader. Eén van hun conclusies was dat de theorie aangaf dat Strain gewelddadig gedrag voorspelde. Link, Cullen en Agnew (2015) gebruikten de General Strain Theorie om te verklaren waarom geestelijk gehandicapten over gaan tot gewelddadig gedrag. Aseltine, Gore en Gordon (2000) onderzochten verschillende soorten Strain (conflicten met familie, ouders en het ervaren van ongewenste situaties) en de mate waarin dat boosheid en frustratie worden ervaren door het individu. De studie toonde aan dat boosheid een significant verband heeft met geweld en agressie tussen twee of meerdere personen. Mazerolle et al. (2003) vinden eveneens een positief verband tussen boosheid, gemeten via de General Strain Theorie, en het plegen van agressie en geweld door daders.

3.5. Kritiek op de Agnews General Strain Theorie

De voornaamste kritiek op de General Strain Theorie is gebaseerd op het brede karakter van de theorie. Door het ontbreken van specificaties in de diverse emoties en de gevolgen van het geweld kan de General Strain Theorie onvoldoende richting geven aan delinquentie. Een ander nadeel van General Strain Theorie is het feit dat de theorie in zijn geheel nog niet getest is. Componenten van de General Strain Theorie zijn in meerdere studies aangetoond, maar het blijkt moeilijk om de theorie in één keer te testen (Agnew, 1992). De General Strain Theorie is ook beperkt in het verklaren van de invloed van niet-sociale factoren. De theorie is alleen van toepassing op microniveau en blijkt onvoldoende in staat om maatschappelijke verschuivingen of veranderingen in de theorie op te nemen. De General Strain Theorie is ontoereikend in het betrekken van veranderen op macroniveau en kan alleen factoren op microniveau toepassen (Agnew & Brody, 1997). Hieruit voortvloeiend is ook de rol van groepsdruk groep onderbelicht gebleven in de General Strain Theorie (Zhang, Wiczorek, Conwel, Ming, 2011). Daarnaast is er nog onvoldoende duidelijk over de invloed van geslacht op de General Strain Theorie (Kaufman, 2009). Een ander beperking van de General Strain Theorie is de verklaring voor een individu welke zowel via de legale als illegale manier zijn doel kan bereiken (Bernard, 1984; O'Grady, 2014).

Ondanks de kritiek van de verschillende studies (O'Grady, 2014; Zhang et al. 2011) wordt de General Strain Theorie in deze scriptie gebruikt om agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te verklaren. De keuze is als volgt te motiveren: op basis van de

statistieken van AZN (2016) concludeerde deze scriptie dat emotie een veel voorkomende aanleiding van incidenten met agressie en geweld in Nederland was. Dit percentage varieerde van 19% in 2015 tot 62% in 2010. Meerdere auteurs hebben geconstateerd dat de variabelen van de General Strain Theorie (Strain en negatieve situaties) aanwezig zijn bij agressie en geweld tegen ambulancepersoneel (Koohestani et al., 2012; Pourshaikhian et al., 2016b). Dit was eerder aangetoond door Brody (2001). Hij toetste de rol van negatieve emoties, als veroorzaker van Strain, in de General Strain Theorie. De studie toonde aan dat negatieve emoties een belangrijke rol spelen in het verklaren van crimineel gedrag. In het bijzonder gewelddadig gedrag. De negatieve emoties welke betrokken lijken te zijn bij agressie en geweldsincidenten (zoals boosheid) tegen ambulancepersoneel en de invloed van negatieve situaties op het ontstaan van Strain, maken de General Strain Theorie geschikt voor het verklaren van het motief voor agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

4. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek behandeld. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de meetinstrumenten, benadering van respondenten en wordt de analyseprocedure toegelicht. De onderzoeksgegevens uit dit onderzoek zijn gebaseerd op vier belangrijke bronnen: interviews, jurisprudentie, wetenschappelijke literatuur en praktijkonderzoeken. Het onderzoek in deze scriptie is vooral kwalitatief van aard, aangezien onderzocht wordt waarom (verklarend/kwalitatief) agressie en geweld wordt gepleegd door de daders. De studie bedroeg 7 maanden. De tijdsperiode liep van juni 2016 tot en met december 2016. Meerdere interviews en casestudy's (analyseren van jurisprudentie) zijn uitgevoerd. De interviews en casestudy's zijn op basis van een op voorhand bepaalde vragenlijst geanalyseerd. Het onderzoek probeert via deze interviews en casestudy's een verklaring te geven voor de motivatie van daders voor agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

4.1. Casestudies

Voor de verklaring omtrent de motivatie van daders van agressie en geweld, is geprobeerd via het Openbaar Ministerie (OM) kennis te nemen van strafdossiers met betrekking tot agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Via het netwerk van de auteur is een afspraak met de beleidsmedewerker VPT van het OM tot stand gekomen. Zij hield zich bezig met het beleid betreffende agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak. In de weken na het gesprek is er veelvuldig contact geweest over de voortgang van de scriptie. Na de persoonlijke afspraak is een verzoek tot inzage van alle rechtbankdossiers uit het arrondissement Den Haag omtrent agressie en geweld tegen ambulancepersoneel ingediend bij het OM. Het OM heeft, gezien de wijziging in het classificeringssysteem en de digitalisering van de administratie, geen inzicht in de hoeveelheid dossiers met betrekking tot geweld en agressie tegen ambulancepersoneel. In het verzoekschrift zijn de volgende inclusiecriteria opgenomen: het betreft strafrecht dossiers waarin de verdachte geweld of agressie als delict ten laste is gelegd. Hieronder vallen bijvoorbeeld alle vormen van mishandeling (art. 300 Wetboek van Strafrecht (hierna: "Sr"), intimidatie (art. 285 Sr), seksuele intimidatie (art. 246 Sr) en treiteren/pesten (art. 266 Sr).

In Tabel 4 zijn alle artikelen uit het Wetboek van Strafrecht opgenomen die betrekking hebben op agressie en geweld. De tijdsperiode waar de strafrechtdossiers voor zijn opgevraagd betreft de periode: 2010-2016 (dit om zoveel mogelijk zaken te onderzoeken). Dit verzoek is in de derde week van september 2016 ingediend en uiteindelijk is in de derde week

van november een negatief advies gegeven door het OM. Ondanks de bevestiging van de beleidsmedewerker VPT, was geen mogelijkheid tot inzage. Dit mede in verband met het feit dat de auteur van deze scriptie niet officieel in dienst was van het OM.

4.2. Casuïstiek vergaring

Om alsnog aan casuïstiek te komen is via www.rechtspraak.nl gezocht naar alle afgeronde zaken die te maken hebben met ambulancepersoneel. Dit is in de periode september 2016 tot en met november 2016 uitgevoerd. Op basis van de volgende trefwoorden is gezocht: *ambulancezorg, ambulancepersoneel, geweld, strafzaken, veilig publieke taak, ambulancezorgbroeder, agressie en geweld*. Gezien het feit dat alle wetsartikelen met betrekking tot agressie en geweld afkomstig zijn uit het Wetboek van Strafrecht, is voor de specificering voor de zoekfunctie “alleen strafzaken” gekozen. Aan de hand van deze zoekcriteria kwamen uiteindelijk dertien strafzaken naar voren. In deze zaken betrof het een veroordeling van minimaal één agressie- en geweldsdelict tegen ambulancepersoneel. De delicten zijn opgenomen in Tabel 4. Alle zaken, zowel bij de rechtbank als in hoger beroep, zijn volledig afgerond. Van deze dertien strafzaken zijn elf strafzaken geïncludeerd. De twee zaken die niet zijn geïncludeerd, zijn zaken in hoger beroep. Gezien het feit dat het feitencomplex in zowel eerste als in tweede aanleg hetzelfde is, zijn de twee zaken in hoger beroep geëxcludeerd. De tijdsperiode betrof de jaren 2007 – 2016. Oudere strafzaken waren niet beschikbaar via de gebruikte website.

Interviews met slachtoffers van agressie- en geweldsincidenten

De andere manier van dataverzameling was via het afnemen van interviews met ambulancepersoneel dat slachtoffer is geworden van agressie en geweld. Deze agressie- en geweldsdelicten zijn gepleegd door derden en niet door collega's. Dit gebeurde via *convenience sampling* (Boxhill, 1994). De inclusiecriteria was het hebben van ervaring omtrent agressie- en geweldsdelicten tijdens de uitvoer van de werkzaamheden. Het contact met de respondenten was gelegd via het professionele netwerk van de onderzoeker. Dit leidde tot drie respondenten welke bereid waren voor een interview. In totaal zijn voor dit onderzoek vijftien slachtoffers van agressie en geweld benaderd via het netwerk van de beleidsmedewerker van de regio Hollands-Midden. De non-response was 80%. Van het benaderde ambulancepersoneel gaven twaalf mensen aan niet bereid te zijn om mee te werken aan het onderzoek. De reden hiervoor was privacygevoelige informatie en de impact van het incident op de privé- en werksfeer van het slachtoffer.

Een verzoek is gestuurd naar vijf regio's (Hollands-Midden, Rotterdam-Rijnmond, Haaglanden, Noord-Holland Noord en Drenthe) om ambulancepersoneel te benaderen dat slachtoffer is geworden van agressie en geweld. De regio's Hollands-Midden, Rotterdam-Rijnmond en Haaglanden zijn geïncludeerd, omdat zij voor dit onderzoek goed bereikbaar waren qua vervoer. De auteur zelf is parttime werkzaam in de regio Noord-Holland Noord en heeft via zijn netwerk getracht slachtoffers en daders te benaderen om tot het verzamelen van data te komen. Dit onderzoek was genoodzaakt rekening te houden met de beperkte duur van de onderzoeksperiode en het gebrek aan budget om lange reizen naar andere regio's te maken. Een uitzondering is gemaakt voor de regio Drenthe. Via een gesprek met Ambulancezorgzorg Nederland werd duidelijk dat regio Drenthe veel aandacht schonk aan beleid ter preventie van agressie en geweld. Mede in dit licht was de aanname gevormd dat de kans in Drenthe wellicht groter was om medewerking van deelnemers op een korte termijn voor de interviews te vergaren. Bij deze regio zijn schriftelijk twee verzoeken ingediend, maar hier werd afwijzend op gereageerd. De reden voor deze afwijzing was onvoldoende behoefte om mee te werken aan dit onderzoek.

Van de regio Hollands-Midden kreeg deze scriptie een positief bericht en na twee gesprekken met een vertegenwoordiger van de ambulancezorgregio was toestemming voor interviews met slachtoffers. De aantekeningen van de interviews zijn opgenomen in bijlage 9. Bij de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Hollands-Midden is intern mijn verzoek gecommuniceerd. Dit resulteerde in drie positieve reacties. Met deze drie respondenten is individueel contact geweest over de opzet en aard van het interview. Alle interviews vonden plaats in Leiden. Dit betekende dat alle interviews bij het regionale kantoor van de RAV plaatsvonden. De duur van de interviews was rond de zestig minuten en alle interviews zijn persoonlijk afgenomen. Onder de regio Hollands-Midden vallen onder andere de volgende gemeenten: Leiden, Gouda, Alphen aan den Rijn, Katwijk, Leiderdorp, Zoeterwoude, Lisse, Kaag en Braassem, Oegstgeest en Hillegom. Vanwege privacyoverwegingen is al het ambulancepersoneel in de beschrijvingen van de resultaten geanonimiseerd. Zij wilden anoniem blijven.

Goedkeuring transcripties slachtoffers van agressie- en geweldsincidenten

Alle interviews met de ambulancemedewerkers zijn opgenomen (audio) met een iPhone 6 en zijn daarna uitgewerkt in transcripties. Alle transcripties zijn teruggestuurd naar de geïnterviewden en zij hebben de feitelijke onjuistheden verwijderd. Eén respondent heeft de

transcriptie van zijn interview aangepast. De andere twee respondenten gingen akkoord met de conceptversie van het interview. Daarnaast is de conceptversie van deze scriptie gestuurd naar Ambulancezorg Nederland en naar de RAV Hollands-Midden. Na de goedkeuring van de transcripties door het ambulancepersoneel is verder gewerkt met de verworven data. Pas na de bevestiging en goedkeuring van beide instanties is deze scriptie ingeleverd. Deze interviews zijn volledig getranscribeerd en opgenomen als bijlage 1, 2 en 3.

Interviews met beleidsmedewerkers van de betrokken instanties bij agressie- en geweldsincidenten

Interview 4 was met de projectleider VPT van de gemeente Den Haag. Dit gesprek vond plaats op het gemeentehuis in Den Haag en duurde ongeveer 75 minuten. Dit gesprek was niet opgenomen, maar hier zijn wel schriftelijke aantekeningen van gemaakt. Alle informatie die door de respondent was gegeven, mocht worden gebruikt voor de scriptie. De aantekeningen van dit interview zijn te vinden in bijlage 4. Interview 5 vond plaats in Zwolle, op het hoofdkantoor van Ambulancezorg Nederland. Dit interview was met de beleidsmedewerkster van Ambulancezorg Nederland. Dit gesprek duurde ongeveer 50 minuten en is niet opgenomen. Wel zijn hier aantekeningen van gemaakt. Deze aantekeningen zijn opgenomen als bijlage 5. Na het gesprek is er vier keer contact geweest met de beleidsmedewerkster over de voortgang van de scriptie. Met haar toestemming zijn de nog niet gepubliceerde gegevens over agressie en geweld 2015 inzichtelijk gemaakt voor deze scriptie. Zij heeft schriftelijk toestemming verleend voor het publiceren van deze cijfers in deze scriptie.

Interview 6 vond plaats in de rechtbank, arrondissement Den Haag. Het gesprek met de beleidsmedewerker VPT van het OM duurde ongeveer 60 minuten. Van dit interview zijn schriftelijke aantekeningen gemaakt en deze aantekeningen zijn toegevoegd als bijlage 6. Met de beleidsmedewerkster is veel contact geweest. Bij haar is het verzoek tot inzage ingediend. De beleidsmedewerkster VPT van het OM zou verder zorg dragen voor de afhandeling van het verzoek tot inzage. Na de afwijzing van het verzoek tot inzage in november, is er nog twee keer telefonisch contact geweest.

Interview 7 (bijlage 7) was met de beleidsmedewerker agressie en geweld van de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. Met hem is twee keer een interview geweest. De eerste keer duurde dit gesprek ongeveer 60 minuten. Van dit gesprek zijn alleen schriftelijke

aantekeningen gemaakt. Het tweede gesprek duurde ongeveer 90 minuten en is uitgewerkt in bijlage 7. Dit gesprek is opgenomen met een iPhone 6. De Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond bestaat uit de gemeenten: Rotterdam, Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle a/d IJssel, Hellevoetsluis, Krimpen a/d IJssel, Lansingerland, Maassluis, Nissewaard, Ridderkerk, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne (Visiedocument VRR, 2016).

Interview 8, met de beleidsmedewerker VPT van de Politie Eenheid Den Haag is afgenomen op het politiebureau in Leiderdorp (bijlage 8). Het interview duurde ongeveer 120 minuten en is met een iPhone 6 opgenomen. De contactgegevens van hem waren verworven via het netwerk van de auteur in de RAV Hollands-Midden. In de bijlage is dit interview opgenomen als interview 8. De Eenheid Den Haag bestaat uit de volgende districten: Den Haag Centrum, Den Haag West, Den Haag Zuid, Zoetermeer - Voorburg, Westland - Delft, Leiden – Bollenstreek en Alphen aan den Rijn – Gouda. Het is een samenvoeging van de vroegere politieregio's Hollands-Midden en Haaglanden.

Interview met daders

Bij alle geïnterviewde is de vraag neergelegd of er mogelijkheid was tot contact met daders van agressie en geweld. Dit bleek niet mogelijk in verband met de privacy van de dader en de geslotenheid van de strafzaken. Daarnaast zijn er in het netwerk van de auteur verschillende verzoeken ingediend voor interviews met daders. Eveneens is contact geweest met de Officier van Justitie in de arrondissementen Den Haag en Rotterdam. Het verzoek tot contact met daders van agressie- en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel is afgewezen. Vanwege de privacy van de daders en de inhoud van de strafzaken bleek het niet mogelijk om in nader contact te komen met daders. Eveneens is twee keer telefonisch contact geweest met het Verwey Instituut over het onderzoek wat is gedaan in 2010. Het onderzoek van Bakker et al. (2010) had met twee dader van agressie- en geweld tegen ambulancepersoneel gesproken.

Het verzoek tot nader contact met deze daders is door het Verwey Instituut tot tweemaal toe afgewezen. De onderzoekers Bakker, Roeleveld en Drost, die het onderzoek naar geweldsplegers namens het Verwey Instituut hadden gedaan, zijn individueel twee keer schriftelijk benaderd om uitleg te geven over hun onderzoek en de dataset. Op beide verzoeken is niet gereageerd door de onderzoekers.

4.3. Meetinstrumenten

De vragenlijsten van deze scriptie zijn gebaseerd op het wetenschappelijke onderzoek van Agnew (2001, General Strain Theorie). Agnew beschreef in zijn onderzoek een aantal vormen van Strain: “Strainfull events and conditions are most likely to lead to crime when they (1) are as unjust, (2) are seen as high in magnitude, (3) are associated with low social control, and (4) create some pressure or incentive for criminal coping” (Agnew, 2001, p. 338). Volgens Agnew is er geen onderscheid in de mate van belangrijkheid tussen deze vier factoren. Recapitulerend spelen deze vier factoren een grote rol in het vergroten van de kans dat Strain leidt tot crimineel gedrag. Deze vier factoren spelen ten tijde van deze scriptie een belangrijke rol in het bekijken van de strafrecht dossiers en de vragenlijsten.

Vanwege het eerdere gebruik van de vragenlijst bij soortgelijke respondenten, diende de vragenlijst van Bakker et al. (2010), Hoffman en Cerbone (1999) en Roeleveld en Drost (2010). als basis voor de vragenlijst van deze scriptie. De onderzoeken van Bakker et al. (2010) en Roeleveld en Drost (2010) hebben betrekking op geweld en agressie tegen ambulancepersoneel en de studie van Hoffmann en Cerbone (1999) richt zich op het toepassen van de General Strain Theorie via een survey op agressie en geweldsdelicten. De interviews voor deze scriptie zijn hierdoor semigestructureerd en bevatte open vragen. De auteur heeft verder naar eigen inzicht verdere vragen gesteld

4.4. Operationalisatie agressie en geweld

In dit onderzoek agressie en geweld nader te worden gedefinieerd. In deze studie wordt onder agressie en geweld verstaan: “het welbewust verbaal uiten, gebruiken van fysieke kracht of macht, dan wel het dreigen daarmee, gericht tegen een werknemer, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van de publieke taak, wat resulteert of waarschijnlijk zal resulteren in een gevoel van bedreiging, materiële schade, letsel, psychische schade of de dood” (Programma Veilig Publieke Taak, 2007). In Tabel 3 staan alle operationalisaties, gebaseerd op de Handreiking Agressie en geweld (ministerie BZK, 2011).

Deze operationalisaties worden toegepast in deze scriptie.

Tabel 3: Operationalisatie van begrippen (Handreiking Agressie en geweld, 2011)

Fysiek geweld	Verbaal geweld	Intimidatie
<i>Duwen en trekken</i>	<i>Schelden</i>	<i>Seksuele intimidatie</i>
<i>Slaan, schoppen</i>	<i>Dreigen</i>	<i>Discriminatie</i>
<i>Bijten en spugen</i>	<i>Treiteren</i>	<i>Bekladden</i>
<i>Kopstoot en fysiek hinderen</i>	<i>Pesten</i>	<i>Bedreigende gebaren</i>
<i>Aanranding/verkrachting</i>	<i>Vernederen</i>	<i>Chanteren</i>
		<i>Stalken</i>

4.5. Gegevens Ambulancezorg

In dit onderzoek is data gebruikt van Ambulancezorg Nederland. Ambulancezorg Nederland is de brancheorganisatie van al het ambulancepersoneel in Nederland. De organisatie behartigt daarnaast de belangen van alle regionale ambulancezorgvoorzieningen. Ambulancezorg Nederland vraagt alle Ambulancezorgregio's, 25 in totaal, een coderingslijst in te vullen van incidenten betreffende agressie en geweld. In de appendix zit deze coderingslijst. Via deze lijst wordt door Ambulancezorg Nederland geïnventariseerd hoeveel incidenten er per regio plaatsvinden, op welk tijdstip en of er bijvoorbeeld aangifte is gedaan. Op deze manier brengt Ambulancezorg Nederland de aard en omvang van incidenten betreffende agressie en geweld in kaart. Dit is op jaarlijkse basis. Om data te verzamelen is contact gezocht met Ambulancezorg Nederland. Naar aanleiding van dit contact vond een interview plaats. Aan de hand van dit gesprek heeft Ambulancezorg Nederland alle landelijke cijfers van het interne registratiesysteem gestuurd van de afgelopen zes jaar. Dit betreft geen langere periode, omdat voor 2010 nog geen interne registratie werd bijgehouden. De landelijke cijfers van 2015 zijn op het moment van schrijven (nog) niet gepubliceerd. Onder geheimhouding zijn deze gegevens ontvangen. Deze gegevens betroffen alle landelijke registraties van agressie en geweldsdelicten in 2015. Om deze data te gebruiken is er drie keer telefonisch contact geweest met de vertegenwoordiger van Ambulancezorg Nederland. Over het gebruik van de data voor dit onderzoek is een aantal afspraken gemaakt. Onder andere was er de wens tot het anonimiseren van de persoonsgegevens en het terugkoppelen van de geschreven passages waarin deze data wordt behandeld. Deze scriptie is uiteindelijk gedrukt met de goedkeuring van alle partijen.

4.6. Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie is een analyse uitgevoerd op de al bestaande literatuur op het gebied van geweld en agressie tegen ambulancepersoneel. Via de database van *Web of Science* is gericht gezocht op diverse trefwoorden. De focus van de literatuurstudie ligt op wetenschappelijk onderzoek waarin het perspectief en de motivatie van de dader om geweld te plegen tegen ambulancepersoneel onderzocht is. Om de laatste ontwikkelingen op het gebied van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te kunnen analyseren, is in dit onderzoek gebruikt gemaakt van zoveel mogelijk recente studies. Aan de hand van de titel en de abstract van de studie is beoordeeld of de studie relevant was voor dit onderzoek.

De literatuurstudie is uitgevoerd via *Web of Science* (<https://apps.webofknowledge.com/>). De volgende zoektermen zijn gebruikt: *aggression, violence, violent behavior, emergency medical personnel, violen**, *fight, fights, aggressive behavior, doctors, medical staff, emergency staff*. De asterisk (*) is gebruikt bij verschillende zoektermen. De asterisk zorgt dat binnen *Web of Science* alle vervoegingen na de asterisk worden meegenomen in het zoekproces. Door de asterisk te plaatsen wordt het zoekgebied veel groter en levert dat vaak meer resultaat op voor passende studies. In totaal waren tweeënzestig studies op basis van de inclusiecriteria gevonden. Van deze tweeënzestig studies zijn vijftientig studies volledig behandeld. De andere studies voldeden na nadere bestudering aan de inclusiecriteria. Van de vijftientig studies die volledig zijn behandeld werden er twee geëxcludeerd in verband met de onderzoeksopzet. Dit had te maken met een slechte steekproef of een te kleine dataset. In totaal bleven drieëntwintig relevante studies over welke in de literatuurstudie zijn besproken en geanalyseerd. Nederlandse studies te zoeken, zijn de volgende zoektermen, los en in verschillende combinaties, gebruikt: *agressie, geweld, Ambulancezorg personeel, zorgsector, agressief gedrag en ziekenhuizen*.

5. Motiefanalyse via de General Strain Theorie

In dit hoofdstuk wordt de casuïstiek gepresenteerd, waar vervolgens een analyse op wordt toegepast. Casus 1, 2 en 3 zijn gebaseerd op drie interviews met ambulancepersoneel en de casus waarin zij slachtoffer zijn geworden van agressie en geweld. De andere acht casussen is bestaande jurisprudentie en alle verklaringen en omstandigheden zijn letterlijk overgenomen. Zoals in het theoretisch kader van deze scriptie is aangegeven (zie hoofdstuk 3), is Strain een voorspeller van agressie en gewelddadig gedrag. In dit hoofdstuk wordt de General Strain Theorie toegepast in de verklaring voor het motief van daders voor het plegen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. De data uit dit onderzoek zijn geanalyseerd en zullen per cluster worden besproken. Het meten van Strain kan via het constateren van emoties, zoals boosheid, frustratie en angst (Agnew, 2006). Stoddard et al. (2016) en Link et al. (2015) hebben deze methode toegepast in hun studie. De studie van Stoddard et al. (2016) heeft door vormen van Strain te observeren, gewelddadig gedrag pogen te voorspellen. Link et al. (2015) brachten diverse vormen van Strain (boosheid en angst) in kaart en onderzocht de samenhang tussen Strain en gewelddadig gedrag bij geestelijk gehandicapten. Boosheid is volgens Agnew de grootste voorspeller van het plegen van criminaliteit en gewelddadige gedrag. Andere emoties van invloed op Strain zijn onder andere: angst, frustratie, wraak, onbegrip en jaloezie (Agnew, 2006).

De clustering van de motieven is gebaseerd op de kenmerken van de casuïstiek. Hierbij kan men denken aan de eventuele invloed van alcohol, de situationele kenmerken zoals de medische omstandigheden van de dader, de werkzaamheden van het ambulancepersoneel en de ervaren emotie door de dader. Het motief is gebundeld aan de hand van deze kenmerken. Door de clustering van motieven kan de General Strain Theorie breder worden getoetst. Er is geen sprake van een hiërarchische verdeling. Dit resulteert in de verdeling van drie clusters. In elk cluster zijn casussen opgenomen welke onderling een verband hebben. De drie clusters, motief A, B en C, hebben een duidelijke splitsing. Een casus uit motief A verschilt met een casus uit motief B en C. In paragraaf 5.1 zullen de algemeenheden en overlappen in worden besproken en daarna volgt er een korte feitelijke weergave van de verschillende casuïstiek in de clusters. De casuïstiek is genummerd in volgorde van behandeling en uitschrijving. Dit resulteert in een verspreiding van casuïstiek in de clusters. Zodoende valt casus 6 onder motief A en casus 4 onder motief C. Na de introductie van de casuïstiek per cluster, zal per motief een gedetailleerde analyse worden uitgevoerd. In deze analyse zal de General Strain Theorie in elke casus wordt getoetst.

5.1. Overeenkomsten motief A, B en C

Tabel 5: daderinformatie van alle clusters.

Casus	Dader	Waargenomen emoties	Andere eventuele aanleidingen	Vorm van agressie en geweld	Motief
1	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Grote inname van alcohol.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
2	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Grote inname van alcohol.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
3	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Inname van alcohol.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
4	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Onder invloed van cocaïne en borderline (psychische stoornis).	Vernielen van ambulance en bedreiging ambulancepersoneel.	Zelfverdediging.
5	Omstander	Boosheid, frustratie en wraak.	Psychische stoornis en onder invloed van drugs.	Fysiek aanvallen ambulance personeel.	Werkwijze Ambulancepersoneel.
6	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Gewond en onder invloed van alcohol.	Fysiek aanvallen ambulancepersoneel.	Boosheid en frustratie om situatie.
7	Omstander	Boosheid en frustratie.	Onder invloed van alcohol.	Bedreiging en fysiek aanvallen.	Werkwijze ambulancepersoneel.
8	Omstander	Boosheid en frustratie.	Onder invloed van alcohol.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Werkwijze ambulancepersoneel.
9	Familie van slachtoffer	Boosheid en frustratie.	n.v.t.	Bedreiging en intimidatie.	Werkwijze ambulancepersoneel.
10	Patiënt	Boosheid en angst.	Invloed van medicaties.	Bedreiging en intimidatie.	Bescherming van zijn huis.
11	Patiënt	Boosheid en angst.	Onder invloed van alcohol.	Fysiek aanvallen en bedreiging.	Bescherming van zijn huis.

Op basis van Tabel 5 kan worden geconcludeerd dat in alle casuïstiek de dader een man is. In acht van de elf onderzochte casussen is de patiënt de uiteindelijke dader van het agressie- en geweldsincident. In de drie andere casussen was de pleger van agressie en geweld direct familielid van het slachtoffer. In casus 5 was de dader een onbekende van het slachtoffer. In zeven van de elf casussen is de dader ten tijden van het delict onder invloed van alcohol. In drie van de elf casussen is dader onder invloed van drugs. Alleen in casus 9 is er geen sprake van invloed van geestverruimende of verdovende middelen. Casus 9 betreft de enige casus waarin de dader minderjarig was gedurende het delict.

Het ambulancepersoneel werd in acht van de elf casussen fysiek en verbaal aangevallen en in drie van de elf casussen werd het ambulancepersoneel geïntimideerd en bedreigd. De overlap tussen de casuïstiek is zichtbaar in het gebruik van alcohol en dat in het merendeel van de casussen de patiënt agressie en geweld pleegt tegen het ambulancepersoneel. Met betrekking tot de invloed van alcohol en drugs sluiten de bevindingen van deze scriptie aan bij het onderzoek van Gates et al. (2012), waarin in 70% van de onderzochte incidenten alcohol en drugs van invloed was op het plegen van geweld. In het onderzoek van Gates et al. (2006) was dit percentage zelfs 80%. De patiënt is bij de landelijke registraties van AZN (2016) het meest frequent geregistreerd als dader in 2015 t/m 2013. Het is onbekend of het ambulancepersoneel welke betrokken is geweest op is genomen in deze landelijke registraties. Het is alleen met zekerheid te zeggen dat casus 1, 2 en 3 niet zijn opgenomen, aangezien deze delicten in 2016 hebben plaats gevonden en zijn derhalve niet opgenomen in de onderzochte data. Alle daders zijn man en dit sluit aan bij de bevindingen van Bakker et al. (2010). Dat onderzoek gaf aan dat ongeveer 75% van het geweld tegen medewerkers met een publieke taak werd gepleegd door mannen. De algemeenheden van de casuïstiek sluiten aan bij resultaten uit eerder wetenschappelijk en praktijk onderzoek. In paragraaf 5.2 zal de casuïstiek worden weergegeven en zal het motief van de daders gedetailleerd worden geanalyseerd.

5.2. Casuïstiek motief A

Details casus 1

Dag: Zaterdagochtend voorjaar 2016.

Tijdstip: Rond half 1 's nachts.

Type geweld: Fysiek geweld en intimidatie door derden.

Gevolgen voor slachtoffer: Gedragsverandering bij slachtoffer tijdens werkzaamheden.

Consequenties voor dader: Seponering van zijn zaak bij rechtbank, wel twee jaar monitoring van gedrag bij de reclassering.

Bijzonderheden: Slachtoffer is het niet eens met de beslissing van het Openbaar Ministerie (OM) met betrekking tot het seponeren van de zaak. Er dient een bezwaarschrift bij het OM tegen deze beslissing.

Context incident

Respondent 1 (R1) en zijn collega zijn door de meldkamer gestuurd naar een melding waarin een man bewusteloos op straat lag. Het was aan het begin van de nacht, rond half 1. In de professionele opinie van R1 was P1 onder invloed van alcohol. Samen met zijn collega bracht R1 de man richting de ambulance. R1 begon te praten tegen de man. P1 kwam langzamerhand weer tot bewustzijn. Om wat kleine testen uit te voeren brachten R1 en zijn collega P1 naar de achterkant van de ambulance. Hij werd op de stoel gezet, tegenover de collega van R1.

Dit vond plaats binnen in de ambulance. Op het moment dat de collega van R1 de jas verwijderde bij P1 “schiet hij uit zijn plaat en pakt mijn hand vast en richt met zijn andere hand zich op, hij maakt zeg maar een vuist met zijn andere hand” (Bijlage 4, interview respondent 1). P1 sloeg de collega van R1 en dreigt R1 te gaan slaan. Er volgt kortstondig duw- en trekwerk en uiteindelijk weten R1 en zijn collega de man uit de ambulance te werken. R1 en zijn collega weten P1 te kalmeren. P1 werd later aan de politie overgedragen. Op het advies van de reclassering seponerde het OM de zaak. R1 diende bezwaar in tegen deze beslissing. Dit bezwaarschrift is reeds ingediend en op het moment van schrijven is niet bekend wat de uitkomst van dit bezwaarschrift is.

Omstandigheden dader

P1 was onwel op het moment dat de ambulance arriveerde. Hij was onder invloed van alcohol en had volgens R1 zoveel gedronken dat hij niet meer in staat was zelf te lopen. Hij moest ondersteund worden door R1 en zijn collega richting de ambulance. P1 liep verder in een traject bij de reclassering en had een alcoholverslaving. Een aantal maanden voor het incident was hij gescheiden van zijn vrouw.

Motief dader

Het motief van P1 kan niet met zekerheid worden vastgesteld aangezien P1 dit nooit heeft verklaard. P1 heeft geroepen tijdens de worsteling met R1 en zijn collega dat zij met de handen van hem af moesten blijven en dat hij weg wilde. Hij was boos vanwege de situatie waarin hij zich bevond en reageerde dit af op de aanwezige ambulancebroeders. Dit kwam tot uiting op het moment dat R1 de jas van P1 aan het verwijderen was en handtastelijk werd.

Details casus 2

Dag: Zaterdagochtend voor jaar 2016.

Tijdstip: Rond 2 uur 's nachts.

Type geweld: Fysiek geweld.

Gevolgen voor slachtoffer: Geen medische gevolgen, wel iets alerter bij soort gelijke situaties.

Consequenties voor dader: Seponering van zijn zaak bij rechtbank, wel een jaar monitoring van gedrag bij de reclassering.

Bijzonderheden: Slachtoffer is het niet eens met de beslissing van het Openbaar Ministerie (OM) met betrekking tot het seponeren van de zaak. Er dient een bezwaarschrift bij het OM tegen deze beslissing.

Context incident

Rond 02:00 arriveerde ambulanceverpleegkundige (R2) en zijn collega bij een fietspad bij een kroeg in Waddinxveen. Op het fietspad lag een man (P2) en hij was onwel geworden. In de professionele opinie van R2 was P2 onder invloed van alcohol. R2 begon tegen hem te praten en R2 kon met P2 een eenvoudig gesprek voeren. Samen met zijn collega bracht R2 P2 naar de ambulance en daar wilde R2 een bloeddrukband aanbrengen om de bloeddruk van P2 te meten. Op het moment dat R2 de jas van de man uitdeed, om de bloeddrukband aan te brengen, sloeg P2 opeens R2 een aantal keer in zijn maag. De collega van R2 werd ook bedreigd en geïntimideerd, maar voordat de man de collega van R2 kon slaan werd hij door R2 vastgepakt. Hierop volgde een korte schermutseling tussen het ambulancepersoneel en P2 en uiteindelijk wordt hij door R2 buiten de ambulance gewerkt. P2 werd een aantal minuten later aangehouden door de politie. R2 deed aangifte van het incident bij de politie en meldde het incident bij zijn organisatie. Het OM besloot om P2 niet te vervolgen, aangezien P2 een traject doorliep bij de reclassering en gezien de persoonlijke problemen waar P2 mee te maken had. Op advies van de reclassering zag het OM af van verdere vervolging. R2 ging tegen dit besluit in beroep. Dit traject van bezwaar is nog niet afgerond en op het moment van schrijven is niet bekend wat de uitkomst van dit bezwaarschrift zal zijn.

Omstandigheden dader

P2 had aanzienlijk veel gedronken en was door de drank onwel geworden en op een fietspad gevallen. Hij liep in een traject bij de reclassering en had familieproblemen. Hij was verwickeld in een echtscheiding met zijn vrouw. P2 had een alcoholverslaving.

Motivatie dader

P2 was net bij bewustzijn toen de ambulance arriveerde. Hij was in staat om een gesprek te voeren met R2 over het ontstaan van de situatie. Op het moment dat P2 de ambulance in moest om te worden gecontroleerd, werd hij verbaal agressief. P2 was het niet eens met de controle die R2 wilde gaan uitvoeren. Op het moment dat R2 alsnog de test wilde aanbrengen en de jas van P2 wilde verwijderen, gebruikte P2 fysiek geweld jegens R2. P2 sloeg R2 een aantal maal in zijn maag en wilde zich ontdoen van R2. P2 wilde graag de ambulance verlaten. P2 was boos en gefrustreerd vanwege het feit dat hij in deze situatie was terechtgekomen.

Details casus 3

Dag: Zondag in voorjaar 2016.

Tijdstip: Rond 2 uur in de middag.

Type geweld: Fysiek geweld.

Gevolgen voor slachtoffer: Geen medische gevolgen. Wel gedragsverandering in aantal maanden na incident.

Consequenties voor dader: Zaak ligt ter behandeling bij het OM. De tenlastelegging is mishandeling.

Opmerkelijk: Dader bleek alcohol in zijn bloed te hebben, maar dit was een laag percentage. Lager dan 0.5 promille.

Bijzonderheden: Beslissing van het Openbaar Ministerie om over te gaan tot vervolging. De tenlastelegging is eenvoudige mishandeling: art 300 SR.

Context incident

Op 22 juni 2016 is er een melding over een reanimatie. Respondent 3 gaat samen met haar collega en één andere ambulance en één politiewagen (dit is protocol) richting de melding. Eenmaal ter plaatse bleek de reanimatie niet nodig en was de patiënt (P3) weer bij bewustzijn. Bij een poging tot reanimeren door één van zijn kinderen was P3 weer bij kennis gekomen. R3 en haar collega's voerden alsnog enkele controles uit om zekerheid te krijgen over de diagnose. P3 is 84 en vanwege zijn leeftijd wilde R3 hem vervoeren naar het ziekenhuis voor nadere controles. P3 was het hier niet mee eens en verzette zich zowel fysiek als verbaal tegen het vervoer richting het ziekenhuis. Uiteindelijk wordt P3 overgehaald door R3 om mee te gaan en nam hij plaats in de ambulance. R3 rook een geur van alcohol, maar volgens aanwezigen dronk P3 al 20 jaar niet meer.

De collega van R3 besloot mee te gaan in de ambulance. Het was de laatste rit van die collega en vanwege de recalcitrantie van P3 vond R3 dit goed. P3 lag op de brancard en R3 zat op de stoel tegenover deze brancard. De collega van R3 zat achterin de ambulance tegen de scheidingswand tussen de cabine en chauffeur. Na een kort gesprek, P3 kwam verder helder van geest over, vertrok de ambulance. Tijdens het rijden begon P3 in zich zelf te praten. "Ik hoorde hem zeggen: godverdorie, waarom zit ik nou in deze situatie en werd hij weer onrustig. En ik (R3, red.) zei: "meneer, doe maar rustig, ze kijken u alleen maar even na en als er niks is dan mag u gewoon weer naar huis" (bijlage 6, interview R3). Nadien werd P3 weer rustiger en gaat R3 verder met het schrijven in het dossier. Enkele minuten later attendeerde de collega van R3 haar er op dat P3 naar R3 keek. Op hetzelfde moment sloeg P3 R3 met zijn vuist in haar gezicht. P3 wilde nog een keer R3 slaan, maar de collega van R3 pakte snel de handen van P3 vast en voorkwam dat P3 nog een keer kon slaan. De collega van R3

overmeesterde P3 en hield P3 de rest van de reis rustig. Bij het ziekenhuis werd P3 overgedragen aan de artsen. R3 maakte melding van het incident bij de organisatie van R3 en deed twee dagen later aangifte bij de politie. Op het moment van schrijven is er melding gemaakt van de tenlastelegging bij beide partijen. Verdere informatie over de afhandeling van de zaak is nog niet bekend.

Omstandigheden dader

P3 had alcohol gedronken, maar onder het wettelijk minimum om niet meer auto te mogen rijden.

Motivatie dader

P3 was onwel geworden op Vaderdag en had op dat moment veel kinderen van hem te gast in huis. P3 was het niet eens met de diagnose, welke werd vastgesteld door R3 en haar collega. Nadat P3 zijn ongenoegen hierover had geuit is hij alsnog mee gegaan in de ambulance. P3 zei tijdens de ambulance rit een tweede keer: “Hoe ben ik in hemelsnaam in deze situatie beland” en “Wat doe ik hier?”. P3 lijkt erg gefrustreerd door de situatie en dit merkten R3 en haar collega op. Hij was angstig voor het feit dat in het ziekenhuis bloedtesten zouden worden gedaan waaruit bleek dat hij wel gedronken had. Dit was in tegenstelling tot wat zijn familie dacht. De familie van P3 dacht dat hij al twintig jaar niet dronk. Bij P3 was er sprake van frustratie en boosheid omtrent de situatie waarin hij zich bevond en reageerde deze frustratie af op R3.

Details casus 6

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Den Haag.

Datum incident: Zaterdag 1 januari 2011.

Tijdstip: Overdag.

Type geweld: Slaan en schoppen van een ambulancebroeder.

Dader: Man, geboren in 1988 in Nederland.

Strafblad: N.v.t.

Gevolgen voor slachtoffer: Gevoel van veiligheid ernstig aangetast, ook in privé situaties.

Consequenties voor dader: Taakstraf van 34 uur, indien niet goed uitgericht een vervangende straf in de vorm van hechtenis van 17 dagen.

Bijzonderheden: Dader was patiënt.

Context incident

Op 1 januari 2011 rijden R6 en zijn collega richting een melding. De melding betrof een bebloede man (P6). Hij was onwel geworden op straat in Rotterdam. Eenmaal ter plaatse

bleek P6 zo erg te bloeden dat hij naar het ziekenhuis moet worden gebracht om te worden behandeld. De wond moest daar worden gehecht. Aangezien P6 rustig en gekalmeerd was, hebben R6 en zijn collega er voor gekozen om hem achter in de ambulance te zetten op de stoel van de verpleegkundige. R6 en zijn collega namen plaats in de cabine van de ambulance en hiermee zat P6 alleen achterin. Tijdens het rijden horen de ambulancebroeders dat P6 de achterdeur van de ambulance aan het openen was. De bestuurder van de ambulance maakte direct een noodstop, waardoor de achterdeur dicht viel. P6 zat nog steeds binnen. Vervolgens heeft de collega van R6 de deur opengetrokken om te kijken wat er aan de hand was met P6. R6 was om de ambulance heengelopen, via de andere kant, en zag dat P6 een klap wilde geven aan de collega van R6. R6 wilde toen de situatie de-escaleren en P6 tot rust brengen, maar P6 begon R6 te slaan en te schoppen.

R6 kreeg enkele klappen op zijn hoofd, voordat R6 en zijn collega de situatie onder controle kregen en P6 konden kalmeren. Na enkele minuten is de ambulance verder gereden en heeft het ambulancepersoneel P6 naar het ziekenhuis gebracht. Daar hebben zij hem overgeleverd aan de artsen en deed R6 aangifte gedaan van het incident.

Omstandigheden van de dader

De dader was onder invloed van alcohol en in dusdanige mate dat het zijn loopvermogen heeft beïnvloed. P6 was daarnaast gewond en had een bloedende wond die gehecht moest worden.

Motivatie van de dader

Uit het strafrecht dossier blijkt dat de dader onder invloed was van alcohol en gefrustreerd was over het feit dat hij naar het ziekenhuis moest. Daarom heeft hij besloten, toen hij achterin de ambulance zat, om de deur open te doen in een poging om te ontsnappen. P6 geeft aan dat hij zich verzette tegen zijn “aanhouding” door het ambulancepersoneel, omdat hij zich aangevallen voelde. Hij voelde zich gerechtigd om zich te verzetten (lees: verdedigen) omdat hij in een situatie verkeerde waarin de verdediging tegen een ogenblikkelijke, wederrechtelijke en onrechtmatige aanranding noodzakelijk en geboden was. Hij was boos en gefrustreerd en wilde weg uit de situatie waarin hij zich bevond.

5.2.1. Motief A: boosheid en frustratie vanwege de situatie

Motief A komt voort uit het feit dat de dader zich niet in deze situatie wil bevinden en dat hij een manier zoekt om uit de situatie te komen. Een middel om uit deze situatie te komen is het gebruik van fysiek geweld. In de vier casussen is de dader in alle gevallen de patiënt waar het ambulancepersoneel een melding voor heeft ontvangen. In drie van de vier casussen heeft de dader fysiek en verbaal geweld tegen het ambulancepersoneel gepleegd. In de andere casus (casus 6) was er sprake van bedreiging van het ambulancepersoneel en de vernieling van de ambulance. Hier was sprake van fysiek geweld gericht op de ambulance. Deze casussen zijn geclusterd in motief A, omdat in deze casuïstiek het door waargenomen omstandigheden en verklaringen het beste in deze categorie past. Dit betekent dat de emoties boosheid en frustratie in deze casuïstiek het nadrukkelijkst getoond wordt door de dader.

5.2.2. Motief A in het licht van de General Strain Theorie

Zoals in het theoretisch kader is besproken richt de General Strain Theorie zich op het wel of niet behalen van vooraf gestelde doelen en hoe het individu in kwestie hiermee omgaat. Het niet behalen van deze doelen zorgt voor Strain (diverse emoties) en deze emoties kunnen leiden tot gewelddadig gedrag. Boosheid is de emotie die de grootste kans heeft om tot gewelddadig gedrag te leiden volgens Agnew (1992).

Tabel 6: daderkarakteristieken bij motief A.

Casus	Dader	Waargenomen emoties	Invloed op Strain?	Daad	Motief
1	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Noxious stimuli, verlies van positieve stimuli.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
2	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Noxious stimuli, verlies van positieve stimuli.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
3	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Noxious stimuli, verlies van positieve stimuli.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.
6	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Noxious stimuli, verlies van positieve stimuli.	Fysiek aanvallen.	Boosheid en frustratie om situatie.

Voordat wordt gekeken naar de verwerking van Strain in de casuïstiek van motief A, licht deze scriptie eerst de omstandigheden die van invloed zijn op het ontstaan van Strain nader toe.

Fragment uit interview 2 (bijlage 2)

“Nou sloeg hij mij een paar keer, omdat ik zat naast hem zeg maar, hij zat op de stoel en ik zat naast hem en hij sloeg mij toen een paar keer in mijn buik. Dat was natuurlijk wel de grens dat van dat slaan. Ik heb er niet echt dagen last van gehad, maar het is meer dat het die grens is overschreven met dat slaan, met dat fysiek geweld. Ik kijk nu echt wel uit bij elke patiënt.”

Verlies van positieve stimuli

Een onderdeel van de General Strain Theorie is het verlies van positieve stimuli (zoals overlijden van familieleden, echtscheidingen) op de omgang van het individu met Strain. Daarnaast is eerdere veroordeling voor een strafbaar feit een voorspeller van agressie en gewelddadig gedrag (Agnew, 2006). Het verlies van positieve stimuli vergroten de kans dat Strain leidt tot agressief en gewelddadig gedrag. P1 lag op het moment van het incident in een echtscheiding met zijn vrouw en doorliep een traject bij de reclassering om terug te keren in de maatschappij na een gevangenisstraf. P1 was al in aanraking gekomen met justitie. P2 heeft eveneens te maken met familieproblemen ten tijde van het incident. R2 verklaarde (Interview 2, bijlage 2) dat uit het dossier van P2 bleek dat P2 in een reclasseringstraject zat vanwege het plegen van een strafbaar feit. P2 werd tijdens dit reclasseringstraject eveneens gemonitord vanwege een alcoholverslaving.

Fragment uit interview 3 (bijlage 3)

“Hij kwam gewoon normaal over, zeker ook omdat hij zei: “Hoe heb ik mij nou weer in deze situatie gebracht.” “Godverdorie, waarom zit ik nu in deze situatie.” Dat zei hij gewoon rustig in de ambulance. Hij voelde zich betrap en wilde zich niet in deze situatie begeven. Hij voelde zich natuurlijk niet prettig in deze situatie.”

In de casus van P3 bleek eveneens sprake te zijn van negatieve gebeurtenissen in de familie van P3. P3 had bij de politie verklaard dat hij problemen had met zijn vrouw.

Deze problemen bestonden uit veel ruzies, welke vlak voor het incident hadden plaatsgevonden. In het geval van P6 is het verlies van positieve stimuli niet te constateren.

Aanwezigheid van Noxious Stimuli

In de casuïstiek van motief A valt te zien dat er bij het toepassen van de General Strain Theorie sprake is van de aanwezigheid van noxious stimuli. Daarnaast kan zijn uiting van geweld worden opgevat als een illegale manier om alsnog zijn doel te bereiken (het weggomen uit de ambulance en de situatie waarin hij zich bevond). Het uiteindelijke resultaat is niet wat P1 had verwacht en het resultaat (naar het ziekenhuis) is onrechtvaardig in de ogen van P1. Dit komt overeen met de omstandigheden waarin P2 zich bevond. P2 wilde eveneens niet behandeld worden in de ambulance. P2 ervaaarde noxious stimuli op het moment dat hij alsnog in de ambulance wordt gezet. R2 begon met het verwijderen van de jas van P2 en op dat moment “knapte er iets bij P2” (Interview 2, bijlage 2). Het is een aannemelijke verklaring dat de aanwezigheid van noxious stimuli, R2 deed iets wat P2 niet wilde, de druk om met de Strain om te gaan bij P2 vergrootte.

Fragment uit interview 3 (bijlage 3)

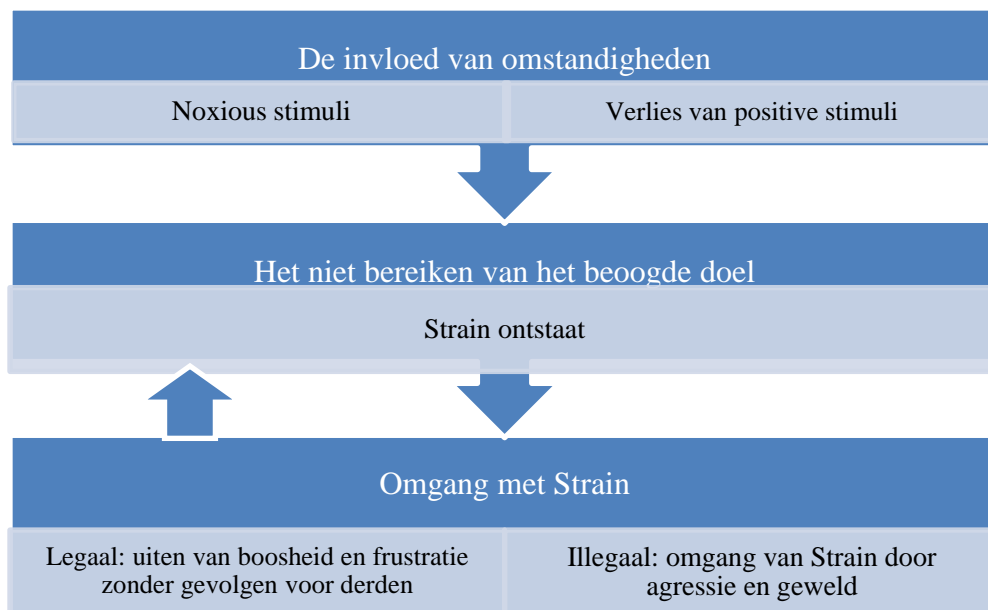
“Hij zat niet lekker in zijn vel, omdat het niet goed ging met zijn vrouw. Toen werd ik eigenlijk nog kwader. Omdat jij niet lekker in zijn vel zit mag je mij een klap geven. Maar, ik denk, en ik mag dit natuurlijk eigenlijk niet zeggen, dat is een aanname, dat hij zich betrappt voelde door ons.”

Bij P3 ontstond de noxious stimuli toen P3 mee moest naar het ziekenhuis. P3 verklaarde niet mee te willen met de ambulance in eerste instantie (Interview 3, bijlage 3), maar ging op aandringen van R3 wel mee. Dit resulteerde in het ontstaan van een volgende noxious stimuli: een vergrotende kans dat het alcoholgebruik van P3 werd geconstateerd. In de casus van P3 was door de familie van P3 aangegeven dat hij in 20 jaar geen alcohol meer had gedronken. Dit werd betwist door R3. R3 had namelijk een alcoholwalm waargenomen tijdens het behandelen van P3. Bij P6 was er sprake van het ontstaan van noxious stimuli toen hij mee werd genomen naar het ziekenhuis. Dit was tegen de wil in van P6, ondanks dat hij in een conditie verkeerde waarin medische verzorging nodig was. P6 is slachtoffer geworden van een steekwond en moet vanwege deze wond naar het ziekenhuis. In de General Strain Theorie kan de boosheid, door P6 ervaren vanwege de ongewenste situatie waarin hij zich bevond, de gevoelde pijn door de wond vergroten.

De General Strain Theorie is van toepassing op de boosheid van P6 en legt het verband met de wond van P6. Volgens Agnew (1992) vergroot boosheid de gevoelde pijn van een verwonding en dit kan leiden tot de behoefte om te reageren. Een manier om te reageren is via het plegen van crimineel gedrag. Dit kan een verklaring zijn voor de gewelddadige reactie van P6. “Anger increases felt injury and generates the need for adaptive responses including delinquency and crime” (Agnew, 1992, p. 60). De indicatoren voor de aanwezigheid van noxious stimuli zijn volgens deze scriptie de verwonding bij P6 en dat hij tegen zijn wil in werd vervoerd naar het ziekenhuis.

Omgang met Strain

De aanwezige noxious stimuli en het verlies van positieve stimuli veroorzaken Strain in deze casuïstiek. In alle casuïstiek van motief A zit de verbindende factor in het niet bereiken van het doel dat het individu tracht te bereiken. De ontstane Strain leidde in de casuïstiek echter niet direct tot het plegen van agressie en geweld. De methoden om met de ontstane Strain om te gaan zijn in alle casussen in eerste instantie legaal. In casus P1 t/m P3 is er sprake van een uiting van frustratie en boosheid. R1 verklaarde (Interview 1, bijlage 1) dat P1 aangaf weg te willen uit de situatie op het moment dat P1 in de ambulance kwam. P2 uitte zijn ongenoegen eveneens in de ambulance. P3 wilde in eerste instantie al niet mee en uitte zijn frustratie over de situatie. In de ambulance uitte hij eveneens zijn onvrede zo verklaarde R3. In casus 6 kan de ontsnappingspoging van P6 worden geïnterpreteerd als een legale manier om zijn doel te bereiken. Deze scriptie interpreteert deze actie legaal, zolang er geen geweld mee is gemoeid. De uiteindelijke gevolgen van de actie van P6 voor derden, zijn onvoldoende in te schatten aangezien de ontsnappingspoging werd voorkomen door de noodstop van R6. De legale manier van omgaan met Strain had in geen enkele casus het beoogde effect voor de uiteindelijke daders. Het beoogde doel wat zij probeerden te bereiken, weg te komen uit de situatie waarin zij zich bevonden, werd niet behaald.



Figuur 2: omgang met Strain in de casuïstiek van motief A.

In Figuur 2 is te zien hoe dit proces verloopt. In de casuïstiek wordt het beoogde doel niet bereikt door de omgang met Strain op een legale manier. De uiting van boosheid en frustratie via het plegen van agressie en geweld wordt door deze scriptie gezien als een illegale manier van omgaan met Strain. De illegale manier van omgaan met Strain is in de casuïstiek een manier om weg te komen uit de situatie, nadat de legale manier niet bleek te werken. In casus 1 besloot P1 R1 aan te vallen, aangezien R1 net een test wilde uitvoeren bij P1. In casus 2 is dit eveneens het moment wanneer P2 agressie en geweld pleegt richting R2.

R2 wilde een test aanbrenge op het lichaam van R2. Tijdens het verwijderen van de jas van P2, pleegt P2 fysiek geweld jegens R2. P3 uitte meermaals zijn frustratie over de situatie en kon niet begrijpen hoe hij zichzelf in deze situatie had gebracht (Interview 3, bijlage 3). Een illegale manier om zijn doel te bereiken was via het fysiek aanvallen van R3. Bij P6 was er sprake van een legale manier om zijn doel te bereiken via het ontsnappen uit de ambulance. Toen dit mislukte en P6 werd tegengehouden door R6 in een poging om hem te kalmeren verzette P6 zich tegen aanhouding. P6 verdedigde zichzelf en sloeg als reactie drie keer in de maag van R6.

Eventuele factoren van invloed: inname van alcohol en drugs

In de casuïstiek van motief A was een aantal factoren van invloed op het veroorzaken en versterken van Strain. De eerste factor van mogelijke invloed op Strain was alcoholgebruik.

Zoals in de literatuurstudie van deze scriptie is besproken, heeft alcoholinname een versterkend effect op agressie en geweldsdelicten. Meerdere studies hebben een positief verband aangetoond tussen de inname van alcohol en het plegen van gewelddadig gedrag (Agnew, 2001; Grange et al., 2002). Andere studies tonen een indirect verband aan, in de vorm van het versterken van agressief gedrag, het snellere verlies van controle en een vervaging van normen en waarden (Graham & Homel, 2008). Dit positieve verband houdt in dat als er sprake is van alcoholinname door een individu, de kans toeneemt dat degene over gaat tot het vertonen van gewelddadig gedrag. In de casuïstiek van motief A zijn veel gelijkenissen te vinden tussen casus 1 en casus 2. Beide mannen waren onwel geworden na inname van teveel alcohol. In casus 1 was P1 onwel geworden en was hij niet meer aanspreekbaar op het moment dat R1 en zijn collega arriveerde. In casus 2 was P2 bij bewustzijn en in staat om een eenvoudig gesprek te voeren met R2. In casus 3 had R3 een vermoeden dat P3 alcohol had gedronken, aangezien zij een alcoholwalm rook (Interview 3, bijlage 3). Deze waarneming van R3 werd bevestigd door het alcoholpromillage dat in het ziekenhuis was vastgesteld op 0,50 promille. In casus 6 had P6 eveneens alcohol gedronken zo bleek uit het dossier van P6. P6 heeft dit verklaard bij de politie gedurende zijn verhoor.

Verbindende factor

In deze casuïstiek veroorzaakt Strain boosheid en frustratie. De situatie blijft ongewijzigd voor het individu, ondanks dat hij op een legale manier probeert om het doel te bereiken. De Strain in de casuïstiek komt voort uit het onvermogen om op een legale manier het doel te bereiken wat de uiteindelijke dader voor ogen had. Dit doel is in deze casuïstiek voor alle patiënten eenduidig: ze willen wegkomen uit de ambulance. In alle vier de casussen spraken de patiënten uit dat zij zich niet in de situatie wilden bevinden. Dit kan in de theorie van Strain worden gezien als een legale manier van omgaan met Strain. Strain kan ontstaan als gevolg van de ervaring van de noxious stimuli en het wegvallen van de positieve stimuli. Via het uitspreken van het feit dat zij weg willen uit de situatie, werd door de personen in de casuïstiek gepoogd om het initiële doel te bereiken. De ontstane Strain wordt geuit via een legale manier: het praten tegen het ambulancepersoneel dat de patiënt wil vertrekken en zich niet in de situatie wil doen bevinden. Boosheid en frustratie zijn twee emoties welke volgens de General Strain Theorie een verhoogd risico op het plegen van geweld en agressie met zich meebrengen. In alle casuïstiek van motief A is een samenhang te zien tussen de boosheid en frustratie en het uiteindelijk gepleegde geweld. Dit was het willen wegkomen uit de ambulance door P3. P3 wilde graag naar huis in verband met Vaderdag.

In zowel casus 1 als 2 probeerden P1 en P2 de ambulance te verlaten. Op deze manier voorkwamen zij beiden (in hun eigen casus) dat het ambulancepersoneel testen kon aanbrengen op hun lichaam. In casus 6 probeerde P6 uit de net rijdende ambulance te ontsnappen, omdat hij niet naar het ziekenhuis wilde voor behandeling van zijn wond. Door toedoen van het ambulancepersoneel wordt het doel van het individu niet bereikt en dit veroorzaakt Strain. Strain komt in de vorm van emotie. In de casuïstiek van motief A zijn alle de vormen waardoor Strain kan ontstaan geconstateerd. Het doel van het individu wordt niet bereikt in alle casussen, in drie casussen is er sprake van het verlies van positieve stimuli en in alle vier de casussen is er sprake van noxious stimuli. Deze vormen veroorzaken Strain en de gedragingen van P1, P2, P3 en P6 leiden tot het agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

Het doel dat zij poogden te bereiken werd door toedoen van de ambulancemedewerkers niet bereikt. Met de ontstane Strain werd door de daders eerst op een legale manier omgegaan. Dit was een methode om alsnog hun doel te bereiken. Toen dit mislukte en de Strain in stand bleef, werd via agressie en geweld geprobeerd alsnog het beoogde doel te bereiken. De General Strain Theorie is goed toepasbaar bij motief A in de verklaring van de ontstane agressie en het gepleegde geweld. De General Strain Theorie geeft echter geen richting aan agressie en geweld.

Een andere constatering is dat in alle casuïstiek van motief A de patiënt aangeeft niet hulpbehoevend te zijn. Dit valt te concluderen op basis van de uitingen in de casuïstiek van motief 1,2,3 en 6. In casus 1 en 2 uiten beiden patiënten hun onvrede over de situatie waarin zij zich bevinden en geven zij aan weg te willen. Het is aannemelijk gezien de reactie van P1 en P2 dat zij pas in de ambulance opmerken dat zij worden behandeld. Zowel P1 als P2 reageert in de casus agressief op deze constatering en het lijkt dat deze agressiviteit mede is ingegeven door het feit dat zij veronderstelde dat zij geen medische hulp behoefde en vooral weg wilde uit de situatie. Een soortgelijke situatie deed zich voor in de casus van P3 en P6. P3 was in de veronderstelling dat het goed met hem ging en wilde in eerste instantie niet mee met de ambulance. Hij vond dit onnodig en uitte dit meerdere keren (interview 3, bijlage 3). Bij P1, 2 en 3 had de medische hulp van het ambulancepersoneel betrekking op het controleren van de medische conditie en niet op een acute situatie of verwonding verhelpen. P6 had in de casuïstiek van motief A als enige een verwonding, welke directe medische verzorging vereiste. Het is aannemelijk om af te leiden uit het handelen van P6 dat hij niet wenste behandeld te worden, aangezien hij probeerde te ontsnappen uit de ambulance. Naast de ontsnappingspoging heeft P6 meerdere malen aangegeven dat hij niet mee wilde in de

ambulance. Dit kan duiden op het feit dat hij medische zorg overbodig vond. In alle vier de casussen is het mogelijk om af te leiden dat de patiënten veronderstelde dat medische hulp niet nodig was. Ondanks hun verklaringen om niet mee te gaan naar het ziekenhuis, werden zij toch mee genomen. Dit kan van invloed zijn geweest op het ontstaan van Strain. De gepleegde agressie- en geweldsdelicten zijn te verklaren door de manier waarop de individuen met Strain zijn omgegaan. Aangezien het ambulancepersoneel de daders ervan weerhield om hun initiële doel te bereiken, werden zij slachtoffer van geweld en agressie. Het ambulancepersoneel bevond zich in de situatie en vanwege de aard van de werkzaamheden van de het ambulancepersoneel moesten zij handelen tegen de wil in van de patiënt. Dit resulteerde uiteindelijk in agressie en geweld.

Daarnaast is adequaat onderscheid te maken in het effect van de verschillende stimuli op het ontstaan van Strain onvoldoende mogelijk. In casus 6 heeft P6 te maken met een bloedende wond en dit kan zowel het wegvallen van een positieve stimuli zijn (in goede gezondheid verkeren) als het ontstaan van een negatieve stimuli (het ervaren van pijn door een steekwond).

5.3. Casuïstiek Motief B

Details casus 5

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Den Haag.

Datum incident: Zaterdag 1 oktober 2011.

Tijdstip: Overdag (omstreeks 15:00).

Type geweld: Met een mes het fysiek aanvallen van ambulancepersoneel.

Dader: Man, geboren in 1987 op de Nederlandse Antillen.

Strafblad: Veroordeeld voor eerdere geweldsdelicten.

Gevolgen voor slachtoffer: Gevoel van veiligheid ernstig aangetast, ook in privé situaties.

Consequenties voor dader: Ontslag van alle rechtsvervolging wegens ontoerekeningsvatbaarheid. Er is wel sprake van ter beschikking stelling (TBS).

Bijzonderheden: Dader was eerst schuldig bevonden aan poging tot doodslag, maar werd in hoger beroep volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard.

Context incident

Op zaterdag 1 oktober 2011 liep P5 lopend richting het regionale ambulancestation in Delft (valt onder de ambulanceregio Haaglanden). Hij had in zijn vest een mes verborgen. Eenmaal aangekomen bij het regionale station bleef hij een aantal minuten wachten bij de ambulance sluis (de opening waar ambulances naar buiten rijden bij het ziekenhuis). Een aantal minuten later arriveert er een ambulance bij het ziekenhuis. Toen de ambulancebroeder uitstapte is P5

op hem afgestapt. De ambulancebroeder was net uitgestapt en zijn collega zat nog in de ambulance, samen met een patiënt van 91. P5 had het mes in zijn rechterhand gepakt en vervolgens heeft hij drie keer gestoken. Hij probeerde van dichtbij te steken, omdat hij er voor wilde zorgen dat andere mensen niet zagen dat hij de ambulancebroeder aan het aanvallen was. Hij stak de ambulancebroeder drie keer in de maagstreek. Hij verklaarde later bij de politie dat hij stak op een aantal organen en hij wist dat het slachtoffer dood had kunnen gaan. Op de vraag of hij de ambulancebroeder dood wilde maken antwoordde P5: “Enigszins is dat wel in mijn hoofd geweest. Dat is eigenlijk een “ja” (straf dossier P5).

Omstandigheden van de dader

De dader heeft een strafblad en is eerder veroordeeld voor het plegen van strafbare feiten. Daarnaast is er sprake van een schizofreniforme stoornis, als een voorloper op schizofrenie van het paranoïde type. Tijdens het ten laste gelegde was de verdachte volgens de rechtbank psychotisch en zijn stoornis heeft het denken, voelen en handelen van P5 beheerst. Door de invloed van de stoornis wist P5 niet goed wat hij aan het doen was. Deskundigen hebben later tijdens het proces aangetoond dat P5 zich hevig verzette tegen zijn farmacotherapeutische behandelingen en dit kon uiteindelijk psychotische decompensatie en agressie tot gevolg hebben. P5 was eveneens verslaafd aan alcohol en aan cannabis. Cannabis heeft een versterkende werking op zijn stoornis en hierdoor neemt de kans op agressief gedrag toe.

Motivatie van de dader

De dader heeft een aantal jaren voor het incident een probleem gehad met het ambulancepersoneel. Na een scooterongeluk is hij door ambulancepersoneel vervoerd naar het ziekenhuis voor verdere behandeling. Toen hij uit de ambulance werd getild via de brancard is hij van de brancard afgevallen, omdat de wieltjes van de brancard niet goed waren uitgekapt. Hij heeft dit het ambulancepersoneel erg kwalijk genomen, zeker aangezien zij nooit hun excuses hebben aangeboden aan hem.

Details casus 7

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Den Bosch.

Datum incident: Zondag 25 januari 2009.

Tijdstip: In de nacht.

Type geweld: Bedreiging en fysiek geweld.

Dader: Man, geboren in 1977 in Nederland.

Strafblad: N.v.t.

Gevolgen voor slachtoffer: Belemmering in uitvoering van werkzaamheden en gevoel van veiligheid ernstig aangetast.

Consequenties voor dader: Taakstraf van 60 uren, subsidiair 30 dagen hechtenis en een voorwaardelijke gevangenisstraf van vier weken. Plus een schadevergoeding voor de slachtoffers.

Bijzonderheden: Dader was omstander bij het incident. Heeft een vaste baan.

Context casus

Op 25 januari 2009 is er een melding in Uden. Er is sprake geweest van een vechtpartij en is er een melding over een man die gewond is geraakt tijdens deze vechtpartij. Eenmaal ter plaatse stappen R7 en zijn collega uit. Toen zij aankwamen werd er al door een aantal omstanders (er waren ongeveer 10 omstanders aanwezig) geroepen dat het ambulancepersoneel “tempo moest maken” en vooral moest “opschieten”. Daarna hoorden R7 en zijn collega van P7 dat zij vooral moesten opschieten, want anders zou hij hen “wat aandoen”. De sfeer werd volgens R7 en zijn collega steeds grimmiger en het ambulancepersoneel geeft aan dat zij zich in deze situatie bedreigd voelen. Het slachtoffer was de vader van P7. P7 werd erg boos. Hij riep: “Je moet hem helpen, anders doe ik jou wat” en wees daarbij naar R7. Het ambulancepersoneel werd belemmerd in het uitvoeren van de werkzaamheden. R7 en zijn collega zagen zich genoodzaakt om het slachtoffer mee te nemen naar het ziekenhuis. Vanwege de belemmeringen van de omstanders, waaronder P7, moesten R7 en zijn collega met de zijdeur open weggrijden. Dit deden zij om zo de omstanders te kunnen blijven zien. Eenmaal in het ziekenhuis had een aantal familieleden, waaronder P7, zich gemeld bij de spoedeisende hulp en uitten weer bedreigingen richting R7 en zijn collega. Een aantal minuten later wordt de politie gebeld door een medewerkster van het ziekenhuis en werd P7 aangehouden.

Omstandigheden van de dader

P7 heeft verklaard dat hij erg emotioneel was vanwege de vechtpartij en het feit dat zijn vader gewond was geraakt. Daarnaast was hij onder invloed van alcohol. Hij heeft een vaste baan en is, 32 jaar ten tijde van het delict. Hij was de zoon van het slachtoffer en was aanwezig met een aantal familieleden bij de vechtpartij waarbij het slachtoffer gewond was geraakt.

Motivatie van de dader

P7 was erg gefrustreerd en boos over de situatie en wilde dat het ambulancepersoneel snel de situatie zou oplossen. Hij maakte dit duidelijk naar het ambulancepersoneel. Hij verklaart dat hij zich best kan voorstellen dat hij gezegd zou hebben: “Als het maar goed komt anders doe

ik jullie iets aan. Nu ik van u alles gehoord heb, kan ik begrijpen dat door het gedrag van mij en van omstanders het ambulancepersoneel zich bedreigd heeft gevoeld. Als ik nu naar mijzelf kijk, heb ik iets gedaan wat niet kan.” Hij is later naar het ziekenhuis gegaan om het ambulancepersoneel nog toe te spreken over de gang van zaken. Daar was P7 niet tevreden over. Uiteindelijk heeft P7 ook verbale agressie getoond jegens het ambulancepersoneel in het ziekenhuis, op de afdeling spoedeisende hulp, waar zijn vader zojuist was gearriveerd met R7 en zijn collega. De motivatie om het verbale geweld te plegen kwam voort uit de emotionele situatie waarin P7 zich bevond. Hij was van mening dat het ambulancepersoneel niet snel genoeg haar taken uitvoerde en liet dit minimaal drie keer op een intimiderende manier weten. Dit heeft het ambulancepersoneel belemmerd in de uitvoering van haar taken.

Details casus 8

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Zutphen.

Datum incident: 29 april 2006.

Tijdstip: In de nacht (omstreeks 04.00).

Type geweld: Bedreiging en fysiek geweld.

Dader: Man, geboren in Nederland, 1981.

Strafblad: Geen strafblad.

Gevolgen voor slachtoffer: Belemmering in uitvoering van werkzaamheden, fysiek letsel en het gevoel van veiligheid is ernstig aangetast.

Consequenties voor dader: Een taakstraf van honderd uren, met dien verstande dat als de taak niet goed wordt uitgevoerd, er dan een vervangende hechtenis van vijftig uur volgt. Eveneens is er een voorwaardelijke gevangenisstraf van 1 maand opgelegd, met een proeftijd van twee jaar.

Bijzonderheden: Dader was broer van het slachtoffer.

Context incident

In de nacht van zaterdag 29 april 2006 was er een melding van een vechtpartij met in ieder geval één slachtoffer. De vechtpartij had plaats gevonden in het uitgaanscentrum van Doetinchem en op de weg naar het slachtoffer was veel uitgaanspubliek. Dit hinderde het rijden voor het ambulancepersoneel, aangezien er veel mensen op de weg liepen. De ambulance reed stapvoets tussen het uitgaanspubliek door. Naar R8 werden al diverse opmerkingen gemaakt van pesterige aard (“Hé, hier moet je zijn, ik heb heel veel pijn haha”), terwijl het duidelijk was dat bij hen niks mankeerde. R8 vroeg of het uitgaanspubliek aan de kant wilde gaan, zodat de ambulance snel door kon rijden naar de melding, maar het uitgaanspubliek bleef breed op de weg lopen. De groep bleek niet bereid om te luisteren naar het ambulancepersoneel. Terwijl de ambulance nog zeer langzaam aan het rijden was, werd er

door verschillende omstanders op de ambulance geslagen. De omstanders schreeuwden dat de ambulance tot stilstand moest worden gebracht, omdat er een omstander vast zat met zijn voet bij het rechterachterwiel. De ambulance stopte en R8, hij bestuurde de ambulance, werd agressief belaagd door P8. P8 scheldt R8 meerdere malen uit. Daarna probeert P8 het portier te openen en R8 erdoor naar buiten te trekken. Dit lukt niet en P8 sloeg R8 drie keer met zijn vuist in het gezicht. Daarnaast pakte P8 de sleutels uit het contact van de auto, zodat het ambulancepersoneel niet verder de controle over de ambulance had. Aan de kleding van R8 werd meerdere malen getrokken. Uiteindelijk werd R8 door omstanders gekalmeerd en werd hij enkele minuten later aangehouden door de politie.

Omstandigheden van de dader

P8 was onder invloed van alcohol en had de hele nacht feest gevierd in een kroeg in het centrum van Doetinchem. Hij was de broer van het slachtoffer, die vast kwam te zitten met zijn been bij het achterwiel van de ambulance. P8 had geen strafblad en had geen psychische aandoening. Hij heeft een baan die hij mogelijk verliest.

Motivatie dader

P8 was samen met vrienden op weg naar huis toen de ambulance langs reed. Hij maakte een aantal opmerkingen naar het ambulancepersoneel. Deze opmerkingen gingen over het feit dat hij riep dat hij iets had terwijl hij niks mankeerde. Als hij ziet dat zijn broer klem komt te zitten bij het achterwiel van de ambulance, schreeuwt hij dat de ambulance moet stoppen. Dat gebeurt niet direct en in een reactie gaat P8 naar het bestuurdersportier van de ambulance. Hier maakt hij zich schuldig aan agressie en geweld tegen R8. P8 geeft aan dat hij de aandacht van R8 wilde trekken, omdat zijn broer met zijn been klem zat onder de ambulance. Toen de ambulance niet direct stopte, werd P8 agressief en begon hij R8 te slaan in het gezicht. Dit gebeurde volgens P8 vanwege frustratie en boosheid om het feit dat de ambulance niet (snel) tot stil stand kwam. P8 beriep zich op noodweer, maar dit is door de rechtbank niet overgenomen.

Details casus 9

Rechtbank: Enkelvoudige kamer.

Locatie: Amsterdam.

Datum incident: Woensdag 03 september 2008.

Tijdstip: In de avond (tussen 18:00 en 00:00).

Type geweld: Bedreiging.

Dader: Man, geboren in Nederland. Geboortedatum niet bekend, al was hij wel minderjarig tijdens het delict.

Strafblad: Al eerder in aanraking geweest met justitie voor andere strafbare feiten.

Gevolgen voor slachtoffer: Belemmering in uitvoering van werkzaamheden, geïntimideerd, bedreigd en ernstige aantasting van het veiligheidsgevoel voor zowel privé als tijdens de werkzaamheden.

Consequenties voor dader: Dertig dagen in hechtenis, waarvan veertien dagen voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar. Daarnaast een werkstraf van 30 uur.

Bijzonderheden: Dader was broer van het slachtoffer. Bovendien was de dader minderjarig tijdens het plegen van het delict.

Context incident

Op 3 september 2008 is er een melding van een steekpartij in Amsterdam. Het ambulancepersoneel trof ter plaatse een grote groep jongeren aan, ongeveer dertig personen in totaal. Het ambulancepersoneel ging over tot behandelen op locatie, aangezien het slachtoffer levensbedreigend gewond was. Na een aantal minuten komt een groep van zes jongeren aangelopen en zij liepen direct door naar het slachtoffer. Eén van deze jongeren (P9) identificeerde het slachtoffer als zijn broer en hij duwde tegen R9 aan om dichterbij het slachtoffer te komen. R9 zat voorovergebogen het slachtoffer te behandelen en riep P9 op om weg te gaan. R9 werd door P9 belemmerd in zijn werk en wilde P9 op afstand hebben. P9 bleef echter duwen en trekken aan R9 en zijn collega en R9 reageerde met de opmerking: “Stop hiermee, want anders gaat jouw broer dood als wij nu niet helpen”. Hierop antwoordde P9: “Als hij dood gaat, dan ga jij ook dood”. Terwijl hij dit uitsprak wees P9 met zijn vinger richting R9 en zijn collega. P9 en zijn vrienden proberen telkens bij het slachtoffer te komen, terwijl ze herhaaldelijk worden weggestuurd door het ambulancepersoneel. Uiteindelijk besloten R9 en zijn collega om na de bedreigingen te vertrekken en zij gingen direct naar het ziekenhuis. R9 voelde zich erg bedreigd en kon door de aanwezigheid en het gedrag van P9 niet de hulp verlenen aan het slachtoffer die nodig is. R9 verklaarde later bij de politie: “Ik voelde mij hierdoor erg angstig worden. Ik was bang dat ik en mijn collega’s letsel gingen oplopen. De sfeer was erg bedreigend. Het slachtoffer hebben wij zo snel mogelijk op de brancard gelegd. Het slachtoffer was zeker niet stabiel, maar wij konden niet verder werken. We zijn er als een haas vandoor gegaan. Ik ben er van overtuigd dat wanneer ze een stuk hout of iets dergelijks hadden, ze dat tegen/op ons hadden gebruikt, zo woest waren ze. Ik was echt bang voor ze.” Na het bedreigen van R9 sloeg P9 nog twee keer een politieagent in het gezicht later op de avond.

Omstandigheden van de dader

De dader was de broer van het slachtoffer. Hij arriveerde later en was niet onder invloed van enige geestverruimende middelen, voor zover bekend. Daarnaast heeft de dader juist het leven van zijn broertje in gevaar gebracht. P9 was minderjarig ten tijde van het incident en ging naar school.

Motivatie van de dader

Uit het strafrecht dossier blijkt dat P9 handelde uit angst, onzekerheid, woede en pure onmacht. Het was volgens hem een schrikreactie en hij vindt niet dat het zijn schuld is dat R9 een schrikreactie heeft gehad. Hij was gefrustreerd dat zijn broertje daar lag en hij had geen invloed op wat er gebeurde.

Daarom drong hij zich zo op en probeerde hij zich te bemoeien met de behandeling. Vooral de machteloosheid dat hij niks kon doen, terwijl zijn broertje werd behandeld, deed hem verleiden tot deze bedreigingen.

5.3.1. Motief B: Agressie en geweld als (in)direct gevolg van de werkwijze van het ambulancepersoneel

Het tweede motief dat dit onderzoek behandelt is het motief dat voortkomt uit de werkwijze van het ambulancepersoneel. Waar motief A voornamelijk betrekking had op de boosheid en de frustratie bij de patiënt vanwege de situatie waarin hij zich bevond, is motief B gericht op boosheid voortkomend uit de werkzaamheden van het ambulancepersoneel. De rode draad binnen elke casus is dat het motief van de dader voortkomt uit de werkzaamheden of juist het gebrek aan deze werkzaamheden. Van de elf casussen in dit onderzoek vallen er vier onder motief A. Onder motief B vallen eveneens vier casussen. De vier casussen worden in het hiernavolgende kort toegelicht. In twee van de vier casussen is de dader heeft de dader fysiek en verbaal geweld richting het ambulancepersoneel gepleegd. In casus 7 en 9 was er sprake van intimidatie en bedreiging. In deze twee casussen vond geen fysiek geweld plaats. In drie van de vier casussen heeft de dader geweld gepleegd als direct gevolg van de werkzaamheden van het ambulancepersoneel. In casus 5 is er sprake van geweld en agressie naar aanleiding van een incident dat twee jaar voor de casus heeft plaats gevonden. In twee van de vier casussen was de dader onder invloed van alcohol ten tijde van het incident. In de andere casus is er wel sprake van een alcoholverslaving bij P5, maar ten tijde van het incident was er geen promillage alcohol in zijn bloed. In één van de vier casussen was de dader minderjarig ten tijde van het incident.

5.3.2. Motief B in het licht van de General Strain Theorie

De casuïstiek uit motief B vertoont samenhang vanwege het feit dat hun motief (indirect) veroorzaakt wordt door de werkwijze van het ambulancepersoneel. Naast de overeenkomsten in het motief in van de dader, is er een aantal overeenkomsten in de casuïstiek in het ervaren van Strain en de uiteindelijke omgang met Strain op individueel niveau. De verbindende factor in de vier casussen is volgens deze scriptie het direct verantwoordelijk houden van het ambulancepersoneel voor de ongewenste situatie die het individu ervoer. De Strain in de casuïstiek ontstond uit de onmacht om iets aan de situatie te doen. Een groot verschil met de motief A is dat de daders van motief B allemaal omstanders waren. Bij motief A was er sprake van patiënten, welke uiteindelijk agressie en geweld pleegde. In de casuïstiek van motief B was het ambulancepersoneel bezig andere individuen het verzorgen. In drie van de vier casussen is de dader een direct familielid van de patiënt waar de melding voor is gekomen.

Tabel 7: Daderkarakteristieken bij motief B.

Casus	Dader	Waargenomen emoties	Andere eventuele aanleidingen	Daad	Motief
5	Onbekende	Boosheid, frustratie, wraak.	Aanwezigheid noxious stimuli.	Fysiek aanvallen ambulance personeel.	Werkwijze Ambulancepersoneel
7	Familie van het slachtoffer	Boosheid en frustratie	Aanwezigheid noxious stimuli.	Bedreiging en fysiek aanvallen.	Werkwijze Ambulancepersoneel
8	Familie van het slachtoffer	Boosheid en frustratie.	Aanwezigheid noxious stimuli.	Fysiek en verbaal aanvallen.	Werkwijze ambulancepersoneel
9	Familie van slachtoffer	Boosheid en frustratie	Aanwezigheid noxious stimuli.	Bedreiging en intimidatie.	Werkwijze ambulancepersoneel

In alle vier de casussen houden de omstanders het ambulancepersoneel verantwoordelijk voor de situatie waarin de individuen zich bevinden. Om een eenduidig beeld te vormen van de ontstane Strain en manier waarop het individu in de casuïstiek hiermee is omgegaan, zal er eerst een korte toelichting volgen van de verschillende factoren van invloed op Strain.

Verklaring van R9 in het strafdossier.

“De sfeer was erg bedreigend. Het slachtoffer hebben wij zo snel mogelijk op de brancard gelegd. Het slachtoffer was zeker niet stabiel, maar wij konden niet verder werken. We zijn er als een haas vandoor gegaan. Ik ben er van overtuigd dat wanneer ze een stuk hout of iets dergelijks hadden, ze dat tegen/op ons hadden gebruikt, zo woest waren ze. Ik was echt bang voor ze.”

Verlies van positieve stimuli

In de General Strain Theorie kan Strain ontstaan door het verlies van positieve stimuli. In de casuïstiek van motief B zijn er een aantal negatieve omstandigheden op individueel niveau te onderscheiden. Alleen in casus 5 is volgens deze scriptie één negatieve gebeurtenis relevant vanwege de eventuele invloed op Strain. In casus 5 was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis van P5, in de vorm van schizofrenie. Als gevolg van deze schizofrene stoornis zou P5, mede in combinatie met zijn cannabisverslaving, gevoeliger zijn voor prikkels. Een ander gevolg van de schizofrene stoornis was dat P5 minder goed zijn grenzen kende. P5 had een strafblad. In casus 7 en 8 zover bekend bij deze scriptie, geen negatieve situatie voorafgaand aan het incident geweest die eventueel van invloed zou zijn geweest op het ontstaan van Strain. In casus 9 had P9 een strafblad. Hij was al eerder veroordeeld voor strafbare feiten.

Aanwezigheid van noxious stimuli

De aanwezigheid van noxious stimuli vond bij P5 twee jaar voor het incident plaats. P5 was slachtoffer geworden van een scooterongeluk. Toen het ambulancepersoneel P5 in de ambulance wilde zetten, viel P5 van de brancard af. P5 nam dit het ambulancepersoneel kwalijk. Na het incident heeft het ambulancepersoneel aan P5 niet zijn excuses aangeboden. P5 voelde zich onrechtvaardig behandeld in deze situatie en hield het ambulancepersoneel hiervoor verantwoordelijk. P5 wilde zijn boosheid jegens het ambulancepersoneel uiten en is daarom richting het ambulancestation gelopen. Het is een aannemelijke verklaring dat P5 te maken kreeg met een onrechtvaardige behandeling in zijn ogen.

Verklaring van P7 in het strafdossier.

“Nu ik van u (de verbalisant, red.) alles gehoord heb, kan ik begrijpen dat door het gedrag van mij en van omstanders het ambulancepersoneel zich bedreigd heeft gevoeld. Als ik nu naar mijzelf kijk, heb ik iets gedaan wat niet kan”.

P7 had voor zijn ogen zijn vader slachtoffer zien worden van een steekpartij. Dit kan in het licht van de General Strain Theorie worden gezien als de aanwezigheid van noxious stimuli. De noxious stimuli veroorzaakte Strain, die leidde tot de emotie boosheid. De vader van P7 lag op straat met een levensbedreigende verwonding en dit resulteerde in machteloosheid bij P7. Hoe langer het duurde voordat R7 arriveerde, des te groter was de mogelijkheid dat de vader van P7 aan zijn verwondingen zou overlijden. Deze scriptie acht het waarschijnlijk dat de mate van Strain bij P7 is toegenomen. In casus 8 was er sprake van de aanwezigheid van noxious stimuli bij P8. De broer van P8 kwam vast te zitten onder de voorbijrijdende ambulance. P8 had zich kort hiervoor nog laatdunkend uitgelaten over R8. Dit veranderde door de situatie van zijn broer. P8 reageerde hierop door R8 attent te maken op het feit dat zijn broer klem zat. R9 ervaarde de aanwezigheid van noxious stimuli op het moment dat hij aan kwam lopen bij het slachtoffer. R9 wist op het moment dat hij arriveerde nog niet dat het slachtoffer zijn broer was. Het is volgens deze scriptie plausibel dat de noxious stimuli ontstond bij P9 toen hij dichterbij het slachtoffer was. P9 identificeerde het slachtoffer als zijn broer en dit bracht Strain met zich mee.

Omgaan met Strain

In de casuïstiek van motief B is een rode draad te vinden in de manier waarop de uiteindelijke daders omgaan met de gepresenteerde noxious stimuli. In alle casussen van motief B is er sprake van een noxious stimuli en dit heeft invloed op de ontstane Strain. De manier waarop met de Strain wordt omgegaan verschilt op detailniveau per casus. In de casus van P5 is sprake van een onrechtvaardige behandeling door het ambulancepersoneel. Dit was weliswaar niet het zelfde ambulancepersoneel dat twee jaar eerder P5 heeft behandeld. P5 heeft in de tussentijd geen strafbare feiten gepleegd. In het licht van de General Strain Theorie kan dit worden gezien als een periode waarin P5 op een legale manier met de Strain is omgegaan. De Strain is ten tijde van het incident versterkt door de invloed van cannabis in combinatie met de schizofrene stoornis van P5. De aanwezige noxious stimuli zijn van toepassing, aangezien P5 verklaarde dat hij nog steeds een gevoel van onrecht ervaart. Dit kan leiden tot het ervaren van Strain. Dit leidde, zoals de General Strain Theorie voorschrijft, tot Strain, in de vorm van boosheid op het ambulancepersoneel dat hem onrechtvaardig had behandeld. Deze boosheid stimuleerde zijn wraakgevoelens en hiermee nam de kans op wraak nemen via een illegale manier toe. R5 werd door P5 verantwoordelijk gehouden voor het onrecht dat P5 was aangedaan. Uiteindelijk ging P5 op een illegale manier om met Strain en leidde dit tot het fysieke geweld tegen R5.

Strafdossier van P5 (Casus 5)

“Agent: “Had jij de ambulancebroeder dood willen maken? P5: Enigszins is dat wel in mijn hoofd geweest. Dat is eigenlijk een ‘ja’ .”

Dit valt af te leiden uit de verklaringen van P5, over het feit dat hij wraak wilde nemen. P5 verklaarde in drie verschillende gesprekken met de politie, dat hij willens en wetens het mes had meegenomen om een ambulancebroeder te verwonden. Vanwege de tijdsspanne, één van de verklaringen was drie weken na het incident afgegeven, is er voor gekozen om alsnog de casus van P5 onder motief B te scharen. Vanwege de bewustheid in het handelen, de weloverwogen keuzes in het aanvallen van het ambulancepersoneel (het blijven wachten, het onopvallend aanvallen) en de verklaringen in de weken na het incident. Bovendien toonde P5 geen berouw na het incident. Het lijkt aannemelijk dat P5 goed wist wat hij wilde doen en waarom hij het ambulancepersoneel wilde aanvallen. In casus 7 was er sprake van een noxious stimuli dat resulteerde in Strain. Om met deze Strain om te gaan begon P7 direct met het uiten van zijn boosheid en frustratie. Dit uitte hij op de legale manier, maar dit was nog zonder resultaat. R7 werd door P7 verantwoordelijk gehouden voor de situatie waarin P7 verkeerde. De vader van P7 lag met levensbedreigende verwondingen op straat en de komst van R7 resulteerde nog niet in het verdwijnen van deze Strain. P7 ging op een legale manier met deze Strain om, maar de Strain leidde uiteindelijk tot verbale agressie richting R7. Deze scriptie veronderstelt dat de boosheid een tijd heeft aangehouden, aangezien P7 achter de ambulance heeft gevolgd naar het ziekenhuis. Op de spoedeisende hulp heeft hij nog een aantal maal R7 bedreigd.

In casus 8 probeerde P8 op een legale manier met de ontstane Strain om te gaan. P8 probeerde de aandacht te trekken door te schreeuwen naar R8, om duidelijk te maken dat zijn broer klem zat onder de ambulance. Hiermee bereikte P8 zijn doel niet, de ambulance bleef immers stapvoets rijden. Aangezien de situatie nog niet veranderd is, blijft P8 de negatieve stimuli ervaren en blijft Strain (in de vorm van boosheid en frustratie) toenemen. De aanhoudende negatieve stimuli verhoogde de kans op Strain. Omdat P8 via de legale manier van omgaan met Strain (het roepen naar R8) niet het gewenste doel bereikte, probeerde hij via de illegale manier het doel te bereiken. Deze illegale manier van omgaan met Strain kreeg vorm in verbaal en fysiek geweld richting R8. Dit hield aan tot het confisqueren van de autosleutels uit het contactslot van de ambulance door P8.

P8 hield R8 verantwoordelijk voor de negatieve situatie waarin P8 (indirect) en zijn broer (direct) terecht waren gekomen. Dit had invloed op de ontstane Strain en de manier waarop P8 hiermee om zou gaan.

In casus 9 kreeg P9 te maken met de aanwezigheid van noxious stimuli op het moment dat hij het slachtoffer identificeerde als zijn broer. De direct verantwoordelijke volgens P9 was R9, die op dat moment medische hulp verleende aan het slachtoffer. De ontstane Strain, als gevolg van de noxious stimuli, resulteerde in het legaal omgaan van Strain. P9 verklaarde gefrustreerd te zijn en was machteloos in de situatie. De legale manier van omgaan met Strain had voor P9 geen effect op de situatie. De broer van P9 lag nog steeds met levensbedreigende verwondingen op straat. Het is aannemelijk dat P9 R9 verantwoordelijk hield voor de negatieve situatie waarin hij zich bevond. P9 was immers niet aanwezig bij het incident en arriveerde later. In het licht van de General Strain Theorie is het plausibel om te aan te nemen dat P9 uiteindelijk op een illegale manier omging met Strain. Dit resulteerde in het afreageren van zijn frustratie en boosheid richting R9.

Eventuele factoren van invloed: inname van alcohol en drugs

In de casuïstiek van motief B is er sprake van alcohol- en drugsgebruik in drie van de vier casussen. Alleen in casus 9 bleek dat de dader ten tijde van het incident niet onder invloed was van alcohol of drugs. In casus 5 was er sprake van drugsgebruik van P5. P5 had een cannabisverslaving en de cannabis bracht bij P5 een verhoogde kans op agressie mee. Tevens verhoogde dit zijn gevoeligheid voor prikkels van buiten af. In casus 7 was P7 onder invloed van alcohol en dit resulteerde volgens P7 in een “emotionele situatie”. In casus 8 is P8 eveneens onder invloed van alcohol. P8 had een feest bezocht tot vroeg in de ochtend (04:00). Zoals in de literatuurstudie en bij motief A beknopt is toegelicht, hebben verschillende studies een positief verband tussen alcohol en het gebruik van agressie en geweld aangetoond. In casus 5 was P5 ten tijde van het incident onder invloed van cannabis. Hoewel er tegenstrijdige resultaten zijn over de invloed van drugs op agressie en geweld, heeft deze scriptie in casus 5 het gebruik van cannabis gezien als invloed op het ontstaan en vergroten van Strain. Deze interpretatie is gebaseerd op het straf dossier van P5, waarin cannabis van invloed is op de persoonlijkheidsstoornis van P5. Door het gebruik van cannabis kan in deze casus alsnog indirecte invloed zijn op agressie en gewelddadig gedrag door P5.

Verbinding

De verbinding tussen de casuïstiek van motief B ligt naast de verklaring van het motief in de omgang met Strain. De werkzaamheden van het ambulancepersoneel zijn in de casuïstiek aanleiding geweest tot het plegen van agressie en geweld. De ontstane Strain in deze casussen komt voort uit de aanwezigheid van noxious stimuli in elke casus. De hieruit volgende negatieve situatie is volgens de uiteindelijke daders te wijten aan het ambulancepersoneel. Het ambulancepersoneel wordt verantwoordelijk gehouden voor de situatie waarin de uiteindelijke daders zich bevinden. Door invloed van alcohol, drugs en negatieve omstandigheden is de kans dat Strain leidt tot agressie en geweld toegenomen. De General Strain Theorie is net als bij motief A goed toepasbaar voor het verklaren van het ontstaan van agressie en geweld in de casuïstiek van motief B. Het ambulancepersoneel wordt slachtoffer van het geweld, aangezien zij verantwoordelijk worden gehouden voor de situatie van het individu. Uit onderzoek van Bombari, Schmid, Mast en Sander (2013) blijkt dat agressie en geweld van patiënten of burgers, personen met macht (in de casuïstiek van deze scriptie het ambulancepersoneel), onder druk zetten waardoor er minder goed het perspectief van de ander kan worden begrepen.

Alhoewel het onderzoek van Bombari et al. (2013) niet gericht was op ambulancepersoneel, veronderstellen Ufkes en Giessen (2014) dat dit mogelijk ook van toepassing is op ambulancepersoneel. De conclusie omtrent motief B is dat er het ambulancepersoneel zelf een belangrijke rol speelt in het de-escaleren van de situatie. Dit wordt bevestigd door het ambulancepersoneel dat geïnterviewd is voor deze scriptie. Zij bevestigen dat het karakter en de kunde van het ambulancepersoneel is voor de uitkomst van een conflictsituatie (bijlage 1, 2 en 3). In de wetenschappelijke literatuur is hier aandacht aan besteed en uit het onderzoek van Trötschel, Hüffmeier, Loschelder, Schwartz, en Gollwitzer (2011) blijkt dat het inlevingsvermogen van de hulpverlener een grote invloed heeft op het de-escaleren van de situatie. Het tonen van empathie gedurende conflicten kan leiden tot een bevredigende uitkomst voor beide partijen. (Trötschel et al., 2011).

De daders onder motief B delen in de casuïstiek de opvatting dat het slachtoffer zorg of meer zorg verlangt dat er op dat moment wordt gegeven. In de casuïstiek zijn drie van de vier daders familie van het slachtoffer en is P5 een totaal onbekende. In casus 8 betreft dit de pogingen om het ambulancepersoneel over te halen om zijn broer van medische zorg te voorzien. Dit heeft in eerste instantie geen resultaat en uiteindelijk leidt dit tot agressie en geweld tegen het ambulancepersoneel. In de casuïstiek van P7 en P9 is eveneens een direct

familieelid slachtoffer. In beide casussen verzoeken P7 en P9 het ambulancepersoneel om sneller en harder te werken en er voor te zorgen dat het slachtoffer hersteld. Het ambulancepersoneel wordt verantwoordelijk gehouden voor de gezondheid van het slachtoffer en in de casuïstiek uiten de P7 en P9 hun frustratie dat de verzorging van het slachtoffer onvoldoende is. In de casus van P5 is aanleiding om te veronderstellen dat hij het gebrek aan zorg in het incident twee jaar eerder verwijt richting het ambulancepersoneel. De onheuse behandeling ten tijden van het ongeluk is voor P5 aanleiding om wraak te nemen op het ambulancepersoneel. In motief B kan worden geconcludeerd dat in de casuïstiek de behoeften van de omstander naar zorg voor het slachtoffer groter is dan de medische hulp die wordt gegeven aan het slachtoffer. De omstanders zijn in de veronderstelling dat het ambulancepersoneel onvoldoende doet om de situatie van het slachtoffer te verbeteren en neemt dat hen kwalijk. De General Strain Theorie biedt bij motief B een aannemelijke verklaring voor agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Door de aanwezigheid van noxious stimuli en het verlies van positieve stimuli ontstaat in de casuïstiek Strain. In motief B proberen de individuen in eerste instantie via een legale manier met Strain om te gaan. Wanneer het verwachte resultaat uitblijft, uiten zij de ervaren Strain via agressie en geweld tegen het ambulancepersoneel.

De Strain wordt mede ingegeven door de werkzaamheden van het ambulancepersoneel. Het is een plausibele veronderstelling dat derhalve de agressie en het geweld jegens het ambulancepersoneel was gericht. Bij de casus van P5 is echter wel een kanttekening te plaatsen. P5 was gediagnostiseerd met een psychische stoornis in de vorm van schizofrenie. Ten tijde van het incident was P5 onder invloed van cannabis en dit heeft een versterkende werking op zijn stoornis. Als gevolg hiervan zou P5 eerder agressief kunnen worden en was hij gevoeliger voor prikkels. Vanwege de verklaringen van P5 in de weken na het incident past de casus in het cluster van motivatie B en niet bij motivatie C. In casus 8 probeerde P8 eerst op een legale manier zijn doel te bereiken. Dit mislukte en dit resulteerde in het omgaan op een illegale manier met Strain.

5.4. Motief C. Restcategorie, beïnvloed door een psychische stoornis

Details casus 4

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Utrecht.

Datum incident: Maandag 11 oktober 2010.

Tijdstip: In de nacht.

Type geweld: Bedreiging ambulancepersoneel en vernieling ambulance.

Gevolgen voor slachtoffer: N.v.t.

Consequenties voor dader: Gevangenisstraf van drie maanden, waarvan twee voorwaardelijk. Met een proeftijd van twee jaar.

Bijzonderheden: Dader had een proeftijd opgelegd gekregen van twee jaar in 2009, met een voorwaardelijke gevangenisstraf van 2 maanden. Daarnaast wordt de dader opgenomen in een Centrum van Forensische behandeling. Dader was patiënt.

Context incident

Een ambulancebroeder (R4) reed samen met zijn collega op zondagnacht van het politiebureau in Baarn naar het ziekenhuis. Zij vervoerden de patiënt, die onder de invloed van cocaïne was. Dit was al vastgesteld op het politiebureau. Op het moment dat er bij de patiënt (P4) een hartfilmpje zou worden gemaakt door de ambulancebroeder, kwam P4 overeind uit de stoel achterin de ambulance en wilde hij uithalen met zijn rechterarm richting de ambulancebroeder. P4 had zijn hand omgevormd tot een vuist. Deze ambulancebroeder zat tegenover hem in de ambulance. Mede door de kleine ruimte in de ambulance voelde R4 zich angstig en hij roept de ambulancechauffeur op om te remmen. Hij remt meteen en hierdoor kan P4 niet meer uithalen met zijn rechterarm. Toen de ambulance stil stond is R4 snel uit de ambulance gestapt, net als zijn collega. R4 ziet dat P4 is uitgestapt en met een lifehammer (een hamer die moet worden gebruikt bij het intikken van ruitjes in noodsituaties) aan het zwaaien is. P4 slaat in het rond tegen de ambulance en is daarnaast met een helm tegen de ambulancewand aan het slaan. Daarna loopt P4 af op R4, met de lifehammer hoog geheven, kennelijk met de bedoeling om hem hier mee te verwonden. P4 vernielt uiteindelijk een helmhouder en een helm, plus de binnenwand van de ambulance.

Omstandigheden dader

P4 doorliep ten tijde van het plegen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel al een traject bij de reclassering. Hij doorliep dit hulpverleningstraject vanwege een cocaïne verslaving. Hij was al een keer eerder veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van 2 maanden.

Motivatie dader

Uit het vonnis kan worden afgeleid dat P4 niet wilde dat het hartfilmpje bij hem zou worden gemaakt en dat zijn agressie voortkomt uit het feit dat hij het wilde voorkomen. P4 was bovendien verslaafd aan cocaïne en stond ten tijde van het incident onder invloed van cocaïne. Bovendien heeft een psychologisch onderzoek uitgewezen dat P4 als verminderd toerekeningsvatbaar kon worden beschouwd, vanwege een gebrekkige ontwikkeling van zijn geestesvermogen. Bij P4 was borderline geconstateerd en een persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken.

Details casus 10

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Den Haag.

Datum incident: Woensdag 23 mei 2012.

Tijdstip: Rond 23:00.

Type geweld: Bedreiging en intimidatie.

Dader: Man. Geboren in 1976 te Alphen a/d Rijn.

Strafblad: Al eerder in aanraking geweest met justitie voor andere strafbare feiten.

Gevolgen voor slachtoffer: Belemmering in uitvoering van werkzaamheden, geïntimideerd, bedreigd en ernstige aantasting van het veiligheidsgevoel voor zowel privé als tijdens de werkzaamheden.

Consequenties voor dader: Taakstraf van 120 uur of een vervangende hechtenis van zestig dagen. Daarnaast is er een voorwaardelijke gevangenisstraf van 2 maanden opgelegd met een proeftijd van 2 jaar. Schadevergoeding van 1.030 euro betalen aan slachtoffer.

Bijzonderheden: Dader leidt aan de geestesstoornis van ADHD met antisociale trekken en een afhankelijkheid van cannabis. Later op de avond heeft P10 nog een politieagent bedreigd met een breekijzer. Dader kan zich niks meer herinneren van het voorval.

Context incident

Op 23 mei 2012 omstreeks 23:00 arriveren R10 en zijn collega in Delft bij een melding met betrekking tot zelfmoord door overdosis. Ter plaatse troffen zij een man (P10) aan die lang uit ligt op de bank. Hij ligt onder een deken. P10 reageert niet op het moment dat hij wordt aangesproken door R10 en zijn collega. R10 geeft P10 een pijnprikkel en hierop reageerde P10. P10 begon met bewegen en toen heeft R10 hem gevraagd hoe het met hem ging en of hij wist waar hij was. P10 begint plotseling te schreeuwen en te roepen dat R10 en zijn collega direct het huis uit moeten. P10 schreeuwde een aantal keren: "Get out of my house". Toen R10 aanstalten maakte om weg te gaan rende P10 richting de keuken en pakte daar een machete. Hij hield dit mes hoog en hij dreigde ermee te gaan steken richting het ambulancepersoneel. R10 en zijn collega stonden op ongeveer één meter van P10. Als reactie hierop hebben R10 en zijn collega, plus de buurman die aanwezig was in het huis, de woning van P10 snel verlaten. R10 heeft direct de politie gealarmeerd na dit incident.

Omstandigheden van de dader

De dader blijkt te lijden aan een “ziekelijke stoornis van geestvermogens in de zin van ADHD en van antisociale persoonlijkheidstrekken”. P10 is verder verslaafd aan cannabis. Op de avond van het incident heeft P10 meerdere medicaties genomen waardoor hij in een diepe slaap is gevallen. Normaal gesproken hebben deze medicaties een kalmerend effect, maar in sommige gevallen kan het zo zijn dat paradoxale reacties zoals agressie en prikkelbaarheid op worden gewekt. De NFI-deskundige heeft niet kunnen vaststellen of dit bij P10 daadwerkelijk het geval was.

Motivatie van de dader

P10 heeft een aantal keren geschreeuwd dat hij vond dat het ambulancepersoneel zijn huis uit moest. Hij was net ontwaakt uit zijn slaap en waarschijnlijk was hij volgens het NFI nog onder de invloed van zijn medicatie. Daarnaast heeft hij een persoonlijkheidsstoornis waarin hij erg prikkelbaar is en waarin hij moeilijk zijn frustratie kan verbergen. Dit alles heeft geleid tot het uiten van de bedreiging en deze was volgens de rechtbank gericht jegens het ambulancepersoneel. P10 was boos en gefrustreerd dat het ambulancepersoneel in zijn woning was, zonder zijn medeweten en wilde hen weg hebben.

Details casus 11

Rechtbank: Meervoudige kamer.

Locatie: Den Bosch.

Datum incident: Donderdag 28 februari 2015

Tijdstip: In de avond.

Type geweld: Bedreiging en intimidatie.

Dader: Man. Geboren in 1969 en gedetineerd te Vught PPC.

Strafblad: Al eerder in aanraking geweest met justitie voor andere strafbare feiten.

Gevolgen voor slachtoffer: Belemmering in uitvoering van werkzaamheden, geïntimideerd, bedreigd en ernstige aantasting van het veiligheidsgevoel voor zowel privé als tijdens de werkzaamheden.

Consequenties voor dader: Gevangenisstraf van 10 maanden, waarvan 3 voorwaardelijk met een proeftijd van 2 jaar. Daarnaast moet P11 ook twee gedragsinterventies volgen.

Context incident

Op 28 februari was er een melding in de gemeente Heeze-Leende dat er man (P11) op het punt stond om zelfmoord te plegen door verhangen. De melding was gedaan door de zus van P11. P11 had haar enkele minuten daarvoor gebeld met de mededeling dat hij het leven niet meer zag zitten. P11 stuurt een foto naar zijn zus om zijn verhaal kracht bij te zetten.

Als reactie belde de zus van P11 direct met de hulpdiensten. Twee politieauto's en een ambulance gaan naar de melding. R11 stapte samen met zijn collega uit de ambulance en gaat achter de politie richting het chalet waarin P11 zich bevindt. De politieagenten klopten op de deur en wilden contact maken met P11. Zij identificeerden zich als politie. P11 deed niet open en met een bezem probeerde een agent de deur open te maken. Hij sloeg met de bezem een van de ruiten van de deur in om zodoende bij de klink te komen. Op dat moment schoof P11 de gordijnen bij het raam, ongeveer één meter van de voordeur, weg, en richtte hij met een spijkerpistool op de politieagent. P11 trof de politieagent in zijn borst. R11 stond schuin achter het slachtoffer en rende weg van het chalet. Er volgde nog meerdere schoten richting R11 en een andere politieagent. Deze spijkers troffen niemand en R11 en zijn collega konden schuilen achter de ambulance. P11 werd een half uur later aangehouden en gearresteerd door een arrestatieteam.

Omstandigheden van de dader

Tijdens het plegen van de feiten verkeerde P11 onder invloed van alcohol en medicijnen waarvan hij de gecombineerde negatieve werking op zijn gedrag had moeten begrijpen. Desondanks heeft hij bijna een hele fles whisky genuttigd en de medicijnen ingenomen. Uit een rapport omtrent de geestvermogens van verdachte blijkt dat de door hem gepleegde strafbare feiten in verminderde mate aan hem kunnen worden toegerekend. 'Er is sprake van een depressieve stoornis, alcoholafhankelijkheid, middelenmisbruik en een persoonlijkheidsstoornis NAO met antisociale, borderline en narcistische kenmerken. Dit was ook zo ten tijde van het ten laste gelegde en beïnvloedde zijn gedragskeuzes en gedragingen. Vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek heeft betrokkene moeite om met spanningsgevoelige situaties om te gaan. Tevens handelt hij vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek vaak impulsief en agressief, zonder zicht op de belevingswereld van de ander.'

Motivatie van de dader

P11 heeft een aantal maal geschreeuwd dat hij zijn huis aan het verdedigen was en dat hij niet bang was. De poging tot binnentreden van zijn huis door de politie en ambulancepersoneel heeft waarschijnlijk geleid tot veel spanning en P11 weet niet goed hoe hij daar mee moet omgaan. Hij handelt door zijn stoornis vaak agressief en impulsief en dit is geuit in zijn gedrag richting het ambulancepersoneel. P11 heeft verklaard dat hij zich ernstig bedreigd voelde doordat hij alleen in zijn chalet stond en dat hij niet wist wat de buitenstaanders

kwamen doen. Hij was in de veronderstelling dat hij ernstig bedreigd werd en dat hij zich daarom wel moest verdedigen. Bovendien dacht P11 dat het ambulancepersoneel vuurwapens droegen en dat zij hem wat aan zouden doen. P11 verklaarde bovendien dat hij bang was dat er op hem zou worden geschoten of dat zijn chalet in brand zou worden geschoten. P11 vond dat hij moest handelen omdat hij zich in een afgesloten chalet bevond.

5.4.1 Motief C: onder invloed van een psychische stoornis

Het derde motief heeft betrekking tot drie van de elf casussen en in deze casuïstiek is vooral de psychische stoornis van invloed op het plegen van agressie en geweld. In twee van de drie casussen gebruikt de dader fysiek geweld. Alleen in casus 10 blijft het bij verbale agressie en gaat de dader uiteindelijk niet over tot het plegen van fysiek geweld. In alle drie de casussen is sprake van een psychische stoornis, welke het handelen en denken van de patiënt beïnvloedt. In alle drie de casussen was de dader onder invloed van een grote mate van geestverruimende middelen. In casus 4 was P4 onder invloed van drugs, in casus 10 was P10 onder invloed van medicatie en in casus 11 was P11 onder invloed van alcohol ten tijde van het incident. Het is aannemelijk dat de combinatie van geestverruimende middelen en de psychische stoornis een vergrotende kans op agressief en gewelddadig gedrag met zich meebrengt.

NFI deskundige over de stoornis van P11.

“Vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek heeft betrokkene moeite om met spanningsgevoelige situaties om te gaan. Tevens handelt hij vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek vaak impulsief en soms ook agressief, zonder zicht op de belevingswereld van de ander.”

Het motief van P11 om agressie en geweld tegen ambulancepersoneel te gebruiken kwam volgens P11 voort uit het feit dat hij zich bedreigd voelde in zijn eigen huis en dat hij zijn huis aan het verdedigen was. P11 had zijn zus verteld dat hij zelfmoord wilde plegen. De zus van P11 had hierop de politie en ambulance gealarmeerd. R11 kwam tegelijkertijd met de politie aan bij het chalet van P11. Samen met de politie wilde R11 naar binnen en de politie trachtte de deur open te maken. Dit lukte niet en met behulp van een bezem wilde de politieagent de deur openbreken. Op het moment dat de politieagent dit wilde doen, werd het raampje naast de deur ingeslagen vanaf binnen.

P11 stond achter het raam en in zijn handen had hij een spijkerpistool. P11 schoot met het spijkerpistool op de politieagent. Deze politieagent stond op één meter van P11

gepositioneerd. Daarna schoot P11 richting R11. R11 vluchtte weg richting de ambulance en de spijkers raakten alleen de politieagent. P11 werd later door een arrestatieteam overmeesterd. P11 verklaarde dat hij vooral erg bang was. De poging tot binnentreden van de politie en R11 bracht P11 in een situatie waarin hij zich niet wilde bevinden. P11 verklaarde dat hij bang was dat er op hem geschoten zou worden en hij was in de veronderstelling dat R11 een vuurwapen droeg. P11 vond dat hij zich moest verdedigen tegen de indringers en gebruikte daarom het spijkerpistool om R11.

5.4.2 Motief C in het licht van de General Strain Theorie

Motief C heeft te maken met de psychische stoornis die van toepassing is op de daders van casus 4, 10 en 11. De verbinding van motief C ligt in het feit dat alle daders gediagnosticeerd waren met een vorm van een psychische aandoening. De psychische aandoening of persoonlijkheidsstoornis had een dusdanige invloed op hun handelen dat zij ten tijde van het incident niet (volledig) toerekeningsvatbaar waren. Motief C dient als een cluster van motieven en is geen motief op zichzelf. De psychische stoornis is geen motief om agressie en geweld te plegen, zoals bij motief A en B wel te onderscheiden is. Motief C kan in dit licht worden gezien als een restcategorie: een verzamelingen van motieven, welke ingegeven zijn door een psychische stoornis. Voordat we dieper op de verwerking van Strain in de casuïstiek van motief C ingaan, licht deze scriptie eerst omstandigheden die van invloed zijn op het ontstaan van deze Strain nader toe.

Tabel 8: Daderkarakteristieken bij motief C.

Casus	Dader	Waargenomen emoties	Andere eventuele aanleidingen	Daad	Motief
4	Patiënt	Boosheid en frustratie.	Onder invloed van cocaïne en borderline (psychische stoornis)	Vernielen van ambulance en bedreiging ambulancepersoneel	Verdediging van lijf en ledematen.
10	Patiënt	Boosheid en angst.	Invloed van medicaties en antisociale stoornis	Bedreiging en intimidatie.	Verdediging van zijn huis.
11	Patiënt	Boosheid en angst.	Onder invloed van alcohol en persoonlijkheid Stoornis NOA	Fysiek aanvallen en bedreiging	Verdediging van zijn huis.

Verlies van positieve stimuli

In motief C komen de negatieve omstandigheden in de vorm van een psychische stoornis ten tijde van het incident. In casus 4 is P4 gediagnostiseerd met borderline en een persoonlijkheid met antisociale trekken. Naast de psychische stoornis was sprake van een recent negatieve situatie, namelijk de aanhouding door de politie eerder op de avond. P4 was opgepakt vanwege het bezit en het openbaar gebruik van cocaïne. Deze negatieve situatie kon invloed hebben op het ontstaan van Strain.

P10 bleek te leiden aan ADHD en antisociale persoonlijkheidstrekken. P10 was al in aanraking gekomen met justitie vanwege strafbare feiten. Bij P11 was er net als in de casus van P10 sprake van een stoornis. Bij P11 was een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven (NAO) geconstateerd. Dit is een stoornis met verschillende kenmerken. Bij P11 waren dit borderline, narcisme en antisociale kenmerken. De gevolgen van zijn stoornis zijn het impulsief handelen en het tonen van agressiviteit zonder zicht te hebben op de belevingswereld van derden.

Aanwezigheid van noxious stimuli

In casus 4 was er sprake van een noxious stimuli toen P4 mee werd genomen naar het ziekenhuis. Dit was tegen de wil in van P4, vergelijkbaar met de casus 1 en 2, en hij sprak meerdere malen uit dat hij dit niet wilde. De noxious stimuli heeft invloed op de Strain, welke door P4 op dat moment ervaren werd. Op het moment dat R4 apparatuur op het lichaam van P4 wilde aanbrengen, probeerde P4 fysiek geweld te gaan plegen tegen R4. In casus 10 was er sprake van een noxious stimuli toen R10 een pijnprikkel toediende bij P10. P10 ontwaakte en zag R10 direct boven hem hangen. P10 had te maken met onbekende mensen in zijn huis, tegen zijn wil in. De casus van P10 komt hierin deels overeen met de casus 11. Een dag voordat het agressie-en geweldsincident was P11 bedreigd door derden. De bedreiger sprak uit dat hij het huis van P11 in de brand zou steken. De aanleiding en het motief van de bedreiger valt niet op te maken uit het strafdossier van P11. Deze ervaring van deze negatieve stimuli kon zorgen voor het toenemen van Strain bij P11. Eén dag later werd hij geconfronteerd met verschillende mensen aan de deur, waaronder R11. De politieagent aan de deur wilde naar binnen en P11 veronderstelde dat zijn bedreiger naar binnen wilde. P11 dacht dat iemand was gekomen om zijn huis in brand te steken.

Omgaan met Strain

In de casuïstiek van motief C komt Strain in de vorm van boosheid, frustratie en angst. De verbindende factor van dit motief ligt in de omstandigheid waarin agressie en geweld is gepleegd. De ontstane Strain is in casus 4, 10 en 11 ontstaan door de aanwezigheid van noxious stimuli. Bovendien was er in elke casus invloed van alcohol of drugs of negatieve omstandigheden. In de omgang met Strain zijn verschillen in de casuïstiek te constateren. In casus 4 was er sprake van een legale manier van omgaan met Strain. P4 uitte zijn boosheid via een legale manier, door een aantal keer aan te geven dat hij niet mee wilde naar het ziekenhuis. Deze legale manier van omgaan met Strain had niet het gewenste effect. P4 werd alsnog mee genomen naar het ziekenhuis. Het ervaren van noxious stimuli vergroot de druk tot het omgaan met Strain en dit resulteerde in casus 4 in het bedreigen van R4. P4 wilde zijn doel daarmee bereiken en dit was de ambulance verlaten. Buiten de ambulance werd P4 tegengehouden door R4 en zijn collega. P4 verklaarde in het dossier dat hij zich verdedigde tegen de aanval van R4. P4 wilde weggelopen en dit werd gehinderd door R4. Het doel dat P4 probeerde te bereiken werd geblokkeerd door toedoen van R4.

Om alsnog dit doel te bereiken gebruikte P4 een illegale manier van omgaan met Strain in de vorm van fysiek geweld tegen R4. In casus 10 kreeg P10 een pijnprikkel om wakker te worden. Dit resulteerde in de noxious stimuli, omdat P10 wakker werd en R10 in zijn huis zag staan. Dit was tegen de wil van P10. R10 uitte zijn frustratie op een legale manier. Hij riep een aantal keer dat R10 en zijn collega het huis moesten verlaten. “Get out of my house” werd door R10 twee keer waargenomen. R10 en zijn collega maakten nog geen aanstalten om weg te gaan. De ontstane Strain, door invloed van de negatieve omstandigheden en de mogelijke invloed van medicatie, blijft in stand. Om het doel alsnog te bereiken bedreigde P10 met een machete R10. In het kader van de General Strain Theorie kan dit worden gezien als een illegale manier van omgaan met Strain.

NFI deskundige over de stoornis van P11.

“Vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek heeft betrokkene moeite om met spanningsgevoelige situaties om te gaan. Tevens handelt hij vanuit zijn persoonlijkheidsproblematiek vaak impulsief en soms ook agressief, zonder zicht op de belevingswereld van de ander.”

P11 ervoer een andere vorm van Strain dan P10. P11 was in de veronderstelling dat zijn huis in brand zou worden gestoken door toedoen van derden. P11 zag het handelen van de

politieagent als ongewenst binnendringen van zijn huis. P11 ging op een legale manier om met de ontstane Strain. P11 riep een aantal keer dat de indringers weg moesten gaan en dat hij zich zou verdedigen. Het beoogde doel van P11, het vertrek van de “indringers”, werd op deze manier niet bereikt. P11 wilde voorkomen dat zijn huis in brand werd gestoken, iets wat hij dacht dat zou gebeuren als hij niet in actie kwam. Dit resulteerde in een illegale manier van omgaan met Strain. Dit resulteerde in de agressie tegen R11.

Eventuele factoren van invloed: inname van alcohol en drugs

In alle casuïstiek van motief C is sprake van invloed van alcohol en/of drugs. In casus 4 is P4 ten tijde van het incident onder invloed van cocaïne. In het strafdossier is opgenomen dat P4 bij de reclassering liep vanwege zijn cocaïneverslaving. In casus 10 is er sprake van een andere vorm van drugs. De medicatie van P10 is bedoeld om P10 te helpen bij zijn stoornis. P10 nam deze medicatie om zijn ADHD te controleren en de medicatie was gericht op een spierverslappende werking. De NFI-deskundige verklaarde dat de medicatie in 1% van de gevallen een paradoxale invloed kan hebben. De NFI-deskundige kon echter niet met zekerheid zeggen of dit in het geval van P10 ook was gebeurd, maar dit is volgens deze scriptie wel relevant om te noemen. Het is aannemelijk dat de omstandigheden met betrekking tot de medicatie en de persoonlijkheidsstoornis wel van invloed waren in het agressieve gedrag van P10.

NFI deskundige over de medicatie van P10.

“Deze zogenaamde benzodiazepinen hebben in het algemeen een angst remmende, kalmerende, slaapverwekkende en spierverslappende werking, maar in 1% van de gevallen kunnen paradoxale reacties optreden, zoals rusteloosheid, prikkelbaarheid, agressie, psychosen en hallucinaties.”

P11 bleek verslaafd aan alcohol te zijn. Het strafdossier bevatte niet de informatie of P11 voor deze verslaving ten tijde van het incident in behandeling was. Voor het incident had P11 volgens het dossier ongeveer een fles whisky gedronken. R11 concludeerde dat P11 “dronken overkwam”.

Verbindende factor

Onder motief C vielen alle casussen waarin het handelen van de dader het gevolg was van een persoonlijkheidsstoornis of psychische aandoening. In alle casuïstiek was sprake van noxious

stimuli en dit kon invloed hebben op de manier waarop er met Strain werd omgegaan. In elke casus probeerde het individu eerst op een legale manier om te gaan met Strain om het beoogde doel te bereiken. Toen op deze manier niet het gewenste effect werd bereikt, probeerde het individu alsnog op een illegale manier dit doel te bereiken. Dit resulteerde in het gebruik van fysiek geweld en verbale agressie. Motief C had diverse motieven. In casus 4 betrof dit het verdedigen van lijf en ledematen en in casus 10 en 11 betrof dit het verdedigen van het huis. De motieven zijn alle beïnvloed door de psychische aandoening van de daders. Hierdoor kunnen de motieven onvoldoende worden verklaard en is het onduidelijk in hoeverre het geweld zou hebben plaats gevonden als er geen sprake was geweest van een psychische stoornis. In de casuïstiek van motief C heeft de rechter in alle zaken uitgesproken dat de psychische stoornis van dusdanige invloed was dat het handelen P4, P10 en P11 niet kon worden verweten. Derhalve is de casuïstiek geclusterd onder motief C en verschillen de motieven onderling van elkaar.

Bij motief C is de General Strain Theorie onvoldoende toepasbaar, voortkomend uit de situaties waarin oorzaak en gevolg met elkaar verweven zijn. Dit wordt goed zichtbaar in casussen P4, P11 en P12. Dit zijn casussen waarin een psychologische aandoening bij de uiteindelijke dader is gediagnostiseerd en dat er derhalve onvoldoende kan worden verklaard waarom de dader agressie en geweld heeft gepleegd. De reden dat de General Strain Theorie onvoldoende toepasbaar in deze specifieke casuïstiek, komt voort uit het feit dat er geen duidelijke scheiding is tussen oorzaak en gevolg. In de casuïstiek is geen sprake van een duidelijk beginpunt van het ervaren van de negatieve situaties en is het onvoldoende in te schatten welke verbanden er liggen tussen de ervaren emoties, het ervaren van Strain en de mate van invloed die zij op elkaar kunnen hebben. In het geval van een psychische stoornis, in combinatie met bijvoorbeeld een ernstige afhankelijkheid van alcohol, is er geen plausibele verklaring via de General Strain Theorie te geven voor het plegen van agressie en geweld. De inname van alcohol en drugs is bij deze casuïstiek wel van aantoonbare invloed op het plegen van geweld zo bleek uit het strafdossier van P11. Alcohol kan stimulerend werken op de stoornis, maar tegelijkertijd kunnen bepaalde stoornissen, zoals in de casus van P11, op zichzelf ook agressie en geweld stimuleren.

5.5. Deelconclusie

De analyse van de motieven leidt uiteindelijk tot de conclusie dat er drie algemene motieven kunnen worden onderscheiden. De clusters van de drie motieven bevatten een nagenoeg gelijke verdeling qua aantallen (vier (A en B) om drie (C)). Hierbij dient worden aangemerkt dat motief C geen echt “motief” is, maar meer een restcategorie met diverse motieven, ingegeven door een psychische aandoening. Derhalve is er geen sprake van onderscheid naar één hoofdmotief. De data in dit onderzoek is bovendien te marginaal om uitspraken te doen over een hiërarchie in motieven. Het is feitelijk juist dat motief C minder frequent voorkomt in de data dan motief A en B, maar dit is geen valide basis om uitspraken op te baseren, gezien de beperkte omvang van de data. Wel biedt deze analyse inzicht in de motieven welke van toepassing zijn voor het plegen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

In de casuïstiek van motief A wilden de patiënten de ambulance verlaten en pleegden zij geweld op het moment dat dit niet lukte. De daders waren allen patiënt en bovendien onder de invloed van alcohol of drugs. Motief A geeft inzicht in de manier waarop de patiënt boosheid en frustratie kan uiten. In eerste instantie gebeurde dat via een legale manier, zonder gebruik van geweld, en daarna gebruikte de patiënt geweld om uit de ambulance te ontsnappen. In motief A poogde de patiënten hun doel te bereiken, maar dit werd verstoord door het ambulancepersoneel. De geconstateerde emoties, boosheid en frustratie, ontstaan door een ervaring van noxious stimuli en het wegvallen van positieve stimuli, uitte zich in agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. In de casuïstiek waarin motief B van toepassing is, werd agressie en geweld gepleegd als gevolg van het handelen van het ambulancepersoneel. Het ambulancepersoneel werd verantwoordelijk gehouden door het individu voor de negatieve situatie waarin men zich bevond. De opvatting van dit individu kreeg uiting in agressie en geweld. De gevoelde Strain werd zodoende op een illegale manier geuit. Het ambulancepersoneel werd doelbewust slachtoffer van het geweld, aangezien zij door de daders verantwoordelijk werden gehouden.

Een andere opvallende constatering is het verschil tussen motief A en B in de behoefte aan medische hulp. Uit de casuïstiek van motief A valt op te maken dat de patiënten weinig behoeften hebben aan medische hulp en dat zij in de veronderstelling zijn dat de hulp die zij krijgen onnodig is. Aangezien zij deze hulp uiteindelijk alsnog ontvangen, ondanks meerdere verklaringen dat zij dit niet nodig achten, kan dit van invloed zijn geweest op het ontstaan of vergroten van Strain. Bij motief B is er sprake van het tegenovergestelde. In de casuïstiek van

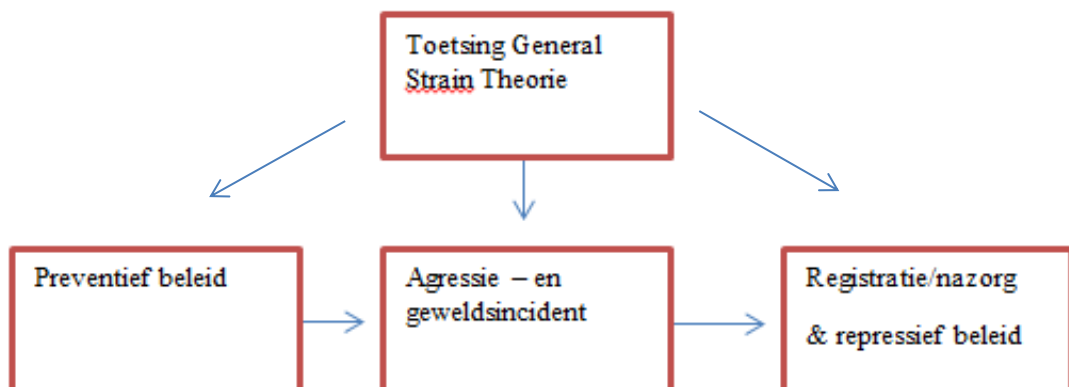
motief B ligt de nadruk van de omstander op het verkrijgen van (extra) medische hulp voor het slachtoffer. Wanneer hier niet snel genoeg aan wordt voldaan in de casus, aangezien het ambulancepersoneel niet uitstapt (casus 8) of te langzaam werkt in de ogen van de omstander (casus 7), kan dit invloed hebben gehad op het ontstaan of vergroten van Strain.

Zowel bij motief A als B kan het ontstaan en de richting (tegen het ambulancepersoneel) van het geweld worden verklaard. Motief C is geclusterd op basis van casuïstiek waarin geweld en agressie is gepleegd onder invloed van een psychische stoornis. Gedurende het incidenten waren de daders ontoerekeningsvatbaar, waardoor de dader geen controle had over het eigen handelen. Volgens de rechtbank was in elke casuïstiek de verdachte ontoerekeningsvatbaar en was dit het gevolg van een psychische stoornis of de medicatie welke voor deze stoornis was voorgeschreven. Het in het cluster van motief C onduidelijk hoe de omstandigheden in de casuïstiek zich met elkaar verhouden. De General Strain Theorie biedt geen inzichten in de relatie tussen de psychische stoornis en het wegvallen van positieve stimuli en de aanwezigheid van noxious stimuli. Het ontstaan en de richting van het geweld kan hierdoor onvoldoende worden. In motief C kan de General Strain Theorie agressie en geweld tegen ambulancepersoneel niet verklaren.

In het volgende hoofdstuk zal het beleid omtrent agressie en geweld tegen ambulancepersoneel worden besproken en geanalyseerd. In de discussie en conclusie zal worden aangestipt hoe de bevindingen over het motief van de dader kunnen worden geïncorporeerd in het beleid. Zodoende zal deze scriptie adequate oplossingen bieden voor de geanalyseerde motieven in dit hoofdstuk.

6. Van motief naar beleid

In hoofdstuk 1 van deze scriptie is de maatschappelijke relevantie voor het reduceren van het aantal agressie- en geweldsincidenten aangetoond. De relevantie heeft betrekking op het feit dat betrokken instanties pleiten voor politieke maatregelen en nieuw beleid (NOS, 2017). In Nederland is er in het laatste decennia beleid gevormd om agressie en geweld tegen ambulancemedewerkers te voorkomen. Daarentegen is het probleem nog niet opgelost en laten de registraties een tegenstrijdig beeld zien. De landelijke registraties van het aantal agressie en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel zijn toegenomen. Om inzicht te krijgen onder welke omstandigheden agressie en geweld in Nederland plaatsvindt is er met diverse organisaties gesproken. Om betere beleidsaanbevelingen te kunnen doen, welke concreet in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd, wordt er onderscheid gemaakt op het gebied van drie onderdelen. De structuur en organisatie van de ambulancezorg op regionaal vlak, de in- en externe omgang met agressie en geweld en de afhandeling en nazorg van meldingen. Deze drie componenten zijn volgens deze scriptie van belang om in kaart te brengen waarom agressie en geweld tegen ambulancepersoneel alsnog toe neemt in de registraties, ondanks specifiek ingevoerd beleid sinds 2007. Dit hoofdstuk dient als basis voor verdere beleidsaanbevelingen en uitwerkingen van de hoofdvraag. Zodoende krijgen het motief achter agressie en geweld tegen ambulancepersoneel een specifieke koppeling met beleidsaanbevelingen. Hiermee wil deze scriptie een meerwaarde creëren voor de huidige praktijk.



Figuur 3: ordening beleid, Strain en agressie- en geweldsincidenten in deze scriptie

Figuur 3 is een visuele weergave van de manier waarop de uitkomsten worden geïnterpreteerd. De resultaten uit de toetsing van de General Strain Theorie, het motief achter agressie en geweld, kan zowel voor preventief als repressief beleid van toegevoegde waarde

zijn. In het vorige hoofdstuk zijn de motieven voor agressie en geweld tegen ambulancepersoneel geanalyseerd. Met deze uitkomsten gaat dit hoofdstuk verder en zal het een koppeling maken met de gevonden motieven en concrete aanbevelingen voor beleid. Deze scriptie poogt een toegevoegde waarde te zijn door informatie van alle betrokken instanties te verwerven en hiermee een praktijkgerichte en wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te kunnen koppelen aan het antwoord van de hoofdvraag. Deze betrokken organisaties welke geïnterviewd zijn voor deze scriptie, betreffen de politie, gemeente Den Haag, Veiligheidsregio, OM, RAV Hollands-Midden en Ambulancezorg Nederland. Zodoende beoogt deze scriptie het volledige proces van agressie en geweldsincidenten vanuit de beleidskant toe te lichten: van het ervaren van het incident tot de nazorg binnen de organisatie.

6.1. Algemene karakteristieken in agressie- en geweldsincidenten tegen ambulancepersoneel

De motiefanalyse biedt inzicht in de diverse motieven voor het plegen van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Een van de constatering is dat in tien van de elf casussen de dader onder invloed van alcohol of drugs was. Dit lijkt een verhoogde kans op agressie en geweld te geven en dit wordt bevestigd in de wetenschappelijke literatuur (Van Hasselt et al. 2010; Ferweda, 2011). Uit de interviews met het ambulancepersoneel kwam naar voren dat het ambulancepersoneel zelf de keuze kan maken of politiebegeleiding gewenst is. Deze inschatting is subjectief en wordt gemaakt op basis van de informatie welke door de ambulancemeldkamer wordt verschaft. Het ambulancepersoneel gaf aan dat zij in hun regio bepaalde voorschriften hebben, waaraan een politieverzoek kan voldoen. Dit is niet in elke regio het zelfde, gezien de autonomie van de regionale ambulancevoorzieningen en de GGD regio's waaronder ambulancezorg kan vallen. Dit is geen wenselijke situatie, aangezien er diverse opvattingen kunnen ontstaan over het wel of niet gebruiken van politiebegeleiding. De aanwezigheid van politie zou een positief verband kunnen hebben op het afschrikken van potentiële daders in het gebruiken van geweld (Verwee, 2012 ; Bowling & Foster, 2002).

Hieronder licht deze scriptie beknopt toe waardoor deze verschillen ontstaan. Diverse regio's blijken anders met agressie en geweldsincidenten om te gaan en in paragraaf 6.2 wordt uiteengezet hoe de structuur van de ambulancezorg in Nederland is opgezet. Vanuit deze uiteenzetting kan de koppeling worden gemaakt tussen het motief, het huidige beleid en de aanbevelingen welke van invloed kunnen zijn op het reduceren van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel.

6.2. Structuur en organisatie op regionaal vlak

Een aantal RAV-regio's is ondergebracht binnen een gemeenschappelijke regeling. Dit kan een gemeenschappelijke regeling Veiligheidsregio zijn, een GGD of een gecombineerde gemeenschappelijke regeling veiligheids- en gezondheidsregio. Dit zijn verschillen op organisatieniveau. Vanwege deze regelingen vallen sommige RAV's onder de Veiligheidsregio (bijvoorbeeld de regio Rotterdam-Rijnmond) en andere zijn aangesloten bij een GGD. Een voorbeeld hiervan is de RAV Hollands-Midden. Het beleid van Ambulancezorg Nederland blijft richting de RAV's echter hetzelfde. Per regio zijn er zijn er wel verschillen in het beleid over agressie en geweld. Dit is gestoeld op de interne structuur van de instanties. De ambulanceregio Hollands-Midden heeft een eigen invulling gegeven aan de opvolging van agressie en geweldsincidenten. Zij regelt in de eigen regio de coördinatie en nazorg van agressie- en geweldincidenten. De coördinatie en nazorg kan onder zijn gebracht bij de Veiligheidsregio. Mocht dit het geval zijn dan is de ambulancedienst publiek ingebed en vallen de ambulancemedewerkers onder de Veiligheidsregio (aangezien het ambtenaren zijn). In de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond is hier één beleidsmedewerker agressie en geweld voor aangesteld. Deze medewerker behandelt alle incidenten van alle hulpverleners in de regio (politie, brandweer en ambulance). Sinds de invoering van de wet op de Veiligheidsregio's (Wet op de VR) in 2010 is er een vrije hand voor de regio's om dat te bepalen. Zo kan het zijn dat er één Veiligheidsregio is voor een regio waarin twee regionale ambulanceregio's actief zijn. In deze structuur constateert deze scriptie knelpunt. Per regio is de interne structuur anders georganiseerd en dit kan voor het vergelijken van beleid of resultaten gevolgen hebben. Per Veiligheidsregio verschilt de aanpak van agressie en geweld qua structuur en inhoud. De verklaringen van het ambulancepersoneel geven dit aan (interview 1,2, en 3). In Rotterdam-Rijnmond was er sprake van de eerste beleidsmedewerker agressie en geweld. Deze functie is nog niet in andere Veiligheidsregio's georganiseerd. De gemeente Den Haag heeft begin 2014 een eigen expertisecentrum Agressie en Geweld opgericht. De projectleider verklaarde dat het expertisecentrum alle vrijheid had om de aanpak vorm te geven en dat het expertisecentrum voor een regio als Den Haag (Eenheid Den Haag) zelf het beleid bepaalde.

Beleidsmedewerker agressie en geweld Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond (VRR):

“Landelijke afspraken zijn wel gemaakt, maar elke regio kan er een eigen draai aan geven. Volgens mij doet iedere regio maar wat. Je hebt voorlopers, Noord-Holland-Noord, Kennemerland, die hebben het allemaal goed geregeld en er zijn ook regio’s waar het niet zo goed is geregeld. Zullen best veel regio’s zijn waar beleid over agressie en geweld niet wordt geregeld.”

Hoewel er verschillen zijn tussen de regio’s hoe de landelijke afspraken zijn georganiseerd, was de nazorg van goede kwaliteit. De beleidsfunctionaris bij de regionale ambulancevoorziening verklaarde dat er vanuit AZN weinig ondersteunende maatregelen komen en dat het initiatief bij de ambulanceregio zelf ligt. De contactmomenten op het gebied van agressie en geweld tussen AZN en de RAV’s zijn gering. Op het gebied van agressie en geweld is er alleen contact met het doorgeven van de interne cijfers. Dit werd bevestigd door de programmamanager van Ambulancezorg Nederland. Zij verklaarde dat agressie en geweld tegen ambulancepersoneel een probleem is dat erkend wordt, maar dat moeilijk op te lossen is. “Vanuit Ambulancezorg Nederland is er een “zero tolerance” beleid, maar dit moet per regio zelf worden gehandhaafd” (Interview 5, bijlage 5). De diversiteit in regio’s en aanbieders van de zorg brengt verschillende visies met zich mee. AZN is weliswaar het overkoepelende orgaan, maar per regio is er veel vrijheid voor initiatief op het gebied van beleid, training en opleiding. In Nederland is er geen sprake van eenduidig beleid dat in alle 25 ambulanceregio’s wordt toegepast (Reigerink, 2016). Zoals in het blauw gekaderde fragment staat omschreven, is door het wegvallen van het programma Veilig Publieke Taak de rol van de regio’s veranderd.

Beleidsmedewerker VRR over absentie van Veilig Publieke Taak:

“Het VPT is nu ondergebracht onder “Agressievrij Werk”. VPT bracht een hoop en nu moet je als organisatie gaan halen. Het initiatief moet heel erg vanuit de regio zelf komen betreffende agressie en geweld beleid. De trekkersrol van VPT is weggevallen. VPT kwam met congressen en documenten en was ook landelijk bezig. Haalde ook het nieuws met bepaalde zaken en dat is allemaal weggevallen. Dat heeft invloed op de kwaliteit en de meldingen”.

Een coördinerende en verbindende factor is door het stopzetten van het VPT-programma tussen regio's weggefallen. De beleidsfunctionaris van de RAV verklaarde dat er op zeer kleine schaal contact is met andere regio's over beleid betreffende agressie en geweld.

Uit de interviews bleek dat in Rotterdam-Rijnmond en Hollands-Midden aparte platformen opgezet zijn door de betrokken organisaties (van alle medewerkers met een publieke taak). Tijdens een bijeenkomst van dit platform wordt agressie en geweld besproken. Dit is echter niet in alle regio's het geval en de vorm verschilt ook per regio. De VPT-vertegenwoordiger van de politie verklaarde: "In elke regio is het anders opgezet en de regio krijgt daarbij een vrije rol in. Dus agressie en geweld wordt per regio anders ingestoken" (Interview 7, bijlage 7). De vrije manier waarop de aanpak wordt georganiseerd per regio heeft volgens hem nadelen en beperkt de regio vooral tot tunnelvisie. De overgang van het VPT-programma naar het kennisplatform "Agressievrij Werk" heeft de betrokken respondenten nog niet geholpen in het beter faciliteren van het beleid. Zij laken vooral het karakter van "Agressievrij Werk" en het feit dat vanuit de regio's zelf het initiatief moet worden genomen richting het kennisplatform.

6.3. Omgang met agressie en geweld

De analyses in hoofdstuk 5 hebben geleid tot een onderscheid in motieven bij agressie en geweldsdelicten. Motief A en B verschillen op een aantal vlakken. De daders binnen motief A zijn allemaal patiënt en in de casuïstiek van motief B zijn alle daders omstanders of familieleden. Van invloed op beide motieven blijkt het gedrag van het ambulancepersoneel. In de casuïstiek van motief A lijken de patiënten geen behoeften te hebben aan zorg en willen zij weg uit de ambulance. In het cluster van motief B lijken de omstanders juist te vragen om meer zorg voor het slachtoffer en veronderstellen zij dat het slachtoffer te weinig zorg verleend krijgt ten tijden van het incident. De daders in motief B rekende dit het ambulancepersoneel aan. Alleen in casus 5 van motief B bleek de daders zelf te weinig zorg te hebben ontvangen naar zijn mening en was dit een motivatie om geweld te plegen. Het is aannemelijk om te concluderen uit de resultaten van de scriptie dat de houding van het ambulancepersoneel van invloed is op agressie- en geweldsincidenten. In zowel de escalatie als de-escalatie. Uit de verschillende interviews bleek dat ambulancepersoneel agressie en geweld zagen als "part of the job". Het is van belang dat het ambulancepersoneel hier bewust van is, aangezien dit mee kan spelen in de uitkomst van de potentiële conflict situatie.

Fragment uit interview 2:

“Ik denk wij toch met zijn alle denken dat wij een beroepsgroep zijn, waar wij heel veel ons hand voor ons ogen doen. Als ambulancepersoneel zien wij veel door de vingers . Maar er wordt wel wat meer gemeld na agressie- en geweldsincidenten. Dat is iets van de laatste jaren dat mensen dat wat meer doen.”

Het knelpunt ligt volgens de beleidsfunctionaris en de projectleider VPT bij het acceptatieniveau van het ambulancepersoneel. Te veel incidenten worden volgens hen afgedaan als “part of the job” en dit betreft in het bijzonder incidenten waarin ambulancepersoneel bedreigd en geïntimideerd worden. Deze verklaringen sluiten aan bij opvattingen van het geïnterviewden ambulancepersoneel.

Interview 1: “Kijk je mag mij voor rotte vis uitmaken, want je treft mensen op hun zwakst. En daarom accepteer je denk ik ook meer. Dat zou eigenlijk niet mogen.”

Interview 2: “ Ik heb wel eens meegemaakt dat ik iemand niet wilde meenemen naar het ziekenhuis, omdat de klacht niet relevant was op dat moment.

Toen werd hij woest en schold hij mij voor alles uit. Dat past niet bij de situatie, maar je accepteert het wel. Ik heb er geen melding van gemaakt.”

Interview 3: “Ik denk wel dat wij, in die zin, heel erg onze hand voor onze ogen doen, ik denk dat wij onze grens wel heel erg verleggen. Dat is denk ik wel een punt waarom wij minder snel melden.”

Uit de verklaringen komt naar voren dat het ambulancepersoneel veel accepteert op het gebied van agressie tegen hen. De grens wordt door het ambulancepersoneel pas getrokken bij fysiek geweld, maar incidenten als intimidaties, bedreiging en discriminatie worden vaak niet gemeld. De beleidsfunctionaris, projectleider VPT en de beleidsmedewerker van de politie geven aan dat dit een vervelende ontwikkeling is. “Het is een extreem zorgelijke ontwikkeling dat we op een punt zijn gekomen dat het bij het beroep is gaan horen” zo verklaarde de beleidsmedewerker van de politie.

Mogelijke gevolgen

De mogelijke gevolgen van deze houding bij het ambulancepersoneel kunnen leiden tot het minder melden van delicten in de interne organisatie. Dit heeft logischerwijs gevolgen voor

het aantal landelijke registraties. Derhalve kan deze veronderstelde houding binnen het ambulancepersoneel leiden tot het in stand houden of zelfs vergroten van het *darknumber*. Het *darknumber* is besproken in de literatuurstudie van deze scriptie en duidt op het verschil tussen het daadwerkelijke aantal incidenten en het aantal geregistreerde incidenten. Het daadwerkelijke aantal incidenten zal niet bekend worden, aangezien er een beperkt percentage van wordt geregistreerd. Deze incidenten vinden wel plaats, maar stap om intern melding van het incident te maken is vaak groot.

Dit is deels subjectief, aangezien op individueel niveau verschillen optreden in de manier waarop ambulancepersoneel reageert op agressie en geweldsincidenten. Het inzicht in de motieven kan een indicatie geven voor twee mogelijke conclusies over de houding van het ambulancepersoneel: de houding van het ambulancepersoneel is van invloed op de uitkomst van een potentiële conflictsituatie en de houding van het ambulancepersoneel ten opzichte van agressie en geweld kan leiden tot een groter *darknumber*. Dit kan leiden tot een vicieuze cirkel waar de echte omvang van agressie- en geweldsincidenten nooit benaderd zal worden. In de interviews werd eveneens een ander knelpunt in de registraties van agressie- en geweldincidenten geconstateerd. Niet alleen de houding van het ambulancepersoneel houdt volgens de geïnterviewden het *darknumber* in stand, maar de juridische opvolging is ook onvoldoende geregeld. In de volgende paragraaf wordt op basis van de interviews de knelpunten weergegeven welke van mogelijke invloed zijn op het *darknumber*.

6.4. Meldingen van agressie en geweld

Aangezien de ambulanceregio's zelf het beleid tegen agressie en geweld mogen invullen, is er sprake van verschillen in meldingssystemen. Bij de eenheid Den Haag werkt men met het Gemeentelijk Incidenten Registratiesysteem (GIR) en bij de RAV is er sprake van interne registratie. De meldingen van zowel het GIR als van de RAV worden teruggekoppeld naar AZN voor de landelijke registratie. De procedure van het melden van een agressie- en geweldsincident verschilt per systeem. Dit blijkt ook uit de interviews. Zo bleek dat het ambulancepersoneel dat geïnterviewd is contact op moest nemen met de beleidsfunctionaris na een melding. Van de beleidsfunctionaris krijgt het ambulancepersoneel ook het formulier waarin zij het incident kunnen opnemen (details van het incident invullen bijvoorbeeld). Bij het GIR moet het ambulancepersoneel zelf inloggen in het systeem en het formulier opvragen. Daarna moet het slachtoffer alle vragen invullen en na het registeren van het incident wordt de afhandeling overgenomen door een VPT-medewerker. Naast de interne registratie wordt er

gevraagd of het slachtoffer aangifte wil doen bij de politie. Dit kan door de werknemer zelf gebeuren of door de betrokkene vanuit de organisatie. Uit de interviews bleek dat in de verschillende regio's de aangiften vaak worden overgenomen door de VPT-verantwoordelijke vanuit de organisatie. Het is per regio verschillend hoe dit is opgezet in de organisatie. Een knelpunt dat naar voren is gekomen uit de interviews is het aangifteproces. Onder het ambulancepersoneel is veel onbegrip en onvrede over de manier waarop er aangifte wordt gedaan. Het ambulancepersoneel had tijdens hun aangifte meerdere uren op het politiebureau gezeten en dit leidde tot veel frustratie.

Deze frustratie kwam mede voort uit het gebrek aan kennis bij de dienstdoende politieambtenaar die de aangifte opnam. Dit wordt bevestigd door de beleidsmedewerker VPT van de politie. Hij is aangesteld om de afspraken, gemaakt in de ELA's, te waarborgen in het aangifteproces vanuit de politie Eenheid Den Haag. Het knelpunt bij het doen van aangifte zit bij de afweging die de baliemedewerker van de politie moet maken. Hij of zij bepaalt uiteindelijk of er sprake is van een strafbaar feit en of de aangifte daadwerkelijk moet worden opgenomen. Volgens de beleidsmedewerker VPT van de politie is dit de kern van het probleem: "Als het slachtoffer zegt dat hij klappen heeft gehad maar het doet geen pijn, dan is er geen sprake van mishandeling. Niet alles is strafbaar wat er gebeurt. Alleen hebben we met VPT afgesproken dat de baliemedewerker dat niet zelf beslist. Ze seponeren echter vaak dan wel zelf, omdat de baliemedewerker het geen zaak vindt. Deze beslissing is in strijd met de ELA's. De baliemedewerkers kennen vaak het VPT-protocol niet."

Door het gebrek aan kennis over de VPT-procedures bij de politie, duren de aangiften lang. Zowel de beleidsmedewerker bij de VRR als het ambulancepersoneel liet weten dat zij erg lang op het politiebureau zijn geweest voor de aangiften. Volgens hen was dit het gevolg van onvoldoende kennis bij de politie, waardoor er veel vertraging was in de procedure. Deze vertraging leidde tot frustratie bij het ambulancepersoneel. Uit de onderzoekgegevens van deze scriptie blijkt dat het vertragende aangifteproces een belemmering kan zijn bij het doen van aangifte in het vervolg.

Fragment uit Interview 1

“De volgende keer dat het gebeurt, want ik ben niet zo naïef om te denken dat dit mij nooit meer overkomt, ga ik twijfelen of ik wel aangifte ga doen. Ik twijfel heel erg om aangifte te doen, omdat ik weet wat het oplevert en dat dat niet meer evenredig is aan de energie die ik er in stop.”

Het gebrek aan kennis bij de politie en het ambulancepersoneel over de werking van het VPT-protocol kan een waarschijnlijke verklaring zijn voor het verschil in gemelde incidenten bij AZN en het aantal aangiften dat is gedaan. Van de 570 geregistreerde incidenten van agressie en geweld in 2015, is in slechts 8,7% (50) van de incidenten aangifte gedaan. In 2014 was dit aantal 12,5%. Op basis van de onderzoekgegevens kan worden geconcludeerd dat binnen de onderzochte instanties onvoldoende kennis over de rolverdeling in het aangifteproces is. De precieze verhoudingen, welke organisatie is verantwoordelijk in het aangifteproces, zijn onduidelijk en het ambulancepersoneel is onvoldoende bewust van haar positie in dit proces. Dit kan een verklaring zijn voor het geringe aantal meldingen dat opvolging krijgt in de vorm van aangifte doen. Het is een zorgwekkende ontwikkeling dat de meldingen geen goede reflectie zijn van het daadwerkelijke aantal incidenten. Zodoende blijft het darknumber in stand en heeft dit als gevolg dat er geen goed evidence-based beleid kan worden gemaakt. Bovendien wordt het probleem niet adequaat aangepakt. De algehele hiaten in het beleid waar het ambulancepersoneel te maken mee heeft tijdens het doen van aangiften en de opvolging hiervan, houdt de perceptie van het ambulancepersoneel in stand. De resultaten van de motiefanalyse geven de mogelijke invloed van de houding en het handelen van het ambulancepersoneel weer.

In hoofdstuk 7 zullen de aanbevelingen, welke gebaseerd zijn op de informatie uit de interviews en publieke beleidsdocumenten van de betrokken instanties, worden gedaan. Op deze manier wordt er een koppeling gemaakt tussen de motieven, het beleid en de specifieke beleidsaanbevelingen om beleid beter te laten aansluiten op de problematiek in de praktijk.

7. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van deze scriptie besproken en zullen discussiepunten worden aangedragen. In paragraaf 7.1 zal de algemene conclusie worden behandeld aan de hand van de beantwoording van de hoofdvraag. Daarna zal in paragraaf 7.2 de vertaling van de gevonden motieven naar concrete beleidsmaatregelen worden toegelicht. In paragraaf 7.3 worden de beperkingen van dit onderzoek nader toegelicht. Paragraaf 7.4 gaat in op de discussiepunten. In dit hoofdstuk worden naast aanbevelingen die van belang kunnen zijn voor nader wetenschappelijk onderzoek ook aanbevelingen gedaan die van belang kunnen zijn op beleid- en organisatieniveau. Tot slot volgt in hoofdstuk 8 de verantwoording van de gebruikte literatuur.

7.1. Beantwoording hoofdvraag

In het antwoord op de onderzoeksvraag: *In hoeverre kan vanuit de General Strain Theorie agressie en geweld tegen ambulancepersoneel worden verklaard?* kan het volgende worden geconcludeerd. De General Strain Theorie biedt een plausibele verklaring voor het ontstaan van agressie en geweld bij twee motieven. De aanwezigheid van noxious stimuli, het wegvallen van de positieve stimuli en het niet bereiken van het initiële doel, zijn indicatoren van het ontstaan van Strain. De negatieve emoties (zoals boosheid en frustratie), welke ontstaan door het invloed van één of meerdere van deze factoren, zijn geconstateerd in de incidenten met agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Het cluster van motief A bevat casuïstiek waarin het individu op een illegale manier omgaat met Strain en zodoende fysiek geweld gebruikt tegen het ambulancepersoneel. Het ambulancepersoneel wordt in deze casuïstiek indirect verweten dat het individu zijn doel niet bereikt. Geweld en agressie zijn hier een middel en het is bewust gericht jegens het ambulancepersoneel. In de casuïstiek, geclusterd onder motief B, richt het geweld zich op het ambulancepersoneel als gevolg van de directe werkzaamheden van het ambulancepersoneel. De aanwezigheid van noxious stimuli zorgt voor het ontstaan van Strain. Het wegvallen van positieve stimuli is minder frequent aanwezig dan bij motief A en de negatieve emoties boosheid en frustratie ontstaan. De negatieve emotie boosheid hangt positief samen met agressie en geweld in de General Strain Theorie en de resultaten uit de casuïstiek bevestigen deze veronderstelling. De General Strain Theorie is echter onvoldoende in staat om motief C te verklaren. In het cluster van motief C zijn motieven opgenomen welke onderling niet samenhangen, maar waar het onderscheid is gemaakt op de invloed van een psychische stoornis. De dader heeft agressie en geweld gepleegd onder invloed van een persoonlijkheidsstoornis of psychische aandoening.

Onder motief C vallen drie casussen welke verschillende motieven hebben. In elke casus is een psychische stoornis van invloed op het handelen van de dader. De General Strain Theorie kan onvoldoende verklaren waarom de dader het geweld tegen het ambulancepersoneel pleegde. De General Strain Theorie kon het motief van agressie en geweld niet verklaren, indien oorzaak en gevolg met elkaar verweven waren. Het was niet mogelijk om te bepalen welke omstandigheid, zoals een psychische stoornis of de aanwezigheid van een noxious stimuli, de negatieve emotie veroorzaakte of beïnvloedde. In de casuïstiek van motief C kon niet worden aangetoond dat de drie manieren waardoor Strain kan ontstaan, de aanwezigheid noxious stimuli, het wegvallen van positieve stimuli en het niet behalen van een vooraf bepaald doel, van invloed waren op het plegen van agressie en geweld. Derhalve kan de General Strain Theorie niet volledig het motief voor agressie en geweld tegen ambulancepersoneel verklaren.

7.2. Van motief naar beleid

De bevindingen met betrekking tot beleid en motief dienen als basis voor de specifieke aanbevelingen die deze scriptie zal doen. De uitkomsten van de motiefanalyse hebben geleid tot een aantal inzichten. Om een goede aansluiting te bewerkstelligen tussen beleid en praktijk heeft deze scriptie op basis van indicaties uit de motiefanalyses het beleid omtrent agressie en geweld tegen ambulancepersoneel nader onderzocht. De motiefanalyse bood onder meer inzicht in de algemene karakteristieken van motieven van daders en aan deze karakteristieken zijn een aantal beleidsaanbevelingen gekoppeld.

Algemene karakteristieken van het motief

Een van de constatering is dat in tien van de elf casussen de dader onder invloed van alcohol of drugs was. Dit lijkt een verhoogde kans op agressie en geweld te geven en dit wordt bevestigd in de wetenschappelijke literatuur (Van Hasselt et al. 2010; Ferweda, 2011). In het protocol van de ambulancemeldkamer wordt niet expliciet gevraagd naar de inname van alcohol en drugs bij de patiënt of omstanders. Dit zou een waardevolle toevoeging zijn volgens deze scriptie, aangezien dit van invloed kan zijn in de omgang met het gedrag van het gedrag van de patiënt of van de omstanders. Het is aannemelijk om te concluderen op basis van de casuïstiek dat informatie en kennis over de werkzaamheden van het ambulancepersoneel bij omstanders en patiënten kan leiden tot het reduceren van agressie en geweld. Als men meer weet over de genomen maatregelen van het ambulancepersoneel, kan dit leiden tot meer begrip voor het werk van het ambulancepersoneel en kan het ontstaan van

Strain tegen worden gaan. Een andere constatering op basis van de algemene karakteristieken is het feit dat in acht van de elf casussen geen politie aanwezig was tijdens het agressie- en geweldsincident. Uit de interviews met het ambulancepersoneel kan worden geconcludeerd dat het ambulancepersoneel zelf de keuze kan maken of politiebegeleiding gewenst is. Deze inschatting is subjectief en wordt gemaakt op basis van de informatie welke door de ambulancemeldkamer wordt verschaft. Voor het maken van deze keuzes zijn bepaalde voorschriften opgesteld, maar dit is per regio anders ingevuld. Dit heeft consequenties voor de manier waarop er per regio om wordt gegaan met dit soort situaties. Met de aanwezigheid van politie wordt de kans kleiner dat potentiële daders delinquent gedrag gaan vertonen. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat de aanwezigheid van politieagenten een afschrikwekkende werking kan hebben ten opzichte van potentiële daders (Verwee, 2012; Bowling & Foster, 2002). Gedetailleerde informatie over het incident, maar vooral over de inname van alcohol bij patiënten en omstanders zou een betere inschatting kunnen geven voor het risico op conflictsituaties tussen ambulancepersoneel en patiënten en omstanders. In de ambulancemeldkamer wordt niet expliciet gevraagd naar de inname van alcohol bij de patiënten of omstanders (Graafmans, 2015). Volgens deze scriptie zou dit wenselijk zijn, aangezien deze informatie vitaal is voor het maken van een gedegen inschatting of het ambulancepersoneel behoefte heeft aan politiebegeleiding en de houding van het ambulancepersoneel. Desondanks blijft deze beslissing een subjectieve inschatting van het ambulancepersoneel en is de houding van het desbetreffende ambulancepersoneel van invloed op de uitkomst van deze beslissing. In 2017 start een evaluatie van het in 2015 geïmplementeerde meldkamerprotocol (Ambulancezorg 2016) en in dit proces zou het een goed idee zijn om ruimte te creëren voor het opnemen van nieuwe vragen ter verbetering van de veiligheid voor zowel het ambulancepersoneel als andere betrokkenen.

Motief A & B

Om een koppeling te maken tussen de uitkomsten van de specifieke motieven is er gekeken naar de uiterlijke kenmerken van de casuïstiek. De invloed van Strain is in de motiefanalyse aangetoond, maar niet alle invloeden (het verlies van positieve stimuli of de aanwezigheid van noxious stimuli) kunnen kenbaar zijn voor het ambulancepersoneel. Het is onmogelijk om van mogelijke voorspellers van agressie en geweld, zoals het recente verlies van naasten of eerdere veroordelingen voor strafbare feiten door de patiënt of omstander, tijdens het incident wetenschap te hebben. Derhalve richt deze scriptie zich op de beleidsaanbevelingen op basis van de uiterlijke kenmerken van de specifieke motieven.

Dit kan leiden tot evidence-based beleid. Een opvallende constatering uit de motiefanalyse is het verschil tussen motief A en B in de behoefte aan medische zorg gedurende het incident.

Uit de casuïstiek van motief A blijkt dat de patiënten veronderstellen geen hulp te behoeven. De medische hulp die zij krijgen is in hun ogen overbodig. Aangezien zij deze hulp uiteindelijk alsnog ontvangen, ondanks meerdere verklaringen dat zij dit niet nodig achten, kan dit van invloed zijn geweest op het ontstaan of vergroten van Strain. Daarentegen is in de casuïstiek van motief B sprake van te weinig verleende medische zorg door het ambulancepersoneel. In de casuïstiek van motief B ligt de nadruk van de omstander op het verkrijgen van (extra) medische hulp voor het slachtoffer. Als in de casus hier niet snel genoeg aan wordt voldaan, aangezien het ambulancepersoneel niet uitstapt (casus 8) of te langzaam werkt in de ogen van de omstander (casus 7), kan dit van invloed zijn op het ontstaan of vergroten van Strain.

Deze constatering, op basis van de motieven, leiden tot een aantal beleidsaanbevelingen. Het is aannemelijk om uit de resultaten van de scriptie te concluderen dat de houding van het ambulancepersoneel van invloed is op agressie- en geweldsincidenten. In zowel de escalatie als de-escalatie. Het is van belang dat het ambulancepersoneel hier bewust van is, aangezien dit mee kan spelen in de uitkomst van de potentiële conflict situatie. Dit zijn waardevolle inzichten. Daarnaast is het van belang dat ambulancepersoneel zich bewust is van de positie waarin zij verkeren. Het ambulancepersoneel dient voldoende bewust te zijn van haar functie en rol, maar moet vooral altruïstisch kunnen handelen. Dit wordt bevestigd door het ambulancepersoneel dat geïnterviewd is voor deze scriptie. Zij bevestigen dat het karakter en de kunde van het ambulancepersoneel bepalend is voor de uitkomst van een conflictsituatie (bijlage 1, 2 en 3). Het is van belang dat er in het opleiden en trainen van het ambulancepersoneel genoeg aandacht wordt besteed aan de invloed van de werkzaamheden van het ambulancepersoneel. Agressie en geweld is een thema geweest, echter concludeerde het ambulancepersoneel dat de aandacht voor het probleem recentelijk is afgenomen (bijlage 1,2 en 3). De laatste training voor agressie en geweld was ruim vier jaar geleden en paste niet in de dagelijkse praktijk (bijlage 2). De omstanders en patiënten dienen goed geïnformeerd te worden over de werkzaamheden van het ambulancepersoneel, aangezien deze van invloed zijn op mogelijke conflictsituaties, welke kunnen leiden tot agressie- en geweldsincidenten. Uit de interviews met de beleidsmedewerkers van de diverse instanties bleek dat het beleid ter preventie van agressie en geweld per regio zelf wordt bepaald en dat er te weinig aandacht wordt besteed aan een adequate aanpak van agressie en geweld.

Deze scriptie beveelt aan om centraal aandacht te besteden aan agressie en geweld tegen ambulancepersoneel en de rol van het ambulancepersoneel goed weer te geven. Hier ligt een belangrijke rol voor Ambulancezorg Nederland.

Motief C

In het cluster van motief C valt de casuïstiek waarin agressie en geweld is gepleegd onder invloed van een psychisch stoornis. De motieven in de casuïstiek van motief C waren divers, maar in alle casussen bleek een psychische aandoening van invloed op het handelen van de dader. De rechter heeft in deze casussen de daders als niet (volledig) toerekeningsvatbaar beoordeeld. In een aantal gemeenten in Nederland (waaronder Eindhoven en Amsterdam) is er sinds 2014 een proef gestart met de “psycholance” (Ambulancezorg 2016). De meldkamer kan bij het vervoer of behandeling van patiënten met een psychische stoornis een ambulance inzetten welke volledig ingericht is op het verzorgen en behandelen van een psychiatrische patiënt. Het heeft geleid tot positieve resultaten (NOS 2017), gezien het feit dat deze ambulance beter is ingericht op de problemen en het gedrag van de patiënt. Vanwege de geringe looptijd van deze proef zijn er op dit moment over het aantal agressie-geweldsincidenten in deze psycholance nog geen cijfers beschikbaar. De positieve reacties van de instanties en de toezegging van minister Schipper om zes miljoen euro te investeren in soortgelijke initiatieven kan een voorzichtige indicatie van de positieve werking geven. De bevindingen in deze scriptie leiden niet tot een eenduidige oplossing voor motief C, maar dienen wel als een indicatie voor de motieven welke kunnen plaatsvinden. In dit licht is het waardevol om alternatieve vervoermethoden verder te onderzoeken.

7.3. Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft door verschillende redenen een aantal beperkingen. Vanwege de vastgestelde tijdsperiode, financiële middelen en de afhankelijkheid van derden zijn er bepaalde keuzes gemaakt in deze scriptie. De consequenties worden in deze paragraaf besproken. De grootste beperking van deze scriptie ligt in de beperkte omvang van de data. Er is sprake van een kleine dataset met maar elf casussen. Op voorhand waren er afspraken gemaakt met het OM voor het inzien van vijftwintig dossiers. Vanuit het OM is informeel ingestemd met deze toezegging. Een officieel verzoek van inzage is ingediend waarop na twee maanden echter negatief werd gereageerd. Deze afwijzing had consequenties voor de dataverzameling en een alternatieve methoden moest worden gebruikt. Het onderzoek is

vertraagd en beperkt in omvang door de afwijzing van het OM. Van de geïncludeerde casussen zijn er drie gebaseerd op interviews met ambulancepersoneel. Het ambulancepersoneel heeft de casuïstiek geschetst en besproken. Deze scriptie heeft echter geen hoor-en wederhoor kunnen toepassen. De casuïstiek van casus 1 t/m 3 is daarom aan subjectiviteit onderhevig.

De acht andere casussen zijn overgenomen vanuit de publieke beschikbare rechtbankdossiers. Alle informatie is feitelijk overgenomen, maar vanwege privacy redenen heeft deze scriptie geen nadere verklaringen van betrokkenen over de casuïstiek kunnen inzien. De externe validiteit is hierdoor aangetast. De omvang en de wijze waarop de casuïstiek is verzameld heeft als consequentie dat de resultaten van dit onderzoek niet te generaliseren zijn naar buiten de steekproef.

Dit onderzoek heeft geen aandacht besteed aan alle 25 ambulanceregio's in Nederland. Vanwege praktische redenen was het voor deze scriptie niet mogelijk om een vertegenwoordiger te spreken van alle 25 regionale ambulancevoorzieningen. Door beperkte financiële middelen en een korte onderzoeksperiode, heeft deze scriptie keuzes moeten maken in de te benaderen respondenten. De aanbevelingen van deze scriptie zijn gedaan op drie regio's en dat is niet representatief voor buiten de steekproef. Deze drie regio's verschillen van organisatiestructuur en kunnen daarom onvoldoende worden vergeleken met de overige 22 ambulanceregio's. Hieruit voortvloeiend komt een andere beperking. De data is verzameld via een convenience sampling. Via het netwerk zijn er respondenten benaderd en respondenten konden zelf aangeven of zij deel wilde nemen aan het onderzoek. Convenience sampling is een non probabilistische steekproeftechniek en de resultaten uit dit onderzoek zijn niet representatief voor de populatie. De resultaten van deze scriptie kunnen dienen als indicatie, maar zijn verder niet te generaliseren naar buiten de steekproef.

7.4. Discussiepunten voor verder onderzoek en beleid

Uitbreiding van de General Strain Theorie

De General Strain Theorie bleek onvoldoende bruikbaar voor het verklaren van geweld richting ambulancepersoneel. Voor komend wetenschappelijk onderzoek is het aan te bevelen om een tweede theorie in combinatie met de General Strain Theorie toe te passen. Om de richting van agressie en geweld te kunnen verklaren is het toevoegen van de Routine Activiteiten Theorie (Cohen & Felson, 1979) een alternatief. De Routine Activiteiten Theorie is een al eerder toegepaste theorie voor het verklaren van geweldsdelicten (Madero-

Hernandez & Fisher, 2015; Rusmo, 2000). Eén van de kernelementen van de Routine Activiteiten Theorie is het verklaren van direct fysiek contact tussen dader en slachtoffer (Muncie & McLaughlin 2013). De Routine Activiteiten Theorie is geschikt voor het verklaren van gewelddadige illegale incidenten, omdat de theorie gefocust is op de daad zelf en niet specifiek de dader analyseert (Zahn, 2015). De routine activiteiten theorie kan mogelijk de ontbrekende verklaring voor de psychische stoornis geven. Door het includeren van de context van de daad, wordt er een alternatief geboden voor de hiaten van dit huidige onderzoek. Dit kan leiden tot een betere verklaring voor geweld en agressie tegen ambulancepersoneel. Een theoretisch kader met een combinatie van de twee theorieën kan uitsluitend geven of de motivatie van de dader alleen te maken heeft met de dader zelf (General Strain Theorie) of dat er een verklarende factor ligt in de wisselende omstandigheden en/of bij het slachtoffer (het ambulancepersoneel) zelf. De kritiek op de Routine Activiteiten Theorie is vooral gericht op het feit dat er een gebrek is aan invloed van de persoonlijke karakteristieken van de potentiële dader op het eventueel plegen van de daad (Felson, 2008). De General Strain Theorie vult de Routine Activiteiten Theorie op dit kritiekpunt aan, aangezien Strain mede veroorzaakt kan worden onder invloed van persoonlijke karakteristieken. Een verklarend onderzoek met ondersteuning van het voorgestelde theoretisch kader kan volgens deze scriptie een valide alternatief bieden in het verklaren van het motief van agressie en geweldplegers.

Nader onderzoek darknumber

Het ambulancepersoneel is zich bewust van geweld en agressie tijdens de uitvoer van hun werkzaamheden. In Nederland is sprake van een verschil tussen de daadwerkelijke agressie- en geweldsincidenten en de registratie. Deze scriptie heeft aangetoond dat de attitude van het ambulancepersoneel een mogelijke verklaring is voor deze discrepantie. Het daadwerkelijke aantal incidenten zal niet bekend worden, aangezien een beperkt percentage wordt geregistreerd. Vaak ontbreekt het aan motivatie om intern melding van het incident te maken. Dit is deels gebaseerd op persoonlijke ervaringen van het ambulancepersoneel. Het inzicht in de motieven kan een indicatie geven voor twee mogelijke conclusies over de houding van het ambulancepersoneel: de houding van het ambulancepersoneel kan van invloed zijn op de uitkomst van een potentiële conflictsituatie en de houding van het ambulancepersoneel ten opzichte van agressie en geweld kan leiden tot een hoger darknumber. Derhalve kan deze veronderstelde houding binnen het ambulancepersoneel leiden tot het in stand houden of zelfs vergroten van het darknumber. Op deze manier wordt het maken van adequaat beleid

bemoeilijkt, aangezien het aantal daadwerkelijke agressie- en geweldsincidenten in de praktijk niet wordt benaderd. Niet alleen de houding van het ambulancepersoneel houdt volgens de geïnterviewde het darknumber in stand, maar de juridische opvolging is eveneens onvoldoende geregeld.

Tijdens de onderzoeksperiode van deze scriptie is duidelijk geworden dat agressie en geweld een controversieel onderwerp blijft voor de betrokken instanties. De verwachting bij de instanties is als volgt: hoe meer aandacht er aan het onderwerp wordt besteed, des te meer incidenten zullen er worden geregistreerd. In de wetenschappelijke literatuur is dit omschreven als het registratie-effect (Van Ham et al., 2015). De reactie van het Ministerie van Veiligheid en Justitie op de incidenten tijdens de nieuwjaarsnacht van 2017 waren illustratief voor het veronderstelde. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie gaf aan het niet te tolereren dat agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak zich voordoet, maar dat er in de afgelopen jaren genoeg aandacht aan was besteed om dit probleem terug te dringen. Dit had zich volgens het ministerie geuit in beleid en maatregelen ter preventie van agressie en geweld. Dit leidde tot consternatie in de praktijk: hulpverleners gaven aan maar weinig te merken van de maatregelen in de praktijk (NOS, 2017). Het gebrek aan maatregelen in de praktijk kan leiden tot minder motivatie aan de kant van het ambulancepersoneel om incidenten te melden. Om dit darknumber tegen reductie en derhalve evidence-based beleid beter mogelijk te maken, raadt deze scriptie aan om meer onderzoek te doen naar de frequentie van het aantal agressie- en geweldsincidenten en de houding van ambulancepersoneel ten opzichte van het melden en registreren van deze incidenten. Dit kan mogelijk leiden tot een betere afstemming tussen beleid en praktijk.

8. Literatuurlijst

- Agnew, R. (1985). A revised Strain theory of delinquency. *Social Forces*, 64, 151–167.
- Agnew, R. (1989). A longitudinal test of revised Strain theory. *Journal of Quantitative Criminology*, 5, 373–387.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general Strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47–66.
- Agnew, R. (1995). Testing the leading crime theories: an alternative strategy focusing on motivational processes. *Journal of research in crime and delinquency*. 32(4), 363-398.
- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general Strain theory: Specifying the types of Strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38, 319–361.
- Agnew, R. (2002). Experienced, vicarious, and anticipated Strain: An exploratory study on physical victimization and delinquency. *Justice Quarterly*, 19, 603–632.
- Agnew, R. (2005). *Why do criminals offend? A general theory of crime and delinquency*. Los Angeles: Roxbury.
- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: An overview of general Strain theory*. Los Angeles: Roxbury.
- Agnew, R. & Brody, L. (1997). Gender and crime: a general strain theory perspective. *Journal of research in crime and delinquency*. 34(3), 275-306.
- Alwin, D. (1987). Distributive justice and satisfaction with material well-being. *American Sociological Review*, 52, 83-95.
- Ambulancezorg Nederland (2008). Ambulances-in-zicht 2007. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2007.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2009). Ambulances-in-zicht 2008. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2008.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2010). Ambulances-in-zicht 2009. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2009.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2011). Ambulances-in-zicht 2010. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2010.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2012). Ambulances-in-zicht 2011. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2011.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2013). Ambulances-in-zicht 2012. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2012.pdf>

- Ambulancezorg Nederland (2014). *Ambulances-in-zicht 2013*. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2013.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2015). *Ambulances-in-zicht 2014*. Geraadpleegd via:
<https://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/.../ambulances-in-zicht-2014.pdf>
- Ambulancezorg Nederland (2016). *Omgaan met agressie en geweld in de ambulancesector*.
 Geraadpleegd via: [https://www.ambulancezorg.nl/Omgaan_met_agressie_en_geweld_in_de_ambulancesector\(1\).pdf](https://www.ambulancezorg.nl/Omgaan_met_agressie_en_geweld_in_de_ambulancesector(1).pdf)
- Atkinson, M., & Young, K. (2008). *Deviance and Social Control in Sports*. New York: Human Kinetics Press.
- Aseltine, R., Gore, S., & Gordon, J. (2000) Life stress, anger and anxiety, and delinquency: An empirical test of general strain theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3). 256–275.
- Bakker, I., Drost, L., Roeleveld, W. & Nap, E. (2010). *Wat hebben geweldsplegers gemeen? Een typologie van plegers van geweld tegen de publieke taak en van publiek geweld*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bernard, T. (1984). Control Criticisms of Strain Theories: An Assessment of Theoretical and Empirical Adequacy. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21(4). 353-372.
- Bigham, B., Lensen, J., Tavares, W., Drennan, I., Saleem, H., Dainty, K. & Munro, G. (2014). Paramedic Self-Reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-Methods Cross-Sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*, 18 (4), 489-494.
- Brough, P. (2004). Comparing the influence of traumatic and organizational stressors upon the psychological health of police, fire and ambulance officers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 227-244.
- Brough, P. (2005). Workplace Violence Experienced by Paramedics: Relationships with Social Support, Job Satisfaction, and Psychological Strain. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2. 167-179.
- Bowling, B., & Foster, J. (2002). "Policing and the Police" in Maguire, M., Morgan, R., & Reiner, R. *The Oxford Handbook of Criminology*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press. 988-1033.
- Boxill, I., Chambers, C. & Wint, E. (1997). *Introduction to Social Research With Applications to the Caribbean*. University of The West Indies.

- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 24, 760–763.
- Bombari, D., Schmid, D, Mast, M., Brosch, T., & Sander, D. (2013). How interpersonal Power affects empathic accuracy: differential roles of mentalizing vs mirroring? *Frontiers in Human Neuroscience*. Published Online.
- Brodi, L. (2001). A Test of The General Strain Theorie. *Criminology*, 39(1), 9-36.
- Bruinsma, G., & Zwanenburg, M. (1992). *Methodologie voor bestuurskundigen. Stromingen en methoden*. Coutinho BV.
- Chermack, S. & Blow, F. (2002). Violence among individuals in substance abuse treatment: The role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 29–37.
- Clarke, R. (1999). *Hot Products. Police Research Series*. Paper 112. London: Home Office.
- Clarke, R., Kemper, R. & Wyckoff L. (2001). Controlling Cell Phone Fraud in the U.S. *Security Journal*, 14, 7-22.
- Cohen, L. & Felson, M (1979). Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. *American Sociological Review*, 4, 588-608.
- Coleman, L. (2004) *The Copycat Effect: How the Media and Popular Culture Trigger the Mayhem in Tomorrow's Headlines*. Paraview Pocket Books: New York.
- Crabine E., Cox, P., Lee, M., Plummer, K. & South, N. (2009). *Criminology. A sociological introduction*. London & New York: Routledge.
- Crilly, J., Chaboyer, W. & Creedy, D. (2003). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12(2), 67–73.
- DSP Groep (2011). *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak, 2007 - 2009 – 2011*. Onderzoek voor Veilig Publieke Taak. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Duchateau, F., Bajolet-Laplante, M., Chollet, C., Ricard-Hibon, A. & Marty, J. (2002). Exposure of French emergency medical personnel to violence. *Ann Fr Anesth Reanim* 21(10), 775–783.
- Dyer, J., & Nubeoka, K. (2000). Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: the Toyota case. *Strategic Management Journal*, 21(3), p 345-367.
- Einstadter, W. & Henry, S. (2006). *Criminological Theory: An Analysis of Its Underlying Assumptions*. Boulder, CO. Rowman and Littlefield.

- Engelen, P., Landerb, M. & van Essen, M. (2015). What determines crime rates? An empirical test of integrated economic and sociological theories of criminal behavior. *The Social Science Journal*, 53, 242-262.
- Felson, M. (2008). The routine activity approach. *Environmental Criminology and Crime Analyses*, 70-77.
- Ferweda, H., Van Hasselt, N., Van Ham, T., & Voorham, L. (2012). *De juiste snaar. Professionals met een publieke taak en de omgang met overlast, agressie en geweld als gevolg van alcohol en/of drugsgebruik*. Trimbos Instituut/Bureau Beke. Utrecht/Arnhem.
- Flight, S. (2013). *Evaluatie Eenduidige Landelijke Afspraken*. DSP Groep. Geraadpleegd via: <http://sanderflight.nl/eenduidige-landelijke-afspraken-ela/>.
- Gates, D., Ross, C. & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.
- Giesen P., Morkink H., & Hensing M. (2003). Een mythe ontzenuwd: Patiënten benaderen de huisarts zelden agressief. *Medisch contact*, 41, 1572-1574.
- Graafmans, A. (2015). *Volgens Protocol*. Baldr Film/Human. Geraadpleegd via: <http://www.2doc.nl/documentaires/series/2doc/2015/april/volgens-protocol.html>
- Graham, K., & Homel, R. (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Devon, UK: Willan Publishing
- Grange, J. & Corbett, S.W. (2002). Violence against Emergency Medical Services Personnel. *Pre-hospital Emergency Care*, 6, 186-190.
- Healy, W. & Bonner, F. (1969). *New Light on Delinquency and Its Treatment*. New Haven: Yale University Press.
- Hegtveld, K. (1991). Social comparison processes, in: Borgotta, E. & Borgotta, M. (1991). *Encyclopedia of Sociology*. New York: Macmillan.
- Helfgott, J. (2008). *Criminal Behavior. Theories, Typologies and Criminal Justice*. United States, California: Sage Publications:
- Hendriks, P. (1999). Why share knowledge? The influence of ICT on the motivation for knowledge sharing. *Knowledge and Process management*, 2(6), 99-100.
- Hoffman, J. & Cerbone, F. (1999). Stressful Life Events And Delinquency Escalation In Early Adolescence. *Criminology*, 37(2), 343-374.

- Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (2011). *Rapport Politie en de Veilig Publieke Taak*. Geraadpleegd via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2011/05/12/rapport-politie-en-veilige-publieke-taak>.
- Kaufman, J. (2009). Gendered Responses to Serious Strain: The Argument for a General Strain Theory of Deviance. *Justice Quarterly*, 26(3), 410–444.
- Koritsas, S., Boyle, M. & Coles, J. (2009). Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehosp Disaster Med*, 24(5), 417–21.
- Koohestani, H., Baghcheghi, N., Rezaii, K. & Ebrahimi, F. (2012). Risk factors for workplace violence in emergency medical technician students. *Iran Occup Health*, 9(1), 68–75.
- Lanier, M. & Henry, S. (2010). *Essential criminology*. United States, Colorado. Boulder: Westview.
- Link, N., Cullen, F., Agnew, R. & Link, B. (2015). Can General Strain Theory Help Us Understand Violent Behaviors Among People with Mental Illnesses? *Justice Quarterly*, 33(4), 729-754.
- Liska, A. (1971). Aspirations, Expectations, and Delinquency: Stress and Additive Models. *Sociological Quarterly*, 12, 99-107
- Lucas, R. (1999). Violence in the pre-hospital setting. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17, 679-683.
- Lynch, J. (1987). Routine activity and victimization at work. *Journal of Quantitative Criminology*, 3(4), 286–300.
- Van Ham, T., Bervoets, E., Ferweda, H. (2015). *Papier en Werkelijkheid*. WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Van Hasselt, N., Van Bunningen & N., Bovens, R., (2011). Alcohol en geweld: een complexe relatie. *Justitiele Verkennigen*, 37(4), 65-88.
- Hoffmann, J. & Miller, A. (1998). A latent variable analysis of general Strain theory. *Journal of quantitative criminology*, 14(1), 83-110.
- Hoobler, J. & Swanberg, J. (2006). The enemy is not us: Unexpected workplace violence trends. *Public personnel management*, 35(3), 229-246.
- Madero-Hernandez, A. & Fisher, B. (2012). Routine Activity Theory, in: Cullen, F. & Wilcox, P. (2012). *The Oxford Handbook of Criminological Theory*. Oxford: University Press.
- Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel/Amsterdam: Boom.

- Mazerole, P., Piquerio, A., Capowich, P. (2003). Examining the Links between Strain, Situational and Dispositional Anger, and Crime Further Specifying and Testing General Strain Theory. *Youth & Society*, 35(2). 131-157.
- McCall, P., Nieuwbeerta, P., Engen, R. & Thames, K. (2012). Explaining variation in homicide rates across Eastern and Western European cities: the effects of social, political, and economic forces. *Handbook of European Homicide Research*, 137-154.
- McNulty, T., & Bellair, P. (2003). Explaining racial and ethnic differences in adolescent violence: Structural disadvantage, family well-being, and social capital. *Justice Quarterly*, 20, 501–528.
- Mebius, D. (2 januari, 2017). Politiebond luidt noodklok na aangevallen agenten tijdens nieuwjaarsnacht. *De Volkskrant*, p 2.
- Mechem, C., Dickinson, E., Shofer & S., Jaslow D. (2002). Injuries from assaults on paramedics and firefighters in an urban emergency medical services system. *Prehospital Emergency Care*, 6(4), 396–401.
- Merton, R. (1932). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-682.
- Minkov, A. & Beaver, K. (2016). A test of life history strategy theory as a predictor of criminal violence across 51 nations. *Personality and Individual Differences*, 97, 186-192.
- Muncie, J. & McLaughlin, E. (2013). *Criminological Perspectives*. London: Sage.
- NOS (2017). Politievakbond wil geen woorden maar daden van Van der Steur. Geraadpleegd via:<http://nos.nl/artikel/2151100-politievakbond-wil-geen-woorden-maar-daden-van-van-der-steur.html>.
- O'Grady, W. (2014). *Crime in Canadian Context*. Oxford: University Press.
- Ousey, G., Wilcox, P. & Schreck, W. (2015). Violent victimization, confluence of risks and the nature of criminal behavior: Testing main and interactive effects from Agnew's extension of General Strain Theory. *Journal of Criminal Justice*, 43, 164–173.
- Petzall, K., Tallberg, J., Lundin, T. & Suserud, B (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *Int Emerg Nurs*, 19(1), 5–11.
- Plasterk, R. (2013). *Evaluatieonderzoek naleving Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA)*. [Kamerbrief]. Geraadpleegd via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2011/05/12/brief-rapport-inspectie-oo-v-politie-en-de-veilige-publieke-taak>

- Pourshaikhian, M., Khorasani-Zavareh, D., Abolghasem H., Aryankhesal, A. & Barati, A. (2016). Workplace Violence Process against Emergency Medical Services Staffs: A Grounded Theory. *Global Journal of Health Science*, 8(12), 213-224.
- Pourshaikhian, M., Abolghassem, H., Aryankhesal, Khorsani-Zavareh, D. & Barati, A. (2016b). A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Archives of Trauma Research*, 5, 1-14.
- Quicker, J. (1974). The Effect of Goal Discrepancy on Delinquency. *Social Problems*, 22, 76-86.
- Reigerink, J. (2016). *Omgaan met agressie en geweld in de ambulancesector*. Ambulancezorg Nederland.
- Roizen, J. (1997). Epidemiological issues in alcohol-related violence, in: Galanter, M., (1997) *Recent Developments in Alcoholism 13*. New York: Plenum Press.
- Rossmo, D. (2000). *Geographic profiling*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Roeleveld, W. & Bakker, I. (2010). *Slachtoffers van geweld binnen de publieke taak*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Shaw, C. & McKay, H. (1931). *Juvenile Delinquency and Urban Areas*. Chicago: Chicago University Press.
- Sampson, R., & Groves, W. (1989) Community structure and crime: testing social-disorganization theory. *American Journal of Sociology*, 94. 243-260.
- Sampson, R., & Raudenbush, S. (2001). *Disorder in urban neighborhoods—Does it lead to crime?* Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Sikkema, C., Abraham, M. & Flight, S. (2007). *Ongewenst gedrag besproken: Ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak*. Amsterdam: DSP groep.
- Smith, C. & Allen, J. (2004). *Violent crime in England and Wales*. Londen: Home Office.
- Stoddard, S., Heinze, J., Choe, D. & Zimmerman, M. (2015). Predicting violent behavior: The Role of violence exposure and future educational aspirations during adolescence. *Journal of Adolescence*, 44, 191–203.
- Straus, M. (1991). Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence and other crimes in adulthood. *Social Problems* 38, 133-154.
- Suserud, B., Blomquist, M. & Johanson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 127–135.
- Tintinalli, J. (1993). Violent patients and the pre-hospital provider. *Annals of Emergency Medicine*, 22, 1276-1290.

- Ufkes, E., & Giebels, E. (2014) *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak. Een literatuuronderzoek*. Ministerie van Binnelandse Zaken en Koninkrijkrelaties.
- Van Hasselt, N. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Van der Mee, T. (2016, 12 april). Toenemende agressie jaagt personeel zorg uit. *Algemeen Dagblad*, 9.
- Verwee, I. (2013). *De politierol bekeken door de bril van de burger*. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu.
- Vezyridis, P., Samoutis, A. & Mavrikiou, P. (2014). Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1210-1222.
- Vugt, M. van & Bogaerts, S. (2007). *Aard en omvang agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak: quickscan*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Walsh, D. (1980). *Break-ins: Burglary from Private Houses*. London: Constable.
- Wortley, R. & Mazerolle, L. (2008). *Environmental Criminology and Crime Analysis*. London: Willan Publishing.
- Zahn, M., Brownstein, H. & Jackson, S. (2014). *Violence: From Theory to Research*. New York: Routledge.
- Zhang, J., Wieczorek, W., Conwell, Y. & Ming Tu, X. (2011). Psychological Strains and Youth Suicide In Rural China. *Social Science & Medicine*, 72, 2003-2010.
- Zillman, D. (1979). *Hostility and Aggression*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Appendix 1

Coderingslijst strafrechterdossiers

Casus beschrijving:

Algemeen

Datum incident

Tijdstip incident

Dag (weekend/doordeeweeks)

Dader

Geslacht

Geboorte datum

Geboorte land

Nationaliteit

Woonplaats

Woonsituatie (zelfstandig, ouders of onder begeleiding)

Relatie

Verleden

Genoten opleiding

Belangrijke levensgebeurtenissen

Omgang met stress

Gebruik van geestverruimende middelen

Schokkende gebeurtenissen van te voren (overlijden van ouders, familie leden ziek etc.)

Mits van toepassing:

Eerder gepleegde delicten

Lengte strafblad

Gewelddadige delicten

Eerdere niet gewelddadige delicten

Vormen van straf

Lengte van straf

Delict

Context:

Middelen (in het geval van wapengebruik)

Locatie incident (buiten/binnen)

Precieze locatie incident (thuis, op straat etc.)

Omstandigheden

Alleen of in groep

Omstanders aanwezig?

Rol van omstanders

Type geweld

Motivatie

Doel geweld

Motief
Aanleiding geweld
Invloed omstandigheden
Rol van slachtoffer
Invloed van geweld

Strain

Merkbare spanning bij dader?
Angst
Frustratie
Boosheid

Appendix 2

Vragenlijst slachtofferinterviews

Intro:

Woord van dank richting geïnterviewden. Ik ben mij terdege bewust van gevoeligheid van informatie die u prijs geeft. Gaat u er mee akkoord dat ik dit interview opneem via mijn telefoon? Zo ja; ik zal na dit interview het transcript na u toe sturen en u kunt dan de feitelijke onjuistheden uit het transcript halen. Daarna zal ik de informatie verwerken en in concept naar u toe sturen zodat u weet waarvoor ik het heb gebruikt. Dan kunt u eventuele oneffenheden er alsnog uit halen, mocht u dat nodig vinden. Mijn scriptie richt zich op het geweld van patiënte/ behandelde jegens ambulancepersoneel, dus door derden en niet door collega's.

Ik zal alle informatie geanonimiseerd opnemen in mijn scriptie en zo opschrijven dat het niet te herleiden valt naar uw persoon en/of regio.

Persoonskenmerken

Geslacht
Leeftijd
Nationaliteit
Opleiding

Werkzaamheden

Wat is uw beroep?
Hoelang bent u al werkzaam in dit beroep?
Kunt u uw werkzaamheden beschrijven?
Wat zijn uw werktijden?
Heeft u onregelmatig diensten?
Wat is uw werkgebied?
Bent u zich bewust van mogelijkheid van agressie en geweld door derden tijdens u werk?
In hoeverre komt verbaal en fysiek geweld voor op het werk?
Zo ja met welke frequentie en onder welke omstandigheden?
In hoeverre denkt u dat geweld samenhangt met het tegenkomen van geweld en de wijze waarop u en uw collega's de werkzaamheden uitvoeren?

Persoonlijke visie

In hoeverre vindt u verbaal- en fysiek geweld bij uw taak horen?

In hoeverre heeft u hierin een grens?

Heeft u specifieke strategieën of tools om binnen uw werk agressie te voorkomen?

Binnen organisatie

In welke mate heeft uw organisatie een protocol als er sprake is van agressie en geweld tegen ambulancepersoneel ?

Hoe verhoudt uw visie op geweld zich tot de visie van de collega's en/of de organisatie?

Waaruit blijkt dat?

In hoeverre zijn er preventiemaatregelen?(fysiek of in de-escalatie trainingen?)

Op welke manier wordt nazorg binnen de organisatie vorm gegeven?

In welke mate worden geweld- en agressie incidenten gemeld?

In hoeverre worden deze meldingen geregistreerd?

Wanneer wel en wanneer niet?

Wat vindt u van de wijze waarop er binnen uw organisatie wordt omgegaan met verbaal en fysiek geweld?

Context ervaring geweld

Kunt u het incident beschrijven waarbij sprake was van agressie/geweld?

- tijdstip, locatie, omstandigheden

- Aanleidingen?

Kunt u een inschatting geven van het motief van de dader?

In uw perceptie de beweegredenen van de dader?

Kenmerken dader: geslacht, leeftijd, beschrijving, geestelijke gesteldheid, drank/drugs?

In hoeverre kunt u een beschrijving geven van de dader?

Over: geestelijke gesteldheid, leeftijd, geslacht, beschrijving van uiterlijk, invloed van drank en drugs?

Hoe heeft u het incident ervaren?

Gevolgen

In hoeverre heeft u de eventuele gevolgen gemerkt van het incident?

Medische/psychische klachten?

In hoeverre heeft het incident invloed gehad in het uitoefenen van uw werk?

Organisatie

Wat was de reactie van de organisatie?

In hoeverre heeft u het delict gemeld?

Was er sprake van nazorg?

In hoeverre was u betrokken bij de eventuele rechtszaak?

In hoeverre bent u door uw organisatie op de hoogte gehouden?

In welke mate bent u door uw organisatie begeleid en is er nazorg aan u verleent?

Was u bij het eventuele strafproces aanwezig?

Resterend

Zijn er nog zaken niet aan de orde geweest die u in het kader van het onderzoek wel van belang acht?

Heeft u nog opmerkingen of vragen?

Bijlagen

Transcriptie scriptie. Interview 1

J: Jerome van Donk, afnemer van het interview.

R1: respondent.

Persoonlijk Geslacht: Man Leeftijd: 31 Nationaliteit: Nederlands Opleiding: WO

Werkzaamheden

Wat is uw beroep? Ambulancechauffeur

Hoelang bent u al werkzaam in dit beroep? Bijna 2 jaar.

Kunt u uw werkzaamheden beschrijven?

Inzet voor regionale hulpverlening en bijstand. Ter plaatse, stabiliseren, wat is het beeld van de patiënt, zorgverlening en daar zorg overdragen aan collega's of aan huisarts. Op enig moment vervoeren en dan zorg overdragen. Rijden met busjes rond om binnen de vijftien minuten ter plaatsen te zijn.

Wat zijn uw werktijden? Elk moment van de dag in de week, dag en nacht.

Heeft u onregelmatig diensten? Ja, dienste van 8 uur. Kan op elk moment van de week.

Wat is uw werkgebied? Stad en platteland.

Bent u zich bewust van mogelijkheid van agressie en geweld door derden tijdens u werk?

Ja

In hoeverre komt verbaal en fysiek geweld voor op het werk?

Sporadisch. In de werktijd nog nooit fysiek of verbaal bejegend, op het incident. Komt ook door de uiterlijke kenmerken van de respondent.

In hoeverre denkt u dat geweld samenhangt met het tegenkomen van geweld en de wijze waarop u en uw collega's de werkzaamheden uitvoeren?R1: Dat is het ook. Niet ter plaatsen bij hulpverlening van een ander. De ene collega krijgt wel vaker ruzie dan de ander. Daar ben ik wel van overtuigd. Dat is persoons afhankelijk. Respondent geeft voorbeeld van programma de rijdende rechter. De nieuwe rijdende rechter bijvoorbeeld, daar kan je gewoon niet boos op worden. Die heeft zo'n hoofd, die kan je gewoon niet slaan. Sommige collega's hebben dat ook, daar krijg je geen ruzie mee. En die hebben een soort teflon laag, daar krijg je geen ruzie mee. De ander gaat op zijn strepen staan, terwijl een patiënt totaal niet gebaat is bij autoritair persoon.

En dat kan mensen tegen de borst stuiten. Ik denk wel dat het kan. De een heeft gewoon wat sneller ruzie dan de ander. Maar hoe vaak het gebeurt kan ik je niet vertellen.

J: En past het in die zin bij het werk? Verwacht je dat agressie en geweld eenmaal mee speelt bij jullie werkzaamheden?

R1: Ja. Ik denk dat, kijk, bekende voorbeeld is denk ik; en als mijn vader doodgaat dan jij ook. Mensen staan onder hoogspanning, mensen doen leipe dingen. Kijk ik ben geen psychiater, maar ik kan wel invoelen. En eh, het enige wat je denk ik intrinsiek kan doen is herkennen en mensen aan de hand meenemen. Meneer, wij doen alles om uw vader te helpen. Eh, stelt u ons in gelegenheid om uw vader te helpen. U wilt toch dat wij u vader helpen? Gewoon positief framen en dan hopen inderdaad dat mensen erin mee gaan en rustiger worde en als je ze een infuuszak in hun handen douwt dat ze die

vast gaan houden en dat e gaat zeggen tegen mensen dat als hij leeg is... en dat mensen een taak hebben. En mee, en bijdragen. Ik kan mij ook wel voorstellen dat het uit een gevoel van onmacht komt en mensen heel erg boos worden dat ze niks kunnen doen, terwijl ze wel willen helpen. Dat ze niet gehoord en niet gezien worden en dat allerlei rare hersenverbindingen in werk stelt waardoor mensen uit hun pan gaan. Ja, kan ik mij wel indenken. In die zin, kan ik het mij voorstellen dat het gebeurd, maar ik praat het niet goed.

J; Nee. In die zin is het eerste wat jullie doen; en wat ik ook uit jouw woorden kan opmaken is de-escaleren?

We worden getraind als wij ter plaatsen gaan om op persoonlijke veiligheid te letten. Ja, het is heel erg leuk, maar als er twee herders achter de deur staan en hun baasje ligt daar achter en wij gaan aan het baasje zitten, ja; het wordt ook al op de meldkamer aangegeven, sluit uw huisdieren even op. Er wordt al opgelet, maar toch. Als iemand een zelfmoord poging doet, kan er best een mes achter de deur liggen. Ja, en als iemand helemaal waus is dan ja. Er wordt wel getriggerd dat het helemaal veilig is. Altijd op jezelf letten en op je collega. Als je twijfelt dan doe, dan gaan je niet naar binnen. Politie gaat ook altijd mee als het op straat is, om bijstand te verlenen waar nodig voor idioten die er op af komen, dat is trouwens ook nog een onderzoekje waard, mensen die met kinderen in de hand gaan kiken naar een reanimatie.

J: maar dat zijn natuurlijk ook derden?

R1: Jawel, maar goed, kijk, het is net een soap serie natuurlijk. Loopt het wel goed af met meneer jansen, die met een pijp uit zijn keel en met een reanimatie apparaat op zijn torso ligt. Sensatie zucht, mensen zin wel bereid te helpen, maar soms is die bereidwilligheid zo groot dat ze in de weg gaan lopen en als je dan wat geïrriteerd wat zegt dan kan dat clashen.

J: de zogenoemde ramptoeristen.

R1: Ja. Ik heb er nog geen verklaring voor, laat ik het zeggen.

J: Misschien nog wat voor mijn PHD.

R1: Ja, precies.

J: In hoeverre vindt u verbaal en fysiek geweld erbij horen?R1: Kijk, ik vind het in die zin er bij horen dat mensen eh, kijk je komt op momenten wanneer mensen op hun zwakst zijn. Ook omstanders, ook familie. Ik ben op enig moment bij een hulpverlening geweest, bij een jonge dame , ergens in de twintig, die had zichzelf verhangen in haar ouderlijk huis.

Eh, ik, wij komen daar ter plaatsen en we zien die moeder in ochtendjas helemaal verdwaald over het terrein lopen. Ik zie dat en ik zie ook een agent die er op af is gestuurd en ik zeg tegen die agent; jij gaat nu op haar af en je gaat haar opvangen. Je gaat dat nu doen. In die zin van, blijf bij haar, geef haar liefde en geef haar aandacht. Hou haar in de gaten. De agent ging, die moeder ging helemaal haar uit haar plaat, zo van, laat het ambulancepersoneel hun werk doen en die agent ging in heel erg in zijn functie zitten. Hij ging heel erg op zijn strepen staan weet je, met de beste bedoelingen, maar dat slaat als een tang op een varken. Werkt niet, dus ja die vrouw ging uit haar plaat. Ja, ik vind dat dat er bij hoort en ja ik vind dat die agent daarmee om moet gaan. En ja weet je, dan zie je het ook ff van buiten is gegaan, dus ja ik denk dat hoort erbij. Ehm, mensen zijn op hun zwakst. Het is aan ons als hulpverlener om toch er boven te staan en de situatie dan zo te de-escaleren, dat mensen tot zeg maar wel een soort van redelijkheid komen. En ja, als we gaan vechten ben ik maar wat blij als er politie bij is. Kijk wij, gaan niet lopen vechten.

J: En dat is zeg maar alleen het geval, de politie is er alleen in de openbare ruimte?

R1: Ja, in worden ze doorgaans, ik weet niet of het regel is, mee gestuurd. Ik weet niet of dit per korps verschilt, maar in de regio waar ik werk wordt gebeurd het altijd naar mijn weten.

J: In hoeverre heeft u hierin een grens? Dus in verbaal en fysiek geweld, Om een voorbeeld te geven, als er tegen u gescholden wordt, laat u het dan afglijden of dat...

R1: Nou ja, ligt ook wel, kijk je mag mij voor rotte vis uitmaken. Kijk dat is het ook meestal, als iemand echt er op geband is om mij te beledigen dan ja, dan denk ik jezus, is het gewoon een hele trieste situatie voor iemand. Als er iemand op gemaakt is om..., kijk ik scheld ook wel eens mensen uit in het verkeer, omdat het konijnenkoppen zin omdat iemand met 80 aan het invoegen is terwijl ik met 130 kom aanrijden, dan denk ik ook van ja dat had je kunnen zien. Maar dat is het dan ook. Kijk en als er geen relativering vermogen in zit, dan denk ik of het is dan die moeder in haar ochtendjas wiens dochter net zelfmoord heeft gepleegd of iemand is gewoon echt een konijnen kop. Dan heb ik eerder met hem te doen dan dat ik mij beledigd voel. Dan ga ik niet lopen prevaleren he, ik ben nu in mijn wiek geschoten. Want kan ik mij met alles wel beledigd voelen, dan kan ik wel op internet gaan kijken en mij overal wel beledigd over voelen. Over beledigd voelen; youtube dominee Gremdaat .. beledigd voelen. Dan weet je precies waar ik het over heb.

J; haha, oke, zal ik doen.J: Maar dus in hoeverre heeft u de grens? Zeg maar wat is de..

R1: De grens is als mensen in mijn eigen ruimte gaan komen. De bekende burgemeester van Keulen handafstand. **Onderbrekend: J: ja ja,**

Resumerend R1:eh, als ik het niet vertrouw, als ze mijn collega' denigrerend gaan beledigen en als ze de incentive van ons in twijfel gaan trekken, maar meestal hebben wij dar niet zoveel mee te doen omdat mensen wel zien dat wij komen helpen. Waar de grens ligt, ik vind dat moeilijk, er zijn weinigen die echt dichtbij zijn gekomen waardoor ik zones heb kunnen wegstrepen en heb gedacht nu ben jij een gevaar. Mijn postuur draagt daaraan bij denk ik. Zonder dat ik mij als een soort van mannetjesputter of macho probeer op te stellen hoor, juist niet. Dus ik denk nee, wat die grens is vind ik ook moeilijk, kijk die gozer waar ik mee te maken heb gehad is gewoon een dronken tor, dood gewicht, we hebben hem in de ambu gesleept, we hebben tegen hem gepraat en jas uitgetrokken en op het moment dat wij zijn jas uittrekken en op het moment dat wij een bloeddrukband willen omdoen, staat hij in een keer op en zulke ogen en na ja heeft het weinig gescheeld voordat ik op mijn bek geslagen werd. En ja,dus dan is het, je schrik je de touwtwifus, omdat je denkt er zitten een aantal fases tussen waarin ik kan de-escaleren, waarop ik kan handelen, waarop ik kan weglopen, en waarop ik allemaal andere keuzes had kunnen doen en ik wil hem ook niet fysiek te lijf gaan, op dat moment wist ook niet, van ja, het is ook de bedoeling dat ik hem op zijn bek slaan. Dat ga ik niet doen. Het is heel raar met al die zones die je allemaal in moet gaat als dader, die zijn bij mij nog niet echt overschreven.

J: oke, en merkt u dat, zijn hierin verschillen met u en uw collega's?

R1: Ja, ik denk dat er collega's zijn die soms stappen overslaan en soms een stap terug doen en die tegen een boze meneer zeggen, he, we zijn hier om te helpen en even een heel klein zinnetje tussendoor kan soms heel ontwapend zijn. Maar als je gelijk zegt, he meneer, doe even normaal en baf er tegenover gaat staan, dat kan ja, gewoon als een tang op een varken zijn. En juist om even iets te incasseren, op te pakken en op een andere manier terug te geven, kan soms de situatie op een hele andere manier de naar beneden helpen. Dus ja, de een is daar wat handiger in dan de ander. De een leest de situatie wat beter. Die heeft daar gewoon wat meer gevoel bij.

J: Krijgt u tools of maatregelen of richtlijnen vanuit de organisatie?

Ja, wij hebben hier recent nog een training over gehad, ehm, maar ik ben mij ook goed bewust datdit soms helemaal niet te trainen is. Sommige situaties zijn gewoon niet te trainen. Blijven soms een beetje akward situations, dan komt er hier een acteur langs en gaan we een beetje agressie spelen.

Blijft ook gewoon wel een beetje gewiektheid en ik denk dat het heel erg ligt in de samenwerking met de collega. Hou elkaar altijd in het oog en ga nooit alleen naar binnen als je het niet vertrouwd. Ja, oke, sommige ritten zijn mevrouw Janssen van 86, maar he als er aanleiding is dan ga je altijd met zijn tweeën. Portofoons mee, we hebben noodknoppen, als er ellende is en wij kunnen niet vrijuit spreken dan drukken we die knop in en dan gaat de meldkamer luisteren en die kan dan horen wat er gebeurt, en als er dan een situatie is van daadwerkelijke agressie of bijvoorbeeld een gijzeling, en dan gewoon de politie er op af sturen. Dus er zijn gewoon protocollen voor om jezelf gewoon uit de shit te halen, zoals bijvoorbeeld een gijzeling.

J: Hm ja, en is de nazorg goed geregeld?

R1: Ja dat kan ik wel stellen. Ja is goed geregeld. De dienst is in die zin groot, maar ook klein genoeg om ook gewoon even aan de koffie tafel te informeren hoe het gaat. Een diensthoofd, die heb ik niet persoonlijk gemaild maar die heeft het wel langs zien komen, , maar die sprak mij wel even aan hier in het voorbijgaan. In die zin is de organisatie plat genoeg en dat is wat ik meer waardeer dan als iets helemaal in de protocollen is uitgeschreven en hoe we daar mee om moeten gaan.

J: stukje persoonlijke aandacht?

R1: ja precies.

J: Oke, dan heb ik nog een aantal standaard vragen voordat ik dan bij de context van de ervaring van het geweld kom. Ehm, even kijken, i In welke mate worden geweld- en agressie incidenten gemeld?

R1: Nou ja, we hebben het er zojuist al even over gehad, maar dat mijn aangifte 5 uur heeft gekost en dat dat demotiveert. Ik ga liever 5 uur van mijn leven ergens anders in steken. IK kan voor mijzelf zeggen dat, de eerst volgende keer dat het gebeurt, want ik ben niet zo'n naïef om te denken dat dit mij nooit meer overkomt, ja dan ga ik toch echt twijfelen. Ik twijfel heel erg om aangifte te doen, in die zin, omdat ik weet wat het oplevert, of weet wat het niet oplevert, en dat dat niet meer evenredig is aan de energie die ik er in stop. Doe ik aangifte, ga ik drie uur op een bureau zitten en dat het dan helemaal juridisch wordt vastgelegd alleen maar dat het dan de boeken in gaat, want ik weet dat er juridische dat je je eerst op je bek moet laten slaan door een nuchter iemand want anders kan je je punt niet echt maken. Kijk ik ben ook gewoon zo "keen" geweest om het OM te bellen, want die hebben alleen gezegd nee we gaan niet vervolgen. Punt. zonder uitleg. zei wat is dit nou weer voor bullshit, ik ga mailen. Wat wil je nou? Dat we aangiften doen en dat je dan gewoon zegt nee? We gaan er niks mee gaat doen. Dat je niks gaat uitleggen? Hoe moet een mens ooit begrijpen waarom iemand aangifte moet doen? Leg het op zijn minst uit. Nou ja goed, mea culpa van het OM, sorry sorry, hadden het moeten doen. Vragen dus toen kunnen stellen en alles is keurig uitgelegd. Ja ikke, kijk, uiteindelijk is die man via een traject va de reclassering achterover getrokken, dus straf ja, in de reclassering heeft geadviseerd om hem niet te gaan vervolgen omdat die man weet ik veel wat problemen had, je voorstellen dat als je zielig bent krijg je een zachtere behandeling, althans een behandeling op maat, dat je een jaar gemonitord wordt door de reclassering, en dat heeft bij mij een persoonlijke frustratie gemaakt van ja, jesus christus, je maakt al een toringzooi van je leven, e er is een moment dat er kan worden ingegrepen, en dat doe je niet. En eh, daarmee vind ik ook dat de reclassering gaat zitten op de stoel van de rechter, in die zin dat ze gewoon een advies uitbrengen aan het OM en elke zachte washand die daar op de stoel zit van de reclassering kan dus gewoon bepalen en er komt geen rechter aan te pas. Dat steekt mij wel. Dan denk ik ook van ja, waarom hebben wij dit systeem dan bedacht.

J: ja, en in hoeverre vindt u dit dan rijmen met de overheids campagne van een aantal jaar geleden, blijf af van onze hulpverleners?

R1: Ha, ja. Ik heb het ooit verwoord als; ik ben niet cynisch, maar ik heb mijn laatste beetje naïviteit verloren. Als ik zie dat de politie Rotterdam, dronken vent maakte ruzie op straat, poging tot openlijke geweldpleging, politie komt ter plaatsen, verbaal beledigd en wordt fysiek te lijf gegaan en verzet bij arrestatie en ja die komt weg met een voorwaardelijke boete van 250 euro. En ja dan denk ik er is gewoon een rechter die lachend zegt, ja die verdubbelaar die we hebben tegen geweld tegen hulpverleners die ha, naja, die neem ik niet zo nou. Gewoon in een bijzin meeschuiven. Dan denk ik ook oke, lekker makkelijk. Ik kan het niet rijmen als ik op dinsdagnacht om half twee, twee kilometer voor en achter mij helemaal niks, op een lege vijfbaansweg op de A2 130 rij en wordt aangehouden en ik een boete van 224,- mag aftikken. De verhouding is weg, het maakt het voor mij onverklaarbaar. Maakt niet dat ik niet zie dat ik niet 130 mag rijden, maar als agenten het op film hebben staan en het bewijs zo evident is gebeurd, ja ik weet niet of harder straffen de oplossing is maar laten we het zo zeggen dat de verhoudingen een beetje zoek zijn en dat ik dat niet kan verklaren en dat de gemiddelde burger dat ook niet kan verklaren.

J: oke, eh, de context en de ervaring van agressie een geweld. Kunt u het incident beschrijven waar sprake was van agressie en geweld?R1: Ja, net al even geschetst; dronken gast op straat, dood gewicht en reageert niet. Trekken de auto in, begint te murmelen, we blijven tegen hem praten omdat hij dan hoort wat wij doen. We blijven toch op hem inpraten, zodat hij op een gegeven moment bij een moment van helder verstand toch wel weet dat wij mensen zijn die hem niet aan het beroven zijn. Ondanks dat schiet hij op enig moment uit zijn plaat en pakt mijn hand vast en richt met zijn andere hand zich op mij, hij maakt zeg maar een vuist met zijn andere hand en op dat moment pakt mijn collega zijn hand en samen met mijn collega werken we hem de ambu uit. Dus het heeft heel weinig gescheeld of het was inderdaad geëscaleerd. Maar ja, ik ben fysiek bejegend.

J: hm ja, en wat was het tijdstip?R1: ja, in de nacht, wacht even is lang geleden. Hm ja, denk rond begin van de nacht dus uurtje of half 1/ 1 uur zoiets.

J; en de kenmerken van de dader? Het was dus een man, heet u een schatting va de leeftijd?

R1: Nja, zal iets rond de 40 zijn.

J: En de geestelijke gesteldheid?

R1: Hij was dronken; alhoewel ik dat niet officieel heb kunnen vaststellen. En ik ook nooit weet of dat ook vastgesteld is. Maar, hij had hem wel achter de kiezen.

J: maar uit uw werkervaring/ professionele inschatting kon u deze inschatting wel maken?

R1: Ja.

J: Hoe heeft u het incident ervaren?

R1: Nou als uitermate bedreigend. We hadden het net al over zones, en daar gaat hij in een keer overheen. En dat is wel beangstigend, in die zin, je hebt een totaal verlies van controle. Het was niet dat je hem ziet aankomen, ziet aankomen, aankomen en dat je je er op kan voorbereiden. Dat kon nu niet. Er stond namelijk opeens iemand met een vuist op je gericht. Dat is het meest beangstigende. Dat het onverwachts gebeurd. Ik ben ook wel alert, alleen op het moment gaat hij er dwars doorheen. Dat was het meest beangstigend. Dat we die vent de auto hebben uitgewerkt, een beetje ravotten dat was oke, prima, maar juist dat hele onverwachte dat het uit het niks kwam, dat heeft mij het meest beangstigd.

J; En even voor mij om het beeld helder te krijgen. Hij lag op straat en toen ..?

R1: Ja, hij lag op straat en toen hebben we hem in het achtergedeelte van ambu gezet op de stoel tegenover de brancard (respondent legt met handgebaren uit hoe de ambulance is ingericht). Mijn collega zat op de brancard naast hem en ik zat op een plekje in de hoek waar je ook kon zitten. Wij

sloten hem aan voor wat onderzoekjes, maar we zaten wel binnen armafstand, dus het was wel klein zeg maar.

J: En toen werd hij zeg maar agressief en toen hebben jullie hem met zijn tweeën,

Onderbrekend R1: Hij stond op, wij hebben zeg maar een automatische schuifdeur en toen heeft mijn collega hem bij zijn ene arm en ik bij zijn andere arm gepakt en collega doet de deur open en op dat moment hebben we hem gewoon uit de auto geduwd. Naja, kijk, wat ik net zeg, de politie rijdt normaal ook altijd mee op dat soort melden en dat was de enige situatie waarin wij eerder waren dan de politie. Zij zijn met actor 10 meer agenten op straat en een bus van 3500 kilo gaat net wat minder hard en dus zijn zij er ook meestal, maar goed dat was dus ook even facked up, maar goed hij viel dus keurig in de handen van de agenten.

J: want die waren op dat moment net gearriveerd?

R: Ja, die waren op dat moment net gearriveerd en die zagen dus die gozer al knokkend uit die ambu en dus die dachten oh mooi die gaat mee. Dus toen was het ook klaar.

J: en heeft u ook enige idee wat de aanleiding was voor de dader?R: eeh, die man heeft ook nog later zijn excuses aangeboden via de mail. En zei ja, ik wist niet meer wat ik deed. Dus dronken en weet het niet meer. Zou best kunnen, dat zou best kunnen, maar ik weet het niet.

J: Hm, dus in die zin is het motief, onbekend, maar ja.

R; Ik denk dat als ik die gozer hier had gehad dan en drie keer had aan gekeken dan had ik gezegd; hij is een pannenkoek. Wat nou je weet het niet? Ik weet dat jij van je rechtsbijstandverzekering gewoon een mailtje moet sturen en dat jij een maand later, een maand later kreeg ik die mail van hem he, niet dat hij de dag erna het politiebureau uitliep en dacht van oh kut, twee mannen in een geel pak aangevallen. Als die man de volgende dag bij mij koffie was komen drinken dan hadden we het er over gehad en dan was het klaar. Maar ja. Als je niks van hem hoort dan niet. Maar ik denk wel dan waren we erachter gekomen. Nu kan het niet meer, omdat die man ook wel op zin woorden past. Het is ook in zijn belang om nu geen motief in de mail te zetten. Dus daar zullen we nooit achter komen denk ik.

J; dan even kort vervolgen van de vragen, ik zal even tempo maken gezien de tijd, u moet zo beginnen toch? R: Ja, maar dat komt el goed.

J: Oke, ehm, in welke mate heeft u enige gevolgen gemerkt van het incident? Zeg maar voor uw werk of prive? Eeh, op mijn werk ben ik gewoon alerter geworden op straat, alerter op veiligheid, ik ben als wij een melding krijgen, wij krijgen gewoon een tekstmelding, in een schermpje in de auto en als ik het niet vertrouw dan vraag ik aan de meldkamer, rijd de politie mee? Ik vraag dan gewoon de politie mee. In ... gebeurt dat wel, maar ik ben daar "keener" op. En inderdaad, dronken idioten en mensen met drugs op, ja ik ben mij daar maar wat van bewust op dat zij in een grillig gedrag kunnen vertonen, dus in een keer over die zones heen kunnen gaan en je te lijf kunnen gaan. Dus je bent gewoon wat meer op je hoede. **J; Dit zijn dan met name de gevolgen voor de werkzaamheden, voor het werk zelf. En privé?** R: eehm, nou wat ik net zei; ik ben niet cynisch geworden maar stukje naïviteit is weg. Kijk, ik ben met dit werk begonnen omdat met dit werk sta je midden in de maatschappij en dit stukje hoort er ook bij. Dus ik denk dat ik in mijn oordeel over mensen wat pragmatischer ben geworden. Stukje harder ben geworden hierdoor. En ik hoop niet dat ik cynisch wordt, dat is wat ik heel erg hoop. Dat ligt ook wel in mijn karakter, ik ben best ernstig, maar dat ik niet door sla. Ik weet ook wel, verdomme, ik kan mij heel erg laten opnaaien door het incident wat is gebeurd en dat het geweldig onrechtvaardig is dat het mij overkomt, maar het hoort bij mijn werk. Maar ik zou dat nooit uit de mond van rechters willen horen. En dat is al wel gebeurd bij collega's, waar rechters zeiden, ja maar meneer dit hoort gewoon bij uw werk, en dan denk ik van: dat is onzin. En ik wil gewoon gesteund worden in het veilig kunnen uitoefenen van mijn publieke taak door een

rechtsstaat. Zolang dat niet gestroomlijnd gebeurt, dan heb je het gevaar dat je cynisch wordt. En dat wil ik niet. Persoonlijke mening hoor. **J: ja dat weet ik, dat is ook niet de mening van uw organisatie. Wat was de reactie van de organisatie**

R: Die hebben mij vanaf moment 1 gesteund en volledige backing gegeven. En inderdaad gelijk alle registers werden open getrokken en mensen werden ingeschakeld. Heel goed opgevangen, ook informeel zoals dat gesprek aan de koffie tafel. Dat was echt uit de kunst, daar ben ik echt heel erg blij mee. **J: en door de organisatie bent u ook op de hoogte gehouden van de verdere afwikkeling van de zaak?** Ja, de hele correspondentie van het proces is via een collega verlopen en die heeft ons op de hoogte gehouden. **J: rechtszaak nooit van gekomen omdat er is geseponerd?** R1: Ja, in die zin dat het nog loopt, omdat mijn collega een artikel zoveel, artikel 12 volgens mij heeft ingediend? Heet het een artikel 12? **J: ik weet het niet? Maar ik ga het opzoeken.** R1: nou goed, in ieder geval pin mij er niet op vast. Rechter heeft dus, nee, het OM heeft dus het advies van de reclassering overgenomen en die zeiden dat hij zielig is en op dat moment kan de rechter er niet nog een keer naar kijken. Je kan met dus deze procedure er bezwaar tegen indienen en een brief schrijven en zeggen we zijn het er niet mee eens en kijk er nog even naar. En nu is het zo dat dat nu gaande is. En die brief is gestuurd van gasten, waar zijn jullie nu mee bezig en leg het is even uit, en daarmee maken wij dus bezwaar tegen de seponering. Wordt nog een keer bekeken aan de uitkomst zal het weinig veranderen, maar het OM moet het even opnieuw bekijken.

J: Oke, dus een heroverweging van het besluit tot seponeren?

R1: Ja, en dat is dus nu nog gaande. Soort status quo nu.

J: Oke om even nog goed aan te geven heeft de reclassering gezegd dat hij problemen met zijn familie had en en alcohol probleem?

R1: ja, dat hele rapport van de reclassering heb ik niet binnen, maar de reclassering heet aangegeven dat hij een alcoholprobleem heeft en dat hij problemen had met zijn vrouw. En dat rapport was de motivatie van het OM om te seponeren.

OM heeft gewoon gekeken naar de reclassering en de reclassering adviseert dat. De reclassering heeft een advies gegeven, onder toezicht stellen en ja, oke, je kan het zien als straf, wij gaan hem monitoren, hoe zij dat gaan doen kon het OM niet vertellen, dan denk ik ook van ja, ik heb daar ook geen zicht op, in hoeverre dit een les zal zijn voor die vent en hij zich achter de oren gaat krabben en dit nooit meer zal doen, Kijk ja dus op basis van reclassering, en ik wet ook niet hoe vaak wat wordt overgenomen qua reclasseringsadvies.

J: Oke, dan heb ik dat ook helder. Dan nog een of eigenlijk twee vragen. Zijn er nog zaken niet aan de orde geweest die u in het kader van het onderzoek wel van belang acht? R1: Eh, nah kijk ik denk dat de hele journalistieke benadering van het probleem. Het is totaal ongrijpbaar, als je daadwerkelijk een filmpje ervan online zet dan zullen de meest gruwel en gesel straffen in de commentaren erbij gezet. Dus daar zal het niet aan liggen en aan ons imago zal het ook niet liggen, want he, wij hebben een best wel goed imago. Dus het, het is totaal onbegrijpelijk. Ik vind dat dus nog wel een klein perceptie onderzoekje waard. En inderdaad ik wil wel eens weten wat mijn juridische status is als hulpverlener. Ja ik heb toch net zoveel rechten als elke andere burger. Ja ik ben dan wel een ambtenaar, maar ik kan niet een bon schrijven als ik wordt uitgescholden voor beledigen van ambtenaar in functie. Kijk het zijn van die hele kleine dingetjes waarvan ik denk ja, zolang ik ook een soort van vogelvrij ben en geen andere status heb dan gaan mensen ook dit soort dingen doen. Ik heb dan wel zo'n geel pak aan, maar dan denken mensen ook van wie ben jij nou? Flikker gewoon een end op. Kijk en als bij zo'n andere juridische status ook plichten horen, prima. Maar laat daar nou een discussie over gaan. Maar zolang ik mensen hiermee weg zie komen gaat er geen enkel signaal af. Is dit dan symbool politiek? Laat de discussie nou eens gaan over de manier waarop we dit oplossen en monitoren of het hiermee ook opgelost wordt. Het probleem verdampt niet vanzelf.

Bijlage 2

R: respondent.

Persoonskenmerken

Geslacht: man

Leeftijd: 41

Nationaliteit: Nederlands

Opleiding: HBO

Werkzaamheden

J: Wat is uw beroep?

R1: Ambulanceverpleegkundige.

J: Hoelang bent u al werkzaam in dit beroep?

Eerste rit tijdens EK in 2000, dus zestien jaar. J: was dat ook in Nederland?

R1: Haha, ja.

J: Kunt u uw werk beschrijven?

Als ambulanceverpleegkundige? Het zorgdragen voor patiënten in acute noodsituaties, medisch, medische noodsituaties.

J: Wat zijn uw werktijden?

R1: Wisselend.

J; Heeft u onregelmatige diensten?

Ja, week laat en een week nacht, maar bij mij kan het per dag verschillen. Dus vroeg, laat, nacht.

J: en hoe lang zijn die diensten?

8 uur.

J: Wat is uw werkgebied?(ruraal/stad)

Ik werk vast op de post Gouda en daarmee is dat ook het gebied. Dus dat is alle plaatsen om Gouda en en Krimpenerwaard. En dat is in de veiligheidsregio Hollands-Midden. En die veiligheidsregio ken je.

J: en is dat stad en platteland?

R1: ja dat is het leuke vind ik in Gouda. Dat zijn dan stadsritten en vanuit de krimpenwaard de boeren die niet bellen als ze een hartinfarct hebben ofzo.

J; merk je daar veel verschil in?

Ik moet wel zeggen dat de laatste jaren wat meer samen komt. Mensen zijn gewoon wat makkelijker in bellen naar 112, wat laagdrempeliger, maar in het begin zag je wel dat in Gouda iemand met pijn in zijn teen al belde en een boer in Krimpenwaard met pijn op zijn borst belde niet omdat hij midden in de nacht niet iemand wakker wilde bellen. Maar dat is de laatste jaren wel wat veranderd.

J: Bent u zich bewust van mogelijkheid van agressie en geweld door derden tijdens u werk?

Dat is door de laatste jaren wel steeds meer gekomen. Ik moet zegen toen ik voor dit beroep koos toen ik voor dit beroep koos niet een punt was waar ik mij zorgen over maakte, maar de laatste paar jaar is het natuurlijk een punt wat veel in de media aandacht heeft gestaan, en de laatste jaren op straat ook wel meer mee te maken krijgt.

J: maar was u toen u begon er wel bewust van ?

R1: nee het speelde toen niet echt een rol, was niet een issue.

J: Komt verbaal en fysiek geweld voor op het werk?

Eh hoe moet ik dat nou zeggen? Hoe vaak? Niet dagelijks, ook niet wekelijks, maar het komt natuurlijk wel voor. Ik weet niet, misschien een keer per maand Voornamelijk verbaal, maar soms ook fysiek.

J: In hoeverre hangt het tegenkomen van geweld samen met de wijze waarop u en uw collega's de werkzaamheden uitvoeren?

Ja dat denk ik wel dat dat er mee te maken heeft. Nou ja ik heb heel lang geroepen dat, omdat ik ook veel training geef en ook de ehbo'rs vragen dat omdat die dat zien in de media, maar het ligt er heel erg aan hoe je het slachtoffer benaderd. Want ik zag dat de mensen die een grote mond hadden op de ambulance post, dus collegiaal, ook vaak te maken hadden met agressie buiten op straat. Heeft met je houding te maken en het aanspreken met de mensen. Maar, ik vind mijzelf vrij rustig en ik denk ook dat zo mijn patiënten zo allemaal benader, maar toch heb ik er ook de laatste tijd mee te maken gehad. Dus ik zie wel dat doordat de maatschappij, dat er wel meer gedoleerd wordt en daarom ook meer gebeurd. Maar de eerste paar jaar, toen het ook zo in de aandacht was, dacht ik dat het alleen maar gebeurden bij de mensen die op de post ook een grote mond hadden.

J: en in hoeverre vind u verbaal en fysiek geweld bij uw werk horen?

Nah, niet eigenlijk. Kijk deels als het gerelateerd is aan het ziektebeeld dan heb ik daar begrip voor en vind ik het wel bij mijn taak horen, denk aan een hypo bij een diabeet. Maar als ik gewoon iemand probeert te helpen en die boos wordt om de consequenties en het gevolg wat ik aan de behandeling verbind vind ik dat natuurlijk niet bij horen. En dat zou, wat ik wel eens heb mee gemaakt, dat ik iemand niet wilde meenemen naar het ziekenhuis omdat de klacht die die heeft gewoon niet relevant is op dat moment en als je daar dan boos om wordt dan pas dat natuurlijk niet bij de situatie, bi bij.

J: want heeft u hierin een grens? Want je hoort wel eens, goh als iemand wat tegen mij zegt dan laat ik het wel van mij afglijden? R: na ja ik denk wel dat dat te maken heeft met het verschil tussen praten en slaan of aanraken, kijk als iemand, ik kan best voorstellen als iemand niet helemaal mee eens is met wat ik zeg of wat ik doe maar dan kan je er over praten, maar goed ik verwacht niet dat hij mij gaat uitschelden of grote mond opzet, maar discussie is geen probleem Mar slaan of fysiek geweld is sowieso niet aan de orde, dat is zeker de grens.

J: heeft u specifiek strategieën of tools vanuit de organisatie om met agressie en geweld om te gaan?

R: We hebben wel eens lang geleden alweer training gehad en dat heeft alles te maken met gesprekstechnieken volgens mij en proberen op het niveau van de zorgvrager te blijven en de vragen juist stellen waardoor die ook weinig agressie kan opwekken en mja, mja dat. Die training dan kom je ook al gauw in de afweermechanismen van vuurwapens en steekwapens en slaan enzo. Dat hoort daar natuurlijk ok bij. Maar ja gesprekstechnieken.

J: en binnen de ambulance zijn er knoppen dat dat er noodmelding kan worden gemaakt?

R1: We hebben, de instructie is, we hebben een portofoon, die je bij je draagt, waar een noodknop opzit die je kan indrukken om hulp op te roepen. Ik zie dat veel collega's die nog niet doen, omdat ze dat lastig vinden of vervelend aan hun broeksriem, maar ja het is wel een veiligheidspinnetje.

J; dat ze de porto niet meenemen?

R: Ja, ik doe het wel altijd.

J: Hm., oke. Ehm, dit is het kopje binnen de organisatie.

In welke mate heeft uw organisatie een protocol ten aanzien van agressie en geweld?

R: Na we hebben zelf een medewerker die zich daarmee bezig houdt. Dat is niet, nou ja we hebben er eigenlijk twee. Jij heb ... gesproken en die is er meer op beleidsniveau mee bezig, maar we hebben ook een collega die binnen de organisatie structuur er mee bezig is. Die verzamelt de meldingen en geeft het door. Dat is dus wel een protocol.

J: Hoe verhoudt uw visie op geweld zich met de visie op geweld binnen uw organisatie/collega's?

R: nou volgens mij is dat wel gelijk. No tolerance. Of Zero tolerance is het dan.

J: In hoeverre zijn er preventie maatregelen > Na de-escalatie trainingen

R; noodknoppen

J: Op welke manier wordt nazorg in uw organisatie vormgegeven?

R; We hebben een bedrijfsopvang team. Hoe heet dat tegenwoordig? Vroeger was het BOT, bedrijfsopvangteam maar dat heeft tegenwoordig team collegiale ondersteuning. Dat zijn collega's waar je mee kan praten en je verhaal kan doen en die dat ook anoniem behandelt en die kunnen ook signaleren als er extra hulp nodig is of andere manieren van hulp aan te bieden.

J: En heeft u er gebruik van gemaakt?

R: nee. Nog nooit trouwens.

J: In welke maten worden geweld en agressie incidenten gemeld? Voor zover u weet?

R: Ik denk wij toch met zijn alle denken dat wij een beroepsgroep zijn, waar wij heel veel ons hand voor ons ogen doen. Als ambulancepersoneel zien wij veel door de vingers . Maar er wordt wel wat meer gemeld na agressie- en geweldsincidenten. Dat is iets van de laatste jaren dat mensen dat wat meer doen.

J: en waar ligt dat dan in?

R: Dat ligt eraan dat zeg maar intern onduidelijkheid is. Er is wel een protocol maar als ik heb gedaan voor mij al een stap, dan moet ik gaan melden en moet ik vertellen wat ik heb mee gemaakt. Nou dat wordt dan ondersteund, maar dan krijg ik de volgende dag een mailtje van nou ja, weet je wel zeker dat je aangifte wil doen? Dan zeg ik ja, dat weet ik zeker. Oke, nou dan moet je naar het politie bureau en dan kom ik daar, moet ik weer gaan vertellen dat ik anoniem als hulpverlener namens de organisatie aangifte wil doen. Heel ingewikkeld schijnt, dat kan niet zonder je naam te geven en als ze dat dan lang hebben uitgezocht wat een paar uur heeft gekost dan merken ze dat het toch wel kan en dan krijg je een bepaald nummer waar je de aangifte op doet wat niet te herleiden is naar mij voor de advocaat of de verdachte en dan kost het opnemen van de aangifte ook nog eens heel veel tijd. Dus dat is wel, dat maak het wel heel complex om te melden. En bij elke stap die daarna volgt krijg ik van de organisatie een berichtje van weet je wel zeker dat je de volgende stap wil doen en weet je wel zeker dat in beroep wil gana tegen de uitspraak van het Om? En dat geeft mij het gevoel dat ze aan de ene

kant heel erg willen mee werken en de situatie zo in kaart willen brengen, maar niet zozeer dat ze nou dat ze weet ik eigenlijk niet, de verdachte straf willen geven ofzo zeg maar wat hij gedaan heeft.

J: en wat zou die motivatie zijn vanuit de organisatie?

R; dat weet ik niet. Nou ik denk ook niet echt dat er letterlijk een motivatie voor is, maar ik denk dat ze elke stap willen verifiëren, maar dat geeft mij het gevoel dat ze het tegenhouden en dat ze niet verder wille. Ik weet niet of er landelijk bij wordt gehouden zo van oh in Hollands midden doen ze wel heel veel aangifte en dat soort meldingen en dat is een gevaarlijke regio en daar krijg je strafpunten voor ofzo. Maar ik ervaar de medewerking en ik ervaar de bereidwilligheid en de zero tolerance, maar ook het lastige en elke stap aan mij terugkoppelen met de vraag of ik wel of niet verder wil.

J: Ehm, oke. En in die zin; deze meldingen als ze worden gedaan, dan worden ze geregistreerd?

R:Ja, sowieso, je kan ook melding doen zonder aangifte doen, dat kan bij ambulancezorg Nederland en die hebben wel een database. J: En wat vindt u van de wijze waarop binnen uw organisatie met agressie en geweld wordt omgegaan?

R; we hebben dat daar al een beetje over gehad, aan de ene kant ervaar ik dat heel goed en strak in de gaten houden. Als je daar iets van wilt melden. Maar aan de andere kant is lastig.

J; En dit gaat dan over de context van de ervaring van het geweld en het incident zelf.

J: Kunt u het incident waarin u agressie en geweld beschrijven? Graag ook tijdstip, locatie, omstandigheden?

R: Locatie; een fietspad vlakbij een kroeg in Waddinxveen. En de meting was dat daar een meneer op het fietspad lag die onwel was geworden. En dat was midden in de nacht. Zaterdag of zondag nacht en om een uur of 2. En toen wij aankwamen lag die meneer daar inderdaad. Was vrij koud, geen dertig graden in de zomer, weet ook niet meer precies, misschien 10/15 graden en om te zorgen dat hij niet verder zou afkoelen en onderkoelen, besloten mij collega en ik hem op te pakken en te ondersteunen en verder in de ambulance te onderzoeken. Nou dat dat ging prima, maar bij het oppakken merkte ik al dat hij wel veel alcohol gedronken had. Hij rook naar alcohol en hij kon ook niet op zijn benen staan. Dus hebben we hem in de ambulancestoel gezet om wat controles te doen. Om die controles goed te doen moest zijn jas uit, om zijn bloeddruk te meten bijvoorbeeld. Nou op dat moment eigenlijk dat wij zijn jas uit doen, wordt hij boos en begon hij mij te slaan en mijn collega te duwen. Waarop wij besloten de deur open te doen en naar buiten te begeleiden en daar stond toevallig de politie hem al op te wachten.

J; kunt u een inschatting geven van het motief van de dader?

Nou ja ik vermoed dat dat te maken heeft met zijn alcohol gebruik. En ik weet achteraf dat die man veel problemen had in zijn familie, hij lag in een echtscheiding met zijn vrouw en liep ook bij de reclassering dus hij zal al iets gedaan hebben, maar of op dat moment nog speelt heeft dat weet ik dan niet, maar die alcohol staat wel bovenaan dat lijstje.

J: en de kenmerken van de dader? Wat kon u zien? Zeg maar, was een man?

R: ja, was een man.

J: leeftijd?

R; middelbare leeftijd zoiets, tussen 35-40 en 45.

J: geestelijk gesteldheid?

R: onder invloed s van alcohol, waarbij ik niet wist of hij ook drugs gebruikt had. Dat kon ik niet zien en dat ging hij ook niet vertellen.

J: en was hij nog wel aanspreekbaar?

R; nou ja, normaal gesprek, in eerste instantie was hij bereidwillig om mee te werken en liep hij mee naar de ambulance met enige ondersteuning, en in die tijd hadden we de eerste dingen al gevraagd. Wat is er gebeurd en waarom lig je hier eigenlijk hier en daar heeft hij wel antwoord op gegeven.

J: oke, even kijken. Hoe heeft u het incident ervaren?

R; Eh, , nou ja ik was natuurlijk,, ik wilde die man helpen en daar moet je wat controles voor doen en ik had eigenlijk niet verwacht dat hij op dat moment zo agressief zou worden bij het uit doen van zijn jas. Nou sloeg hij mij een paar keer, omdat ik zat naast hem zeg maar, hij zat op de stoel en ik zat naast hem en hij sloeg mij toen een paar keer in mijn buik. En dat was natuurlijk wel de grens dat van dat slaan. Ik heb er niet echt dagen last van gehad, maar het is meer dat het die grens is overschreven met dat slaan, met dat fysiek geweld.

En in hoeverre heeft het incident gevolgen gehad voor u zelf? Qua impact voor uw werk of prive?

R: nou niet echt. Misschien ben ik wat voorzichtiger bij dronken mensen, dat ik iets meer afstand houd dat zou kunnen, maar het is niet dat ik daardoor niet sliep ofzo, of ergens last van heb, nee.

J: In hoeverre heeft het incident invloed gehad op het werk zelf?

Nou ja op dat moment dat ik die man verder niet kon onderzoeken en eigenlijk de ambulance heb uitgehopen. Dat dat is natuurlijk, dat beperkt mijn werk, met de intenties om die man zo goed mogelijk te helpen. En de volgende keer zal ik wat beter opletten en wat meer afstand houden dat hik niet nog een keer een klap kan krijgen.

J: Dus in die zin bent u er bij dronken mensen iets alerter op geworden?

R: Ja

J; wat was de reactie van de organisatie op het incident met agressie en geweld? R: nou ja dat heb ik natuurlijk al een beetje gezegd. Dat ze natuurlijk heel bereid zijn , bereidwillig zijn om te helpen en te ondersteunen en ook alle de ruimte geven, ook qua tijd en alles. Maar dat ik wel vind dat elke stap die geverifieerd wordt een soort gevoel geeft waarvan ik denk ja, willen ze nou wel echt dat ik aangifte doe of dat ik dat proces laat lopen. Dus onduidelijkheid denk ik.

J; Was er sprake van nazorg?

R: niet gesproken met collega van dat team collegiale ondersteuning, maar er is wel nazorg in die zin dat ik contact heb gehad met jouw contactpersoon met de RAV en andere medewerkers over het proces van de aangifte. En dat helpt natuurlijk ook dat je daar over kan praten dan is het grootste gedeelte van de nazorg.

J: gewoon een kwestie van een beetje stoom afblazen?

R: Ja precies.

J: in hoeverre was u betrokken bij de evt. Rechtszaak?

Nou die is er niets geweest omdat hij geseponeerd is door het OM. Maar volgens is mij is er nog wel iets, we hebben een bezwaar procedure gestart, omdat mijn collega en ik gewoon schuld moest krijgen, gewoon veroordeeld moest worden, misschien zonder straf prima, maar wel veroordeeld Dus daarom hebben wij tegen de uitspraak van het OM wel bezwaar tegen aangetekend. Maar daar komt

dus wel een rechtszaak van, maar daar hoef ik dus niet naar toe. Daar gaat de ambulancedienst naar heen.

J: maar daar wordt u wel verder bij betrokken?

Ja, ik krijg wel gewoon updates.

R; weet ik niet.

J; maar heeft u dat aangeven? Want er is een heroverweging die plaats gaat vinden omtrent de uitspraak? Heeft u dit geïnitieerd?

R; er is een brief van het OM geweest waarin zij hebben uitgelegd waarom ze, of althans, dat ze de zaak seponeren, oh ja wel waarom, omdat die man al in de reclasseringsproces bekend was en zorg had en daarin stond ook beschreven dat een bezwaar procedure mogelijk was en mijn collega en ik vonden het te weinig aandacht voor deze zaak en hebben besloten deze bezwaar procedure te starten.

J;Dit is allemaal redelijk besproken, ehm, even zijpad wat dat betreft. U bent nu 16 jaar aan het werk op de ambulance? Heeft u in die periode veel van dit soort incidenten mee gemaakt omdat u.

R: nee, wel een paar, maar die zijn op een hand te tellen. Dus als je een exact cijfer zou willen hebben, houd het op vijf. Dat is niet zoveel in zoveel tijd, maar te veel.

J: Ja, en wat was volgens u de motivatie vaak van de dader. Is daar een rode draad in die zin in te vinden?

R: twee andere dingen die mij nu te binnen schieten zijn echt wel gericht op de persoon dat we der persoon niet wilde vervoeren, niet naar het ziekenhuis wilde brengen. Iemand belde 112 en wij bepalen dan of dat nodig is of niet. Nou het was niet nodig en zeiden ga maar naar de huisarts en dat zeg maar een dader een ander beeld heeft en die denkt ok bel wel 112 en degene voor wie ik bel die wordt in de ambulance gezet en gaat naar het ziekenhuis. Maar zo werkt het natuurlijk niet. Maar dat is onduidelijkheid denk ik. Dat is een vorm van verwachtingsmanagement. Dat was in die twee situaties wel de reden, en misschien ziektebeeld bij de andere. Misschien dronken. Bij diabetes bijvoorbeeld.

J: en bij de laatste vond u dat er meer bijhoren? Soort van verschijnselen die bij de ziekte komen?

NJa ziekte, ik vind dat dronken, kijk als diabeet bent dan kan je in zo'n hypo komen en dan heb je het niet in de hand en doe je dingen die je soms niet weet. Deze man heeft er bewust voor gekozen om alcohol te gaan drinken zelfs zoveel dat hij niet meer weet wat hij doet en zelfs om zich heen gaat slaan. Dat vind ik wel anders dan een ziekte als diabeet. En aangezien je wel alcohol en drugs incidenten steeds vaker tegenkomt ligt het wel in de lijn der verwachtingen dat incidenten als dit steeds vaker op je pad komen.

J: want u hoort dit ook van collega's? Dat bij dit soort incidenten alcohol toch wel een rol speelt?

R; Vaak wel ja.

J: Heeft u eigenlijk nog wat gehoord van de dader van dit incident?

Dat is een goede vraag. Die man is meegenomen door de politie toen en die heeft daar de nacht doorgebracht en is naar huis gestuurd en eigenlijk is, wat ik begrepen heb achteraf, is dat die man niet eens geweten heeft dat wij aangiften hebben gedaan, maar dat dat pas op een veel later moment dat bericht bij hem terecht is gekomen. Want die aangifte is pas in de dagen erna opgenomen en ik denk dat hij in de week erna pas bericht heeft gehad van de aangifte. En ik denk dat hij op verzoek van een

advocaat een briefje heeft gestuurd met zijn excuus naar ons, of per mail is dat gegaan, en zo is het wel bij mij terecht gekomen. Dus via via heeft hij wel een excuus mailtje gestuurd.

J: en wat was volgens hem zijn intentie of waarom hij het heeft gedaan?

R; nee het was niet waarom hij het had gedaan, het was meer sorry en van zijn kant weinig uitleg. Het waren ook maar een paar regels. Dat zou echt wel op advies van zijn geweest en niet uit zichzelf zijn geweest denk ik.

J: Dus de echte intrinsieke motivatie, de echte spijt die kon u niet echt herkennen?

R; Nee precies. En als hij dat eerder had gedaan als hij de volgende dag was thuisgekomen, dan was het wel anders geweest. En inderdaad dan was de intrinsieke motivatie wel duidelijk geweest en nu krijg ik meer het idee dat hij geadviseerd is om dat te doen om het strafproces makkelijker te maken.

J: Dus in die zin had dat dan nog uw aangifte aangepast?

R: Als hij dat gelijk gedaan had dan had ik denk ik geen aangifte gedaan. Dat denk ik wel.

R: oke, nou ik vond het aangifte proces bij de politie erg lastig. Het is natuurlijk, het is mijn werk, ik il daar niet thuis mee lastig gevallen worden. Dus voor mij is het heel belangrijk dat ik niet op naam aangifte doe. Dat zou allemaal volgens een bepaalde procedure al bij de politie duidelijk en bekend moeten zijn en dat heeft wel heel wat uurtjes gekost voordat dat bij de politie op anoniem papier komt. En als dat zoveel tijd gaat kosten dan weet ik niet dat ik de volgende keer voor dit soort eenvoudige incidenten dezelfde procedure zou doorlopen.

J: En waarom vind u dit dan een eenvoudig incident?

R: nou omdat ik misschien achteraf verder geen medische gevolgen er van heb gehad. Kijk als die man een mes had gehad en hij had mij gestoken dan vond ik het wel een zwaar incident en ookal kost het je dan 1000 uur dan wil ik de procedure wel nog willen lopen. Maar nu heb ik daar verder niet veel klachten of last heb gehad en weet ik niet of ik die tijdsinvestering die het mij nu gekost heeft dan nog wel doen.

J: Maar in principe valt dit wel gewoon onder fysiek geweld?

R: Zeker

J: En bij uw collega dat was mij niet helemaal duidelijk, want die is ook onheus bejegend?

R: ja die is ook geduwd en vast gepakt.

J: Dat was duw en trekwerk en toen de dronken man naar buiten werd gewerkt?

R: Na het is achter in de ambulance en hele kleine ruimte, er niet heel veel ruimte om ver van iemand af te gaan staan, dus ja, je bent al gauw betrokken als je ernaast staat.

J: Goed punt. Zijn er nog andere opmerkingen?

Nou dat ik zeker weet dat niet alles gemeld wordt. Cijfers die er zijn niet betrouwbaar.

Verder wat is die zero tolerance? Accepteer je dat ik schreeuw omdat ik wel naar het ziekenhuis wil? Of ligt dat pas bij een klap? En wil je dat ook registreren?

J: Even een zijpad> bent u bewust van uw juridische positie?

Ik heb niet het gevoel dat die anders is dan een gewone burger. Het zou zwaarder moeten wegen. Er is ook sprake van een verdubbelaar, maar die wordt nooit toegepast. In dit voorbeeld heeft die man niet eens schuldig bevonden, omdat er geseponeerd is. Dus heeft hij ook geen straf gehad. Nu gaat het mij

er niet om dat die straf krijgt, maar wel dat hij schuld krijgt. En zolang dat niet gebeurt krijg ik niet het gevoel dat het anders is dat je een hulpverlener belaagt dan dat je een gewone burger belaagt.

J; en wat vind u van die positie? R: Ik vind het wel goed dat er strenger wordt opgetreden tegen geweld tegen hulpverleners. Die mensen komen om te helpen met alle goede bedoelingen, ik weet zeker dat er geen collega is die kwaad in die zin heeft, daar zijn we niet voor opgeleid, dat is niet de intentie, en als je dat niet respecteert dat vind ik dat terecht dat er zwaarder gestraft wordt.

Interview 3

Persoonlijk

Geslacht: Vrouw

Leeftijd: 47

Nationaliteit: Nederlands

Opleiding: HBO

Werkzaamheden

Wat is uw beroep? Ambulanceverpleegkundige

J: Hoelang bent u al werkzaam in dit beroep? 22 jaar

J: Kunt u uw werkzaamheden beschrijven?

Wat we allemaal precies doen? Nou ehm, 112 meldingen waar we naar toe gaan, dus van mensen die ehm die een ongeval hebben gehad to reanimaties, eigenlijk alles wat in de acute zorg past. Dus wat ik al zei, reanimatie, ongevallen, maar ook mensen van A naar B brengen, van ziekenhuizen, van een ziekenhuis naar ander ziekenhuis voor onderzoek, mensen naar huis brengen. Eigenlijk alles wat je kan verzinnen in de acute zorg of wat er in de gezondheidszorg is, kom je ons tegen. Heel breed is het.

J: Wat zijn uw werktijden?

We werken in ploegendiensten en we hebben dag/avond en nachtdiensten.

J: Onregelmatig tijdens dus?

Ja.**J: Wat is uw werkgebied:**

Holands-Midden.**J: en is dat dan platteland en stad?**

Ja, dat is platteland en stad. Ja,.

J: Bent u zich bewust van mogelijkheid van agressie en geweld door derden tijdens u werk?

R: Ja

J: In hoeverre komt verbaal en fysiek geweld voor op het werk?

R: Hier? Ik denk dat het hier in onze regio het nog wel mee valt. Ik denk dat in de grote steden zoals Amsterdam en Den Haag dat daar veel meer voorkomt. Omdat je daar veel meer multi cultureel hebt en gewoon grotere steden en ja, ik moet bijna zeggen dat het hier in de omgeving wel mee valt.

J: Kunt u enige indicatie geven van de frequentie en welke omstandigheden?

R: Ik moet eerlijk zeggen, echt het geweld wat ik nu heb gehad zeg maar, dat is echt het eerst in 22 jaar. Maar er zijn natuurlijk collega's die het wel meer hebben meegemaakt.

J: In hoeverre denkt u dat geweld samenhangt met het tegenkomen van geweld en de wijze waarop u en uw collega's de werkzaamheden uitvoeren? R: Ik denk wel dat wij, in die zin, heel erg onze hand voor onze ogen doen, ik denk dat wij onze grens wel heel erg verleggen. Dat is denk ik wel een punt dat wij het minder snel melden. Omdat je denkt, ja, je treft de mensen altijd in hun meest kwetsbare positie aan en dat wij al gauw hebben, laat maar zitten, laat maar zitten, terwijl het eigenlijk niet normaal is. Wat voor manier van agressie, dus, verbale agressie of echt letterlijk slaan, is nah, eigenlijk natuurlijk niet normaal. Ik denk ook wel dat als je samen met je collega bent, dat het ook wel

je houding is ten opzichte van de patiënt. Als je altijd maar vriendelijk blijft tegenover de patient dan zie je ook wel qua agressie dat mensen dan tot rust komen. Ik ben mij er in ieder geval van bewust dat je de mensen altijd aan treft in de meest kwetsbare positie, Ze hebben een hulpvraag en dan kunnen mensen soms raar uit de hoek komen. En als je daar gelijk tegen in gaat en actie op reactie doet, dan kan het gewoon exploderen.

J: We gaan dan nu verder naar het kopje persoonlijke visie. In hoeverre vindt u verbaal en fysiek geweld bij uw werk horen?

R; Nou niet. Het hoort niet bij je taak. I, je leert er natuurlijk mee omgaan, maar het is geen normale zaak.

J: duidelijk. En in hoeverre heeft u er een grens hierin?

Naja, schelden, naar mij dan heb ik zoiets van oke Maar fysieke klap verkopen dan ga je wel tien grenzen de boven bij mij Dan ga je mij grens overheen.

J: Dus in die zin als er gescholden wordt glijdt het van je af?

R: ja dan glijdt het van mij af, maar ze moet niet aan mij komen.

J: Krijgt u tools of maatregelen of richtlijnen vanuit de organisatie?

R: ja, ik blijf altijd netjes en aardig. En daar win ik heel veel mee.

J: want u merkt dan bij uw slachtoffer of bij derden dat zij ook rustiger worden?

R: ja je merkt gewoon als je het even uitlegt, dat het gevoel al heel snel zakt. Mensen hebben al heel snel het gevoel van je gaat mij niet helpen, want dat is vaak niet in de insteek. Mensen kunnen al snel agressief worden bij het vragen stellen. Nee, maar ik moet die vragen stellen, omdat ik anders niet weet wat er precies aan de hand is. Omdat ik dat plaatje compleet moet krijgen. Dan merk je wel dat mensen al snel bijdraaien die mensen die dan verbaal agressief zijn.

J: Dus als ik het goed begrijp dan heeft het te maken met het niet weten/onduidelijkheid over wat je komt doen?

Ze zeggen dat je moet komen helpen, maar dat is het niet altijd. Je moet er achter zien te komen wat iemand heeft. Kijk je hebt natuurlijk de verslavende en dronken mensen, maar dat is een apart verhaal. Daar ga ik de discussie niet mee aan.

J: Benaderd u die mensen ook anders?

R: Je bedoelt de mensen met drank? Jaja ik zal nooit zonder politie gaan, als ik het van tevoren weet.

J: In welke mate, dit gaat dan over de organisatie is de nazorg geregeld binnen uw organisatie?

R: we zijn hier wel laagdrempelig. Ze willen wel dat je het heel snel gaat melden en daar ook aangiften voor gaat doen. Want ze vinden wel dat de mensen er op aan moeten worden gesproken. Opw at voor manier dan ook.

J: hoe verhoudt uw visie op agressie en geweld zich met de visie van uw organisatie en/of collega's?

R: Ik denk dat iedereen, ja dat toch wel, een beroepsgroep hebben waar wij heel veel ons hand voor ons ogen doen, en zo door de vingers kijken en je merkt wel dat er inderdaad steeds meer mensen het gaan melden. Dat komt wel steeds meer. Vroeger was er helemaal geen tendens dat je aangifte deed. Dan liet je het maar zo en het hoor nou eenmaal bij je beroep. Het wordt nu steeds meer gedaan omdat de agressie ook wel toe neemt, van nee het is niet normaal en jullie moeten gewoon aangiften doen en

inderdaad toch mensen afdwingen om een excuus aan te bieden en ik merk wel dat mensen dat steeds meer gaan doen. Ja.

J: Sinds wanneer is dat een beetje veranderd? Want die overheidscampagne is in 2007 gestart,

R: Ja misschien was dat toen wel. We hebben wel meer, handen af van de hulpverleners, ik denk dat het toen wel is opgestart. Dat dat wel heeft bijgedragen omdat ze natuurlijk ook strenger aanpakken en ook snellere strengere straffer er voor doen. Ja. Vroeger werd er niks mee gedaan en werd de patiënt maar als patiënt gezien en was hij kwetsbaar en dacht je daar kan je niks mee Maar dat kan dus wel. Ook als een patiënt verward is en hij geeft je een klap. Ja dat is nog steeds niet normaal.

J: Hoe is de nazorg geregeld binnen uw organisatie?

R: ja je kan eventueel, je hebt hier zo'n bot team, bedrijf opvang team, en ikke, je wordt hier dan, ik heb de aangifte gedaan met iemand samen. En gewoon vragen hoe het gaat en natuurlijk nu dan... die heeft gewoon nauw contact met mij over het vervolg en dat soort dingen allemaal. Maar duurt natuurlijk een eeuwigheid allemaal. Je moet een lange adem hebben, maar goed dat maakt mij dan niet uit. Maar ik vind niet dat je het dan moet laten zitten omdat het zo lang duurt, het is goed zo. Nee.

J: In welke mate worden agressie meldingen gemeld?

R; geen zicht op. Ik weet dat wel meldingen zijn, en ik weet ook dat van een collega uitspraak is geweest en toch ook echt wel een behoorlijk best wel ik dacht van nou, toch wel echt een straf. Weet

J; En wat was dat precies voor straf?

R: Ja dat weet ik niet meer precies. Hij heeft het mij wel nog laten lezen, maar het was wel waarvan ik dacht zo. Het heeft wel een jaar geduurd, maar die heeft uiteindelijk een taakstraf gehad. Dan dacht ik weet je, van zo, dat heeft wel lang geduurd maar dat is niet zo van een bloemetje opsturen en klaar. Dat vind ik ook te makkelijk.

J: Dit gaat dan over de ervaring van het geweld, zeg maar over incident zelf: J: oke, eh, de context en de ervaring van agressie een geweld. Kunt u het incident beschrijven waar sprake was van agressie en geweld? Denk daarbij ook aan het tijdstip, omstandigheden, locatie.

reanimatie en dan worden automatisch twee auto's gestuurd en politie. Toen wij ter plaatse kwamen was het geen reanimatie, die man was wel even onwel geraakt, zeg maar flauw gevallen, maar toen wij er waren was hij alweer bij. Maar toen hij flauw gevallen was bleek wel dat een van zijn kinderen hem even had gemasseerd, omdat zij dachten dat het een reanimatie was, maar toen bleek al snel dat, kijk het doet natuurlijk zeer dat masseren, als je een keer rukt dan doet dat zeer, dus toen werd hij wakker. Nou toen wij daar aan kwamen toen keek hij ons gewoon aan en toen hebben wij even wat controles gedaan. Die waren eigenlijk goed, geen afwijkende controles, en op een gegeven moment, toch raar dat een oudere man, volgens mij was hij 84 ofzo, is toch raar dat hij een keer wege gevallen was en ik vond het toch wel belangrijk dat hij even nagekeken werd in het ziekenhuis. Bij die oude mensen weet je tegenwoordig niet meer wat er precies aan de hand was. Dus ik had hem even mee genomen en toen kwam hij al eens heel boos overeind van Ja ik ga niet mee en schelden en doen, nou ja oke, dus ik dacht misschien is hij toch even verward.

Onderbrekend J: Dat schelden was we gericht tegen jullie?

Dus andere collega van ons, want hij zat wel al overeind, zei tegen hem van ja maar meneer wij willen toch even kijken of er niet iets aan de hand is, dus even na laten kijken, want het is toch gewoon raar, dus u moet toch maar even accepteren dat het is zo. Nou ja oke. Toen hebben wij hem op de brancard gelegd en het enig wat wel was, ik rook alcohol. Maar goed het was vaderdag. Dat was het ja. Maar ja iedereen stond er boven en er waren meer kinderen daar, nou ja ruim volwassen kinderen rond de 50, dus ik dacht dat kan misschien ook. Dus toen zei mijn andere collega, want we waren met twee auto's

gestuurd, zei ze, ik rijd wel even mee. Want het was toch haar laatste ritje. Bij een reanimatie worden altijd twee ambulances gestuurd, omdat je zeg maar extra handen nodig hebt. Dus die hielpen mij even op weg. Want je bent er toch. Dus die verpleegkundige van die andere auto zei, ik rijd wel even met je mee. Omdat hij ook zo overeind kwam en zo'n grote mond had, en met zijn tweeën ben je toch, nou ja het is toch wel wat handiger, je hebt toch wel wat extra handen. Want de politie had ok gezegd, moet ik mee rijden? Dus ik zei, nee joh, hij is weer gekalmeerd en dat hoeft niet. Maar ik rook dus alcohol, maar er stonden heel veel mensen boven. Dus het is een aanname dat hij het was. Het was zondagmiddag en het was vader dag dus ja, dat is aanname. Maar toen zei dus een van de kinderen dat hij al 20 jaar niet dronk. Dus ik dacht ik heb het verkeerd geroken. Dus hij in de auto en we gaan rijden en onderweg werd hij alweer een beetje onrustig. Dus ik hoorde hem op een gegeven moment zeggen van, godverdorie, waarom zit ik nou in deze situatie en werd hij weer onrustig. En ik zei joh meneer, doe maar rustig, ze kijken u alleen maar even na en als er niks is dan mag u gewoon weer naar huis. Dus hij werd weer rustig en ik ging weer verder met schrijven. En op een gegeven moment zei mijn collega, hij kijkt naar je. En dat moment haalt hij in een keer uit naar mij, en slaat hij mij vol in mijn gezicht. Zo in een keer in mijn gezicht. Dus ik spring op in die ambu, en ja ik roep zo van godverdomme, wat heb jij nou gedaan, ben je helemaal besodemieterd dat je mij in mijn gezicht slaat? Maar hij was nog niet klaar want hij wilde mij nog een keer slaan. Maar mijn collega pakt hem snel bij zijn handen en heeft hem naar beneden geduwd, en schreeuwt u gaat dit niet doen en stoppen. En mijn collega die aan het rijden was zei: moet ik naar achter komen? Nee, rijd maar door en ik meld het daar wel. Laat maar bewaking klaar staan. Maar ik rook dus wel alcohol van hem, maar hij had wel gedronken. Maar dat moeten mensen gewoon zelf weten. Ook al heb je gedronken kan je om andere redenen onwel raken.

J: Want hij kwam in die zin nog wel normaal over?

Ja ja zeker, zeker ook omdat hij zei; hoe heb ik mij nou weer in deze situatie gebracht. Dus, dus, dat zei die gewoon. Maar goed mensen mogen mopperen en schelden, dat vind ik niet erg, maar ze mogen niet aan mij komen. Dus we kwamen aan en we daar stond bewaking en ik ben uitgestapt. Nou ik ben netjes gebleven, want ik was echt overvallen, ik had dit in 22 jaar nog nooit gemaakt, echt ik was echt helemaal perplex, en ik heb toch wel wat ervaring, ik heb toch wel wat voor mijn kiezen gehad in de afgelopen 22 jaar. Ten eerste doet het nog ook zeer, zo'n klap in je gezicht, maar ik dacht ik blijf netjes. Dus zijn dochter stapt uit en ik zeg, hij heeft mij geslagen. Dus dat vond zij natuurlijk hartstikke vervelend want daar kon zij natuurlijk ook niks aan doen. Maar ik heb het daar dus overgedragen aan de artsen daar en gezegd dat hij mij geslagen had en de rest wat ik geconstateerd heb bij hem en ik ben weg gegaan. Enne nou goed, ik ben weggegaan en toen heb ik mijn, lokale, locatie hoofden gebeld, die dienst had en die zei, je moet gewoon aangifte doen. Nou, dit was zondag en ik heb woensdag aangiften gedaan. Ik heb nog drie dagen gewacht. Ik ben ook nog gaan kijken wat die man nog had. Hij had dus niet te veel alcohol gedronken, maar ja hij had dus twintig jaar niet gedronken. Maar dat valt niet te controleren, dat is een aanname.

J: maar wat is dan niet te veel gedronken?

R; 0,5 promille, dus 2 á 3 biertjes, dus niet veel. En hij zou dus niet lekker in zijn vel zitten, omdat het niet goed ging met zijn vrouw. En toen werd ik eigenlijk nog kwaaier. Omdat jij niet lekker in zijn vel zit mag je mij een klap geven. Maar, ik denk, en ik mag dit natuurlijk eigenlijk niet zeggen, dat is een aanname, dat hij zich betrappt voelde door ons. Ik ben bang, want hij, hij had natuurlijk gedronken en het is natuurlijk niet goed gegaan. Als hij niet onwel was geworden was er niks aan de hand geweest. Maar nu kwam natuurlijk boven water, nu door dit voorval, door ons. NU is hij toch voor observatie opgenomen in een ander ziekenhuis. Dus ik denk dat hi j zich gewoon betrappt voelde, en ik merkte aan izjn hele houding dat gewoon ja, het is een man die heel zijn leven hard gewerkt heeft en altijd de baas was en goed de rest onder de duim had, onder de plak had, want dat merkte je een beetje aan hoe mensen met hem omgingen en ja ik denk dat hij nu gewoon de verkeerde had. Want mij hoef je gewoon niet te slaan.

J: Nee terecht, maar je merkt gewoon dat er wel echt emotie speelde bij hem?

R: Ja, op dat moment dat ik denk dat hij zich gewoon betrappt voelen.

J: was het angst?

R: nee het was geen angst. Ik denk, nu dat boven water kwam dat hij gedronken had. Iedereen dacht dat hij twintig jaar niet meer dronk, ik denk dat hij gewoon een slechte dronk heeft gehad denk ik. Maar dat is allemaal aanname en dat kan ik nooit hard maken. En dat gaat hij ook nooit hard maken.

Ook omdat hij onderweg ook zei van, godverdorie in wat voor situatie ben ik nu weer gekomen en dat hij dat een soort van tegen zichzelf zei. Dat heb ik natuurlijk gehoord. Maar ja niet wetende dat hij mij ineens een uithaal gaf. En ik heb later nog een arts gesproken die hem had gedaan en zei hij kon niks meer herinneren en hij wist het niet meer. En toen zei ik tegen haar, ja dacht zou i ook zeggen.

J: Dus er was wel een bepaalde mate van spanning er om heen?

R: Ja, maar het is alleen jammer dat die kinderen er niks mee hebben gedaan. Als die kinderen nou gebeld hadden hierheen, naar de dienst, dan had ik niet eens aangiften gedaan.

J; even kijken, dit is dan het hele verhaal, Als ik dan een korte vraag stel. Kunt u een inschatting geven van het motief van dader ?

R: Hij voelde zich betrappt en wilde zich niet in deze situatie begeven. Hij voelde zich natuurlijk niet prettig in deze situatie. Terwijl hij wel recht had op een ambulance. Het is niet dat er voor niets is gebeld natuurlijk.

J: kenmerken van de dader?

R: Oudere man, grotere man, hele hardwerkende man. Denk ik. **J: hoe heeft u het incident ervaren?**

R: Nou schokkend eigenlijk. Wat ik al zeg, ik ben al wat gewend. Ik heb zo'n dikke huid, maar mensen moeten mij niet slaan. Ik schrok daar echt van. Ik werd daar zo door overvallen. Dat had ik gewoon niet verwacht bij deze man. Kijk bij iemand die agressief is, of drugs, dan ben ik altijd op mijn hoede. Dan ga ik ook anders zitten, dan ben ik heel erg op mijn hoede. Dan ga ik ook niet schrijven. Ik ga bij psychiatrische patiënten ook nooit schrijven. Maar deze heb ik nooit zien aankomen.

J: in hoeverre heeft u de gevolgen gemerkt van het incident?

Voor mezelf? Ja, wat ik heel erg jammer, wat ik heel jammer vind, je gaat toch anders naarst iemand zitten. Ook bij oudere en zeker bij mensen die, ja ik ga toch anders zitten. Je zit er niet onbevange naast. **J: en doet dat ergens tekort aan?**

Nou niet doet niet tekort aan, op een gegeven moment slijt dat ook wel, maar in het begin heb je dit heel erg. Mensen die je niet vertrouwt dan denk je ook van , nou ja je vertrouwt mensen gewoon minder snel, laat ik het zo zeggen. Maar dat slijt wel weer hoor, maar dat vind ik wel jammer. Ik heb deze gewoon niet zien aankomen. In 22 jaar heb ik deze niet zien aankomen.

J: En medische klachten? Nee, nee.

J: in hoeverre heeft het invloed gehad in het uitoefenen van uw werk?

R: Ja dat je gewoon op je hoede bent. Je wordt gewoon een beetje, nou ja, niet paranoïde, maar gewoon de kat uit de boom kijken. Terwijl ik gewoon normaal gesproken naast mensen gingen zitten.

J: wat was de reactie van de organisatie?

Die gaf mij gelijk. Die heeft het erg goed opgepakt. Maar het enige jammere was dat ik dan bericht had gehad van de politie, die zeiden van ja eigenlijk willen we het niet doorzetten. Want het was een oude man etc. En toen zei ik ook van Ja,(dienstdoende collega) waarom doe ik dan aangifte? Bedoel, ook al is hij 82 of, ja, he, waarom doe je wel aangifte bij een 20 jarige en niet bij een 80 jarige/ Ze mogen allebei niet slaan. Of het nou in verwardheid was of in een insult was . Of een diabeet die een hypo heeft, laag bloedsuiker, die kunnen soms ook heel agressief zijn, dan snap ik dat. Die kunnen ook vechten, maar dat is een andere manier vechten, maar dan snap ik dat. Maar deze man voelde zich gewoon betrap en voelde zich gewoon verraden. En dan denk ik ja van dan moet je mij niet gaan slaan. Dan doen ik voortaan gedaan aangifte meer. Dan kan je bij alles wel gaan zeggen van hij was niet lekker of verward. Waarom waken we dan reclame, heb ik ook gezegd, waarom wordt er zoveel reclame gemaakt. Het is toch niet normaal. Dus dat heb ik ook gezegd en dus heeft hij het toch doorgezet. We gaan gewoon aangifte doen. Maar ik heb het gewoon met naam en toenaam gedaan.

J: Oke, dus geen anonieme aangifte?

R: Nee kijk als het een crimineel is dan zou ik het misschien niet doen, maar bij deze man hij is natuurlijk geen crimineel.

J: dus eigenlijk omdat u de consequenties van aangiften, die ware er niet echt.

R: Nee, ik ben niet bang dat hij represailles gaat doen. Kijk en als die man gewoon slim is dan doet hij er wat mee. Maar ik ben bang dat het er eentje is die heel erg op zijn trotst leeft en dat hij gewoon zijn gelijk wil hebben. Dat denk ik. Dat weet ik niet. Het kan nog een jaar duren.

J: dus als ik het even goed heb, dan is het incident gebeurd op een zondag en toen heeft u op woensdag aangifte. Duurde dat lang?

Ander half tot twee uur.

J: En toen heeft u het incident intern gemeld?

R: Ja van iedere melding wordt een aantekening gemaakt en dan schrijf je het op en dat wordt dan naar, wij hebben dan een, .. die is dan ook voor mishandeling, maar die is dan voor mensen die mishandeld worden maar ook voor ons en ... die doet het dan voor kwaliteit en contacten met politie en zo. Als er een rechtszaak zou komen zou hij namens mij daar heen gaan. Ik ga daar dan niet heen. Maar hij zit er boven op. Maar ik zit nu te wachten op de ten laste legging? Ze gaan hem aanklagen voor mishandeling en die man krijgt dan een brief over en daar moet ik dan weer een brief over. Maar dat duurt weer eindeloos. 22 juni is het gebeurd en drie dagen later heb ik aangifte gedaan en ik heb nu alleen nog maar een brief ontvangen. Daar is ... nu mee bezig. Daar zit hij op te wachten. Maar hij belt wel regelmatig hoor, hij zit er boven op.

J: dus in die zin bent u wel betrokken bij een eventuele rechtszaak?

R: Ja wel met naam en toenaam gedaan, maar heb wel het adres van mijn werk gedaan. Maar wel gewoon mijn naam genoemd.

J: ehm, dus u bent zelf nee aanwezig bij het evt proces?

R: Nee

J; oke dat is dan vanuit de organisatie. Voor zover u kan inschatten, dit is altijd een zijvraag die ik stel, wat is het motief van agressie en geweld als u om u heen kijkt of hoort van collega's?

R; Jeetje, nah, naja, ehm, ja ik denk dat het toch wel heel veel mensen zich gauw het gevoel hebben dat ze niet goed geholpen worden he. Dat ze heel veel mensen willen gewoon doen op hun manier en als wij het op een andere manier doen worden ze heel snel boos. Als mensen niet meer de situatie onder controle hebben dan zie je ook snel dat mensen boos en agressief worden. Mensen schieten bij voorbaat al de verdediging in en dat is denk ik gewoon de hele mentaliteit of de cultuur op dit moment dat mensen zich gauw aangevallen voelen. Ook door ons. Terwijl wij alleen maar komen helpen en dat ze dan, als het niet naar hun zin gaat, tenslotte, ik betaal toch ziektekostenverzekering, want het gaat ook om de situaties als mensen niet mee worden genomen omdat het niet nodig is of juist wel mee genomen worden of ik bedoel ja, mensen vinden al gauw dat je als taxi moet fungeren of weet je, mensen moeten dan zelf naar beneden lopen en dan vinden mensen dat wij maar moeten tillen. Ja daar beginnen wij natuurlijk niet aan. En dan als je zegt nee, u moet zelf lopen. Dan worden mensen heel gauw boos. Maar aan de andere kant moet je wel rekening houden dat mensen altijd in een kwetsbare situatie zitten en dan moet je zelf altijd op bedacht zijn dat je daar probeert wel een beetje in te leven in de situatie van de patiënt. Maar mensen vinden dat ze overal recht hebben op. Laat ik het zo zegen En dat zie je. En echt hoor, 99 procent heeft dat helemaal niet, die mensen vinden het helemaal blij als je komt maar je hebt altijd rotte appels er tussen zitten. Maar dat blijf je altijd houden. Maar ik denk ook dat dat komt door meer alcohol en drugs en ik denk dat mensen daar sneller agressief door zijn.

J: en zijn er dan dingen die vanuit beleid of de organisatie wat daar aan kan worden gedaan?

R: Nou in ieder geval dat wij veilig zijn, dus politie mee. Dat gebeurt alleen nu in openbare gelegenheden. Ik moet een keer naar een vage melding, spreken geen Nederland en naar een adres 1A, dus dat is een bovenwoning, en spreken geen Nederland en daar krijg ik dus gelijk, oh en politie kan niet mee want die is druk. En dan denk ik, ik ga daar niet heen zonder politie. Ik krijg dan gelijk zo'n onderbuik gevoel, ik ga daar niet heen zonder politie. Ik weet niet wat ik daar aantref. Dus ik geef dat aan en toen hebben we gewacht voor vijftien minuten en toen kon de politie wel mee. En achteraf was mijn onderbuik gevoel wel goed want er lag een dood iemand. Zeg kijk maar. Want weet je, ja, kijk niet dat die mensen heel agressief waren ofzo. Weet je, dit soort dingen moeten ze gewoon politie mee sturen. Maar ja, die mensen hebben het ook heel druk.

J: Nja, maar is daar vast beleid op?

R: Ja volgens mij zijn er wel protocollen voor. Dat ze bij adressen waar ze standaard politie meegestuurd wordt en dat kunnen ze allemaal koppelen en aan de 112 meldingen aan de adressen. Dat is opzich wel mooi. Maar goed, maar ik denk dat je dat in Amsterdam veel meer hebt. Daar heb je natuurlijk alles. Toeristen ook, die allemaal drugs uitproberen. Daar heb je hier gewoon wat minder. Maar ja, daar zijn de verpleegkundige ook een beetje anders. Wat harder denk ik.

Zijn er nog zaken niet aan de orde geweest die u in het kader van het onderzoek wel van belangacht?

R; nee hoor.

J: verdere vragen of opmerkingen?

Interview 4

Interview Siddiq van Goens.

Locatie: Gemeentehuis Den Haag

J: dank voor de uitnodiging Siddiq. Dank ook voor de tijd en moeite die jij in dit onderzoek wil steken.

S: Geen enkel probleem, ik doe het graag. Het is voor een goed doel, haha.

J: wat kan je vertellen over agressie tegen ambulancepersoneel?

S: Het is een doelgroep die een specifieke roeping heeft. Vakmensen, hoog opgeleid en mensen die graag een verschil willen maken in de maatschappij. De plegers van het geweld van agressie en geweld zijn volgens mij juist het tegenovergestelde. Vaak gefrustreerd en boos vanwege onvoldoende kennis over wat er gebeurt op dat moment. Ze zijn vaak onwetend en naïef en denken zelf alles te kunnen beslissen. Dat is nu eenmaal niet zo.

J: Wie plegen het volgens jou?

S: met name direct betrokkenen en familie leden. Het is voornamelijk emotionele agressie e, die voortkomt uit het feit dat ambulancepersoneel in hun ogen niet adequaat reageert. Het is ook wel ene bijstander effect. Ze juttten elkaar namelijk wel op en dat levert ook vaak agressie en geweld op. Te veel mensen gaan er dan om heen staan.

S: verder is er sprake van een cultuur onder ambulancepersoneel. We zijn ingehuurd. Dit hoort er bij, wij komen altijd als het vervelend is. Ambulancepersoneel vind het een deel van hun werk en ziet hierin ook veel door de vingers. Dat herkennen wij als organisatie, maar dat kunnen wij nog moeilijk veranderen. Het is immers menselijk gedrag en zowel bij daders als slachtoffers zijn er sprake van culturele verschillen.

J?: wat is precies jouw werk?

Ik ben coördinatoren agressie en geweld. We hebben ongeveer 900 incidenten in het jaar. Binnen de gemeente Den Haag. Maar dit is voor alle medewerkers met een publieke taak, dus van buschauffeur tot politieagent. Als er twee incidenten gemeld worden in het jaar door ambulancepersoneel, dan is dat veel. Dat betekent overigens niet dat er niet meer incidenten plaats vinden bij ambulancepersoneel. Ze melden nu eenmaal minder.

Tevens geef ik leiding aan het expertise centrum geweld en agressie. Daar doen wij vooral aan norm stelling. We hebben het gemeentelijke registratie systeem (GIRS) en dat registreert alle meldingen. 80 % van de meldingen komt voort uit frustratie volgens mij. Maar dat is een aannem, dat weet ik niet zeker. Ons meldingen systeem verschilt overigens weer van andere RAV's. Elke regio mag het op de eigen manier regelen en inkleuren.

Bijlage 5

Gesprek Isolde Boers (ambulancezorg Nederland)

5600 medewerkers, Ambulancezorg Nederland is een branchevereniging en probeert de belangen van ambulancepersoneel te behartigen. Zijn ook bezig met de CAO.

Ze zijn heel terughoudend met cijfers, in verband met de privacy. Bovendien hebben zij de mening dat als er weer meer aandacht aan wordt besteed dat de aantallen weer omhoog schieten. Of het dan ligt aan de aangiftebereidheid of aan de daadwerkelijke stijging van de berichten is een tweede.

Er zijn landelijke richtlijnen (site even bezoeken), maar er is verder per regio op detailniveau een eigen invulling.

Vragenlijsten

Elk jaar wordt er over dat jaar gemeten en wordt er per regio informatie opgevraagd. Dit geeft een beter beeld dat VPT, omdat zij vragen: heb je in de afgelopen jaren wel een ste maken gehad met een delict?

Opvallende bevindingen uit de uitvraag van ambulancezorg: dagdeel maakt nog niet zoveel uit. Dat is wel opvallend te noemen. Je zou verwachten dat er in de nacht/avond meer delicten worden gepleegd. Blijkbaar zijn agressie en geweld dus niet tijds gerelateerd.

Afhandeling cijfers;

Bevestiging vragen bij Johan en kijken wat ik mag gebruiken. Cijfers van ambulancezorg Nederland (nationaal) kunnen worden behandeld, mits er ook toestemming is om ze af te zetten tegen het regionale beleid van Hollands Midden.

Bijlage 6

Gesprek met Bo de Vogel

Betreft: aanvraag inzage dossiers geweldplegers tegen ambulancepersoneel

Geachte heer, mevrouw,

Naar aanleiding van een interview met Bo van der Vogel schrijf ik u in het kader van mijn afstudeerscriptie. Momenteel volg ik de master Crisis and Security Management (Bestuurskunde) aan de Universiteit Leiden en heb ik een bachelor Criminologie afgerond aan de Universiteit Leiden.

Mijn afstudeerscriptie richt zich op agressie en geweld tegen ambulancepersoneel. Via een wetenschappelijk theoretisch kader wil ik de motivatie van de dader verklaren. Om aan deze motivatie te komen, zijn rechtbankdossiers essentieel. Middels dit schrijven, zou ik graag een verzoek tot inzage willen indienen met betrekking tot de dossiers (2006 tot heden) waarin geweld en agressie tegen ambulancepersoneel worden behandeld.

Indien nodig, ben ik bereid om een eventuele geheimhoudingsverklaring te ondertekenen en kan ik een Verklaring Omtrent het Gedrag overleggen. Hopende u voldoende te hebben geïnformeerd, verblijf ik in afwachting van uw bericht.

Hoogachtend,

Jerome van Donk

Vastgelegd: Bo regelt verdere afhandeling van het verzoek tot inzage. Verder meegekregen: ELAs. Daarnaast mailcontact bijgevoegd. Uitspraak Bo:

3 alternatieve opties om data te vergaren;

1. Jurisprudentieonderzoek via rechtspraak.nl;
2. Schriftelijk vonnis opvragen bij de rechtbank van onherroepelijke zaken waarbij er sprake is geweest van geweld tegen ambulancepersoneel. Of deze er zijn dat weet ik op dit moment nog niet, maar daar heb ik morgen uitsluitsel over. Dan meld ik je ook direct hoe je dit schriftelijk opvragen kan doen.
3. Korte omschrijving van de motivatie van de verdachte met behulp van enkele kernwoorden. Deze krijg je morgen van me in de zaken die ik heb kunnen achterhalen.

Bijlage 7

Gesprek Jules Winkel

Interview met Jules Winkel (beleidsmedewerker agressie en geweld publieke taak VRR)

Jerome: Waar is het beleidsdocument van de VRR op gebaseerd? Evidence based?

Jules:

Op geschreven op basis van wat VPT aangedragen heeft. Dat bestaat niet meer, maar die hebben een hoop stappen aangereikt en verder heb ik gekeken naar A&O fonds, de arbo catalogus van agressie en geweld en daar heb ik de stappen ook uit gehaald.

Die hebben een eigen idee er over?

Ja en die zeggen dat ben je verplicht vanuit de Arbo, als je kijkt naar agressie en geweld valt onder psychische arbeidsaandoeningen en dan ben je als werkgever verplicht om naar te kijken.

Arbo voor elke tak/ branche verschillend?

Specifiek gericht voor medewerkers met een publieke taak vanuit het A&O Fonds. En ook wel een beetje op letten wat toevallig van de week een agressie en geweld incident en daar was de discussie of het nou wel een ambtenaar was. Is hier sprake van een ambtenaar. Ambulancedienst hebben een andere CAO, net een nieuwe, en die hebben een eigen CAO en die vallen niet onder ambtenarenrecht. Dus dat konden we niet onder agressie en geweld brengen

Waarom niet onder ambtenarenrecht?

Andere CAO. Maar het is heel lastig, want je hebt de VRR, publieke taak. Brandweer ook. Ambulancedienst hebben een eigen CAO, en het is een beetje kronkel.

Want betekent dan ook dat er wetstechnisch andere consequenties zijn?

Nee behandel ze allemaal het zelfde.

Heeft elke regio ook de ruimte op het eigen beleid te maken?

Landelijke afspraken zijn wel gemaakt, maar ik denk wel dat elke regio er een eigen draai aan kan geven. In het VPT programma staat ook hoe bodes om moeten gaan met. Wij hebben echt gekeken naar ambulance incidenten en beleidsnotities die ik geschreven heb voor heel de VRR. En ik neem niet alles over. Je kijkt een beetje specifiek naar de beroepsgroep waar het onder valt.

IS het per regio nog verschillend? Zijn er bepaalde toepassingen anders in Twente of in Rijnmond?

Goede vraag. Het GIR systeem, daar doet Monique van Liem, van Habelis, die heeft dat landelijk ingevoerd. Gevraagd of zij ook aan benchmarking deden. Wellicht kan je daar mee vandaan halen?

Volgens mij doet iedere regio maar wat. Je hebt voorlopers, Noord-Holland Noord, Kennemerland, die hebben het allemaal goed geregeld en er zijn ook regio's waar het niet zo goed is geregeld. Zullen best regio's zijn waar het niet wordt geregeld.

Na 2015 geen koppeling van VPT?

Onder gebracht onder agressie vrij werk en zij hebben de taken van VPT overgenomen. VPT bracht een hoop en nu moet je als organisatie gaan halen. Als je zegt ik heb geen beleid over agressie en geweld, het initiatief moet heel erg vanuit de regio en de organisatie zelf komen. De trekkersrol van VPT is weggevallen. En daarom hebben we in Rotterdam een agressie en geweld platform gemaakt, waar de vervoersbedrijven zitten, ambulances en dat gaat over agressie en geweld en hoe kunnen we elkaar steunen. En als er vragen vanuit de regio komen, kunnen we dat vanuit het platform beantwoorden.

VPT kwam met congressen en documenten en was ook landelijk bezig. Haalde ook het nieuws met bepaalde zaken en dat is allemaal weg gevallen.

Melding:

Standaard beleid om brieven te sturen?

Ja sturen standaard dat we not amused zijn en aangiften gaan doen tegen hen. Grotendeels leest men de brief niet eens en gooit het weg. De helft heeft een hekel aan de overheid ansicht en de rest heeft een psychische aandoening. Weinig reacties daar op. We zetten er ook in dat het juridische consequenties heeft en dat zij in het meldkamer systeem komen en dat het adres dan altijd wordt bezocht met politie in het vervolg. Een reactie op gehad van een studente die er erg van geschrokken was. Die had de repercussies ingezien na het incident en de brief en beseftte dat ze een strafblad had. Dat had ze natuurlijk niet willen hebben als 18 jarige en net gestart met je studie. Maar met dat adres ben ik nog wel grandioos de fout in gegaan bij haar. Studentenhuis met vijftien dus daar kan je niet iedereen voor opschrijven. Dan is het probleem dat haar buurvrouw dus ook standaard.

Dus is het een café in een publieke ruimte waar bijvoorbeeld ook is gevochten, dan gaat er politie mee. Maar het probleem blijft de privacy van de patiënt. Als je vraagt om een ambulance en je krijgt ook politie erbij, dat wil je niet altijd.

Zijn natuurlijk dilemma's. In hoeverre wordt er opgestuurd vanuit de overheid gestuurd?

Deze keuze maak ik zelf. AZN en VPT heeft wel standaard brieven en mensen krijgen bijvoorbeeld een gele kaart of rode kaart (andere branche). Weg zoeken dat voor jouw dienst beschikbaar is. Bij sommige zet ik het dan in de meldkamer e niet in bij de brief. Die brief is wat bewegelijk. Wel of niet aangiften gedaan etc.

Wat zijn de gevallen waar geen aangiften wordt gedaan?

Laatste was vorige week toen een man zijn polsen had doorgesneden. Die zat ij zijn vader thuis. Dus daar heb je het al met het adres, en die had gewoon psychiatrische hulp nodig en die bedreigde wel het personeel. Personeel wilde hem mee om zijn wonden te hechten en hi wilde niet mee.

Wat is dan precies de overweging voor wel of niet doen?

Altijd eerst in contact met het personeel, van joh hoe is het bij jou binnengekomen. En als die allemaal begripvol zijn dan doen we het niet. Je moet wel een wetsartikel hebben om aangifte op te doen. Dus dat is de overweging. Als het vervelend zijn of mensen die ja. Brandweerploeg die krijgen opeens een mes voor hun neus. Dat zijn dingen, ja, gewoon aangifte doen.

Wat is in die zin, qua branche, is ambulancezorg nou veel bedreigd? Hoe groot is het probleem?

Kijk naar het systeem zelf. Is het een cultuur? Aangifte bereidheid. We hebben een Risico Inventarisatie gehad vanuit de ARBO. Daar heb je ook PSA waar agressie en geweld onder valt. Ik zit nu op 23 meldingen in 2016, op 120.000 ritten, maar in die enquête geeft 30 procent aan dat ze weleens te maken hebben met agressie en geweld. Want niet alles is natuurlijk aangifte waardig, maar 30 procent is best wel een hoop.

Over het aangifte doen.

Partijen die natuurlijk onderdeel zijn van het systeem. Die ambulanceploeg moest drie uur wachten. Medewerkers die de aangiften doen, ja die snappen soms het VPT vinkje niet. Of die snappen niet hoe het precies in elkaar steekt. OM laat ook steken vallen. Dat draagt er allemaal niet aan bij dat mensen gaan melden.

We hebben een vrouwelijke verpleegkundige, die krijgt een schop in haar gezichten. Dus ik neem de zaak over als casemanager, wordt gemachtigd door haar, en ik stuur alles op naar het OM. In papiervorm, ik scan het voor mijzelf in. Dat gebeurde in mei en in augustus krijg ik een brief van het OM. We hebben nog niet alle stukken ontvangen. Dat kan, maar ik bel wel even op naar hen. Bel dus het slachtofferloket, dat is de relatie met het OM, en vraag hoe kan dat nou. Zij zegt; ik heb die pagina voor me, maar waar is de rest? Oh sorry, het zit er achter. Dat is stap 2. Dat is afgedaan, dat is vervelend, maar goed. Maar dan krijg ik de uitslag van de uitspraak. We hadden schadevergoeding en smartengeld gevraagd en zij krijgt een boete die ze moet voldoen van 500,- aan de staat. Dus ik bel haar weer op: JA, ja, de OVJ heeft de papieren niet op tijd gekregen. Die waren er wel en dat zorgt weer voor veel frustraties. Maar het schept een hoop, kijk en die verhalen gaan dus over de werkvloer, frustratie en onvrede. Dus elke partner in het proces moet eens goed weten wat wij moeten doen en wat we aan het doen zijn.

Er is geen ronde tafelgesprek? Dus dat alles partners aanwezig zijn?

Nou ja met dat platform proberen we dat wel . Ik heb nu een vast aanspreekpunt nu bij het parket, gelukkig en dat duurde lang, en daar leg ik de dingen nu voor. Want hier loopt het vaak op stuk. Zaken die vergeten zijn, ik heb nu een zaak uit 2015 die nog steeds bij de politie. Schiet natuurlijk niet op.

Als je kijkt naar de zaken in eigen systeem en wat wordt behandeld bij OM, is dat een groot verschil

Zijn natuurlijk mensen die melden en die geen aangiften doen. En dan heb je het aantal zaken dat aangemeld wordt, aangifte gedaan en dat wordt geseponeerd en dan aangiften die vervolgd worden. Uiteindelijk wel een redelijk aantal wat wordt vervolgd.

Het gat begint al bij de medewerkers zelf, ik doe hier geen aangifte, dan komt een gat politie, dat zit hem in het aangifte doen, dan politie OM, OM laat ook steken vallen, eigenlijk moet je gewoon een aparte tak had. Zijn er misschien ook wel te weinig voor.

Als je kijkt naar het aantal ritten, 120.000, en als er 23 incidenten zijn, is het probleem?

Maar als je landelijke cijfers bekijkt, dan is het weer groter.

Het frappante is de PSA. Dat toch 30 procent zegt, ik heb er gewoon last van.

Anders meld je dat niet.

Rechters:

Ook rechters die zeggen, in die hoedanigheid brengt u zichzelf.

In hoeverre werkt het? In hoeverre krijg je er dingen over terug?

Nou het protocol gaat nu leven een beetje. Want, de brandweer die hadden eerst het protocol nagekeken, want die wilde het anoniem doen. Daar ga ik ook uitleg overgegeven. Want dat ligt wel anders. Daar moet de rechter-commissaris naar kijken. Beleidsnotitie die is bij de directieraad geweest en goed gekeurd dan moet hij wel naar het bestuur. Dan komen er dingen waarvan ik zeg, ik moet het implementeren in de organisatie. Dan maak ik een klein plan van aanpak en dan ga ik de hort op. Je moet wel het constant blijven aandragen dat het ook organisatie breed georganiseerd is. Decembermaand komt er aan.

Wat merk jij dat het motief is? Is dat echt heel erg verschillend?

Ik denk dat het overgrote deel onder invloed is. En dat zorgt ervoor dat mensen bepaalde dingen niet goed interpreteren en er zijn ook mensen die het willens en wetens wel doen. We hebben ook arrestanten die mensen bespugen en dat is natuurlijk doelgericht. Overgrotendeel is gewoon onder invloed van alcohol en medicatie. Maar alsnog doen ze het. Ze begrijpen hun diagnose niet of moeders ligt op de keukenvloer, nee we gaan er eerst stabiliseren, nee u moet ze nou meenemen, dus onbegrip over de hulpverleners situatie is ook een deel van het agressiegedeelte in Nederland.

Is het onbegrip of niet weten wat er gebeurt?

Beide. Het is beide het geval. Maar laten we wel wezen onder het ambulancepersoneel zitten ook eitjes. Als er iemand drie keer in staat dan vraag ik ook wel hoe kan dat nou?

IN hoeverre krijg je terug of een training werkt of niet?

Krijg ik niet zoveel van terug. De training is wel een weerbaarheidstraining geweest die een paar jaar geleden, jaar of 3 of vier terug.

Ze krijgen allemaal initiële opleiding bij AZN. Maar ik weet niet zeker of ze daar ook weerbaarheidstraining krijgen.

Is er nou sprake van verbetering de afgelopen jaren? De cijfers spreken dit tegen.

Ik denk dat het gelijk blijft. Het melden is denk ik ietsje omhoog gaat, mede door bekendheid van zaken die ik hier bekend maak op intranet (regio gesproken dus) en dat triggert van he het helpt wel. En de maatschappij is verhard. Dus de incidenten zullen ook wel toegenomen zijn.

Maar ik zie daar niet echt een hele grote afname of toename in. Dus eigenlijk kan je zeggen dat het VPT niet echt geslaagd is qua vermindering van incidenten. Op basis van de ambulanceregistratie dat het nog niet echt gewenste resultaten heeft geboekt.

Je kan jezelf ook afvragen is er wel gedegen onderzoek gedaan naar het aantal incidenten. Ik zie in de maatschappij de mensen waar we naar toe gaan. Daar zie ik geen verandering in optreden.

AZN heeft wel cijfers, die vragen ze ook bij ons op. Net zoals dat platform wat opgezet is, regionaal zou ik daar meer van verwachten dan wat er nu gebeurt. Wat gaan we nou doen met de cijfers? AZN doet verder niks met de cijfers.

Wat gebeurt er met de cijfers?

Krijgen geen bericht van AZN en daar wordt dus niks mee gedaan. Zij zullen zeggen, je moet het jaarverslag lezen en daar zie je het in terug. Ik verwacht een veel actievere rol van de vertegenwoordigers van de ambulancezorg. Zij doen er dus niks mee.. Ik weet niet hoe zij er tegenover staan.

De site zegt al genoeg. Het is goed zoeken en ze zijn niet proactief. Want ja je moet het zelf opzoeken en dan staat er wat en wat moet ik daar dan mee? Moet ik het wel gebruiken of niet gebruiken? Kijk, die cijfers die daar moet ook wat van gevonden doen. We moeten een keer een groot landelijk onderzoek doen en dat het klopt wat we veronderstellen wat er heerst. Dat meldingssysteem waarvan ik zeg, want uiteindelijk ga ik kijken of het meldingssysteem een hangijzer is, dat mensen gewoon met een druk op de knop ik heb dit mee gemaakt en ik ga ze bellen. Ik ga vragen wat er is gebeurd en wat wil je er mee. Dat je dus vanuit de werkgevers kant veel meer proactief moet zijn naar je medewerkers. Want weet je, als mensen een dienst hebben gehad dan is het wel weer een paar handeling. Laptop aan. Naar het gir, inmelden en ook weer tikken. Daar zitten ze niet op te wachten. Daar is denk ik veel winst mee te behalen. Het gaat mij niet zozeer om de daders te grijpen en te vervolgen, ik wil een helder beeld krijgen met wat gebeurt er nou op straat over agressie en geweld. Mensen moeten ook de mindset krijgen dat zes keer GVD zeggen ook meldingswaardig is. Want dat doet je wat. En dat zie ik niet gebeuren./

38.31

Beginnen beneden, met jongens we gaan iets heel moois oppakken en met zijn alle doen. Maar iedereen doet uiteindelijk wat hij zelf wil. En daar gaat het mis. Ik denk dat grote samenwerking tussen partijen en het ook makkelijker maken tussen partijen om met elkaar in contact te komen. Voordat ik ook eindelijk een parketsecretaris nu eindelijk heb, dat duurde wel even. Eerst in conclaaf met slachtofferloket, want ik moest daar informatie vandaan halen.

Wij moeten zelf uitzoeken hoe en wat. Slachtofferloket kan je bellen voor informatie. Dan ga ik bellen als ik wil weten hoe het staat met een rechtszak. Kijk ik snap ook wel dat daar bepaalde privacygegevens daar zitten en niet iedereen het kan doen. Maar normaal zou ik dat gewoon graag doen. Dan is het klaar.

Hetzelfde met aangiftes. Ergens digitale aangiftes mogelijk. Maar ja, is dat ook voor ons mogelijk. Maak het alleen maar simpeler.

Moet alles worden toegelicht op het bureau bij aangiften?

Ik kan het ook voor hen doen en dan moet ik dus er wel zijn. Er moet wel iemand zijn in persoon die bij de politie het verhaal doet. Dat begrijp ik ook, en het is ook deel van mijn taak. Maar bemanning wel. Zo'n bemanning zit daar drie uur uit de paraatheid. In een gedeelte van Rotterdam is dus gewoon een brandweerwagen weg. Daar is nog niet zo heel goed over nagedacht.

PSA: kijken naar de cijfers

Agressie en geweld cijfers. Dertig procent geeft aan dat heeft last van agressie en geweld, geel heeft het af en toe en groen is twijfeltachtig. Rode is 30 procent. Dat is veel.

47 procent = agressiviteit tijdens werkzaamheden. Verpleegkundige 33%. 49 a 54 deelnemers. Alleen in de dienst van VRR.

In vergelijking met 26 meldingen is dit natuurlijk wel een groot verschil op het gebied van 120.000 ritten. Dus nog altijd een zekere discrepantie tussen het beleven en ervaren en het melden. Alleen het topje van de ijsberg wordt behandeld. Dat zei VPT ook altijd al. Er is veel meer.

Bijlage 8

Gesprek Petter Demmink

Aard en omvang in agressie tegne politiepersoneel?

Dat heb ik zeker, maar er zit wel een groot verschil tussen vormen van agressie. Hele andere situatie dan ambulance personeel. Dus wij gaan naar situaties waar geweld nog steeds plaats vind. Terwijl ambulance even weg moet blijven. WI zoeken het op en hebben daar ook een monopoly op geweld. Vaak is het politie optreden, heeft in een aantal gevallen, wordt dat afgesloten met geweld aan politie kant. Twee verschillende grootheden. Wij worden getraind, politie dus, in omgaan met geweld. Wij hebben eenmaal met geweld te maken en dat hoort ook bij onze taak. Dat heeft de ambulance dus niet.

Wij maken er altijd wel een strafzaak van als er excessief geweld plaats vindt.

De politie heeft niet echt aangiften.

Het hoort bij ons vak, maar betekent niet dat we het accepteren. Bij de ambulance hoort het niet bij het vak en moeten we het helemaal niet accepteren.

Ambulancepersoneel moeten door met hun werk en als ze dan lastig worden gevallen, moeten ze doorgaan met doorgaan van verzorgen van patiënt. Die hebben dus ook geen tijd ervoor. Politie is vaak met meerdere en rijden dan op meldingen en weten ongeveer wat we kunnen verwachten. Dan kan je ook wat steviger reageren.

Extreem zorgelijk ontwikkeling dat we op een situatie zijn gekomen dat het bij het beroep is gaan horen. Dan moet je bij het leger gaan werken.

Dark number is dus ook enorm hoog en dat ken ik dus ook niet. VPT, daar bent u ook werkzaam voor geweest?

Voor de eenheid Den haag, dus de stad den haag tot en met gouda, leiderdorp en bollenstreek om de VPT procedure binnen de politie opnieuw vorm te geven en te implementeren en te zorgen dat de politiemensen die aan de balie werken aangiftes doen volgens de afspraak.

Hoe gaat dat? Houden ze zich aan de afspraak? In hoeverre gaat het goed met de aangiften doen?

We hebben in 2010 de Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA's) gemaakt tussen VPT werkgevers, dus van OV tot aan ambulancepersoneel . Hierin zijn afspraken gemaakt over hoe de politie en OM met aangiftes moet omgaan om het geweldsgetal naar beneden moet krijgen. Dat heeft geresulteerd in de ELA's en wij hebben bij de politie voor de baliemedewerkers een soort werkinstructies. En die zouden ze moeten kennen. Maar dat is niet het geval. Dat komt omdat het een weinig voorkomend fenomeen is, VPT aangiften, in verhouding met de rest. Het komt echt wel veel te vaak voor, maar we hebben ook andere dingen die veel vaker voorkomen. Dus het loop al snel weg. Daarnaast hebben we een reorganisatie bij de politie lopen en hebben we taakaccent houders gehad, maar dat is verschoven. Dus veel interne wijzigingen waardoor opnieuw dingen moesten worden geïmplementeerd. Dat wordt langzamerhand beter zijn. Doel is om elke politiemedewerker aan de balie, om als hij iemand van met een PT aangiften komt doen dan mogen zij niet zelf

seponeren, moeten ze domicilie laten kiezen (niet op huisadres) en zorgen dat de afspraken die gemaakt zijn dat ook daadwerkelijk moeten kennen.

Hoe was het voor VPT geregeld?

Voor de tijd geen regelgeving medewerker veilig Publieke taak. Het is gekomen omdat er toen behoefte aan was. De hele regeling VPT is een slechte zaak, want het zou niet nodig moeten zijn. Elk misdrijf zou ook op de voortvarende manier met voorrang worden opgepakt. Dus als twee mensen voorrang hebben komt er een botsing. Dat gaat dus niet. Wat moet voor gaan. Dat is dus de spagaat waar elk politiebureau mee zit. Dat betekent dat niet elke politie het weet dat de VPTer voorrang zou moeten hebben. Hoe krijg je het tussen de oren dat ze dit goed oppakken? Er is ook een kans dat ze het niet mee maken.

Procedure:

Aangiften, kiezen of er sprake is van strafbaar feit, door iemand anders laten beoordelen en daarna met OM in conclaaf over wat er daarna gebeurt. In bureaus waar het veel gebeurt gaat het goed en waar het weinig gebeurt gaat het niet goed.

Wel bezwaar tegen het duurt zo lang. Het is heel veel werk om zo'n aangiften goed op papier te krijgen. Daar gaat veel uren in zitten. Men denkt kennelijk dat dat in een kwartiertje gebeurd is, maar dat is gewoon niet zo. Het vereist veel uitwerken en ook het feit dat het netjes en gedetailleerd moet worden gedaan. De klaagzang ken ik wel en het is ook goed. Zij hebben ook gelijk. De opmerkingen die namens de ambulancedienst worden gemaakt, zijn ook volkomen terecht. Als er een klap valt hoort dat niet in een ambulance. Wij moeten de aangiften opnemen, de dame aan de balie moet niet zelf beslissen of het strafbaar is, en moet overleggen met OvJ wat er mee wordt gedaan. Maar als ze zeggen dat je klappen hebt gehad maar het doet geen pijn, dan heb je geen mishandeling gehad. Dus dan heb je discussies aan de balie die helemaal niet leuk zijn. Die worden helaas elke dag gevoerd. Niet alles is strafbaar wat er gebeurt. Alleen hebben we met VPT afgesproken dat de baliemedewerker dat niet zelf beslist. Dan moeten ze hoger op. Ze seponeren echter vaak dan wel zelf, omdat de baliemedewerker het geen zaak vindt. In strijd met VPT afspraak.

Het blijkt een simpele praktische afweging om er mee door te gaan. Het is te vaak helaas, een besluite van de betreffende politieman of vrouw aan de balie, die zelf de zaak al beoordeelt. Dat is ook wel logisch, want zij heeft ook haar werk er naast. Dus zij zegt het is niet strafbaar, dus daarom doe ik er niks aan.

Is er regionaal overleg?

Ja, we hebben voor de veiligheidsregio een overleg waar alle partners aanwezig zijn. Structureel overleg geweest, aantal jaren lang geweest, straks is dat afgelopen (7 december) en de bedoeling was dat alle deelnemers die daarbij zijn geweest, het VPT verhaal implementeren in hun eigen organisatie. Daar proberen we de werkwijze af te stemmen op elkaar en te luisteren naar elkaar. Ook om inlichtingen te geven. Staat onder leiding van de burgemeester van Gouda en daar leg ik dingen uit en intern zaken te verbeteren.

Het gaat fout als er iemand aan de balie komt voor een situatie die een aantal dagen eerder is gebeurd. Dan zit er geen druk op en is de zaak iets minder ernstig. Geen zwaar gewonden geweest, geen doden bij gevallen, maar het gaat dan om bedreiging en om beledigingen. Dus de wat lichterzake zaken gaat het fout. Dan wordt je in de wachtkamer gezet en duur het .

Dit is moeilijk te veranderen omdat het ten alle tijden een besluit is van net wie je treft. Het is die beslissing die aan de balie wordt gemaakt.

Per regio zijn er verschillen.

Niet elke regio is anders opgezet en krijgt daar ook dus eigen vrije rol in. Dus agressie en geweld wordt per regio anders ingestoken. Wel heeft elke regio een eigen VPT officier. Wij doen wel hier veel aan voorlichting binnen deze organisatie, maar dat is per regio weer verschillend.

Landelijk beleid niet gestoeld op regionale samenwerking?

Jawel, met name de VPT werkgevers, die dus in dat samenwerkingsverband zitten, zouden ze onderling overleg moeten hebben. Zij moeten uitwisselen over allerlei zaken.

Wat is voor u het meest gebruikelijke motief om geweld te plegen?

Dat hangt er vanaf over welke doelgroep u het heeft. Bij ambulancepersoneel is het van een volledig andere orde dan de conducteur in de tram.

Als je kijkt naar het ambulancepersoneel?

Dat de cijfers vrij gering zijn betekent natuurlijk niet dat het ook weinig gebeurt. Geweld tegen ambulancepersoneel zie je bij O&N, met drank in het spel en psychiatrische problematiek en dan komt de politie erbij. Wat ik heel ernstig vind is tegenwoordige verschijnsel dat omstanders mee gaan doen. Die dus het ambulancepersoneel te lijf gaan, terwijl het personeel aan het reanimeren is.

Ik weet niet hoeveel het voorkomt, maar elke 1 is teveel natuurlijk.

Is de stijging van cijfers te verklaren?

Verhuftering van de maatschappij is zeker een probleem. VPT verhaal is natuurlijk in 2007 al van stal gehaald. Kennelijk was er toen een reden voor. Dus hoe waren de cijfers ervoor dat ze VPT in het leven geroepen. Dat moet hoog zijn geweest, want anders is het geen issue. Zou wel de cijfers van 2007 willen weten en dan nu. Wat is nu het bereik van VPT ? Dat is ook wel lastig want als je veel aan VPT gaat doen krijg je weer meer cijfers en dat is lastig. Hoe meer aandacht er aan besteed wordt, hoe meer geregistreerd wordt en hoe groter dus het probleem weer is. Dus hoe ga je dat framen naar buiten. Zo zou het niet mogen zijn, maar dat is wel de realiteit.

Ik maak mij wel altijd zorgen over als je in de media berichten gaat maken dat er veel geweld is tegen ambulancepersoneel dat in de komende o&n gasties zijn die weten dat het kennelijk mode is. Je kan ook het tegenovergestelde effect kan hebben. Als je er aandacht aan gaat besteden dan is het ook normaal.

Er is toch sprake van een steeds harder wordende maatschappij. Er is een gebrek aan autoriteitsgevoel en men gaat steeds respectlozer met elkaar om. Men heeft geen inzicht in wat men aan het done is en ook wil men dat niet hebben. Geen respect voor mensen die iets boven je te lijken staan, ook al is het een ambulancepersoneel. Zij moeten doen wat jij wilt, ook al ben jij gewoon een straatjochie bij wijze van spreken.

VPT Codes

Als men niet de VPT code er aan hang, dan verdwijnt het in de massa. De massa is echt groot.

Vast protocol dat politie mee gaat met ambulance?

Nee. Dat wordt bepaald door het ambulancepersoneel zelf. We hebben een gezamenlijke meldkamer en dan worden de meldingen doorgezet naar de ambulance. Dan kan de ambulance op basis van de melding de overweging maken om daar politie voor mee te vragen. Bij sommige gaan ze standaard mee. Maar bijvoorbeeld een hartstilstand, dan gaat niet altijd de politie mee. Dat kan wel eens gebeuren als de ambulancedienst dat vraagt. Dat gebeurt puur op eigen initiatief.

Zo'n melding komt dan binnen en dan zegt de ambulancemedewerker laat de politie dan ook rijden. Zij hebben ook een AED. Wettelijke aanrijdtijd een kwartier ook voor de politie. Zelfde als bij de ambulance. We halen in dat in 90 procent van de gevallen. Dat verschilt onwijs in welke regio je zit. In een klein dorp ben je gewoon veel minder goed bereikbaar. Dat valt nog net onder de dekking, maar dan duurt het echt een tijdje. Dat is een end rijden.

Waar ziet u nog verbeteringen bij de ambulance?

Ik zie een verbetering in preventie en we hebben wel die spotjes, maar ik zou daar een heel sterk prijskaartje aanhangen. Dus altijd schadevergoeding vragen. Door personeelsuitval krijgt u de rekening. Schadeverhaal ook als de ambulancemedewerker zich ziek meld. Daar moet meer op worden ingezet. Je moet het opleggen en proberen en volhouden. Schadeverhaal vind ik een goede zaak. Er moet simpelweg een rekening komen voor alle kosten, ook het verzuim. En dat moet je bekend maken.

Anoniem aangifte doen

Is eigenlijk een wassen neus. De andere partij kan opvragen dat jij als getuigen langs komt. Ambulancepersoneel moet beseffen dat ze eenmaal bekend zijn nu en dat ze ook daar verplichtingen bij hebben. Dat geldt ook voor andere aangiften die niet met VPT te maken heeft. Als je geslagen wordt dan ga je ook aangiften doen en dat doe je dan ook niet anoniem. Waarom speelt dit dan zo erg in VPT land? Elke keer opnieuw een onderwerp van gesprek.

Wat is de insteek intern?

Men wil dat de VPT medewerkers, die zijn immers bang om hun personalia te geven aan de politie. Hierdoor ontstaat een relatie in de privésfeer tussen hen en de dader op papier. En dat is ook zo. Die angst is heel sterk bij VPT medewerkers, maar niet bij gewone burgerzaken. Als een ambulancemedewerker in privetijd beroofd wordt van zijn horloge gaat hij gewoon aangifte doen onder zijn eigen naam.

Ook die anonimiteit is beetje en illusie. Daar wordt ook iets te zwaar aan getild wordt, omdat het vooral een emotionele barrière is. Kan geen garantie geven dat als je aangifte doet dat je nooit oog in oog komt te staan met de dader. Sterker nog in 50 procent van de gevallen gebeurt het. Dan dagvaardigd de advocaat jou om te getuigen en dan ga je naar de rechtszaak en dan is de dader vaak aanwezig daar.

Bijlage 9

Interview Johan van Rhijn

Johan van Rhijn gesprek

Communicatie medewerker.

Ziet een stijging; zowel meer delicten als meer aangiften. Hoort bij het topje van de ijsberg. Aandacht functionaris; melding binnen en kan er bij betrokken worden om af te handelen.

Brief naar de dader.

AOL kan worden gemaakt bij situatie waar er een recidiverings kans is. AOL = afspraak op locatie. Gevoelsmatige inschatting.

Afweging door medische manager incidenten. 50.000 ritten per jaar.

A1 Spoed

A2 spoed zonder zwaailicht

6 dagen per jaar training: dit jaar ook omgaan met agressie. Deescaleren.

Team collegiale ondersteuning-> zorgt voor nazorg.

BOT; bedrijfsopvang team.

Aangiften begeleiden: medewerker krijgt optie om anoniem aangiften te doen of wel persoonlijk. Gaandeweg in proces dat rechters vinden dat aangever bekend moet worden. Dit zorgt vaak voor het terugtrekken van de klacht. Advocaat kan dit eisen.

Juridische gedeelten: Contact persoon binnen OvJ.

2/3 zaken per jaar. Doe in ieder geval melding zeggen ze.

Verpleegkundige Landelijke registratie. AZN: ambulance zorg Nederland.

Nadine.

Lopen tegen onbereidheid van procedures en belang van aangiften aan, Enorm alert op anonimiteit binnen proces verbaal. Naam en terwijl dat niet de bedoeling is. Niet op de hoogte van anoniem aangevers. Dan trekken ze de aangiften al gelijk weer in. Fout van de politie dan.

Criteria voor aangiften doen: makkelijk maken.

AZN; ingespeeld op bewust zijn. Mensen op de ambulance duidelijkheid scheppen.