

Agressie in het ziekenhuis



EEN ETNOGRAFISCH ONDERZOEK OP
DE SPOEDEISENDE HULP

Sinan Çankaya

Agressie in het ziekenhuis

Agressie in het ziekenhuis

Een etnografisch onderzoek op de
spoedeisende hulp

Sinan Çankaya

Lectoraat Burgerschap en Diversiteit | De Haagse Hogeschool

Colofon

Agressie in het ziekenhuis
Een etnografisch onderzoek op de spoedeisende hulp

De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EH Den Haag
www.dehaagsehogeschool.nl/lectoraten
www.dehaagsehogeschool.nl/lectoraat-bd

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Auteurs Sinan Çankaya

Vormgeving Dienst Onderwijs, Kennis en Communicatie, De Haagse Hogeschool

Cover foto Copyright: Persburo Martin Mooij

© 2017 Sinan Çankaya

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

ISBN 978-90-73077-91-1

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
1. Agressie in ziekenhuizen	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Agressie tegen het verzorgend personeel	9
1.3 De beleidsrespons	14
1.4 Het onderzoek	15
1.5 Leeswijzer	17
2. De etnografie van de spoedeisende hulp	18
2.1 Etnografisch onderzoek	18
2.1.1 Observaties	20
2.1.2 Informele gesprekken	21
2.2 Analyse	22
2.3 Ethische dilemma's	23
2.4 Kwaliteit van de dataverzameling	27
3. Op de spoedeisende hulp	28
3.1 Ongewenste ontmoetingen	28
3.2 Meldingsbereidheid	35
3.3 Alcohol en drugs	40
3.4 Bacteriën in me kontje	43
3.5 'Zij' zijn pijngevoeliger en agressiever	46
4. Ik was eerst!	52
4.1 Urgentiecategorieën	54
4.2 In de praktijk	56
5. De ecologie van agressie	62
5.1 Sociofugale en sociopetale ruimten	64
5.1.1 De ontvangstbalie	65
5.1.2 Het veiligheidsglas	66
5.1.3 De veiligheidscamera's	68
5.2 Ruis in de triagekamers	68
5.3 Het hellevuur van de wachtkamer	71
5.4 De beveiliging	76
5.5 Het ziekenhuis: een gewelddadig instituut	83
6. Samenvatting en conclusies	88
6.1 Mogelijke beleidsrichtingen	91
6.2 Discussie	94
Literatuurlijst	96

VOORWOORD

Ik bracht ooit een vriendin naar de SEH, van wie ik dacht: die gaat dood. Aangekomen op de SEH reageerde de verpleegkundige laconiek: 'Waar-schijnlijk is ze gewoon flauwgevallen.'

'Wat flauwgevallen!?' floepte ik eruit, boos, in paniek, niet serieus genomen. Vermoedelijk typeerde de verpleegkundige mijn gedrag als agressief. Of misschien wel, zo heb ik inmiddels geleerd, als *part of the job*. Ik eiste verder onderzoek, er moest meer aan de hand zijn. 'Ze ziet lijkleek,' zei ik tegen de verpleegkundige. Schoorvoetend ging ze akkoord met verder onderzoek. Maar ze bleek gelijk te hebben. Er was niets ernstigs aan de hand.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de tomeloze inzet van Anil Mahabali, Maaïke Jeninga, Roan Ligthart, Charlie Veelenturf en Angela van Spanje. Zij hebben als mede-onderzoekers veel tijd doorgebracht op de spoedeisende hulp. Ze zaten achter de balie en in de behandelkamers, en brachten soms uren en uren achtereen door in de wachtkamer. Op die manier hebben we ons een goed beeld kunnen vormen van de alledaagse gebeurtenissen op de spoedeisende hulp. We hebben antwoord kunnen formuleren op de vraag: hoe ontstaan agressie-incidenten? De analyses in dit rapport zijn gebaseerd op de veldwerknootities van de mede-onderzoekers. Enkele delen uit dit rapport zijn overgenomen uit de scripties van Maaïke Jeninga, Roan Ligthart en Angela van Spanje.

Mijn dank gaat ook uit naar Baukje Prins, lector Burgerschap en Diversiteit van De Haagse Hogeschool. Zij heeft mij lang geleden een kans geboden om dit onderzoek uit te voeren. Hoewel er van alles tussen kwam, ligt hier dan eindelijk het rapport. Veel dank voor de inspirerende gesprekken en de consciëntieuze redactie van dit rapport.

Ten slotte zijn wij dankbaar voor de hartelijke ontvangst door de managers, de verpleegkundigen, de baliemedewerkers en de beveiligers in de twee ziekenhuizen waar dit onderzoek is uitgevoerd. Helaas kunnen we deze mensen niet bij naam noemen, vanwege afspraken over anonimiteit. Zonder de medewerking van deze managers en professionals was dit onderzoek nooit mogelijk geweest. Veel dank.

21 september 2017

Sinan Çankaya

1. AGRESSIE IN ZIEKENHUIZEN

1.1 Inleiding

De verharding, verhuftering en verwildering van de samenleving houdt de gemoederen bezig. Individuen met een publieke taak, zoals brandweerlieden, politieagenten, tramconducteurs en ziekenhuismedewerkers worden dagelijks geconfronteerd met ongewenste omgangsvormen, bedreigingen en gewelddadigheden. Het thema agressie tegen medewerkers met een publieke taak in de (semi)openbare ruimte staat hoog op de politieke agenda en het laatste decennium zagen we een stroom van onderzoeken: naar de omstandigheden die tot agressie leiden, naar de omvang van het probleem, naar interventiemogelijkheden en naar manieren om agressie te kunnen voorspellen en te voorkomen. In 2007 startte het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties het programma *Veilige Publieke Taak* om daarmee beleidsmatig te werken aan het voorkomen en het beperken van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak.

Ook het personeel op de spoedeisende hulp (SEH) wordt geconfronteerd met agressie en geweld door bezoekers en patiënten. Het probleem is zo urgent dat veel ziekenhuizen in Nederland eigen beveiligingsdiensten hebben. Beveiligers in ziekenhuizen, het klinkt buitenissig en ongewoon. Het is nog te begrijpen dat bezoekers van de spoedeisende hulp ziek en zwak zijn, en mogelijk zeuren en zaniken vanwege hun lichamelijke en geestelijke gesteldheid. Maar dat ze het personeel bedreigen of fysiek gewelddadig worden, lijkt ondenkbaar. Toch laat onderzoek zien dat vooral verpleegkundigen en het ambulancepersoneel te maken hebben met ongewenst gedrag (Van der Jagt, 2003; Brouwer & Peerdeman, 2007; Douwes, Van den Heuvel & Sonneveld, 2008). Voor een afdeling spoedeisende hulp van een groot ziekenhuis schatten Roozeboom, Koningsveld en Van den Bossche (2010) de jaarlijkse kosten van agressie en geweld op ruim honderdduizend euro. Bijgevolg hebben ziekenhuizen ook in materiële zin belang bij het voorkomen van agressie en geweld.

Het thema prikkelt en fascineert: hoe is het mogelijk dat patiënten en bezoekers zich agressief opstellen tegenover het ziekenhuispersoneel? Wat is er precies aan de hand? En klopt de aanname over de toename van agressie tegen hulpverleners eigenlijk wel? Hebben ze echt te maken met *meer* agressie dan voorheen? Het kwantitatief onderzoek naar agressie in ziekenhuizen geeft niet per se een goed beeld van het probleem. Ten eerste representeren cijfers geen externe werkelijkheid buiten mensen om. De lage meldings-

bereidheid onder het verzorgend personeel compliceert cijfermatige claims over de omvang van het verschijnsel. Ten tweede kan een toename van agressie ook het gevolg zijn van het succes van bewustwordingscampagnes, en dus van een veranderde houding tegen geweld en agressie. De claim dat er sprake is van een toename is daarbij betrekkelijk: uit de monitor van het programma *Veilige Publieke Taak* blijkt dat het totale percentage slachtoffers van agressie en geweld door derden tussen 2007 en 2014 redelijk stabiel is gebleven (Van Zwieten, De Vroome, Van den Bossche, 2015). Belangrijker nog: wat ontbreekt, is een gedegen wetenschappelijke inzicht in het culturele proces van agressie op de spoedeisende hulp, en hoe ongewenste ontmoetingen concreet tot stand komen. Dit onderzoek probeert via het etnografisch veldwerk deze kennisleemte te vullen.

1.2 Agressie tegen het verzorgend personeel

Agressie in ziekenhuizen is een constante in het bestaande, ook internationale onderzoek (Lau & Margarey, 2012). Uit het Britse onderzoek van Winstanley en Whittington (2002) blijkt dat 68 procent van de respondenten regelmatig verbale agressie ervaart, volgens 25.7 procent komt dit meer dan maandelijks voor. Uit Duits onderzoek van Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert en Nienhaus (2010) blijkt dat 89.4 procent van verpleegkundigen in het voorgaande werkjaar verbale agressie had ervaren (Winstanley en Whittington, 2002). Ook in het Amerikaanse onderzoek van Pekar en Gillespie (2014, p. 34) wordt geconcludeerd dat agressie-incidenten een structurele rol spelen in ziekenhuizen: ongeveer 1 op de 10 geregistreerde verpleegkundigen heeft te maken gehad met fysieke en/of verbale agressie.

In Nederland vinden er jaarlijks 4.500 agressie-incidenten plaats in ziekenhuizen (Algemeen Dagblad, 2013). Daarvan is er 1.200 keer sprake van fysiek geweld en in ruim tweehonderd gevallen krijgt de dader een toegangsverbod tot het ziekenhuis opgelegd. Omgerekend komt dit neer op ongeveer 12 incidenten per dag voor 93 ziekenhuizen. Van alle hulpverleners hebben ziekenhuismedewerkers, in het bijzonder de verpleegkundigen, het meeste te maken met agressie-incidenten. De meeste van deze incidenten doen zich voor op de spoedeisende hulp.

Intimidatie is verreweg de meest voorkomende agressievorm. Uit een tweejarige-medewerkers enquête onder ziekenhuispersoneel is gebleken dat in een periode van 12 maanden, 37 procent van de werknemers in een ziekenhuis een enkele keer te maken heeft gehad met verbale agressie door cliënten, 3.1 procent heeft aangegeven dat dit vaak voor is gekomen, 0.7 procent dat dit

zeer vaak voor kwam. Wat betreft fysieke agressie liggen de cijfers anders: 14.3 procent van de werknemers gaf aan een enkele keer, vaak (1.9 procent) of zeer vaak (0.3 procent) met fysieke agressie in aanraking te zijn geweest (Rijksoverheid, 2012). Met andere woorden: agressie in het ziekenhuis heeft vooral betrekking op verbale uitingen, zoals vervelende opmerkingen, schelden, schreeuwen, intimidatie en bedreigingen. Patiënten komen meestal niet in hun eentje naar het ziekenhuis, maar in gezelschap van familieleden of vrienden. Het blijkt verder dat niet alleen de patiënt of bezoeker (47.3 procent), maar ook familieleden en vrienden van de bezoeker (34.1 procent) nogal eens verantwoordelijk zijn voor agressie-incidenten (Rijksoverheid, 2012).

Bij het interpreteren van het cijfermateriaal uit diverse onderzoeken is het moeilijk om algemene uitspraken te doen. Dit komt mede door de ingewikkelde onderlinge vergelijkbaarheid van de cijfers, omdat andere tijdsperiodes, soorten agressie, actoren binnen het ziekenhuis, en definities zijn gehanteerd. Ook lopen de cijfers tussen landen sterk uiteen, waardoor het de vraag is in hoeverre het internationale onderzoek maatgevend is: in Canada zou 75 procent van het ziekenhuispersoneel jaarlijks te maken hebben met agressie (Rippon, 2000, p. 453), in Nederland is dat ongeveer 50 procent (Driessen & Middelhoven, 2001). Alles meegewogen kan nochtans worden geconcludeerd dat agressie-incidenten meer dan incidenteel plaatsvinden. Ze komen dagelijks voor, en er lijkt daarmee toch wel sprake van een structureel probleem.

Mede door inspanningen vanuit de landelijke overheid, bijvoorbeeld vanuit het programma *Veilige Publieke Taak*, is de definitie van 'agressie' in de loop van de tijd verbreed; de definitie omvat momenteel ook verbale uitingen, waaronder stemverheffingen, treiteren en pesten. De overheid wil hiermee een signaal afgeven en duidelijk maken dat ook deze uitingen niet worden getolereerd. Sikkema, Abraham en Flight (2007) maken onderscheid tussen:

1. Verbaal geweld (schreeuwen, schelden, vernederen, treiteren en pesten)
2. Fysiek geweld (duwen, slaan, schoppen, spugen, vastgrijpen, verwonden, fysiek hinderen en gooien/vernietigen met/van voorwerpen)
3. Seksuele intimidatie (nafluiten, seksueel getinte opmerkingen, aanranding, verkrachting)
4. Intimidatie (bedreigen, achtervolgen, chanteren, onder druk zetten, dreigbrief, gezin bedreigen)
5. Discriminatie (naar sekse, huidskleur, geloof, leeftijd of seksuele geaardheid)

Deze ordening van soorten agressie is niet zonder problemen. Zo zou de lage meldingsbereidheid onder het verzorgend personeel juist verklaard kunnen worden uit deze ruime opvatting van agressie; verpleegkundigen definiëren sommige gedragingen niet als agressief, maar als een inherent onderdeel van het werk. Met andere woorden, de definities van de overheid en het ziekenhuismanagement, komen niet overeen met de betekenis die professionals toekennen aan dagelijkse ontmoetingen.

Perspectieven op agressie-incidenten

Er bestaan tal van antwoorden op de vraag waarom agressie voorkomt binnen ziekenhuizen. Een aantal factoren hangt samen met de context of het instituut van het ziekenhuis, andere worden geassocieerd met individuele kenmerken van bezoekers. Zo worden wachttijden als een belangrijke omgevingsfactor in het ontstaan van agressie gezien (Crilly, Chaboyer, & Creed 2004; Pich, Hazelton, Sundin, & Kable, 2011), gevolgd door een gebrek aan een agressieprotocol, onvoldoende trainingen voor medewerkers en structureel inadequate voorzieningen, zoals een tekort aan bedden (Lyncham, 2000). Individuele factoren hebben volgens verpleegkundigen te maken met de kenmerken en verwachtingen van de patiënten en hun familie, alcoholgebruik (Murray & Snyder, 1991), drugsgebruik (Drummond, Sparr & Gordon, 1989) en een verminderde geestelijke gesteldheid van de patiënt (Alameddine, Kazzi, El-Jardali, Dimassi & Maalouf, 2010, p. 228).

Uit Australisch onderzoek blijkt dat verpleegkundigen ook zelf een onderdeel kunnen hebben in het ontstaan van agressie, bijvoorbeeld door een escalerende communicatiestijl (Morphet, Griffiths, Plummer, Innes, Fairhall & Beattie, 2014). De veronderstelling is dat effectieve communicatie een significante bijdrage kan leveren aan het verminderen van agressie op de SEH (Bee Chuo Lau, Magarey & Wiechula, 2012). Zo concluderen Ferns & Cork (2008) dat agressie nooit met agressie moet worden beantwoord. Een verpleegkundige met een vriendelijke, warme, open, professionele uitstraling die de tijd neemt bij het verlenen van zorg en die de patiënt leert over zijn ziekte, loopt volgens hen minder kans om agressief bejegend te worden dan een verpleegkundige met een autoritaire, bazige houding die slecht communiceert.

De rol van alcohol en drugs

Verpleegkundigen op de spoedeisende hulp noemen alcoholgebruik één van de belangrijkste oorzaken voor het ontstaan van agressie (Cork & Ferns, 2008). Volgens 88 procent van de verpleegkundigen in Lynham's (2000) onderzoek is alcohol de belangrijkste factor voor agressie, en voor 79 procent van de verpleegkundigen geldt dit ook voor drugs. Ook Ferwerda, Van Hasselt, Van Ham & Voorham (2012) stellen dat het medisch personeel vooral met agressie te maken krijgt van geïntoxiceerde patiënten. Dit kan worden verklaard door de combinatie van het gebruikte middel (of middelen) met de dosis, persoonskenmerken van de gebruiker en omgevingsfactoren (Ferwerda, Van Hasselt, Van Ham, Voorham, 2012). Alcohol en drugs beïnvloeden bepaalde hersenonderdelen en veranderen daarmee cognitieve functies, waaronder het beoordelen van situaties en het beheersen van impulsen: drugs en alcohol werken ontremmend.

Lage aangiftebereidheid

Er is sprake van een onderrapportage van agressie-incidenten. Verpleegkundigen melden niet altijd, omdat het incident niet erg genoeg wordt bevonden of omdat het incident tijdens het werk reeds wordt gemedieerd (Vink, 2011). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat maar 10 procent van het ziekenhuispersoneel daadwerkelijk aangifte doet bij de politie. Op de vraag waarom zij geen aangifte willen doen, antwoordt de meerderheid van de respondenten dat zij het incident 'niet erg genoeg vonden' of omdat het incident ter plekke werd opgelost. Verder ziet 35 procent van de respondenten agressie als een inherent onderdeel van het werk, 19 procent had er niet aan gedacht aangifte te doen en 12 procent gaf als reden op dat er toch niets mee wordt gedaan. Ook de beredenering dat het te veel tijd kost (10 procent) en dat men niet wist of het voorval in aanmerking kwam voor aangifte (13 procent) weerhield medewerkers ervan melding te doen (Vink, 2011).

Blijkbaar bestaat er onder verpleegkundigen een grote tolerantie voor bepaalde vormen van agressie. Ook blijkt uit het onderzoek van Vink (2011) dat verpleegkundigen bij een agressie-incident rekening houden met de psychische toestand van de patiënt. Omdat ze de oorzaken van agressief gedrag vaak wel begrijpen, zijn ze geneigd dat gedrag te vergoelijken. Zo lijkt er een spanningsveld te bestaan tussen wat politiek en werkgevers zouden willen dat verpleegkundigen doen, en wat verpleegkundigen daadwerkelijk doen wanneer ze geconfronteerd worden met agressie op de werkvloer.

De gevolgen van agressie

Agressie-incidenten hebben serieuze materiële en immateriële consequenties. Slachtoffers van geweld en agressie hebben vaak een slechtere gezondheid, rapporteren vaker over burn-outklachten en hebben een lagere arbeidstevredenheid dan niet-slachtoffers (Van Zwieten, De Vroome, Van den Bossche, 2015). Betrokken werknemers kunnen eet- en slaapproblemen ervaren (Alameddine et al., 2010, p. 227), maar ook angsten, depressie en stress (Gillespie, Gates, Miller, & Howard, 2010, p. 177), waardoor ze voor lange duur met ziekteverlof gaan of overgeplaatst worden naar een andere afdeling (Westfriesgasthuis, 2015). In een internationale review van 68 artikelen over geweld in de gezondheidszorg worden deze gevolgen van agressie bevestigd. Slachtoffers van agressie in de gezondheidszorg ondervinden psychologische klachten, zoals PTSS, burn-out en depressie, en emotionele klachten, zoals boosheid en angsten. Gemiddeld genomen hebben slachtoffers van agressie een hoger ziekteverzuim en zijn ze meer ontevreden over het werk (Lancôt & Guay, 2014).

Deze immateriële effecten van agressie kosten ziekenhuizen ook geld, zoals de financiële kosten die gemoeid zijn met het bieden van psychologische hulp en aangepast werk aan getroffen medewerkers. Wrigley (1995, p. 20) heeft berekend wat de kosten waren voor werknemers in Australië die in het jaar 1993-1994 meer dan vijf dagen met verlof waren gegaan na een agressie-incident. In dat jaar waren er vijftien claims gedocumenteerd, die resulteerden in 354 niet-gewerkte dagen. Hoewel het onderzoek gEDAteerd is, geeft het desondanks een interessant inkijkje in de financiële schade van agressie-incidenten voor ziekenhuizen. Van Zwieten, De Vroome en Van den Bossche (2015) schatten de kosten van agressie door derden in Nederland op ruim 367 miljoen euro per jaar voor *alle* Veilige Publieke Taak-sectoren samen.

Een ander financieel effect is dat capabele werknemers voortijdig het werk verlaten. In Nederland geeft 31 procent van de verpleegkundigen aan dat ze weleens overwegen om te stoppen met het werk op de SEH vanwege agressie (Zijlstra, 2011, p. 33). Een onveilig werkklimaat werkt tot slot door op de relatie tussen patiënt en personeel. Verpleegkundigen die slachtoffer van agressie zijn geweest hebben een lagere arbeidstevredenheid, waardoor ze soms bevooroordeeld hun werk verrichten, maar ook patiënten bewust of onbewust anders behandelen (Zijlstra, 2011). Dit brengt het risico met zich mee dat het verplegend personeel medische missers kan begaan.

1.3 De beleidsrespons

In 2005 kondigde het kabinet Balkenende II een gerichte en brede aanpak van geweld aan. Eerst werd het *Actieplan tegen geweld* opgesteld, dat betrekking had op geweld in de samenleving in het algemeen. Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) werd vervolgens verantwoordelijk voor de implementatie van de aanpak van geweld tegen medewerkers met een publieke taak. Hieruit ontstond in 2006 het actieprogramma *Geweld tegen werknemers met een publieke taak* en de instelling van het programma *Veilige Publieke Taak* (VPT). Gedurende tien jaar werd de landelijke aanpak van agressie en geweld tegen publieke gezagsdragers vanuit dit programma gecoördineerd. Het centrale uitgangspunt van dit programma was dat geweld tegen publieke gezagsdragers niet werd geaccepteerd. Het algemene doel van de aanpak was om tot een eenduidige, effectieve en snelle afhandeling van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak te komen. Daarbij lag de focus op de preventie van agressie en op snelrecht van daders.

VPT ging officieel op 18 oktober 2007 van start. De ministers van BZK en Justitie zegden toe om eenduidige landelijke afspraken voor politie en OM te realiseren. Uit de aanpak volgde onder meer een reeks van bestuurlijke maatregelen. Een voorbeeld van een dergelijke maatregel is het snelrecht, waarbij verdachten vrij snel voor de rechter verschijnen. De overheid probeert hiermee het signaal te geven dat geweld en agressie tegen publieke gezagsdragers onacceptabel zijn. Voor werknemers en werkgevers is het *Handboek Agressie en Geweld* opgesteld, met het doel om agressie en geweld tegen publieke gezagsdragers te voorkomen. De bestuurlijke maatregelen zijn onder meer bedoeld om te zorgen voor een systematische aanpak van agressie en geweld, met een focus op trainingen, huisregels, systematische registratie, het monitoring van agressie-incidenten en het aanbieden van nazorg aan betrokkenen. De Rijksoverheid heeft de ambitie om agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak per sector met een kwart te verminderen. De mogelijkheid voor slachtoffers om ook anoniem aangifte te doen moet de aangiftebereidheid onder slachtoffers en getuigen vergroten.

Een aantal doelen van het programma *Veilige Publieke Taak* is reeds gerealiseerd (Abraham et al., 2011). Zo hanteren de politie en het Openbaar Ministerie (OM) in heel Nederland dezelfde aanpak van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak. De overheid faciliteert daarbij het

snelrecht van daders door de hoge prioriteit vanuit de politie en het OM voor het opsporen en vervolgen van verdachten. Deze afspraken staan in de *Eenduidige Landelijke Afspraken* (ELA) (Rijksoverheid, 2014). Officieren van justitie eisen tegen verdachten van geweld tegen werknemers met een publieke taak een twee keer zo hoge straf als in andere geweldzaken (Rijksoverheid, 2014). Ook biedt het *Handboek Agressie en Geweld* werkgevers en P&O-afdelingen een leidraad om beleidsprogramma's tegen agressie en geweld te ontwikkelen. Kortom, er wordt veel beleid ontwikkeld en het thema agressie tegen publieke gezagsdragers staat hoog op de politieke agenda. In 2012 is besloten om het programma *Publieke Veilige Taak* voort te zetten met speciale aandacht voor het definiëren van het begrip agressie, en voor de effectiviteit van maatregelen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013).

1.4 Het onderzoek

Het doel is om etnografisch onderzoek te verrichten naar de interactieprocessen op de spoedeisende hulp en inzicht te bieden in de omstandigheden waaronder agressie-incidenten ontstaan. Het streven is ook om (a) beïnvloedingsstrategieën, (b) preventiemiddelen, (c) *good practices* en (d) sturingsmogelijkheden te verkennen ten einde agressie-incidenten te voorkomen en te beheersen. De vraag hoe agressie-incidenten op de spoedeisende hulp tot stand komen kan daarbij niet worden gereduceerd tot slechts de ontmoetingen tussen bezoekers en het personeel. We willen ook aandacht schenken aan de invloed van de inrichting van de ruimte van de spoedeisende hulp en het soort objecten dat zich daar bevindt, zoals het veiligheidsglas tussen receptionist en bezoeker. Ook kijken we naar de beïnvloeding die uitgaat van huisregels, gedragsvoorschriften, wet- en regelgeving en samenwerkingsverbanden.

Kortom, we richten ons op (1) interacties tussen mensen, (2) de rol van de 'dingen' hierin, en (3) de rol van de institutionele context van regels, procedures en het beleid. De doelstellingen van dit onderzoek monden uit in de volgende centrale vraag:

Hoe komen agressie-incidenten tot stand op de spoedeisende hulp en welke interventies kunnen bijdragen aan betere omgangsvormen?

De focus van het onderzoek ligt dus op alledaagse gebeurtenissen, en op de vraag hoe zaken anders gaan dan gepland, hoe er verzet wordt getoond en hoe een bepaalde orde wordt verstoord. De notie van 'ongewenste' ontmoetingen veronderstelt dat er daarbij sprake is van een afwijking van sociale normen omtrent gewenst of 'normaal' gedrag.

Dit onderzoek is etnografisch van opzet. Met een onderzoeksteam van in totaal zes onderzoekers hebben we observatieonderzoek verricht in twee ziekenhuizen in Nederland. In het eerste ziekenhuis gebeurde dat in de periode van februari tot juni 2014, in het tweede ziekenhuis tussen november 2014 en april 2015. De twee ziekenhuizen zijn geselecteerd op grond van de verwachting dat de interactiepatronen op deze uiteenlopende SEH-locaties van elkaar zouden verschillen, vanwege variaties in grootte, het aantal gemiddelde bezoekers per dag, de ruimtelijke inrichting van de SEH, de locatie van het ziekenhuis, en de demografische samenstelling van het patiëntenbestand. Deze overwegingen worden in het methodisch hoofdstuk uitvoerig besproken. Het doel was om het verschijnsel van ongewenste ontmoetingen intensief te bestuderen: gedurende langere tijd, in verschillende contexten (*multi-site* benadering) en met verschillende betrokkenen, waarbij alle mogelijke factoren worden onderzocht.

Onderzoeksrelevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is dat ziekenhuizen in Nederland meerwaarde ontlenen aan het onderzoek ten aanzien van (a) hun veiligheidsbeleid, (b) het beschermen van werknemers, en (c) het voorkomen van psychosomatische klachten van werknemers. Ook kunnen inzichten van dit onderzoek worden gebruikt voor de opleidingen in de zorg. Het onderzoek is eveneens relevant voor huisartsenposten, verpleeghuizen, de thuiszorg en de extramurale zorg.

Verder is het onderzoek wetenschappelijk relevant, omdat het kan bijdragen aan een beter inzicht in de interactieprocessen die leiden tot ongewenste omgangsvormen op de spoedeisende hulp. De resultaten van kwalitatief onderzoek kunnen een ander licht laten schijnen op het bestaande kwantitatieve onderzoek. Dit laatste type onderzoek heeft geholpen in de vaststelling van de *omvang* van het probleem, maar er ontbreekt gedegen kwalitatief onderzoek dat op een rijke, levendige en gedetailleerde wijze de ervaringswerkelijkheden van de professionals belicht.

Abraham et al. (2011) concluderen in hun 2-meting naar agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak dat individuele-, werk- en organisatiefactoren dit fenomeen in ziekenhuizen slechts in beperkte mate verklaren (slechts voor 14 procent). Zij erkennen dat de meeste factoren die leiden tot agressie en geweld onbekend zijn. Dit alles beperkt het beleidsmatige streven naar een verdere afname van agressie en geweld, en versterkt het belang van diepgaand, intensief en kwalitatief onderzoek naar ongewenste omgangsvormen op de spoedeisende hulp. Daarbij dienen het interactieproces, de belevingen en betekenissen van de professionals in de dagelijkse praktijk centraal te staan.

1.5 Leeswijzer

Het thema agressie tegen medewerkers met een publieke taak in de (semi) openbare ruimte staat hoog op de politieke agenda. Onderzoek toont aan dat ook verpleegkundigen te maken hebben met ongewenst gedrag. De vraag is hoe deze ongewenste ontmoetingen zich ontwikkelen en welke omstandigheden daar eventueel aan bijdragen. De kerndoelen van dit onderzoek zijn het beschrijven van de wijze waarop ongewenste omgangsvormen zich ontwikkelen op de spoedeisende hulp, en welke interventies kunnen bijdragen aan betere omgangsvormen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden van onderzoek. Hoofdstuk 3 beschrijft de alledaagse betekenissen die het personeel op de SEH toekennen aan agressie-incidenten, en hun bereid om daar een melding van te maken. Hoofdstuk 4 beschrijft hoe het werken met urgentiecategorieën op de SEH bij een gebrekkige communicatie tot onbegrip en frustratie kan leiden. Hoofdstuk 5 richt zich op de ruimtelijke aspecten van de SEH die van invloed zijn op de alledaagse ontmoetingen. Hoofdstuk 6 eindigt met de conclusies en een discussie.

2. DE ETNOGRAFIE VAN DE SPOEDEISENDE HULP

Dit onderzoek gaat over de sociale praktijken, technieken, voorschriften en 'dingen' die de kans op agressie-incidenten op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis versterken. Het doel is om de aard van dit verschijnsel te beschrijven en te verklaren vanuit het perspectief van de betrokkenen, met name verpleegkundigen, beveiligers en baliepersoneel werkzaam op de spoedeisende hulp. Ongewenste ontmoetingen ontstaan in interacties, ze zijn daarmee relationeel, en ook situationeel bepaald. Het is dan ook van belang, zoals Pols (2005) stelt, om in dit onderzoek eveneens de betekenissen van bezoekers van de spoedeisende hulp, patiënten en hun begeleiders te betrekken. Met hun waarnemingen en percepties coproduceren zij tezamen met de medewerkers de sociale werkelijkheid op een SEH.

2.1 Etnografisch onderzoek

In kwalitatief onderzoek staan de betekenissen die de betrokkenen creëren centraal. De onderzoeker probeert deze te begrijpen door zich te verplaatsen in de positie van individuen of groepen (*verstehen* of *role-taking*). Hammersley en Atkinson (2007) stellen dat etnografisch onderzoek aan grofweg de volgende criteria moet voldoen:

- Het verschijnsel wordt onderzocht in de context waarin het plaatsvindt
- Data worden vanuit verschillende bronnen verzameld, zoals observaties en informele gesprekken
- Het verzamelen van data verloopt (relatief) ongestructureerd
- Er worden slechts een of enkele gevallen onderzocht, om diepgang in het onderzoek te bevorderen
- De analyse van data verloopt inductief, dat wil zeggen dat de beschrijvingen, verklaringen en gebruikte concepten volgen uit de empirie, niet vanuit (een te toetsen) theorie

Het hier besproken etnografisch onderzoek voldoet aan bovenstaande criteria, die samenkomen in drie, richtinggevende methodische principes voor empirisch onderzoek te weten contextualiteit, directe waarneming en triangulatie ('t Hart 1998). Het eerste principe, de eis van contextualiteit,

veronderstelt dat onderzoekseenheden worden geanalyseerd door rekening te houden met alle mogelijke aspecten en contexten die van invloed zijn op het onderzochte veld (zie ook Hammersley en Atkinson 2007). Het door ons verrichte etnografisch veldwerk richtte zich op gebeurtenissen op de afdelingen spoedeisende hulp van twee ziekenhuizen.

Het tweede principe vereist dat gegevens ter plekke worden verzameld. Door ons onder te dompelen in de onderzoekssituatie probeerden we als onderzoekers te komen tot een begrip van binnenuit, de zogenoemde *insiders' view* (Hammersley en Atkinson 2007). Door middel van participerende observatie en het voeren van informele gesprekken hebben we betrokkenen in hun natuurlijke werksituatie geobserveerd.

Het derde principe is triangulatie, oftewel het uitvoeren van meerdere metingen of het combineren van verschillende onderzoeksmethoden. Zo maakten we gebruik van participerende observatie, informele gesprekken en een literatuurstudie. Ook zijn meerdere onderzoekers ingezet, om daarmee de *interrater reliability* (interbeoordelaarbetrouwbaarheid) te verhogen. Methodische triangulatie heeft tot doel om de betrouwbaarheid van de waarnemingen te vergroten en de kans op toevallige fouten te verminderen (Boeije, 2005, p. 145).

Participerende observatie is lastig te realiseren bij een etnografisch onderzoek in het ziekenhuis. De zes onderzoekers namen op de spoedeisende hulp uiteenlopende rollen op zich, en produceerden zo een diversiteit aan concrete ervaringen en specifieke inzichten. Zo observeerden twee student-onderzoekers van de opleiding hbo-Verpleegkunde enerzijds de interacties tussen patiënten en verpleegkundigen, maar participeerden zij anderzijds soms actief als (leerling)verpleegkundigen in de zorg voor patiënten. Het voordeel van deze rol 'in het wit' was dat we hiermee een beter inzicht konden verkrijgen in de rol, het perspectief en de ervaringen van de behandelaar (Van der Geest, 2006, p. 199). Een andere student-onderzoeker liep in het kader van zijn opleiding Integrale Veiligheidskunde mee met de beveiligers op hun rondes in een ziekenhuis.

De vraag is: participerende observatie vanuit welk perspectief? Bovenstaande onderzoeksstrategieën garanderen niet dat de onderzoekers de ervaringen van patiënten beter kunnen begrijpen. In strikte zin zou de onderzoeker dan moeten participeren 'vanuit het bed', als zieke. Toch hebben we vanuit onze onderzoekersrol als betrokkene, bijvoorbeeld tijdens observaties en informele gesprekken in de wachtkamer en aan de ontvangstbalie, kennis

kunnen nemen van het patiëntperspectief. Desalniettemin, alles meegewogen lag onze focus meer op het perspectief van het verzorgend personeel, de baliemedewerkers en de beveiligers, dan op dat van patiënten en bezoekers.

2.1.1 Observaties

In totaal hebben zes onderzoekers deelgenomen aan dit onderzoek. Het onderzoek werd gecoördineerd door twee onderzoekers, Sinan Çankaya en Anil Mahabali van het lectoraat Burgerschap en Diversiteit van De Haagse Hogeschool. Vier van de zes onderzoekers waren studenten in de afstudeerfase van hun hbo-opleiding: drie studenten Verpleegkunde (Maaïke Jeninga, Angela van Spanje en Charlie Veelenturf), en een student Integrale Veiligheidskunde (Roan Ligthart).

In totaal is er in twee ziekenhuizen 388 uur geobserveerd, verspreid over 98 dagen. Na een eerste aantal bezoeken werden er vier ruimten geselecteerd voor systematische observaties. Dit waren (1) de wachtkamer, waar patiënten en bezoekers werden geobserveerd, (2) de welkomstbalie, waar de interactie tussen bezoekers en receptionist werd geobserveerd, (3) de beveiligingsloge, waar de werkzaamheden van de beveiligers werden geobserveerd, en (4) de triagekamers, de *shorttrack*, het observatorium, de *urgent care* kamers, de traumakamers en de ABC-kamers, om de interactie tussen patiënten, verpleegkundigen en artsen te observeren. Het doel was om verpleegkundigen, baliemedewerkers, beveiligers en bezoekers te observeren tijdens hun dagelijkse handelingen en bezigheden.

Er is gekozen voor ongestructureerde observaties, omdat we niet op voorhand de kenmerken van 'agressie-incidenten' wilden definiëren. Het uitgangspunt was om, in lijn met de *grounded theory*, ons te laten leiden door de empirie en vandaaruit te komen tot theorievorming. Bij observatie-onderzoek ontstaat in de loop van het onderzoek een nauwkeuriger beeld van het te bestuderen verschijnsel, waarop de observaties vervolgens worden afgestemd (Hammersley en Atkinson, 2007).

Het onderzoek vond plaats in twee fasen. In de eerste onderzoeksperiode, tussen februari 2014 en juni 2014, werd er onderzoek verricht in een regionaal, middelgroot ziekenhuis. Op deze SEH observeerden vier onderzoekers gedurende 64 dagen in totaal 258 uur. De observaties bestreken gemiddeld vier uur. Er is nadrukkelijk aandacht besteed aan een gespreide aanwezigheid gedurende de week en de dag. Zo zijn ook nacht-

diensten geobserveerd – deze vonden soms doordeweeks, maar vooral in het weekend plaats. Er is ernaar gestreefd om zoveel mogelijk relevante determinanten te observeren, bijvoorbeeld om ook het ‘uitgaanspubliek’ in beeld te krijgen. In de tweede fase, tussen november 2014 en april 2015, verrichten we veldwerk in een grootstedelijk ziekenhuis. Hier observeerden eveneens vier (voor een deel andere) onderzoekers verspreid over 34 dagen gedurende in totaal 130 uur. In deze tweede fase was het principe van theoretische saturatie leidend bij het inrichten van deze observaties. Het doel was om gericht te bestuderen in hoeverre dit grootstedelijke ziekenhuis zich onderscheidde van het provinciale ziekenhuis. In de eerste fase van het onderzoek hadden we inmiddels een goed beeld verkregen van de dagelijkse praktijk op de spoedeisende hulp, waardoor we in het tweede ziekenhuis met minder observatiedagen konden volstaan.

2.1.2 Informele gesprekken

Het voordeel van informele gesprekken met personeel en patiënten is dat respondenten in relatieve vrijheid kunnen spreken over of reflecteren op bepaalde verschijnselen (Verhoeven, 2011). Een ander voordeel is dat de druk van een formeel interview afwezig is. Deze gesprekken werden niet met audioapparatuur opgenomen, maar direct of op een later moment verwerkt in veldwerknootities. Het verzamelen van gegevens uit informele gesprekken is bij etnografisch onderzoek moeilijk te onderscheiden van het doen van observaties. Gegevens uit gesprekken kunnen volgens Hammersley en Atkinson (2007) binnen etnografisch onderzoek op twee manieren gebruikt worden. Ze kunnen (a) direct bijdragen aan de analyse en (b) gebruikt worden om de observaties te valideren.

De meeste informele gesprekken vonden plaats tijdens de eetpauze met verpleegkundigen of op rustigere momenten achter de welkomstbalie. Ook was er veel gelegenheid om informele gesprekken te voeren met beveiligers. Daarnaast voerden we veel informele gesprekken met de bezoekers in de wachtkamer. We informeerden bijvoorbeeld hoe de bezoekers het contact met het baliepersoneel, verpleegkundigen en artsen ervoeren, en vooral hoe zij dachten over de lange wachttijden. Op deze wijze hebben we ook het perspectief van patiënten en hun begeleiders een plaats kunnen geven in het onderzoek.

2.2 Analyse

De veldwerknootities vormen de ‘ruwe data’ van dit onderzoek. Bij het analyseren werd er gezocht naar patronen in het materiaal (Westers en Peters, 2009). De veldnotities werden eerst gecodeerd, waarbij er aan diverse tekstfragmenten specifieke labels werden toegekend. In veel gevallen werden er meerdere codes aan één tekstfragment gegeven die elk een ander aspect van het fragment belichtten. De codes werden vervolgens onderverdeeld in onderwerpen. Zo ontstonden de volgende niet-limitatieve lijst van onderwerpen:

- Verwachting verpleegkundige, artsen en secretaresses over tijdstip agressie
- Vooroordeel verpleegkundigen patiënten over situatie
- Verwachting verpleegkundige ten aanzien van agressie incident
- Verwachting onderzoeker ten aanzien van agressie incidenten
- Mening verpleegkundige
- Prevalentie agressie incidenten volgens verpleegkundigen
- Reden om melding te maken van agressie
- Reden om geen melding te maken van agressie
- Grenzen aangeven/situatie negeren
- Normale/gewone agressie
- Persoonlijke agressie
- Woorden/betekenis van verpleegkundige aan agressie
- Begrijpelijke agressie
- Beïnvloeding van het onderzoeksveld
- Bijzondere opmerkingen
- Bijzondere situaties
- Agressie incidenten

De analyse is in latere fases gereduceerd tot het stellen van ‘gerichte vragen’ aan het materiaal. De antwoorden op deze vragen vormden vervolgens weer input voor de observaties. Dat wil zeggen: de onderzoekers werden empirisch sensitiever voor bepaalde verschijnselen, waardoor er ook gericht geobserveerd kon worden. Het iteratieve – het zichzelf herhalende karakter – van de analyse veronderstelt dat op grond van nieuwe data er steeds weer nieuwe, meer specifieke vragen worden bedacht en uitgewerkt (Wester & Peters 2009, p. 77).

2.3 Ethische dilemma's

Het uitvoeren van etnografisch onderzoek in een ziekenhuis brengt een eigen set van methodische en ethische dilemma's met zich mee. In deze paragraaf wordt stilgestaan bij een aantal van deze dilemma's, te weten: privacy-gevoeligheid, informed consent, vertrouwelijkheid, rolconflicten en toegang.

Privacy-gevoeligheid

In het eerste (provinciale) ziekenhuis is het onderzoek niet getoetst door een medisch ethische commissie. Dat was wel het geval in het tweede (grootstedelijke) ziekenhuis, ook al had het onderzoek geen (bio)medisch, maar een sociaalwetenschappelijk karakter. Het doel van etnografisch onderzoek is om gedurende langere tijd te participeren en te observeren in de natuurlijke leefwereld van betrokkenen om daarmee tot een *actor's point of view* te komen. In ons onderzoek wilde we nagaan welke determinanten in de ontmoetingen op de SEH bijdragen aan agressie-incidenten door rijke, levendige en gedetailleerde data te produceren over de ervaringswerkelijkheden van de betrokkenen. De medisch ethische commissie oordeelde dan ook dat de *Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen* (WMO) geen betrekking had op ons onderzoek.

Informed consent

Tijdens dit onderzoek hebben we desalniettemin rekening gehouden met de wezenlijke ethische dilemma's bij het uitvoeren van sociaalwetenschappelijk onderzoek op een SEH. Het principe van *informed consent* was hierbij leidend. Dit begrip verwijst naar de openheid van de onderzoeker over het onderzoeksdoel, de gebruikte methoden en de eventuele risico's van deelname aan het onderzoek. De betrokkenen nemen daarbij vrijwillig deel aan het onderzoek, verlenen hun toestemming in vrijheid en kunnen zonder opgaaf van reden medewerking aan het onderzoek weigeren. Deze wetenschappelijke gedragsnormen zijn bedoeld om de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen te beschermen. *Informed consent* veronderstelt onder meer dat het ziekenhuis toestemming verleent voor de uitvoering van het onderzoek, zodat werknemers op de hoogte worden gesteld van de aanwezigheid van de onderzoekers. Aan deze eis werd voldaan door het personeel *voor* de dienst te informeren over onze aanwezigheid en hen toestemming te vragen voor onze observaties.

Bij een-op-een ontmoetingen in de triagekamer (de ruimte waar de verpleegkundige de urgentie van de aandoening bepaalt) werden patiënten en hun begeleiders geïnformeerd over de aanwezigheid van de onderzoeker en de redenen voor diens aanwezigheid. De onderzoeker werd voorgesteld door de verpleegkundige, of stelde zichzelf voor. Hierbij werd uitgelegd dat de onderzoeker vooral geïnteresseerd was in het werk van de verpleegkundige, dit om het onderzoeksveld en de interactie zo min mogelijk te verstoren. De onderzoeker gaf altijd aan dat de patiënt deelname aan het onderzoek kon weigeren. Geen enkele patiënt koos hiervoor.

Bij de observaties in de wachtkamer en bij de ontvangstbalie is het principe van *informed consent* niet systematisch toegepast. Dit bleek vanuit praktisch oogpunt onwerkbaar, omdat er soms te veel betrokkenen aanwezig waren en toestemming vragen aan alle deelnemers niet haalbaar was. Vanwege de gekozen methodische en theoretische invalshoek kon dit onderzoek niet op een minder ingrijpende wijze worden uitgevoerd. Bij een-op-een ontmoetingen in de wachtkamer heeft de onderzoeker zich echter wel expliciet kenbaar gemaakt als onderzoeker, om vervolgens via een informeel gesprek te informeren naar de ervaringen van zorgvragers.

Vertrouwelijkheid

Alle onderzoekers hebben zich verder gecommitteerd aan de eis van vertrouwelijkheid (*confidentiality*). Dit betreft het vertrouwelijk omgaan met privacygevoelige informatie die betrokkenen eventueel schade kan berokkenen. De gevolgen en risico's voor directe betrokkenen waren vooral psychologisch en/of sociaal van aard: ze hadden zich bijvoorbeeld ongemakkelijk kunnen voelen, zich kunnen generen, boos worden of beledigd kunnen zijn door de aanwezigheid van een onderzoeker.

Hoewel we hier geen directe aanwijzingen over hebben verzameld, blijft het nochtans mogelijk dat patiënten hebben gezwegen over hun onvrede of ongemak. Toch heeft in de behandelkamers geen enkele patiënt deelname aan het onderzoek geweigerd. Daarbij verwachten we geen risico's voor betrokkenen bij de publicatie van de onderzoeksresultaten. In dit rapport zijn alle betrokkenen als ook beide ziekenhuizen volledig geanonimiseerd. De directe persoonlijke levenssfeer van deelnemers is bijgevolg niet in het geding.

Rolconflicten

Tijdens dit onderzoek zijn er uiteenlopende onderzoeksrollen aangenomen, met het doel om vanuit meervoudige perspectieven - eveneens een vorm van triangulatie - inzicht te krijgen in het *relationele* aspect van agressie-incidenten. Zo hebben de drie verpleegkunde-studenten, Maaïke Jeninga, Angela van Spanje en Charlie Veelenturf, expliciet het professionele gezichtspunt van verpleegkundigen en artsen onderzocht door 'een witte jas' aan te trekken en in de triagekamers te observeren. Hierdoor werden de studenten gezien als verpleegkundigen, wat verwachtingen schiep bij patiënten. Soms namen de studenten inderdaad kleine verzorgende taken op zich.

De vierde student, Roan Ligthart, liep als student Integrale Veiligheidskunde mee met de beveiligingsdienst in een ziekenhuis. Hij liep rondes met beveiligers, en bracht veel tijd door in de beveiligingsloge. De twee hoofdonderzoekers, Sinan Çankaya en Anil Mahabali, observeerden aan de ontvangstbalie en in de wachtkamers van de spoedeisende hulp. Aan de ontvangstbalie kwam het weleens voor dat we kleine hulptaken uitvoerden, zoals het te woord staan van bezoekers, of het openen van een deur. In de wachtkamer stond nadrukkelijk het bezoekersperspectief centraal. Door onszelf onder te dompelen in de emotie van het wachten, maar ook door bezoekers te observeren en informele gesprekken te voeren, vormden we ons een beeld van hun waarnemingen en emoties.

In de eerste fase van etnografisch onderzoek moet vaak het vertrouwen van respondenten worden gewonnen. Zo ook in dit onderzoek. Na deze beginfase waarin voortdurend werd onderhandeld over onze positie en aanwezigheid, werd onze aanwezigheid geleidelijk aan meer vanzelfsprekend. Tijdens de observaties in de triagekamers gaven twee verpleegkundigen aan dat ze de aanwezigheid van de onderzoeker niet op prijs stelden. Het argument was dat de triagekamer te klein zou zijn. Beide verpleegkundigen gingen echter op een later moment, nadat de studenten hun vertrouwen hadden gewonnen, alsnog akkoord met de observaties. Ook is het eenmaal voorgekomen dat een baliemedewerker de aanwezigheid van een onderzoeker niet op prijs stelde: ze had geen zin in 'pottenkijkers'. Deze weerstand was echter zeldzaam. Vrij snel normaliseerden de relaties en konden de leden van het onderzoeksteam hun observaties uitvoeren. Het werken aan een vertrouwensrelatie vormt een onvermijdelijke fase van observatie-onderzoek. Het onderzoeksteam werd in beide ziekenhuizen hoofdzakelijk hartelijk ontvangen.

Toegang tot ziekenhuizen

Het was niet eenvoudig om toegang te verkrijgen tot de onderzoekslocaties. Voor het eerste ziekenhuis nam dit proces ruim acht maanden in beslag. De minst effectieve strategie bleek om 'koud' enkele ziekenhuizen in het land te benaderen. Na contacten te hebben opgedaan bij het StAZ, de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, konden we echter via een informeel netwerk enkele ziekenhuizen benaderen. Een middelgroot, provinciaal ziekenhuis toonde interesse, en na enkele kennismakingsgesprekken konden we daar aan de slag.

Het tweede ziekenhuis hebben we geselecteerd op grond van enkele verschillen met het eerste ziekenhuis, namelijk de grootstedelijke context, de ruimtelijke ordening van de SEH, het aantal gemiddelde bezoekers per dag, de patiëntenpopulatie, en de mate waarin beleidsmaatregelen tegen agressie onderdeel vormden van de dagelijkse praktijk op de SEH. Dit tweede ziekenhuis reageerde geïnteresseerd op ons verzoek om onderzoek te doen. Vanwege de eis van toetsing door een ethische commissie duurde het ook hier wel enkele maanden voor het onderzoek van start kon gaan.

Om aan de eis van vertrouwelijkheid te voldoen, kunnen we niet te veel kenmerken van de onderzoekslocaties prijsgeven. Het eerste ziekenhuis, vanaf nu ziekenhuis *Enkoimeterion* genoemd, is een middelgroot ziekenhuis met gemiddeld 100 SEH-patiënten per dag, en bevindt zich aan de rand van een middelgrote stad. In het *Enkoimeterion* waren diverse beleidsmaatregelen van het programma *Veilige Zorg* reeds doorgevoerd. In dit nieuwbouw ziekenhuis was bijvoorbeeld rekening gehouden met de ruimtelijke ordening van de SEH in relatie tot agressie en ongewenste ontmoetingen, door een aanpassing van de gebouwen. Het tweede ziekenhuis, vanaf nu ziekenhuis *Asklepios* genaamd, was een oud en groot binnenstadsziekenhuis, met gemiddeld 120 SEH-patiënten per dag. Kenmerkend aan het *Asklepios*-ziekenhuis was verder de grote etnische variatie in de patiëntenpopulatie, in tegenstelling tot het eerste ziekenhuis. Het verzorgend personeel bracht 'etnische en culturele verschillen' regelmatig in verband met agressie-incidenten. Om deze reden hebben we als onderzoeksteam ingezoomd op deze verhalen, om na te gaan welke specifieke vooronderstellingen, beelden en metaforen in deze verhalen een rol speelden.

2.4 Kwaliteit van de dataverzameling

Om de kwaliteit van de onderzoeksgegevens te garanderen, werden de deelnemende student-onderzoekers eerst getraind in de basisuitgangspunten van het etnografisch onderzoek. Tijdens deze trainingen werden de volgende kwesties behandeld: *informed consent*, vertrouwelijkheid en de technische ondersteuning tijdens de dataverzameling, zoals de opslag van gegevens, de wijze van het noteren en het verwerken van veldwerknooties, het uitvoeren van de analyse, en het observatieonderzoek zelf.

Verder werd in het eerste ziekenhuis een begeleidingsgroep opgezet, waaraan onderzoeksresultaten tussentijds werden teruggekoppeld. In beide ziekenhuizen is een eindpresentatie gegeven aan medewerkers van de SEH. Hierbij waren ook artsen en verpleegkundigen aanwezig. De feedback die we kregen op de bevindingen hebben we meegenomen in deze rapportage.

Door te werken met een onderzoeksteam was het eveneens mogelijk om voortdurend interpretaties, veldnotities en aantekeningen uit te wisselen. Deze interbeoordelaar-betrouwbaarheid diende wederom als een controle op de gegevensverzameling.

3. OP DE SPOEDEISENDE HULP

'You have to be patient, to be a patient.'

Engels gezegde

'Waar het leven op het spel staat, is de agressie dichtbij'

Jan Rolies (2005, p. 17)

3.1 Ongewenste ontmoetingen

Het is één uur 's nachts, de nacht van zondag op maandag. Ik zit nietsvermoedend achter de balie wanneer twee ambulancebroeders met een brancard de afdeling op sjezen. Dat komt op een SEH-afdeling vaker voor, ik sta pas op wanneer ik vier politieagenten zie meelopen. De patiënt Markus ligt, zacht uitgedrukt, ongebruikelijk op de brancard: op zijn buik en met zijn handen op zijn rug in de handboeien. Op zijn achterhoofd zie ik een wond en in zijn gezicht en hals lopen opgedroogde strepen bloed. Markus roept driftig en boos tegen de politieagenten in het Pools. Het enige woord dat ik herken, herhaalt hij meerdere malen, 'kurwa!' schreeuwt hij, wat zoveel betekent als 'hoer' of 'kut'. Een van de politieagenten zegt: 'Hé, doe nou eens effe rustig man,' terwijl hij Markus bij zijn schouders vastpakt.

Een jonge, vrouwelijke SEH-verpleegkundige in opleiding, Marie, vangt de ambulancebroeders op. Wanneer Markus haar ziet, verschijnt er een glimlach op zijn gezicht en maakt hij een kussend gebaar. Marie deinst terug en reageert geschrokken. Markus' glimlach verdwijnt en nu schreeuwt hij tegen Marie: 'Kurwa!'

Marie neemt het gezelschap mee naar een kamer dicht bij de balie. De ambulancebroeders zeggen dat ze een oproep kregen van mensen op een feestje, en dat ze bij aankomst direct de politie hebben gebeld, omdat de man zich agressief gedroeg. Ze hebben hem meegenomen, omdat de hoofdwond gehecht moet worden, en het onbekend is hoe deze is ontstaan. Naar hun vermoeden is de man geïntoxiceerd. De politieagent denkt dat hij misschien van de trap is gevallen, of dat hij door iemand is geslagen.

Marie zoekt naar het identiteitsbewijs van Markus, en gaat door zijn zakken. Markus verzet zich hevig en maakt flink kabaal. De vier politieagenten

drukken hem nu hard tegen het bed, en Marie lijkt angstig te kijken. Ze vindt geen identiteitsbewijs, maar haalt wel een zakje wiet en een buisje uit zijn zakken. De agent zegt dat het vermoedelijk een snuifbuisje is voor cocaïne of speed.

Als de SEH-arts binnenkomt, wordt er besloten om Markus over te hevelen naar een ziekenhuisbed. Marie vraagt mij te helpen met het bevestigen van een onrustband aan het bed. Wanneer dit klaar is, wordt de man stevig vastgehouden door de agenten, ontdaan van zijn boeien, en van de brancard op het bed gerold. Dit alles gaat gepaard met veel onrust, geschreeuw en bemoeienis van agenten, de verpleegkundige en de SEH-arts. De arts zegt de man niet goed te kunnen behandelen. 'Hij moet eerst tot rust komen,' zegt hij, en gaat overleggen met de psychiater voor een medicijn. Eerst moet de wond worden gehecht.

Enkele minuten nadat Markus een spuit met *lorazepam* heeft gekregen, wordt hij rustig. Hij stopt met schelden en beweegt nog maar nauwelijks. Een politieagent vraagt of ze nog nodig zijn. 'Als er iets is, dan bellen jullie. Gewoon 112, dat is toch altijd het snelste,' zegt een agent.

Wanneer ik met Marie de kamer uitloop, zegt ze enthousiast: 'Nou, zo zie je wel wat hè!' De volgende patiënt wacht alweer. Ik vraag Marie of ze zich bedreigd heeft gevoeld door de situatie. 'Nee, helemaal niet,' zegt ze. 'Met al die politieagenten erbij.'

Veel buitenstaanders hadden deze gebeurtenis, vanwege het geschreeuw en het fysieke contact, vermoedelijk als behoorlijk ingrijpend ervaren. Toch zegt de verpleegkundige enthousiast dat ze zich niet bedreigd voelde, in dit geval mede door de aanwezigheid van de agenten. Haar reactie is een signaal dat dergelijke gebeurtenissen voor haar *part of the job* zijn. Sommige verpleegkundigen stellen dat ze gewend zijn geraakt aan vormen van agressie, en beschouwen ze als een onlosmakelijk onderdeel van het werk. Dit bleek een constante in het onderzoek.

Verpleegkundigen maken daarbij een onderscheid tussen *redelijke agressie* en *persoonlijke agressie*. Redelijke agressie wordt volgens hen veroorzaakt door het ziektebeeld van de patiënt, zoals een psychiatrisch verleden, door lange wachttijden of het lijden van de patiënt. De verpleegkundigen begrijpen deze vorm van agressie, zonder ze per se goed te keuren. Een andere vorm van redelijke agressie bestaat uit gedrag dat als vervelend of storend wordt ervaren, maar niet als agressief. Niet alleen patiënten, maar ook familieleden en vrienden vertonen volgens medewerkers dergelijk gedrag:

‘Oh ja, heel dwingend. Echt zo’n zuiger! Zo iemand die alle aandacht en energie van je vraagt, terwijl het vaak helemaal niet gaat om diegene. Maar er iets van zeggen, ho maar. Dat heeft geen zin!’

Het loont volgens verpleegkundigen niet de moeite om een melding van dergelijke gebeurtenissen te doen. Vormen van ‘redelijke agressie’ zijn voor hen dagelijkse praktijk, ze gaan er routineus mee om, het is *part of the job*. Klagend en eisend gedrag beschouwen ze als vervelend, maar niet als ingrijpend. Klagende patiënten menen bepaalde diensten dwingend op te kunnen eisen en stellen zich vaak op als ontevreden en ongeduldige klanten die snel bediend willen worden en op irritante wijze vasthouden aan hun wensen. Omdat de verpleegkundigen de lieve vrede willen bewaren, accepteren ze dit gedrag doorgaans.

Persoonlijke agressie daarentegen is direct gericht op de persoon van de verpleegkundige of op objecten, en veroorzaakt een onprettig of onveilig gevoel. In het kort gaat het hier om fysiek geweld, om verbaal geweld in de vorm van beledigingen, bedreigingen of seksuele intimidatie, om agressie gericht op objecten, en om agressie gericht op de eigen persoon. Het begrip *kwetsbaarheid* is hierbij van belang. De mogelijke lichamelijke en psychische schade als gevolg van het gedrag speelt een onderscheidende rol:

‘Nou, hier heb ik een wit pak aan wat me kwetsbaar maakt. Hier word ik gezien als iemand van het ziekenhuis en wordt er van mij verwacht dat ik professioneel omga met patiënten en familie. Dus ja, ik voel me hier in zo’n situatie kwetsbaarder.’

Verpleegkundigen ervaren een spagaat tussen hun specifieke professionele rol, gerelateerd aan het medisch discours van zorg en begrip enerzijds, en hun eigen individuele normen over wat toelaatbaar gedrag is voor patiënten anderzijds. In tegenstelling tot de publieke taak van bijvoorbeeld politieagenten, die over het geweldsmonopolie beschikken, en die ook in hun aanpak van psychiatrische patiënten op straat allereerst risico’s en gevaren willen neutraliseren, opereert het verzorgend personeel in hoofdzaak vanuit de professionele missie van zorg en empathie, en wil het invoelend zijn naar de emoties van patiënten en familie:

‘Raakt het je?’ vraag ik. ‘Als ze je echt verrot schelden of zo, echt gericht tegen jou, dan wel ja. Maar anders laat ik het langs me heen gaan.’ Ik vraag hoe ze dit bedoelt. ‘Nou ja, als ze zeggen wat een kutziekenhuis of zo, tja. Maar als ze me een kutwijf noemen, ja dan zeg ik er wat van.’

Dit professionele spanningsveld wordt ook zichtbaar in de volgende observatie van een beveiligder.

Ik zit samen met de beveiligder achter de balie. Na 17 uur zit er in het ziekenhuis altijd een beveiligder aan de balie van de SEH. Mohammed begint opeens te praten:

‘Er was afgelopen week een man die ik buiten heb gezet. Hij was erg lastig. Hij was uitbehandeld, maar ging toen allemaal kamers en wc’s in. Ik heb hem toen als ongewenst persoon aangemeld en buiten gezet. Even later kreeg ik te horen dat hij weer binnen zat. Ik zei dat hij moest vertrekken, maar toen begon hij te schreeuwen en te rennen over de verdieping. Er kwamen allemaal mensen kijken. Ik heb toen aangegeven dat hij nu was aangehouden en belde de politie. Zelf belde hij ook de politie en zei: “Die bruine is hier de baas,” door zulke dingen. Ik vind het toch goed van me dat ik kalm bleef, kostte wel moeite hoor, maar ik bleef kalm.’ ‘Is het nou lastig als het persoonlijk wordt?’

Mohammed: ‘Ik zie het nooit als persoonlijk. Ik heb hier een pak aan en werk hier. Buiten is het anders, dan ben ik mezelf en niet de goede jongen die ik hier ben.’

De manier waarop verpleegkundigen over deze vormen van agressie spreken, komt overeen met het onderscheid in zogeheten expressieve (redelijke) en instrumentele (persoonlijke) agressie (Middelhoven en Driessen, 2001). Bij de laatste vorm wordt agressie ingezet om een bepaald doel te bereiken, bijvoorbeeld wanneer een baliemedewerker onder druk wordt gezet om voorrang te verlenen aan de hulp. Bij de eerste vorm is de agressie een emotionele uiting van bijvoorbeeld een bezorgde ouder. Een baliemedewerker zegt hierover:

‘Ja, ik ben hier een werknemer en zit hier voor het ziekenhuis. Die mensen zijn dan ook niet boos op mij maar het is meer de emotie. Het is meestal niet persoonlijk op mij gericht, dus dan laat ik het ook gaan. Het is ook wel goed om soms je emoties te laten gaan.’

Ook wordt de geestelijke gesteldheid van de patiënt, bijvoorbeeld bij een psychose, bij dementie of wanneer de patiënt onder invloed is van zware medicijnen, als expressieve of redelijke agressie gezien. Voor de verpleegkundige is de vraag dan ook steeds in hoeverre de zorgvrager verantwoordelijk is voor het agressieve gedrag. Sommigen scharen ook alcoholgebruik onder deze categorie van agressie.

Expressieve en instrumentele agressie kunnen zich ook gelijktijdig voor doen. Een bezorgde ouder die zich ernstige zorgen maakt over zijn of haar kind kan ook (licht) bedreigende en agressieve pressiemiddelen aanwenden om voorrang te verkrijgen. Het onderscheid is niet zo eenduidig. Het volgende verhaal van een beveiligiger laat zien hoe deze niveaus in elkaar overlopen:

‘Toch jammer dat jullie er niet altijd zijn, er was zondag echt een irritante man.’ Die man kwam dus binnen met zijn zoontje, en wilde gelijk geholpen worden. Hij was praktisch aan het schreeuwen. De secretaresse was gelijk geïntimideerd, want de man was erg dwingend. Ik liep er toen gelijk heen en vroeg aan de man wanneer het gebeurd was.

“Ja, wat maakt het nou uit of het gisteren of net gebeurd is. Hij moet nu geholpen worden door jou,” zei die man toen. Hij wees continu met zijn vinger naar mij en was aan het schreeuwen. Hij ging hierdoor over een grens bij mij. Hij was mij telkens persoonlijk aan het aanvallen, dus ik zei: “Mafkees, dit werkt zo niet.”

Marieke, de secretaresse die meeluistert, zegt: ‘Dat was niet zo slim.’

De beveiligiger gaat verder:

‘Dus die man zegt: “Mafkees, noem jij mij nou mafkees!”

Toen ben ik weggelopen, en ben naar de binnen-balie gegaan en heb een verpleegkundige gevraagd om die man te helpen.

‘Maar is de man sneller geholpen?’ vraag ik.

‘Ja, hij werd eigenlijk gelijk geholpen,’ zegt de beveiligiger. “Toen hij binnen kwam ging hij gelijk aan de balie staan, terwijl er een baby in een Maxi-Cosi lag. Die moeder van dat kindje zei toen: ”Nou, help deze man maar eerst.””

Het maakt voor verpleegkundigen dus uit wat de reden of het doel van de agressie is. Wanneer het gedrag samenhangt met het ziektebeeld van de patiënt, of wanneer deze geïntoxiceerd is, dan is de verpleegkundige toleranter. Dergelijk gedrag ervaren verpleegkundigen als redelijke agressie, of, in lijn met de literatuur, als expressieve agressie. Tegenover het personeel, of het nu gaat om beveiligers, baliemedewerkers of verpleegkundigen, lijkt instrumentele agressie soms zijn vruchten af te werpen. Om verdere escalatie te voorkomen, kiest een baliemedewerker in het volgende voorbeeld voor een schijnreden. Deze handelwijze is vaak ingegeven door empathie met de patiënt en de familieleden.

Als mensen binnenkomen via de ambulance, en de familie komt dan hierbinnen, dan bellen wij de verpleging of artsen op, en vragen of de familie erbij kan. Meestal kan dat gelijk, maar soms niet en dan vraag ik soms: 'Is er echt geen mogelijkheid? of weet je het zeker?' zodat zij weten dat de wachtenden nogal dwingend zijn. Sommige collega's pakken dit op, sommigen ook niet. Dan durf ik ook niet tegen de familie te zeggen: 'Neem maar even plaats.' Meestal zeg ik dan dat er nog heel even enkele tests worden gedaan en zij zo worden opgeroepen.

In de volgende casus wordt duidelijk dat wanneer patiënten een persoonlijke grens overschrijden, de verpleegkundigen dit ook aangeven. Aangemoedigd door het management is het idee dat agressie-incidenten niet worden getolereerd, om daarmee te voorkomen dat ze routine en normaal worden. Het management en het politieke discours stellen dat agressie onacceptabel is. Tegelijkertijd staat het discours van zorg (*caring*) grenzen stellend werken in de weg.

Ik zit achter de balie en hoor Machteld en Clara praten over een patiënt. 'Ja, ik weet niet waar hij het laat, het ligt allemaal over de vloer, maar volgens mij spuugt hij het in z'n kastje.' Machteld zegt dat ze eens even bij hem gaat kijken, en ik besluit mee te lopen. Machteld loopt op haar tenen de kamer in, en kijkt om het hoekje van het gordijn. 'Zuster!' schreeuwt de man.

Ik loop naar binnen, zodat ik de man ook kan zien. Een flinke man ligt op zijn zij op een brancard. Hij is ongeveer tussen 50 en 60 jaar oud, heeft lang wild

haar en een lange wilde baard. Het ruikt niet fris.
Machteld raakt in gesprek met de man.

‘Mag ik iets te drinken?’ vraagt hij.

‘Water?’

‘Nee, doe maar jus d’orange,’ zegt de man.

‘Ik kan u alleen water geven, u heeft net overgegeven, en jus d’orange is nu niet goed.’

De man mompelt wat onverstaanbaars en zegt dan: ‘Doe maar limonade dan.’

‘Nee,’ zegt Machteld, ‘ik geef u alleen water, dat is rustiger voor uw maag.’

Ze draait zich om en pakt water voor de man, en vraagt hem hoe hij zich voelt.

Wanneer hij het water krijgt, zegt de man: ‘Dankjewel, lieverd.’ Ik zie Machteld verstijven.

‘Nee, meneer, u moet mij geen lieverd noemen. Ik ben gewoon verpleegkundige, en ik ben aan het werk. Ik wil niet dat u mij lieverd noemt.’

Wanneer we de kamer uit zijn gelopen, vraag ik Machteld wat ze ervan vond.

‘Tja, nu was hij nog wel aardig, omdat ik hem water heb gegeven. Anders noemt hij je gewoon een kutwijf.’

Machteld vindt dat de man een voor haar persoonlijke grens overschrijdt. In deze casus wordt ook duidelijk dat ongewenste intimiteiten door verpleegkundigen als vormen van agressie kunnen worden geïnterpreteerd, in navolging van ruimere beleidsdefinities van agressie-incidenten, waaronder de ordening van Sikkema et al. (2007). In het volgende voorbeeld stelt de verpleegkundige een grens aan het dwingende gedrag van een bezoeker:

‘Nou dat ligt eraan. Kijk als het op mij gericht is dan zeg ik er wel wat van. Zo had ik laatst een vrouw die ziek was en waar ik voor zorgde. Maar de man van deze vrouw was heel dwingend en eigenlijk ook best intimiderend. Ik had deze patiënt overgenomen van mijn collega en zij had er al wat over gezegd tegen meneer. Dat had even geholpen, maar vervolgens begon hij weer. Bij mij was meneer ook heel dwingend, hij vond dat het niet snel genoeg ging en wilde dat ik zorgde dat dit wel sneller ging. Op een gegeven moment is het niet leuk meer. Want ik was gewoon meer energie en tijd aan het steken in hem dan in zijn zieke vrouw. Toen heb ik wel gezegd: “Meneer, ik wil dat u nu hiermee ophoudt. Ik ben hier voor uw vrouw, maar ik ben ondertussen meer tijd met u bezig.” Toen was hij even rustig, maar tien minuten later begon hij weer.’

Beide casussen gaan over wat verpleegkundigen zouden definiëren als redelijke agressie, waarbij gezegd moet worden dat het onderscheid tussen redelijke en persoonlijke agressie diffuus is. Het blijkt dat de betekenisgeving van betrokkenen over wat 'agressie' is, samenhangt met hun professionele socialisatie, maar ook met tijd en plaats, en met de directe betrokkenen in een situatie. Hoewel de overheid en het ziekenhuismanagement steeds meer gedragingen als agressief aanmerken, waardoor het begrip uitdijt en ook aan helderheid verliest, wordt tegelijkertijd zichtbaar dat deze definities van hogerhand onvoldoende zijn doorgesijpeld naar de werkvloer. Ze vormen vooralsnog geen vast onderdeel van het denkkader en handelingsrepertoire van het ziekenhuispersoneel. Verpleegkundigen ervaren dan ook een spanning tussen hun persoonlijke individuele normen over respectvol gedrag, hun socialisatie in de professionele normen van zorg en empathie, en de verwachtingen vanuit het management over toelaatbaar gedrag. Kortom, agressie vormt geen duidelijk afgebakend en objectief vast te stellen notie in de sociale werkelijkheid. De alledaagse ontmoetingen op de SEH onderstrepen dat de betekenissen die aan 'agressie' worden gegeven contingent zijn – ze veranderen door de tijd heen – en dat de perspectieven van betrokkenen kunnen overeenkomen en overlappen, maar ook vaak botsen en conflicteren.

3.2 Meldingsbereidheid

Het is 0.40 uur. Ik zie de beveiliging, Mohammed, enigszins gehaast naar de shorttrack lopen. 'Is er iets aan de hand?' vraag ik. De beveiliging is ingeschakeld vanwege een patiënt die via de ambulance is binnengekomen. 'Hij is nogal luidruchtig,' zegt Mohammed. De patiënt heet Jan, hij is er met zijn vriendin Jannie. Op de shorttrack worden patiënten behandeld wiens kwetsuren niet levensbedreigend zijn. Jan is aangereden door een auto. Zijn hand ligt open.

Jan begint vreselijk hard te schreeuwen. Elke vijf minuten volgt er een nieuwe tirade. Hij is zwaar onder invloed van alcohol. Jan haalt een blikje bier uit zijn jas, en Mohammed ziet dit gebeuren. Hij gaat in gesprek met Jan, en ontfutselt hem het blikje bier. Mohammed zet het blikje in de keuken van de shorttrack. Het probleem is dat het blikje in het gezichtsveld van Jan blijft, dus staat Jan op van zijn bed, en grijpt het blikje. Dan is de maat vol voor Mohammed:

‘Dit gaat niet gebeuren, als je zo doorgaat, ga je maar weg, hier wordt niet gedronken,’ zegt hij.

‘Dan ga ik wel weg,’ antwoordt Jan.

Jan strompelt wat door de shorttrack. Hij gaat echter niet weg.

Om 0.50 uur belt Mohammed de verpleegkundige, Nick, die Jan behandelt.

Nick komt er gelijk aan, en begint Jan te kalmeren.

‘Wil je alsjeblieft weer op bed liggen, dan word je straks behandeld,’ zegt Nick.

Mohammed de beveiligder zegt nu tegen Nick dat de patiënt het ziekenhuis moet verlaten als hij zich niet weet te gedragen.

‘Jan, we gaan jou behandelen, maar je kunt hier niet drinken, daar doen we in het ziekenhuis niet aan,’ zegt Nick. ‘Is dat oké?’

‘Je kunt toch niet van een alcoholverslaafde verwachten dat hij niet wil drinken,’ zegt Jans vriendin Jannie.

Tussen een uur en half twee ’s nachts blijft Jan zich lastig gedragen. Elke vijf tot tien minuten schreeuwt hij het uit. Nadat er hechtingen zijn gezet, wil de arts toch voor de zekerheid een CT-scan, om eventuele beschadigingen aan het hoofd te onderzoeken. Mohammed, Nick en ik gaan mee.

In de CT-ruimte moet Jan stil blijven liggen. Dat is te veel gevraagd, en vereist veel geduld – toch lukt het uiteindelijk om een bruikbare scan te maken. Jan wordt weer teruggebracht naar de shorttrack. Hij blijft schreeuwen om bier. Nick wordt ongeduldig.

‘De arts wil ook niet opschieten zeg. Hij belt maar niet met het resultaat van de foto, ook al heb ik gezegd dat het dringend is.’ Uiteindelijk komt het langverwachte telefoontje van de arts. Er zijn geen afwijkingen zichtbaar op de scan, dus mag Jan naar huis.

‘Ja, ik wil mijn bier terug,’ zegt Jan tegen Mohammed.

‘Je bier is weggegooid,’ zegt Mohammed.

‘O,’ mompelt Jan. Weer wordt hij boos. Mohammed en Nick begeleiden Jan en Jannie naar buiten.

Na afloop schiet ik Nick, de dienstdoende verpleegkundige aan.

‘Wat doet zoiets nou met jou?’ vraag ik hem.

‘Het doet niet zoveel met me, het is jammer dat het voorkomt, maar het hoort erbij.’

‘Oké. Waarom wilde je Jan niet laten gaan toen de beveiligers hem uit het ziekenhuis wilde zetten?’

‘Ik zag zijn kwetsuur en wist dat dat niet zou genezen.’

‘En als Jan was blijven drinken? Had je dan zorg geweigerd?’

‘Nee, ik zou toch blijven proberen om hem te kalmeren en te behandelen. Ik zou hem niet uit het ziekenhuis gezet hebben.’

‘En wat ga je hier nu mee doen? Ga je dit melden?’

Ik zie Nick nadenken.

‘Ik zou dat wel moeten doen ja,’ zegt hij, weinig overtuigend. Ik blijf doorvragen:

‘Maar ga je dat ook doen?’

‘Ik weet het niet.’

‘Waarom niet?’

Het is even stil voordat Nick antwoord geeft.

‘Dat weet ik eigenlijk niet. Waarschijnlijk omdat het me toch niet zo geraakt heeft, het is niet zo belangrijk voor me.’

Ik informeer bij de andere verpleegkundigen die ook dienst hebben of ze het verhaal hebben meegekregen. ‘Ja,’ zeggen Mara en Nicole. Ook zij zouden Jan gewoon blijven helpen, vertellen ze mij: ‘We zijn hier om mensen te verzorgen en te helpen. Ook de lastige patiënten.’

In bovenstaande observatie wordt duidelijk dat Jan het gedrag van de patiënt ervaart als een expressieve, en dus redelijke vorm van agressie. Het is niet tegen hem persoonlijk gericht, en hij voelt zich niet geraakt. Hoewel de beveiligers Jan uit het ziekenhuis wilden zetten, zien we de botsing van het medisch discours van zorg en empathie met het veiligheidsdiscours van de beveiliging. Nick wil in de eerste plaats de wond van de man verzorgen. Het voorval wordt als alledaags ervaren, waardoor er geen noodzaak is om er een melding van te maken.

Een constante bevinding in bestaand onderzoek naar agressie-incidenten in ziekenhuizen is de lage meldingsbereidheid onder verpleegkundigen, voor zowel interne meldingsprocedures, maar ook voor meldingen en aangiften bij de politie. Bij een melding wordt het incident enkel geregistreerd, bij een aangifte wordt er een verzoek gedaan tot strafvervolgning. Slechts 10 procent van de werknemers maakt een *melding* bij de politie van een agressie-incident, en van die 10 procent doet slechts 35 procent daadwerkelijk *aangifte* (Vink, 2011). Ook van het incident met Markus zoals beschreven aan het begin van dit hoofdstuk is geen melding gemaakt.

Op grond van ons onderzoek identificeren we vier redenen waarom verpleegkundigen en baliemedewerkers een voorval niet melden. De voornaamste reden om niet te melden is eenvoudigweg dat veel incidenten niet als een uiting van agressie worden gedefinieerd en ervaren. De meeste verpleegkundigen en baliemedewerkers begrijpen dat fysieke vormen van agressie gemeld moeten worden. Maar voor hen zijn alledaagse verbale botsingen tussen bezoekers en het verplegend personeel *part of the job*.

De tweede factor is tijdsdruk. Verpleegkundigen geven aan dat het doen van een melding een tijdsintensieve onderneming is. Daarnaast vinden agressie-incidenten vooral plaats tijdens drukke diensten, wat het extra moeilijk maakt om daarvan melding te doen. Bij een volgende dienst wordt vervolgens geen melding gemaakt, vooral wanneer het om een, volgens een verpleegkundige, 'relatief onschuldige' incident ging. Intern is er een algemeen meldsysteem voor het ziekenhuispersoneel genaamd *Melden Incidenten Medewerkers* (MIM). Wanneer zij te maken hebben gehad met een incident gerelateerd aan agressie, kunnen medewerkers via MIM een melding maken. Bij zo'n MIM-melding wordt aangegeven met welke vorm van ongewenst gedrag de betreffende medewerker te maken heeft gehad. Gedurende het veldonderzoek bleek echter dat MIM-meldingen uiterst zelden worden gedaan. Het vergt namelijk een grote hoeveelheid werk voor de medewerker van de SEH, zoals het hoofd van de beveiliging in het *Enkoimeterion* zich ook realiseert:

'Het invullen van een melding neemt behoorlijk wat tijd in beslag. Hierdoor ontstaat de kans op *Dark Numbers*. Er hebben wel incidenten plaatsgevonden, maar deze zijn niet gemeld in MIM. Aangezien het invullen van een MIM-melding veel tijd in beslag neemt, wordt dit veelal niet gedaan in het geval van een incident. Er zijn dus wel cijfers aanwezig over agressie-incidenten, maar die zijn allesbehalve representatief.'

Het hoofd beveiliging toont mij vervolgens de procedure om een MIM in te vullen op het intranet van het ziekenhuis. Het is een hele lange lijst met vragen en het schijnt heel erg lang te duren. Het hoofd van de beveiliging zegt dat hier zeker een verbeterpunt in zit, aangezien medewerkers in het ziekenhuis, en helemaal op de SEH, helemaal geen tijd hebben om het formulier in te vullen. 'Zij zijn liever bezig met het bieden van zorg. Ik kan mij hierin verplaatsen. Ik denk dat de medewerkers van de SEH pas een melding maken van agressie als er daadwerkelijk sprake is van een ernstige situatie. Het is dus ook erg

persoonlijk afhankelijk. Wat versta je onder agressie? Allemaal vragen die voor iedereen anders zijn. De een laat een paar scheldwoorden over zich heen gaan maar de ander zou het wel melden. Erg moeilijk is het om dit te bepalen.'

Een derde reden voor de geringe meldingsbereidheid is de communicatie naar aanleiding van de melding. Verpleegkundigen stellen bijvoorbeeld dat zij vaak geen terugkoppeling krijgen op hun melding. Hierdoor weten ze niet wat er met de melding is gedaan, en zien ze bijgevolg het nut er niet van in. Een aantal verpleegkundigen in *Enkoimeterion* merkte verder op dat sommige terugkoppelingen op onprettige wijze waren verlopen. Zo werden ze door hun leidinggevenden terloops op de gang, of tijdens een dienst in het bijzijn van anderen gevraagd of ze nog hinder ondervonden van een bepaald incident. Deze verpleegkundigen hekelden het gebrek aan tact en inlevingsvermogen van hun leidinggevenden over gebeurtenissen die betrekking hadden op de persoonlijke levenssfeer. Ik sta bij balie medewerker Carla en ze vertelt:

'Er was een keer een Marokkaanse man met een Nederlandse vrouw hier in de wachtkamer. De man werd niet snel genoeg geholpen vond hij, en stond steeds aan de balie. Hij en zijn vriendin zaten in een hoekje. Toen twee andere jongens naar binnen werden geroepen, wees die Marokkaanse man met zijn vinger naar mij en zei: "Jou ga ik pakken, ik weet jou te vinden." Dat vind ik dan veel te ver gaan en ik voelde mij er ook niet goed bij. Ik heb mij dan ook even niet goed gevoeld, niet dat ik niet kon slapen, maar als ik in de stad liep dacht ik wel: hopelijk kom ik hem niet tegen. Ik moest die avond ook nog naar de auto toe, die op de parkeerplaats stond, en toen dacht ik wel: straks staat er iemand daar. Toen die man en zijn vrouw met de arts mee mochten naar binnen, riep die vrouw ook nog "Kutwijf!" Ik heb dit verhaal gemeld bij de leidinggevende. Prompt werd ik gebeld door de maatschappelijk werker.'

Er staan enkele patiënten aan de balie en Carla helpt ze. Ze handelt wat papieren af, en vervolgt haar verhaal:

'Ik moest in mijn vrije tijd voor een gesprek komen, en dat was dan een paar keer. Ik vond het zo raar, ik moet dan op gesprek komen, en die man merkt er niets van.'

'Hij kreeg geen verbod of iets dergelijks?' vraag ik.

‘Nee, hij kreeg niets te horen. Ook niet een brief van het ziekenhuis waarin stond dat hij zich diende te gedragen of dat er de volgende keer gevolgen zouden zijn. Het voelde toen alsof het ziekenhuis niet achter mij stond. Maar goed, ik werk hier nu zestien jaar, maar zo vaak komt het niet voor. En ik denk dat ik onderhand wel wat meer gewend ben, dus ik zal het minder snel melden dan eerst.’

De vierde reden is dat medewerkers niet geloven in de meerwaarde van een melding. De situatie, zo stellen ze, verandert er toch niet door. De verpleegkundigen geven aan dat een patiënt die een ziekenhuisverbod krijgt toch nog steeds op de SEH mag komen en ook geholpen moet worden. Overigens gaat het doen van een melding niet per se samen met het doen van een aangifte. Een van de redenen om geen aangifte te doen, is de angst voor represailles. En het is niet mogelijk om anoniem aangifte te doen. Een balie-medewerkster herinnert zich het volgende voorval:

‘Ik heb een keer gehad dat een man mij continu aanstaarde. Op een gegeven moment wees hij naar mij met zijn vinger en zei: “Jou ga ik pakken, als jij straks vrij bent wacht ik op je, jij bent dood.”

‘Heb je dat gemeld?’

‘Ja, ik ben toen ook naar de politie gegaan, maar heb geen aangifte gedaan want dat kan niet anoniem.’

De belangrijkste reden om alledaagse, voor de verpleegkundige vanzelfsprekende confrontaties *wel* te melden, is om zichzelf in te dekken tegen de mogelijk klacht van een patiënt (Zernike, 2008, p. 127). Wanneer medewerkers vermoeden dat patiënten een klacht zullen indienen, melden ze een incident sneller. Ze weten dat hun versie van het verhaal dan ten minste op papier staat. Ze geven ten slotte aan dat ze bij klachten het gevoel hebben dat ze zich moeten verantwoorden richting de zorgcoördinator. Dit vinden ze teleurstellend, omdat ze zich hierin niet gesteund voelen door het management.

3.3 Alcohol en drugs

Als we doordeweeks en vooral overdag tijd doorbrachten in de ziekenhuizen, zeiden verpleegkundigen regelmatig dat we er in het weekend hadden moeten zijn. Vooral in het *Enkoimeterion* kregen we dit vaak te horen, omdat het er

doordeweeks meestal rustig was. Daarbij is het meest consistente narratief onder de medewerkers van beide ziekenhuizen dat alcoholgebruik de meeste agressie veroorzaakt, vooral in het weekend. Hoewel de verpleegkundigen medisch gezien weten dat alcohol ontremmend werkt, waardoor bezoekers mogelijk ook voor zichzelf abnormaal gedrag vertonen, wordt agressie als gevolg van alcohol doorgaans niet geaccepteerd:

‘Er was een patiënt op de triage en die was aan het klagen en moeilijk doen. Ik had er geen last van, laat hem maar gaan, dacht ik. Verder had ik een gewoon intakegesprek gedaan, maar ik vond wel dat er iets aan de hand was met de patiënt. Na het triëren had ik hem gevraagd om weer plaats te nemen in de wachtkamer, en dat had hij gedaan. Daar bleek hij agressief te zijn geworden, en had hij met een stoel gegooid. De bewaking werd erbij geroepen en de man werd uit het ziekenhuis gezet. Later op de avond kwam de man alsnog de afdeling binnen, op een brancard met de ambulance en politie erbij. Hij had buiten weer een halve liter whisky op zo achterover gegooid en is toen van de straat geplukt.’

Vaak blijkt het om een groep ‘vaste klanten’ te gaan, die de verpleegkundigen regelmatig terugzien. Ze worden verwijderd, maar als ze zich later op de avond om welke reden dan ook verwonden, komen ze weer het ziekenhuis in.

Observatie 5.30 uur. Ik zit achter de balie en gaap. Ik merk dat ik moe begin te worden. Nana komt aanlopen en gaat achter de balie staan. Ze kijkt naar het afdelingsoverzicht scherm.

‘Er liggen nu vrijwel alleen maar geïntoxiceerden, joh,’ zegt Nana.

‘Ja, echt. Ik ben er zó klaar mee,’ zegt Barbara.

Ik kijk op het scherm en begrijp van Nana dat van de zes patiënten op de afdeling er vijf geïntoxiceerd zijn.

Het is van belang om te onderstrepen dat het verplegend personeel ook lol heeft met patiënten die dronken zijn. In het volgende voorbeeld wordt duidelijk dat de ontmoetingen op de SEH niet eenduidig zijn, en dat dronken bezoekers ook grappig kunnen zijn, gemakkelijk in de omgang met verpleegkundigen en een bron van leuke verhalen op de SEH, die later nog vaak worden naverteld.

Ik zit achter de balie. Er komen twee mannen met ambulancebroeders de SEH binnenlopen. De mannen praten luid en met dubbele tong. Een van de mannen heeft een mitella om. Mireille staat op, en stelt zichzelf voor.

‘Ik weet zeker dat hij zijn pols heeft gebroken,’ zegt de ambulancebroeder.

‘Hé, vertel, wat is er gebeurd?’ vraagt Mireille aan de man met de mitella. De man glimlacht breeduit, en steekt zijn mitella-arm naar voren en zegt dan vrolijk: ‘Dit!’

‘Ja,’ zegt Mireille weifelend.

Ik zie dat de vriend van de mitella-man wankelt.

‘Oké, en hoe is dat gekomen?’ vraagt Mireille.

‘Alcohol!’ roept de man. Hij kijkt zijn vriend aan, en ze moeten er allebei vreselijk om lachen.

Het werkt aanstekelijk, want Mireille begint ook te lachen.

‘Maar je hebt nu wel een gebroken arm,’ zegt Mireille.

‘Maar het was wel een geniale avond.’

Mireille en ik lopen met de mannen naar kamer twee. ‘Straks komt de arts bij jullie langs.’ Als we de deur achter ons sluiten, zegt Mireille: ‘Wel dronken, maar niet agressief. Dat heb je natuurlijk ook.’

Het valt op dat rond het weekend alcohol niet alleen de bron is van agressie, maar ook van veel kwetsuren die behandeld moeten worden. Er komen veel patiënten binnen die zichzelf hebben verwond vanwege een val, in een ruzie verwickeld zijn geraakt, of er slecht aan toe zijn:

Een vader en moeder met een zoon van rond de achttien komen de SEH binnenlopen. ‘Hij heeft 1,5 liter wodka gedronken, hij drinkt eigenlijk nooit. Hij heeft tegen de muur geslagen, en nu is zijn hand opgezwollen,’ zegt vader. Later op de avond, zo’n twee uur later, zit er gips om twee vingers en de onderarm van de dronken jongen.

Tijdens een andere nachtdienst in het weekend:

‘Het stinkt hier,’ zegt een verpleegkundige.

‘Alcohol,’ reageert een arts.

‘Uit iedere kamer komt zo’n enorme walm,’ zegt de verpleegkundige.

3.4 Bacteriës in me kontje

Het personeel op een SEH is het onderling niet altijd eens over wat geldt als een agressie-incident. Sommige verpleegkundigen zijn toegeeflijk als de agressie bij het ziektebeeld hoort. Maar ook hier zijn er persoonlijke grenzen. In de volgende casus komen diverse spanningen op de SEH bijeen.

Het is kwart over vijf 's nachts, in het weekend. Het is al anderhalf uur relatief rustig op de afdeling. Enkele verpleegkundigen lopen over de gang en zijn bezig met de zorg voor hun patiënten, de rest zit achter de balie, is voor zichzelf bezig achter de computer of kletst onderling. Dan horen we een luide stem vanachter de binnenkomst-balie:

'Jullie denken dat ik para ben!'

Michael, een SEH-verpleegkundige met zeven jaar werkervaring, kijkt mij aan en trekt zijn wenkbrauwen op. We staan op.

'Ik ga niet naar buiten, ik moet gezien worden en anders wordt me fiets gejat! Godverdomme, ik moet gezien worden!' schreeuwt een kleine, Antilliaanse man, van 45 jaar, met dreads. Hij blijkt Ivan te heten.

In de binnenkomst-hal staat Ivan naast een beveiligder. De laatste maakt zich breed en staat met zijn handen in zijn zij. Hij maant Ivan rustig te doen, en dreigt hem anders naar buiten te zetten. Dan laat Ivan plots zijn broek hangen tot op zijn knieën, en ontbloot zijn onderlichaam:

'M'n kontje, het komt eruit en de bacteriën jonge, ze maken mij dood, gek!'

Michael zegt tegen mij: 'Hij is gewoon bang,' en dan: 'die wordt wel rustig. Hij loopt richting de voordeur, en drukt op de knop waardoor deze openschuift.'

Michael loopt langzaam naar de man toe, terwijl ik mij op enige afstand houd.

'Dag meneer, wat is er aan de hand?' vraagt Michael aan Ivan.

Ivan draait zich om en kijkt verbaasd richting Michael, is even stil en roept dan:

'Me kontje! Me kontje!' Hij draait nu zijn achterste richting Michael en bukt voorover.

'Oeh,' zegt Michael, 'dat ziet er inderdaad niet goed uit zeg.'

Ivan wendt zich weer tot de beveiligder en schreeuwt: 'Hij is gek joh! Ze denken dat ik junkie ben!'

De bewaker zegt op harde toon iets over dat Ivan zijn fiets naar buiten moet brengen.

'Ik maak je dood gek!' schreeuwt Ivan.

‘Hé, als u even rustig aan doet, dan kunnen we naar binnen en kan ik er even op een kamer goed naar kijken,’ zegt Michael op ferme wijze.

Michael vraagt Ivan naar zijn klachten en reageert empathisch. Ze lopen naast elkaar naar een behandelkamer, Ivan heeft nog steeds zijn broek op zijn enkels. De bewaker zegt tegen mij: ‘Ik was er al helemaal klaar mee, wat mij betreft had ik hem buiten gezet, maar ja, jullie hebben het dan nu voor het zeggen.’

Aangekomen op de kamer gaat Ivan liggen op de brancard, zijn achterste naar Michael gekeerd. Hij is een stuk rustiger geworden. Hij spreekt nu op normale toon en spreekt Michael aan met meneer. Er volgt een warrig verhaal waarin Ivan vertelt dat hij, sinds hij naast een sloot geslapen heeft, last heeft van ‘bacteriës’ die zijn ‘kontje’ in gaan. Dan zegt Ivan opgewonden: ‘Kijk, je ziet de bacteriës, hier en hier!’

Michael vraagt om een identiteitsbewijs, en zegt voor nu genoeg te weten. Hij vertelt Ivan dat hij even op de kamer moet wachten en dat de arts er zo aan komt. Michael loopt de kamer uit en spreekt de SEH-arts aan. Hij vertelt haar dat de man een rectum prolaps heeft, en naar zijn oordeel visueel hallucineert. Hij denkt zeker te weten dat de man psychotisch is.

Er volgt overleg met de crisisdienst, waar reeds bekend is dat deze man lijdt aan psychosen, hij staat op de wachtlijst voor opname en behandeling. Voor Ivan volgt een korte medische ingreep, die ongeveer een half uur duurt. Tijdens dit half uur horen we hem vanachter de balie geregeld schreeuwen. Achter de balie wordt lacherig gedaan. Wanneer de bewaker het sterke accent van Ivan imiteert - *bacteriës in me kontje jonge* - moet ik van de zenuwen zelf ook lachen. Een andere verpleegkundige komt met grote ogen aan de balie staan: ‘Wat is er nou weer binnen komen lopen?’ Michael sust de boel: ‘Hij doet geen vlieg kwaad, en we kunnen wel om hem lachen.’

Wanneer de behandeling voorbij is, roept Ivan dat hij moet plassen. Ik loop met Demy mee die hem een urinaal (fles) geeft. Ivan probeert echter een andere behoefte te doen, waarop Demy zegt dat dat niet gaat lukken. Dan staat Ivan op uit bed en schuift op handen en voeten, nog altijd met ontbloot onderlichaam, over de gang naar het toilet terwijl hij luid roept. Ik zie verschillende verbaasde gezichten van bezoekers vanuit andere kamers, ze willen allemaal zien wat er aan de hand is.

Ook op het toilet gaat het luide roepen verder. Ik hoor angst in Ivans stem. Dan loopt Mark, een andere verpleegkundige, richting het toilet. Wanneer hij in de deuropening staat, hoor ik hem luid zeggen: 'Hé, stop daar eens mee!'

Ivan begint weer te schreeuwen en scheldt Mark uit: 'Nee, die bacteriës zitten hier, jullie zijn gek, homo!'

Na een halve minuut geeft Mark het op en loopt met grote passen richting de balie. 'Ik ga de beveiliging bellen.'

'Nee joh, komt wel goed,' zegt Michael zacht.

'Oh ja, hij loopt met poep te smeren,' reageert Mark verhit. 'Ik heb het geprobeerd en hij wil niet luisteren.'

'Ah joh, hij is psychotisch, ik ga zo wel,' zegt Michael, die inmiddels klaar is met zijn andere patiënt.

De beveiliging wordt gebeld, en ze zijn er vrij snel met twee man. Ze lopen richting het toilet waar Ivan zit, die nu tegen hen begint te schreeuwen.

'Jullie blijven van me af! Klootzakken!' De beveiligers zeggen de politie te zullen bellen. Na twee minuten komen er vier politieagenten de gang oplopen. Ze gaan af op het geschreeuw en lopen richting het toilet. De beveiliging stapt opzij, en Ivan scheldt de politie uit. Wanneer een agent Ivan probeert te pakken, slaat hij met zijn arm de hand van de agent weg. Vervolgens pakken twee agenten Ivan, die gehurkt op de grond zit, bij beide armen vast. Terwijl Ivan gillend van de SEH wordt meegesleurd, zegt een politieagent: 'Kap nou even met schreeuwen.'

Vanaf een afstand zie ik Michael hoofdschuddend toekijken. Als Ivan buiten is, zegt verpleegkundige Demy opbeurend tegen Mark dat hij goed heeft gehandeld.

Uit bovenstaande casus wordt duidelijk dat er geen eenduidige en gedeelde betekenis is van wat geldt als agressief of ongewenst gedrag. De eerste beveiligiger, die de zaak primair vanuit een veiligheidsbril beziet, wil het liefst ingrijpen, en maakt dit direct duidelijk. Hij trekt op een gegeven moment zijn handen van de situatie af, en draagt zijn verantwoordelijkheid over aan de verpleegkundigen. Verpleegkundige Michael ziet geen kwaad in het gedrag van de man, en moet erom lachen. Hij is toegankelijk, en beweegt mee. Een voor hem verzachtende omstandigheid, die verpleegkundigen vaak beschrijven, is de psychiatrische conditie van de patiënt. Michael neemt de patiënt dit gedrag niet kwalijk, omdat hij volgens hem niet toerekeningsvatbaar is.

Dergelijke incidenten worden door verpleegkundigen normaliter als minder ingrijpend ervaren.

Hieruit volgt dat de betekenissen vanuit de politiek en het management over agressie niet overeenstemmen met die van verpleegkundigen. De politiek, het ziekenhuismanagement en de beveiliging hebben het liefst dat elk incident wordt gerapporteerd, en dat agressie niet wordt getolereerd. Maar wat is agressie, en hoe wordt dat door de professional ervaren? Omdat de verpleegkundige in dit geval ervan overtuigd is dat de patiënt psychotisch is, wordt de agressie als redelijk ervaren. Verder wordt opnieuw zichtbaar dat de vertogen van veiligheid en zorg met elkaar schuren. Als het aan de beveiliging had gelegen, had hij de man er allang uit gezet; de verpleegkundige daarentegen houdt de man binnen omdat hij meent dat hij een zorgplicht heeft.

Maar de verpleegkundigen kunnen het onderling ook oneens zijn. Voor verpleegkundige Mark is de maat vrij snel vol, terwijl Michael de indruk geeft de situatie wel de baas te zijn. Het voorbeeld toont de variatie in de wijze waarop een problematische situatie door diverse betrokkenen wordt geïnterpreteerd, maar ook dat de professionele bril van verpleegkundigen enerzijds en van de beveiliging anderzijds tot meningsverschillen kunnen leiden.

3.5 ‘Zij’ zijn pijngevoeliger en agressiever

In beide ziekenhuizen refereert het verzorgend personeel regelmatig aan ‘cultuur’ en ‘etniciteit’ als relevante factoren in het ontstaan van ongewenste ontmoetingen. De meest voorkomende kwestie is de taalbarrière. De meerderheid van de patiënten in het *Asklepios* had een migratieachtergrond. Velen spraken niet of nauwelijks de Nederlandse taal. Tijdens de triage was dit voor de verpleegkundige lastig. Soms was er iemand met de patiënt mee gekomen om te vertalen, maar soms sprak de begeleider ook gebrekkig Nederlands. In het *Enkoimeterion* waren Nederlanders met een migratieachtergrond evident een minderheid.

De patiënt blijkt Pools te zijn en amper Nederlands of Engels te spreken. De verpleegkundige Kim verwijst de vrouw door naar de huisarts in het ziekenhuis en legt dit aan haar uit in het Nederlands. Nadat ze dit heeft gedaan, typt

Kim de verwijzing in de computer. De vrouw trekt haar wenkbrauwen op en kijkt verbaasd naar mij. Kim ziet dit, en vraagt of ze het heeft begrepen. De vrouw knikt vertwijfeld waarop Kim nogmaals uitlegt waar ze heen moet in het Engels. De vrouw knikt. 'Is goed,' zegt ze. Ik vraag me af of ze het heeft begrepen.

Gewoonlijk zit in het *Asklepios* de verpleegkundige achter de computer. De patiënt, en een familielid dat mee is gekomen, zitten naast haar op een stoel. De verpleegkundige vraagt alles wat zij moet weten aan de persoon die vertaalt. De patiënt zelf zit er stilletjes bij. Tijdens een van de observaties doet verpleegkundige Karin haar metingen en noteert deze in de computer. De uitslagen van deze testen deelt ze, zo merkten we, gewoonlijk niet met deze categorie patiënten, terwijl ze dat met witte Nederlandse patiënten wel doet. Ze typt in de computer de klachten in en vult het triage-formulier in. Tijdens deze werkzaamheid wordt er vrijwel niets gezegd. Dit laatste gebeurt ook met bezoekers die het Nederlands wel goed beheersen, maar de taal vormt in contacten met patiënten met een migratieachtergrond een extra barrière. Een voorbeeld:

Verpleegkundige Karin staat op om de patiënt binnen te halen. Het is een jonge vrouw met haar man, en ze spreken geen Nederlands. '*What can I do for you?*' vraagt Karin. De vrouw legt uit dat ze bij het plassen bloed verliest, maar dat zij ook 12 weken zwanger is. De vrouw doet het woord, de man zegt niets. Karin zet de gegevens in de computer zonder iets te zeggen. Na deze bezoekers komen een man en zwangere vrouw binnen met hun zoontje van zeven jaar. Ze zeggen mij gedag. Ze gaan zitten, het jongetje komt bij papa op schoot. Karin vraagt aan het jongetje wat er met hem aan de hand is. Het jongetje kan dit met wat hulp van zijn ouders goed uitleggen. Ze spreken goed Nederlands. Karin neemt de temperatuur van het jongetje op. Zij draait zich terug naar de computer en typt hier wat in. Het is stil en de ouders kijken naar Karin. Ook nu communiceert Karin niet over wat ze doet.

Even later komen een vader en moeder met een baby van negen maanden de triagekamer in lopen.

Karin wijst naar mij en zegt: 'Dit is mijn collega die kijkt even mee voor onderzoek'. De ouders knikken naar me. Ze gaan zitten en de moeder neemt het woord. De moeder spreekt slecht Nederlands. Het stel is van Poolse afkomst. De ouders hebben geen eigen huisarts en Karin legt uit dat dit erg belangrijk is

in verband met de kleine. Nadat ze dit gezegd heeft, typt ze wat in de computer. Het is stil en ik zie de moeder met haar ogen rollen.

Na afloop wordt de patiënten verteld dat ze terug de wachtkamer in mogen, of ze worden doorgestuurd naar de huisarts. De vervolgarties of redenen worden hier niet bij vermeld. In een informeel gesprek bevestigt Karin dat ze gesprekken met patiënten die het Nederlands niet goed beheersen als lastig ervaart.

‘Wat maakt voor jou de communicatie lastig?’ vraag ik. ‘Als ze geen Nederlands spreken, vaak moet het met gebaren en een paar woorden die je dan krijgt. Of er is wel iemand bij om te vertalen maar je krijgt vaak echt minimale informatie omdat diegene ook geen Nederlands spreekt.’

Een veelgehoorde opmerking, zowel in het *Asklepios* als het *Enkoimeterion*, is dat patiënten met een andere culturele herkomst een andere ziektebeleving hebben. Grofweg komt het erop neer dat het verzorgend personeel van mening is dat Nederlanders met een migratieherkomst weinig kennis hebben over ziekten, symptomen en diagnoses, en dat ze voor ‘elk wissewasje’ naar de SEH komen, terwijl ze ‘bij de huisarts moeten zijn’:

‘En daarnaast vind ik allochtone patiënten vaak paniekerig overkomen, terwijl er dan iets heel kleins aan de hand is. Ze verwachten ook dat alle middelen uit de kast worden gehaald, terwijl dat helemaal niet nodig is, en vaak zinloos.’
‘Is dit specifiek iets wat je opvalt bij alleen allochtone patiënten of ook bij autochtone patiënten?’ vraag ik haar. ‘Bij allochtone patiënten. Nederlanders accepteren sneller iets en begrijpen het als ze worden doorgestuurd naar de huisarts bijvoorbeeld.’

Een andere verpleegkundige zegt:

‘Soms heb je wel weerstand bij verwijzing naar de huisarts, maar na goede uitleg hierover accepteren ze het wel. Ja, soms heb je dat, ouders die het echt niet willen begrijpen, dan moet ik het duidelijk uitleggen. Maar meestal beseffen ze niet dat het om een simpel virusje gaat en het kindje gewoon moet uitzielen.’

Vooraf in het *Asklepios*, waar veel patiënten met een migratieachtergrond worden behandeld, is er weinig begrip en empathie voor dit, volgens de verpleegkundigen, andere inzicht in en de andere ervaring van ziekteprocessen.

‘Het zijn ook veel allochtonen hè, die hier komen, ik denk dat wel 80 procent van onze bezoekers allochtonen zijn. Ze hebben vaak geen ziekte-inzicht, die komen hier dan met een snee, vaak iets met bloed of zo.’ Ze kijkt me aan en knikt snel enkele keren met haar hoofd. ‘En die denken dan dat ze doodgaan. Ja, en wij zien zoiets en schatten zoiets heel anders in, waardoor ze een lage urgentie-code krijgen, en als het dan druk is, moeten ze twee uur wachten.’

Na de triage van een Turks-Nederlandse man die niet goed Nederlands spreekt, wil verpleegkundige Richard de man doorsturen naar de huisarts. De man weigert en staat erop dat hij wordt behandeld. Richard is van mening dat er niets aan de hand is, maar gaat toch in op zijn verzoek. Als we weglopen, laat Richard zijn professionele masker vallen:

Richard blijft even staan en zucht: ‘Soms weet ik niet wat ik er mee aan moet, daarom had ik het even overlegd met de arts.’

‘Dat snap ik. Stuur je hem naar de huisarts omdat je vermoedt dat hij niet gebroken is?’ vraag ik hem.

‘Ik weet bijna zeker dat hij niet gebroken was, hooguit gekneusd misschien. Maar anders gaan ze hier vier uur in de wachtkamer zitten voor niks. Dat kan de huisarts ook mooi afhandelen.’

Wanneer een taalbarrière de communicatie verhindert, kunnen onduidelijkheden ontstaan, waardoor de verpleegkundige de situatie verkeerd kan interpreteren. Ook bestaat er het risico dat de patiënt zich niet gehoord of serieus genomen voelt. Door drukte, en de fysieke beperking van de triagekamers in het *Asklepios* (waarover meer in hoofdstuk vier), heeft de verpleegkundige de neiging om korte bochten te nemen, en het verhaal snel in te vullen voor de patiënt. Gebrekkige communicatie, bemoeilijkt door de taalbarrière maar ook vooronderstellingen, reëel en verbeeld, over een ander cultureel referentiekader van patiënten met een migratieachtergrond, dragen een conflictpotentieel in zich. Onbegrip kan leiden tot het gevoel niet gehoord of serieus genomen te worden. Dit kan bijdragen aan ongewenst gedrag.

In relatie tot het thema van agressie en ongewenst gedrag is een andere thematisering van ‘verschil’, dat migranten in verband worden gebracht met een agressievere aanleg. In deze verhalen van het personeel werd op een ‘vernatuurlijkte’ manier gesproken over de ‘agressieve neigingen’ van Nederlanders met een migratieachtergrond. Vernatuurlijken wil zeggen dat een verschijnsel wordt voorgesteld als een natuurlijk, tot de biologie herleidbaar gegeven. In het *Asklepios* bijvoorbeeld hadden medewerkers het over de dwingende toon van ‘allochtonen’ wanneer dezen niet de zorg kregen waar ze volgens henzelf recht op hadden.

De baliemedewerkster komt een beetje nerveus over, en begint van alles te vertellen zonder dat ik een vraag stel. Ik heb het idee dat de nervositeit met mijn aanwezigheid te maken heeft. Ze vertelt dat ze inmiddels anderhalf jaar werkervaring heeft als baliemedewerkster op de SEH. Ze vertelt nooit bang te zijn, behalve die ene keer toen ze hier pas net werkte. ‘Er was een man met van die felle ogen weet je wel,’ ze kijkt me betekenisvol aan en maakt haar ogen groot, ‘een echte Arabier.’ De man sprak gebrekkig Nederlands en had heel dwingend gedaan, ‘zo iemand die direct geholpen wil worden.’ Ze vertelt dat ze ook altijd de bewaking kan bellen en dat die er dan altijd erg snel zijn, ‘dat moet ook wel hier.’

In dit gesprek vallen de sterke culturalisering van het gedrag van Nederlanders met een migratieachtergrond op. Culturaliseren wil zeggen dat het gedrag van mensen wordt verklaard in termen van hun ‘cultuur’. In een dergelijk perspectief wordt cultuur een oorzakelijkheid toegeschreven, waaraan individuen passief zijn onderworpen. De neiging is om over cultuur te spreken alsof het een natuurlijk gegeven is waarop mensen zelf geen invloed hebben. In het bovenstaande citaat wordt duidelijk dat culturalisering soms samengaat met racialisering: het sociale wordt niet alleen cultureel gemaakt, maar ook raciaal (‘felle ogen,’ ‘een echte Arabier’) door ‘vernatuurlijkte’ opvattingen over het lichaam.

Ze vindt dat vooral Antillianen heel cru kunnen zijn. ‘Wat bedoel je daarmee?’ vraag ik haar. ‘Ja, ze zijn gewoon erg dwingend,’ zegt ze dan. Ook zouden Hindostaanse mannen zo zijn. Turken vallen haar heel erg mee, zegt ze. Ze heeft vooral moeite met het dwingende: ‘Als ze zeggen: “Ik moet nu”, wanneer ze snel gezien willen worden.’ Ze zegt niet echt in te gaan op dit soort gedrag,

en meestal kort te reageren. 'En soms versta je ze ook gewoon niet hè,' zegt ze. Ook doet lachen en lief doen en een beetje aandacht geven wonderen volgens haar.

Het viel op dat ook in het *Enkoimeterion*, waar aanzienlijk minder Nederlanders met een migratieachtergrond de SEH bezochten, agressie in verband werd gebracht met deze groep. Gezien de lage frequentie van contacten met individuen uit deze groepen was dat opmerkelijk. In het *Enkoimeterion* deden bijvoorbeeld verhalen de ronde, zowel onder het baliepersoneel als onder de verpleegkundigen, dat agressie tegen zorgmedewerkers vooral voorkwam in ziekenhuizen in de grote steden, vanwege de vele 'allochtonen'.

De aanwezigheid van Nederlanders met een migratieachtergrond was in het *Asklepios* zonder meer vanzelfsprekender en hier werd ook op een meer genuanceerde manier gesproken over etnische verschillen. Maar ook hier werden 'culturele verschillen' in verband gebracht met interactiemoeilijkheden, variërend van kleine misverstanden door taalbarrières tot agressie-incidenten. Het is bijzonder dat het personeel agressie-incidenten met patiënten met een migratieachtergrond vooral interpreteerde met behulp van een etnisch-culturele bril (het kwam door 'hun cultuur') terwijl problematisch gedrag van witte Nederlanders werd verklaard met verwijzingen naar de directe context, zoals de lange wachttijden of onwetendheid over de urgentiecategorieën. Baliemedewerkers in beide ziekenhuizen beschouwden mensen die dezelfde sociaal-culturele codes hanteerden als zichzelf als 'nabij'. In het *Enkoimeterion* bleek dit onder meer uit het begrip van medewerkers voor het ongewenste gedrag van beschonken zorgvragers rondom carnaval. Hun vervelende en agressieve gedrag werd veelal vergoelijkt, en vaak lokten ze anekdotes uit over eigen benevelde en soms gênante situaties.

4. IK WAS EERST!

Observatie, nacht van zondag op maandag, 1.30 uur.

‘Eenentwintig! Tweeëntwintig!’ Een reanimatie. Om een bed staan acht medewerkers. Ze zijn bezig met reanimeren, kijken naar Ecg’s, in het dossier van meneer op de computer en overleggen over de mogelijke oorzaak van de hartstilstand. Michael komt gestrest de kamer binnenlopen om iets te vragen, maar Myrthe straalt uit dat ze het druk heeft en negeert Michael.

Het is inmiddels kwart over twee. Door de reanimatie lopen de wacht-tijden op. Maar er moet nogmaals gereanimeerd worden, de patiënt heeft een tweede hartstilstand. Ik loop langs de kamer van de Poolse Markus, hij is wakker geworden en heeft zich van zijn polsbanden kunnen ontdoen. Ik meld dit aan Els, ze kijkt even om het hoekje van de kamer, maar loopt vlug door.

Ik heb de verpleging nog niet eerder zo gepanikeerd gezien. Ik loop verder over de gang en wordt aangesproken door een vrouw. Haar dochter zit slaperig op een brancard. Ze vraagt mij wanneer ze eindelijk geholpen worden, want haar dochter is nog jong en erg moe en moet morgen weer naar school. Ik zeg dat ik niet bij de verpleging hoor, maar dat ik het zal doorgeven, en dat het erg druk is op de afdeling. Ze zucht.

Inmiddels sta ik weer aan de balie, en hoor Michael bellen. Hij belt met twee afdelingen achter elkaar, om te vragen of ze patiënten kunnen komen ophalen. Normaal brengt de verpleging van de SEH’s nachts de patiënten naar de verpleegafdelingen boven.

Dan hoor ik plots geroep bij de binnenkomstbalie. Michael loopt eropaf. Er ligt een meisje op de vloer, twee mannen staan erbij. Eentje roept dat ze is flauwgevallen: ‘Ze moet nu geholpen worden!’ De ander tilt haar op in zijn armen en loopt richting de schuifdeur. Michael blijkt het meisje te herkennen, want hij heeft haar al getrieerd.

‘Ja, is ze flauwgevallen of heeft ze heel veel pijn?’ vraagt hij.

‘Ja, ze heeft heel veel pijn,’ zegt een van de mannen.

‘Oh, ja dan moet ik u toch vragen in de wachtkamer plaats te nemen.’

‘Wat is dit?’ schreeuwt een van de mannen, ‘jullie zijn gek, ze heeft hulp nodig!’ Michael verzoekt de mannen toch plaats te nemen, en ze gaan mokkend en boos richting de wachtkamer, terwijl ze het meisje meetillen.

Ik kijk op het scherm, en zie dat het meisje vanaf één uur wacht. Er zitten nog acht anderen in de wachtkamer, waaronder iemand met pijn op de borst, die anderhalf uur wacht. Pijn op de borst is een risicocategorie, dat zouden

mensen met hartklachten kunnen zijn. En er zijn zestien patiënten opgenomen op kamers. Michael kijkt naar het scherm en belt de ambulance op met de vraag de SEH te ontlasten met ambulances. Hij zegt dat ze niet door de patiëntenstroom heen kunnen. Er zitten drie artsen achter de balie druk te typen.

Half drie. Op de gang zie ik voor het eerst weer Marjan lopen. Ze stond vast bij haar patiënt sinds kwart voor één, vanwege de reanimatie. Myrthe heb ik al een half uur niet gezien, omdat ze een patiënt aan het gipsen is. Ik zit achter de balie als ze richting de wachtkamer loopt om een man van achttien op te halen en naar een kamer te brengen. Ze komt teruglopen van de wachtkamer en kijkt naar het scherm.

‘Nou, die is weer naar huis gegaan.’ De patiënt was na anderhalf uur vertrokken. Demy loopt naar de wachtkamer om het meisje van twintig met hartkloppingen op te halen, maar ook zij blijkt er niet meer te zijn.

‘Alle patiënten zijn weggelopen uit de wachtkamer,’ zegt Myrthe vertwijfeld. ‘Relaxed,’ hoor ik iemand zeggen.

Het is drie uur. Ik zit achter de balie en houd het patiënten-overzicht nauwlettend in de gaten. De verpleegkundigen lopen druk over de afdeling, en ik zie niemand een moment zitten. De pauze die gisteren werd gehouden, wordt overgeslagen. Een uur later zie ik dat er nog maar zeven patiënten op de kamers liggen, er zijn geen wachtenden in de wachtkamer. Als ik de nacht met Michael nabespreek zegt hij: ‘Ja druk hè, met zo’n reanimatie, maar dit is wel de reden dat ik op de SEH ben gaan werken.’

Gedurende een reanimatie wijkt alles op de SEH. Het is ten slotte de meest urgente en spoedeisende vorm van zorg, een situatie van leven of dood, die inzet van veel personeel vereist. Ook wordt duidelijk dat een reanimatie een keten-effect heeft en daardoor meer kans geeft op agressie. Het werkproces raakt ontregeld, de afhandeling van andere patiënten stakt, en de wachttijden lopen op. De wachttijden kunnen weer zorgen voor frustratie en ergernissen, zoals blijkt uit de schreeuwende mannen die zich zorgen maken om het meisje. Bovenstaande toont hoe een SEH gezien kan worden als een ecologisch systeem, en geeft inzicht in hoe een samenspel van uiteenlopende factoren de kans op ongewenste ontmoetingen aanzienlijk vergroot. In dit verhaal komt ook de geïntoxiceerde Markus uit het vorige hoofdstuk terug, die zich buiten het zicht van het verzorgend personeel heeft kunnen ontdoen van zijn polsbanden. Door de reanimatie ontstaat een in potentie risicovolle werkcontext voor de verpleegkundigen en artsen. Omdat iedereen druk is, ligt de focus begrijpelijkerwijs op de zorgtaken. Het verzorgend

personeel is niet of nauwelijks bezig met preventieve ingrepen om potentieel gevaarlijke situaties te voorkomen.

De casus onderstreept het manco van individu-gerichte benaderingen van ongewenste ontmoetingen, waarbij wordt ingezoomd op individuele kenmerken van agressieve patiënten en het optreden van het zorgpersoneel. Het risico van deze benaderingen is dat de structurele patronen die bijdragen aan ongewenste ontmoetingen worden veronachtzaamd. In bovenstaande situatie heeft zojuist een reanimatie plaatsgevonden die aandacht vereist van veel personeel. Tegelijkertijd blijven er nieuwe patiënten binnenstromen via ambulances, maar ook komen er zelfverwijzers binnen: patiënten die zich zonder tussenkomst van een huisarts op de SEH melden. Hierdoor kunnen de bestaande wachtrijen moeilijk worden weggewerkt (Van der Linden, Meester & van der Linden, 2016). Hoewel het ook in dergelijke gevallen aankomt op het individuele de-escalerend handelen van het verzorgend personeel, kan de verantwoordelijkheid van deze ontmoetingen niet alleen bij hen worden gedeponneerd. Michael, Myrthe, Marjan en Els werken in het *Asklepios*, een architectonisch verouderd ziekenhuis, op een relatief erg drukke SEH. De combinatie van langere wachttijden, werkdruk, alcohol, drugs, en de spanning en hectiek van de SEH creëren een context van potentieel agressief gedrag. In deze casus leidt het tot onvrede, frustratie, gemor, als ook stemverheffingen en geschreeuw onder patiënten en hun begeleiders.

4.1 Urgentiecategorieën

Naast de patiënten die zijn doorverwezen door een huisarts bestaat het grootste deel van de toestroom naar de SEH uit zelfverwijzers. Deze groep bedraagt 60 tot 80 procent van de patiëntbezoeken (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, 2008). In ziekenhuis *Asklepios* werd in 2003 gekozen voor het *Manchester Triage Systeem* (MTS). Bezoekers werden nu 'getrieerd', dat wil zeggen, gesorteerd op basis van de ernst van hun toestand. De centrale vraag van dit ordeningsprincipe is: wiens situatie heeft de hoogste prioriteit en urgentie, en mag daarom als eerst naar binnen? Voorheen werkten veel ziekenhuizen op grond van een *first-in-first-out* principe. De wachtkamer zat daardoor vaak vol met bezoekers. Door deze grote toestroom was er behoefte aan een classificatiesysteem voor het bepalen van de mate van urgentie, om zo te zorgen voor een standaardise-

ring van de zorg en een duidelijke toewijzing van taken en verantwoordelijkheden aan medewerkers op de SEH (De Voeght, Van der Linden & Van der Ven, 2004, p. 48-49).

Het MTS bestaat uit een vijf-puntenschaal, oplopend van laagcomplexiteit tot zeer urgente en levensbedreigende aandoeningen. Aan elke categorie hangt een specifieke kleurcode. Code rood betekent onmiddellijke behandeling, oranje is behandeling binnen tien minuten, geel is behandeling binnen een uur, groen betekent behandeling binnen twee uur, en blauw staat voor behandeling binnen vier uur. Het MTS werkt vanuit klachten en symptomen. De patiëntklachten zijn uitgewerkt in zogenaamde stroomschema's (*flowcharts*) (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, 2008, p. 39). De stroomschema's leiden via discriminatoren tot een urgentietoekenning. Op basis van deze uitkomst wordt de inzet bepaald. In de Richtlijn Triage op de Spoedeisende Hulp wordt de systematische triage beschreven en is een stappenplan opgesteld voor het verloop van de triage en het tijdsbestek waarbinnen dit dient te gebeuren.

De patiënt meldt zich op de SEH-afdeling en wordt ontvangen door de balie-medewerker.

Binnen vijf minuten na binnenkomst van de patiënt vangt de SEH-verpleegkundige aan met de triage. De verpleegkundige vraagt naar de klacht van de patiënt en doorloopt een stroomschema om daarmee de urgentie van de klacht vast te stellen. Er vindt een beperkt onderzoek plaats en de vitale functies worden genoteerd.

Binnen tien minuten na de binnenkomst heeft de SEH-verpleegkundige de urgentieclassificatie van de patiënt bepaald en geregistreerd. De patiënt krijgt uitleg over de urgentiecode en de maximale wachttijd.

Afhankelijk van de urgentieclassificatie wordt de patiënt:

- A. op een passende behandelkamer geplaatst waarna het zorgproces wordt ingezet;
- B. in de wachtkamer geplaatst.

De SEH-verpleegkundige stelt de medische discipline op de hoogte van de urgentieclassificatie.

De patiënt die in de wachtkamer is geplaatst, wordt naar een behandelkamer gebracht wanneer er een passende plaats is op de SEH-afdeling en de patiënt binnen zijn urgentieclassificatie de langst wachtende is.

Wachtende patiënten worden door de SEH-verpleegkundige opnieuw gezien (hertrriage) als kan worden verondersteld dat:

- A. de maximale toegestane wachttijd, conform triagesysteem of op basis van de lokaal geldende afspraken, wordt overschreden. De uitkomst hiervan is dat de patiënt wel of niet langer kan wachten;
- B. als de toestand van de patiënt tijdens het wachten verslechtert waardoor langer wachten niet verantwoord is (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, 2008, p. 11)

De systematische triage moet binnen vijf minuten na binnenkomst van de patiënt op de SEH-afdeling worden aangevangen door een SEH-verpleegkundige. De termijn van vijf minuten kan niet worden uitgebreid, omdat urgente patiënten binnen tien minuten door een arts gezien moeten worden. Tenminste één SEH-verpleegkundige is tijdens een dienst verantwoordelijk voor de triage. Deze SEH-verpleegkundige is altijd direct beschikbaar voor de (her)triage (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, 2008).

De veronderstelling is dat het MTS agressie-reducerend en de-escalerend werkt, omdat patiënten snel na binnenkomst worden getrieerd, waardoor ze direct weten waar ze aan toe zijn. Wanneer een patiënt snel wordt geholpen, voelt deze zich serieus genomen en gehoord, zo is de aanname. Ook kan de verpleegkundige de benodigde onderzoeken reeds starten, zoals een bloedonderzoek of het aanvragen van röntgenfoto's, waardoor de wachttijden efficiënt worden gebruikt (De Voeght, Van der Linden & Van der Ven, 2004, p. 51-52). In veel ziekenhuizen is de SEH inmiddels afgestapt van het principe van *first-in-first-out*: patiënten worden niet langer geholpen op grond van volgorde van binnenkomst, maar op grond van de urgentie van hun aandoening.

4.2 In de praktijk

In de Richtlijn voor Triage op de Spoedeisende Hulp wordt gesteld dat binnen vijf minuten na binnenkomst van de patiënt op de SEH-afdeling moet worden aangevangen met de systematische triage. Uit onze observaties blijkt

dat dit niet altijd haalbaar is. Het kwam soms voor dat patiënten een half uur moesten wachten voordat zij getrieerd werden. Ook vond er bij drukte niet altijd een hertriage plaats. In het *Asklepios*-ziekenhuis werden over patiënten bovendien nauwelijks geïnformeerd over het triagesysteem, zoals de consequenties van hun classificatieniveau. Ook kregen patiënten zelden te horen hoe lang ze ongeveer moesten wachten op grond van hun urgentiecategorie.

Ze mogen terug naar de wachtkamer.

‘Hoelang gaat het ongeveer duren?’ vraagt de dochter.

‘Ik denk ongeveer een half uurtje,’ zegt Marijke.

Patiënten vinden het echter belangrijk dat ze weten wat de wachttijden zijn, hoe het triagesysteem werkt en waar ze heen moeten als hun situatie verergert (Kington & Short, 2010).

‘Hoelang ongeveer?’ vraagt de man.

‘Durf ik niet te zeggen,’ zegt Petra.

‘Uurtje?’ vraagt de man.

‘Dat hoop ik voor jullie,’ zegt Petra lachend. ‘Loop maar mee dan breng ik jullie naar een ander kamertje’. De mannen staan op, knikken mij gedag en lopen achter Petra aan.

Er bleken in dit opzicht grote verschillen te bestaan tussen de twee ziekenhuizen. Vooral in het *Asklepios* werd de norm dat de zorgvrager binnen vijf minuten wordt getrieerd niet gehaald. Als gevolg hiervan kon niet binnen tien minuten worden vastgesteld wat de urgentiecategorie van de binnenkomende patiënt was. In sommige gevallen was er zelfs geen baliemedewerker aanwezig om de bezoeker te verwelkomen en te registreren. De volgende case vormde in dit ziekenhuis geen uitzondering. Vanwege een plotselinge toename in drukte en systematische onderbezetting kwamen dergelijke situaties geregeld voor.

Het is 12.00 uur. Ik ben zojuist aangekomen in het *Asklepios*. Ik zie Lieke, de secretaresse, en Tom, de verpleegkundige achter de balie zitten. Tom is patiënten aan het inschrijven en Lieke doet wat administratiewerk achter de computer. Ik zie haar weer codes toekennen aan de dossiers. Ik zeg haar gedag, Tom is mensen aan het inschrijven dus besluit ik om hem later gedag te zeggen.

Ik neem plaats in de wachtkamer. Twee wachtenden zitten naast elkaar, een wat oudere vrouw en haar dochter, Lianne. Zij kijken mij aan als ik binnen kom, we zeggen elkaar gedag. Ik zit weer op de stoel naast de deur waardoor ik de ontvangstbalie kan zien en horen.

Er is nog een andere jongeman aanwezig, later blijkt dat hij Pools is. Hij loopt constant heen en weer door de te kleine en donkere wachtkamer en maakt mij een beetje zenuwachtig. Na ruim vijf minuten gaat hij zitten en belt iemand op. Inmiddels is hij ruim tien minuten in gesprek, in het Pools. Het gesprek lijkt emotioneel te zijn, omdat zijn stem op bepaalde momenten nogal hoog wordt en hij bijna aan het huilen is.

‘Die is serieus bezig,’ zegt de oudere vrouw tegen haar dochter.

Dan komt een jongeman binnenlopen, later blijkt hij Nourdin te heten. Het valt mij op dat de afgelopen twintig minuten niemand getrieerd is. Ook zie ik niemand in de triagekamers zitten. Ik ga even kijken, en loop langs de triagekamer. Leeg. Ook op de monitors op de balie is te zien dat de kamers leeg zijn. Omdat er niet wordt getrieerd, lopen de wachttijden op. Tegelijkertijd is het niet druk op de SEH. In principe moet de patiënt direct getrieerd worden na binnenkomst.

Lianne loopt naar de balie: ‘Hallo, weet u hoe lang het nog duurt? We wachten nu al even.’

‘Er wordt op de specialist gewacht, die zal de echo beoordelen. U wordt zo opgeroepen,’ zegt Tom.

Na vijftien minuten telefoneren loopt de Poolse man naar de balie:

‘Hello, do you know how long it’s going to take? I have been waiting long now.’

‘You are the first in line, it’s busy with ambulances,’ zegt Lieke met een zwaar Nederlands accent.

De man bedankt haar, en loopt terug naar de wachtkamer.

Pas na ongeveer een half uur komt er een triage-verpleegkundige, en wordt de Poolse man opgeroepen. Inmiddels zitten er achttien mensen in de wachtkamer. Er is maar één triage-verpleegkundige aanwezig, dus blijven de wachttijden oplopen. Er blijven mensen komen, maar het is nu zo druk in de wachtkamer, dat er mensen moeten staan, en op een gegeven moment zelfs buiten de hal moeten wachten. Het is warm en erg oncomfortabel in de wachtkamer. Er is veel onvrede in de wachtkamer. Iemand zegt: ‘Je kan net zo goed naar huis gaan, dit gaat toch nergens over.’ Een ander zegt over de telefoon: ‘Ik moest naar

de SEH van de dokter, ik vraag me af wat er zo spoedeisend is aan deze afdeling.’

In dit ziekenhuis worden tijdens de pauzes van de baliemedewerkers de werkzaamheden niet overgenomen door een ander. Het komt dan ook voor dat de balie soms vijftien minuten lang onbemand is. Verder triert er doorgaans maar één verpleegkundige, onafhankelijk van de drukte. Een wachtende zegt hierover: ‘Kom ik hier, zit er niemand achter de balie.’

Nourdin, die om 12.00 uur kwam binnenlopen, zit er nog steeds. Het is inmiddels 14.30 uur, hij wacht al 2,5 uur, zonder dat er ook maar iemand met hem spreekt, of hem op de hoogte houdt van zijn situatie. Ik vraag me af of hij überhaupt is getricerd.

In het Asklepios-ziekenhuis hebben we geen enkele keer het woord ‘hertriage’ gehoord, of meegemaakt dat deze werd uitgevoerd. In het Enkoimetron waren de verpleegkundigen zorgvuldiger in hun communicatie naar de patiënten toe, hoewel ook hier het systeem met urgentiecategorieën niet consequent werd toegelicht. In dit ziekenhuis werd wel geregeld een hertriage uitgevoerd.

Het MTS veronderstelt dat het snel triëren onzekerheden bij de patiënt wegneemt. Hiermee zou worden voldaan aan het principe van ‘weldoen’ (De Voeght, Van der Linden & Van der Ven, 2004). Dit is echter een ideaaltypische opvatting van het systeem. Het is waar dat informatieverschaffing en duidelijke communicatie helpen bij het de-escaleren van mogelijk agressieve uitingen. Tegelijkertijd schept deze werkwijze ook verwachtingen, namelijk dat bezoekers adequaat worden geholpen binnen de verwachte tijd, en dat ze op de hoogte worden gehouden van hun situatie. In het volgende voorbeeld wordt de patiënt echter onvoldoende geïnformeerd over de vervolgstappen van de triage. Ook blijkt dat het systeem met urgentiecategorieën niet adequaat is toegelicht en er onvoldoende aan verwachtingsmanagement is gedaan:

Er loopt een man door de wachtkamer te ijsberen. Bij de triagekamers blijft hij stil staan en kijkt om zich heen. Na vijf minuten loopt hij naar de balie, en spreekt de secretaresse aan:

‘Hoelang mot ik nog wachten op de uitslag?’

‘Sorry?’

‘Hoelang mot ik nog wachten op de uitslag?’

‘Ik zal het even voor u vragen, een moment,’ zegt de secretaresse beleefd.

‘Ja, jullie late me gewoon zitte hè. Anderen gaan steeds voor.’ De man loopt naar de houten tafels en neemt daar plaats.

Wanneer wachttijden toenemen, blijkt de redelijkheid en inschikkelijkheid van bezoekers af te nemen. Bezoekers met een lagere urgentiecategorie zien dat nieuwe bezoekers wel worden geholpen, en begrijpen de situatie niet. Aan de welkomstbalie van beide ziekenhuizen komt het volgende interactiepatroon meerdere malen per dag voor.

Er komt een jongeman naar de balie.

‘Mevrouw weet u hoe lang het nog gaat duren, ik ben er al zo lang.’

‘Wat is uw naam?’

‘Mustafa.’

‘Ah, je bent al gezien, je wordt geroepen wanneer er een kamer vrij is. Het is namelijk ontzettend druk en er komen ook ambulances binnen, zij gaan voor namelijk.’

‘Maar mevrouw, ik ben hier al zo lang, en er gaan zoveel mensen voor mij.’

‘Die mensen zijn nog niet gezien door een verpleegkundige, jij al wel. Wanneer er een kamer vrijkomt, word jij opgeroepen.’

In beide ziekenhuizen namen verpleegkundigen niet altijd de tijd om de procedure goed toe te lichten, en konden ze gepikeerd reageren wanneer bezoekers in de wachtkamer informeerden hoe lang het nog duurde voordat ze zouden worden geholpen.

Een belangrijke voorwaarde van het triage-systeem is een continue communicatie tussen verpleegkundige en patiënt (Van Vught, 2003). De volgende interventie heeft zich tijdens het onderzoek één keer voorgedaan. Met andere woorden, het vormt *geen* onderdeel van de dagelijkse praktijk en routines op de SEH.

Het is heel druk op de SEH, dat merk je buiten al – de parkeerplaats staat helemaal vol. Ik meld mij bij de balie, en neem vervolgens plaats in de drukke wachtkamer met ongeveer twintig mensen. Op een gegeven moment komt een van de baliemedewerkers de wachtkamer binnenlopen:

’Goedenavond iedereen, ook al is het niet zo’n goedenavond voor sommigen van u. Zoals u heeft gemerkt is het erg druk. Ook de ambulances rijden af en aan, en de chirurg heeft het erg druk. Aangezien de meesten van u voor de chirurgie komen, kan het erg lang duren. Ik kan niet zeggen hoeveel langer het gaat duren, maar reken in ieder geval op een uur, maar langer kan ook. Als u zich echt niet goed begint te voelen, meld het dan wel, dan zullen we even kijken wat we kunnen regelen.’

Niemand in de wachtkamer reageert. De secretaresse loopt weer terug naar de balie.

We hebben geen sluitend bewijs voor de effectiviteit van deze interventie, maar de persoonlijke mededeling van de secretaresse leek positief uit te pakken – de wachtenden bleven na haar toespraakje rustig zitten en informeerden niet telkens aan de balie wanneer ze aan de beurt waren. Wel is het duidelijk dat bij een gebrekkige communicatie het triage-systeem agressie eerder aanmoedigt dan afremt. De moderne burger die vaak redeneert vanuit een klant-is-koning houding, laat zich daarbij sterk leiden door procedurele rechtvaardigheid. Met andere woorden, de leidende vraag is vooral: waarom hij wel en ik niet? Deze verwachtingen creëren dan ook een conflictpotentieel. Het MTS kan dus, wanneer de procedure niet goed wordt uitgelegd en bezoekers niet tijdig worden geïnformeerd over de verschuivende wachttijden, tot agressie leiden.

5. DE ECOLOGIE VAN AGRESSIE

But just as individuals can be recidivist, so too can certain places.

Neal Kumar Katyal (2002, p. 1047)

We give shape to our buildings and they, in turn, shape us.

Winston Churchill, 28 oktober 1944

Er bestaat een relatie tussen onze fysieke leefomgeving en sociaal gedrag. Wanneer in een verzorgingstehuis in de gezamenlijke ruimte comfortabele stoelen en tafels tegenover elkaar zijn geplaatst, ontstaat er meer interactie en gaan zorgvragers eerder gesprekken met elkaar aan (Gotestam en Melin 1987; Melin en Gotestam 1981). In *fastfood* restaurants zorgen harde stoelen er juist voor dat bezoekers niet lang blijven zitten, waardoor een hogere omzet gehaald kan worden (Katyal, 2002, p. 1043). Ruimtelijke arrangementen oefenen op subtiel wijze invloed uit op hoe we denken en doen. In een lift ontmoedigen lichten boven het hoofd van mensen oogcontact waardoor ongewenste intimiteit wordt voorkomen (McAndrew, 1993, p.109). Armleuningen aan weerszijden van zitbankjes moeten voorkomen dat mensen erop slapen, een design dat vooral dakloze mensen treft. De dingen zijn, met andere woorden, niet machtsneutraal. Ruimtelijke arrangementen in de publieke ruimte oefenen politieke macht, autoriteit en gezag uit. De dingen proberen mensen te pacificeren en gedragingen te reguleren.

In het veiligheidsveld is het idee dat de dingen sociaal gedrag kunnen reguleren, beïnvloeden en controleren, momenteel erg populair. Zo ontmoedigt het afsluiten van gemeenschappelijke binnentuinen zogenoemde gelegenhedsdieven. Ruimtelijke controle kan worden uitgeoefend door fysieke structuren en technologieën met elkaar te combineren. Architectonische designs worden steeds meer gebruikt om gedragingen van mensen te controleren.

In ziekenhuizen heeft de securitisering, dat wil zeggen, de toename en intensivering van veiligheidstechnieken, eraan bijgedragen dat op de spoedeisende hulp verschillende veiligheidsobjecten zijn geïntroduceerd. Met de installatie van deze objecten wil men een veilige omgeving creëren door risico's te voorkomen dan wel uit te sluiten. Deze veiligheids'dingen' helpen bij het beïnvloeden, ombuigen en veranderen van de gedragingen van mensen.

Antropologen hebben reeds lang geleden gewezen op de culturele be-

tekenis van ruimtelijke inrichting en materiële objecten. Toch wordt er nog steeds weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van de ruimte en objecten op menselijk gedrag. De rol van de dingen wordt ten onrechte veronachtzaamd en genegeerd. De dingen zijn vaak (conceptueel) afwezig in sociaalwetenschappelijke studies, bij hun betekenis voor de interactie tussen mensen wordt zelden stil gestaan. Toch sturen de dingen vaak onmerkbaar onze routinematige gedragingen door ons bepaalde normen op te leggen. Een voorbeeld is de verkeersdrempel, in Engeland en Frankrijk toepasselijk 'de slapende politieagent' genoemd (Latour, 2009). De verkeersdrempel bezit in zichzelf geen moraliteit, maar dwingt moreel gedrag af door individuen te hinderen en te belemmeren. De dingen hebben dus een normerend karakter. Een ander voorbeeld zijn de impliciete looplijnen in parken, die door een specifieke ordening van bosschages en struiken ervoor zorgen dat mensen hun weg vervolgen op de gewenste manier (Katyal, 2002). De dingen definiëren situaties reeds voor. In onderzoek naar sociale interacties verdienen ze daarom een prominente plaats.

In dit hoofdstuk wordt de rol van de fysieke omgeving op alledaagse ontmoetingen op de spoedeisende hulp besproken. De zogeheten ecologie van agressie (Goldstein, 1994), met omgevingsfactoren als verdringing (*crowding*), mensenmassa's, hoge temperaturen en geluid, heeft invloed op agressie-incidenten (Baker, 1984; Baum & Koman, 1976; Donnerstein & Wilson, 1976; Rule, Taylor, & Dobbs, 1987). Materiële antropologen proberen te begrijpen hoe objecten de opvattingen, ideeën en waarden van een samenleving in een bepaald tijdvak uitdrukken (Dittmar, 1992). Een belangrijk uitgangspunt is het geloof dat dingen betekenissen herbergen en symbolische waarde hebben die verder reiken dan enkel hun fysieke functie en vorm. In de woorden van Dant (1999) kunnen dingen sociale relaties binnen een cultuur representeren en bepaalde emoties, waarden en ideeën overbrengen. De vraag is daarom welke betekenissen de dingen in de context van een ziekenhuis representeren. Meer specifiek: welke ecologische factoren versterken of verzwakken gewenst gedrag? Hoe beïnvloedt de ordening van dingen op een SEH de waarnemingen, oordelen en gedragingen van baliemedewerkers, het verzorgend personeel, patiënten en bezoekers? Als een bepaalde ordening van de ruimte *ongewenst* gedrag in de hand werkt, dan is de vraag eveneens: welke ondersteunende, verzachtende en helende ecologie kan bijdragen aan *gewenste* omgangsvormen?

In dit hoofdstuk wordt eerst gekeken naar de mogelijke, zij het niet noodzakelijke invloed van de fysieke omgeving op ongewenste en gewenste gedragingen van bezoekers op de SEH. Vervolgens bespreken we welke objecten zoal onderdeel zijn van veiligheidspraktijken op de spoedeisende hulp, zoals bewakingscamera's, verhoogde ontvangstbalies en permanent veiligheidsglas.

5.1 Sociofugale en sociopetale ruimten

De begrippen *sociofugal* en *sociopetal* van Humphrey Osmond (1957) zijn nuttige conceptuele hulpmiddelen waarmee we kunnen laten zien hoe het fysieke en het sociale vaak met elkaar zijn verbonden. Sociofugale ruimten ontmoedigen interactie, terwijl sociopetale ruimten interactie juist aanmoedigen. Een vliegveld is bijvoorbeeld een sociofugale locatie, vanwege de steriele aanblik, de lange gangen met stoelen die één kant op staan en de koude wachtruimten. Sommer (1969, p. 121) stelt dat deze sociofugale inrichting overeenkomsten vertoont met andere commerciële locaties, en mensen stimuleert om de wachtruimten te verlaten en naar de comfortabelere cafés, bars en winkels te gaan om te consumeren. Van oudsher werden in psychiatrische instituties stoelen ook in een rechte lijn tegen een muur geplaatst (Sommer, 1969). Het verplegend personeel zou de voorkeur geven aan deze ordening, omdat ze de beveiliging van patiënten vergemakkelijkte. Voor het management symboliseerde deze opstelling dat er 'orde' heerste. Deze ruimtelijke inrichting ontmoedigde echter interacties tussen patiënten. Uit experimenten bleek dat sociopetale ruimten bijdragen aan meer gesprekken tussen patiënten, het revalidatieproces versnellen en agressief gedrag verminderen (Luchins, 1988). Turner (2002) stelt dat in ziekenhuizen te weinig rekening wordt gehouden met de ruimtelijke inrichting van kamers, gangen en tuinen, en dat er veel mogelijkheden zijn om betekenisvolle ruimten te creëren die het welzijn van bezoekers en patiënten bevorderen.

Volgens techniek-filosoof Bruno Latour (2005) hebben sociale wetenschappers ten onrechte 'het sociale' of 'het handelen' gereduceerd tot enkel de ontmoetingen tussen mensen van vlees en bloed. Zijn uitgangspunt is dat niet alleen mensen, maar ook 'dingen' handelen, beïnvloeden, toestaan, blokkeren, belemmeren, legitimeren, aanmoedigen en verbieden (Latour 2005, p. 72). Hiermee wil Latour duidelijk maken dat mensen en dingen in onze hoogtechnologische samenleving met elkaar zijn verbonden. Met zijn

zogenoemde Actor-Netwerk Theorie geeft hij de ‘niet-mensen’, dat wil zeggen, de dingen, een prominente plek in het sociaalwetenschappelijk onderzoek.

De ‘dingen’ zijn van belang voor het onderzoek, omdat ze menselijke gedragingen kunnen beïnvloeden. Een bekend voorbeeld is de hotelsleutel met een verzwaarde sleutelhanger (Latour) 1997). Om ervoor te zorgen dat hotelgasten hun kamersleutel afgeven bij de hotelreceptie, hebben hotel-eigenaren de sleutelhanger verzwaard. Voorheen verzocht de receptionist de gast om de sleutel af te geven, maar dit morele appel bleek vaak onvoldoende te werken. Wat al meer effect had was een bord bij de receptie met het verzoek om de sleutel achter te laten. Maar de beste oplossing bleek de zware sleutelhanger, vanwege zijn gewicht en grootte wilden gasten er bij het verlaten van het hotel graag van verlost zijn.

Latour (2005) stelt dat objecten een eigen actieprogramma hebben om menselijke gedragingen te sturen. Dorrestein (2012, p. 4) betoogt dat het niet zozeer gaat om een verbeterd plichtsbef van individuen, maar om de vraag hoe techniek het gedrag beïnvloedt. In meer of mindere mate wordt de moraal gedelegeerd naar de dingen, zoals ook het eerdere voorbeeld van een verkeersdrempel automobilisten eraan herinnert, sterker nog, hen dwingt, om snelheid te minderen. Voor personen die zich niet houden aan de maximum-snelheid is kennelijk de meest effectieve straf schade aan het eigen voertuig.

5.1.1 De ontvangstbalie

Voor de meeste bezoekers die de SEH betreden, vormt de balie het eerste contactmoment met het ziekenhuis. De baliemedewerker groet de bezoeker, verzorgt de registratie, legt de procedure kort uit, beantwoordt vragen en verzoekt de patiënt vervolgens om plaats te nemen in de wachtruimte. In het *Enkoimeterion* waren de twee vaste baliemedewerkers, die ook altijd aanwezig waren, bij binnenkomst direct zichtbaar. In het *Asklepios* daarentegen moest de bezoeker eerst door een ietwat donkere, korte gang lopen, om vervolgens aan de linkerkant de balie te vinden. Daar was meestal één baliemedewerker aanwezig, maar vanwege onderbezetting kon het ook voorkomen dat er niemand was, waardoor bezoekers soms verward om zich heen keken, en niet precies wisten waar ze zich moesten melden.

In beide ziekenhuizen was de ontvangstbalie verhoogd. Het gebruikerscomfort van zo’n verhoogde balie is bepaald niet optimaal. Deze ordening

belemmert kleinere mensen en kinderen, maar verstoort vooral de toegankelijkheid van minder mobiele mensen, zoals rolstoelgebruikers. Verschillende keren maakten we mee dat mensen uit hun rolstoel moesten worden geholpen om het gesprek met de baliemedewerker te kunnen voeren, om mee te kijken op het computerscherm of om documenten aan te reiken en te ondertekenen. Het veiligheidsontwerp van de hoge balie heeft als doel om agressieve bezoekers te ontmoedigen, bijvoorbeeld om over de balie te springen. In het object zit dit programma besloten.

De verhoogde balie drukt eveneens een ongelijke machtsrelatie uit. Dit gegeven is prachtig verbeeld in de film *Brazil* (1985) van Terry Gilliam, waarin de bureaucratie op de hak wordt genomen door een scène waarin ambtenaren zich hebben verschanst achter een overdreven hoge en massieve balie. De visuele boodschap is onmiskenbaar: er is sprake van afstand, kilte en macht. In het programma van elke (ook de niet verhoogde) balie zit nog een machtsverschil doordat de bezoeker staat, terwijl de baliemedewerker zit. Vanzelfsprekend kan de afstand die de dingen creëren worden overbrugd door de individuele communicatieve vaardigheden van het baliepersoneel. Het design van een ruimte determineert de dynamiek van sociale ontmoetingen niet, maar een verhoogde balie draagt wel bij aan de markering van een scheidslijn tussen baliemedewerker en bezoeker, ze creëert het beeld van de spoedeisende hulp als een moeilijk toegankelijk fort.

5.1.2 Het veiligheidsglas

Terwijl in het *Enkoimeterion* baliemedewerkers in noodsituaties via een verborgen alarmknop een veiligheidsglas omhoog konden laten schieten, was in het *Asklepios* de ontvangstbalie voorzien van een permanent veiligheidsglas. In combinatie met de verhoogde balie versterkte dit het fort-effect. Door deze ordening van de fysieke ruimte werden bezoekers van de SEH in het *Asklepios* opgenomen in een veiligheidsvertoog. In dit ziekenhuis werd door deze verstevigde relatie ook de betekenisruimte van individuen beperkt, dat wil zeggen: er was minder ruimte voor het toekennen van alternatieve betekenissen aan het permanente veiligheidsglas, omdat het robuuster was in zijn programma dan het verborgen veiligheidsglas in het *Enkoimeterion*. In het *Askleios* was het fort-effect dan ook duidelijk merkbaar in de alledaagse ontmoetingen.

Zo maakte de aanwezigheid van het permanente veiligheidsglas het voor medewerkers gemakkelijker om te roddelen over bezoekers en patiënten.

Ook de baliemedewerkers in het *Enkoimeterion* roddelden over bezoekers en patiënten, maar vanwege de open balie moesten ze dat doen op een fluiserende toon en lieten ze altijd op of er niet iemand aan het meeluisteren was. Deze ruimtelijke belemmering was in het *Asklepios* afwezig. Zo kon het voorkomen dat baliemedewerkers tegen mij roddelden over bezoekers, terwijl die zich in hun gezichtsveld bevonden. Door niet op de knop van de microfoon te drukken en uitdrukkelingsloos te spreken, lieten ze zich op een negatieve manier uit over de bezoeker die voor hen aan de balie stond. Dit betekent niet dat de baliemedewerkers in het *Enkoimeterion* inherent moreel of professioneler waren dan hun collega's in het *Asklepios*. De open balie disciplineerde hen simpelweg om mogelijk negatieve oordelen over bezoekers te onderdrukken, terwijl de vesting-achtige inrichting van de balie in het *Asklepios* het medewerkers gemakkelijker maakte om dat te doen.

De aanwezigheid van het permanente veiligheidsglas maakte bovendien lichamelijk contact tussen baliemedewerker en bezoeker onmogelijk. In het *Enkoimeterion* zagen we soms hoe baliemedewerkers bij patiënten, maar vooral bij familieleden van patiënten, troostend hun hand op die van de ander legden. Ook werden bezoekers omhoog geholpen uit hun rolstoel. De afwezigheid van het veiligheidsglas bood ruimte voor interacties die overeenstemmen met de belangrijke waarden van empathie en zorg in ziekenhuizen. Het permanente veiligheidsglas belemmerde dergelijke vormen van empathische interactie.

Tenslotte had het permanente veiligheidsglas in het *Asklepios* een belangrijke archieffunctie. Het glas was namelijk enkele jaren eerder geïnstalleerd als preventieve maatregel na een reeks ingrijpende gebeurtenissen. Het fungeerde daarmee voor het personeel als een constante herinnering aan deze gebeurtenissen, en daarmee aan de mogelijkheid van agressie door bezoekers. De dingen hebben dan ook een rol in het ondersteunen van bepaalde narratieven over onveiligheid. Het veiligheidsglas verbindt het heden met een verhaal over gevaarlijke situaties en herinnert eraan dat zoiets in de toekomst opnieuw kan gebeuren. Deze archieffunctie van een veiligheidsobject als het glas voor de balie beïnvloedt de wijze waarop baliemedewerkers zich opstellen ten aanzien van bezoekers.

5.1.3 De veiligheidscamera's

De inrichting van de SEH vormt een uitdrukking van het veiligheidsdenken in een ziekenhuis. Zo zijn de op diverse plaatsen geïnstalleerde camera's de extra ogen van de beveiligingsdienst. Wat deze extra ogen waarnemen, wordt in de beveiligingsloge weer bekeken en geïnterpreteerd door menselijke ogen. Een camerasysteem verbindt uiteenlopende locaties in het ziekenhuis met elkaar, en neemt deze ruimten op in een veiligheidslogica. Het bekijken van de monitors van veiligheidscamera's is immers geen neutrale activiteit. De mensen en de dingen worden 'verveiligd': een onbeheerde tas is geen 'gevonden voorwerp', maar een mogelijk explosief.

Er komt een man binnen en gaat gelijk in de wachtkamer zitten. Mohammed, de beveiligiger, staat op en loopt naar de welkomstbalie waar de monitors van de beveiligingscamera's hangen. Ik kijk met hem mee: 'Het is de man die op het voorste groene bankje zit, met de gele tas,' zeg ik. Mohammed loopt iets naar voren en kijkt vanuit de balie de wachtkamer in. 'Ik ga even kijken.' Hij loopt de wachtkamer in, maar op dat moment loopt de man richting de balie. Zijn zoon-tje is eerder opgenomen en daarom komt hij langs. De baliemedewerkster vertelt de man hoe hij de afdeling kan bereiken, en de man vertrekt. Mohammed staat nog steeds in de wachtkamer en haalt nu een drankje uit de automaat. Hij knikt naar mij. Ik knik terug.

De camera stuurt zo de mogelijke betekenissen die aan de werkelijkheid kunnen worden toegekend, omdat ze die werkelijkheid bekijken door de lens van 'veiligheid', 'risico' en 'gevaar'. De specifieke relatie tussen mensen en dingen, in dit geval tussen de beveiligiger en de camera, versterkt een bepaalde visie en stuurt daarmee het handelen van de beveiligers in het ziekenhuis.

5.2 Ruis in de triagekamers

In de triagekamers van het ziekenhuis worden de zorgvragers behandeld. De wijze waarop deze kamers zijn ingericht hangt samen met het soort interacties dat is geobserveerd. In het *Asklepios* is er praktisch een permanent beddentekort, op drukke dagen worden de consequenties hiervan direct zichtbaar en voelbaar. Tijdens piekmomenten is er veel lawaai, verpleegkundigen lopen continu over de gangen en praten luid met elkaar. Ambulancebroeders brengen nieuwe patiënten binnen, zijn op zoek naar een lege

kamer, en lopen druk overleggend over de gang. Bij drukte op de SEH is dit vrijwel direct merkbaar in de triagekamers.

‘Ik ga even wat bloed bij u afnemen,’ zegt Frank. Ondertussen komt er veel lawaai van de gang. Frank heeft het gordijn van de triagekamer naar de gang niet dicht gedaan. ‘Komt u maar met uw arm,’ zegt hij. Hij doet de stuwband om. Frank lijkt nu wat gehaast, hierdoor komt hij wat chaotisch over. Wellicht heeft al het lawaai van de gang hier ook mee te maken. De buisjes rollen van tafel en hij kan geen hulsje vinden. Deze gaat hij snel halen.

Door het lawaai van de gang moet de triageverpleegkundige soms zijn stem verheffen. Dit gebeurde bijvoorbeeld tijdens het opnemen van een pols.

Frank telt de pols van de vrouw. Van de gang komen harde geluiden. Frans reageert hierop door tijdens het tellen met zijn vinger naar de gang te wijzen en ook steeds luider te tellen.

Tijdens de triage komen er soms collega’s binnen. Zij doen dit ongevraagd en lopen naar binnen om iets te pakken. Patiënten zeggen meestal niets over deze verstoring.

Er komt een collega binnen die vraagt of ze de brancard mag lenen. ‘We hebben helemaal niets meer,’ zegt ze. De brancard wordt meegenomen de kamer uit. Terwijl Kim de gegevens van de volgende patiënt noteert, komt er een collega binnen die iets nodig heeft. Hij knikt naar me, pakt een bakje uit een kastje en loopt weer weg. Ondertussen komt er een andere verpleegkundige binnen. ‘Hallo, ik moet even wat pakken hoor’. Hij zet de kraan aan en pakt een bakje met natte washandjes en gaat weer weg.

Bij drukte worden in het *Asklepios* alle middelen ingezet om patiënten van een bed te kunnen voorzien. Deze drukte is voelbaar op de SEH. Er lopen veel verpleegkundigen en artsen rond, er wordt veel gepraat en naar elkaar geroepen. Ook patiënten lopen verdwaald over de gang op zoek naar personeel of naar familieleden. Terwijl dit alles plaatsvindt, worden er vanuit de ambulance nieuwe patiënten op de afdeling gebracht.

Ik zit alleen in de triagekamer te wachten als ambulancebroeders met een brandcard komen binnen rijden. Er ligt een oudere vrouw op en ik zie dat ze pijn heeft. 'Hallo, we komen even deze kamer overnemen hoor, alles is vol,' zegt de ambulanceverpleegkundige.

In het *Asklepios* is de triagekamer afgesloten met een gordijn, hierdoor krijg je in de triagekamer veel mee van deze drukte. Zo wordt op een dag, wanneer alle kamers vol zitten, een man op de gang naast de triagekamer door een arts gezien. De arts vertelt hem de lab-uitslagen en het verdere behandelplan. Geluiden en gesprekken op de gang zijn in de triagekamer goed hoorbaar en storend tijdens het triageproces. Dit valt ook te herleiden uit reacties van patiënten. De volgende reactie van een patiënt is hiervan een goed voorbeeld.

'Als je in dat hokkie komt met 15 man krijg je gelijk al moeite met ademen,' zegt de man. 'Ja vreselijk hè. Er zitten mensen die al vanaf 10:30 uur aan het wachten zijn in de wachtkamer,' zegt hij. Richard gaat bloedprikken bij de man. Van de gang komt veel lawaai. 'Wat is het druk hier hè?' Gotverdorrie!' zegt hij lachend. Richard lacht terug.

De ruis vormde in dit ziekenhuis een serieuze belemmering voor effectieve communicatie. Wanneer patiënten tijdens hun verhaal telkens worden onderbroken, kunnen verpleegkundigen essentiële informatie missen. Een valkuil die zich hierbij voordoet is dat de verpleegkundige de onvolledige informatie vanuit eigen vooroordelen zelf verder invult. De vooronderstellingen en gevolgtrekkingen van de verpleegkundige kunnen juist zijn, toch is het risico op missers en fouten aanwezig. Daarbij kan deze werkwijze patiënten het gevoel geven dat ze niet worden gehoord en dat hun verhaal niet serieus wordt genomen. Deze interactiepatronen staan in een direct verband met de fysieke omgeving van de SEH in het *Asklepios*.

In het *Enkoimeterion*, een modern ziekenhuis waar de triagekamer is afgezonderd van andere ruimten, hebben we dergelijke interacties niet geobserveerd. Ook in dit ziekenhuis vindt er miscommunicatie plaats, maar het is zeer onwaarschijnlijk dat de inrichting van de SEH van dit ziekenhuis daar een rol in speelt. In het *Asklepios* zagen we regelmatig verpleegkundigen die, door een structurele onderbezetting en een tekort aan bedden, een opgejaagde indruk maakten. Dit kan ook verklaren waarom in dit zieken-

huis de verpleegkundigen de patiënt niet informeerden over de wachttijden of over de urgentiecategorie waarin de patiënt was ingedeeld. Door dit samenspel van factoren, in combinatie met de gebrekkige communicatieve vaardigheden van de verpleegkundigen, kunnen irritatie, frustratie, ergernis, en agressie bij patiënten en hun begeleiders worden aangewakkerd.

5.3 Het hellevuur van de wachtkamer

De wachtkamer van de SEH is een bijzondere ruimte waar bezoekers terechtkomen in een zogeheten liminale fase (Van Gennep, 1960). Het is een locatie waar de tijd stil lijkt te staan (Droit-Volet & Meck, 2007). Vanuit het perspectief van kosten-en-baten (tijd is geld) reageren mensen verontwaardigd en soms boos wanneer ze een prijs moeten betalen voor een dienst. Lang moeten wachten is zo'n prijs. Het lange wachten activeert gevoelens van ongeduld, frustratie en irritatie bij bezoekers (Mobach, 2007). Zelfs de onderzoekers, zelf niet geplaagd door pijn of ongerustheid, hadden wanneer ze in de wachtkamer zaten er flink last van. Een greep uit enkele veldwerknootities:

Ik verveel me lichtelijk.

Ik verveel mij stierlijk. Ik loop om de twee uur een rondje over het terrein.

Het is een ontzettend saaie vrijdag avond geweest, iets wat nauwelijks voorkomt volgens de secretaresses en verpleegkundigen. Ik ga naar huis.

Ik zit hier nu 1,5 uur. Er is nog niks gebeurd, er zijn maar twee patiënten binnen gekomen en deze zijn binnen vijf minuten geholpen.

Ik weet niet hoe doodgaan voelt, maar het moet voelen als eindeloos wachten in een wachtkamer van een ziekenhuis.

Voor de patiënt vormt de wachtkamer bovendien een limbo, een tussenruimte waar zijn medische status nog niet is gedefinieerd – de patiënt weet nog niet wat hem of haar mankeert - en waar zijn emotionele onzekerheid wordt verlengd. De bezoeker is nog niet opgenomen in een medisch discours van mensen (zoals verpleegkundigen en artsen), en dingen (stethoscopen, hartslagmeters, injectienaalden, bedden). De wachttijden, die soms

twee tot vier uur duren, vormen volgens het verzorgend personeel en de patiënten een belangrijke verklaring voor ongewenste gedragingen.

Ik zit in de wachtkamer van het *Enkoimeterion*. Een vrouw zit iets verderop. Ze staat op en begint te ijsberen door de wachtkamer. Van de houten leestafel naar de drankautomaat, en terug. De vrouw begint hardop te mopperen en maakt oogcontact met mij:

‘Dit duurt lang zeg.’

Na een paar minuten: ‘Is toch om gek van te worden.’

Na een kwartier loopt de vrouw richting de balie. De secretaresses zijn even weg. De vrouw kijkt naar de binnen-balie, daar waar de verpleegkundigen en artsen werken, en blijft staan. Niemand maakt contact met haar. Dan komt Wendy, de secretaresse, er eindelijk aan.

‘Mag ik nu naar de kamer?’ vraagt de vrouw.

Wendy drukt op de knop, om de deuren voor haar open te maken. Ik sta op, en loop naar de balie. ‘Was ze hier voor zichzelf of voor iemand anders?’

‘Haar vader ligt op kamer vier.’

Tegelijkertijd vormt de wachtkamer een ruimte van lotgenoten. Mensen delen de ervaring dat ze patiënt zijn, of familie, kennissen en vrienden van de patiënt, en zich in het voorportaal van het ziekenhuis bevinden. Ze ondergaan gezamenlijk de spanning van het wachten en de onduidelijkheid van hun conditie. Sommige bezoekers delen urenlang dezelfde wachtruimte met elkaar. Het wachten vormt een gezamenlijke frustratie, en creëert soms een band:

Ik sta weer in de wachtkamer, het is 15.20 uur. Personen die alleen zijn staren voor zich uit, zitten roerloos. Sommigen spelen met hun telefoon. Ik sta, omdat alle stoelen nog steeds bezet zijn. Het is druk. ‘Mag ik u iets vragen,’ zegt een vrouw plots tegen meneer Pietersen, die op de uitslag van een bloedonderzoek wacht. Hij zit hier al uren.

‘Ja hoor,’ zegt meneer Pietersen, nog redelijk opgewekt.

‘Wacht u ook al zolang?’

‘Ik ben er sinds half een.’

‘Zo, nou dan gaan wij ook lang moeten wachten zeg,’ verzucht de vrouw.

‘Ik ben al gezien, maar wacht nu op uitslag van het bloedprikken.’

‘Oh, dan valt het misschien nog mee.’

‘Nou, ik wacht nu al twee uur.’

Ik zie Miranda in de wachtkamer zitten. Om haar heen zitten drie andere vrouwen, van een van de vrouwen is de teen dubbelgeslagen en helemaal blauw. 'Jij bent hier ook al even hè?' vraagt een van de vrouwen aan Miranda. 'Ja, ook al een paar uur.' 'Een paar uur, ben je al gezien?' 'Ze hebben al bloed geprikt, maar dat kan toch nooit zo lang duren?' 'Nou, hebben wij het geluk dat zij een foto moet laten maken,' grapt de vrouw. Miranda lacht met moeite.

De ruimtelijke inrichting van de wachtkamer heeft ook invloed op de waarneming van het wachten, en kan daarmee frustraties, irritaties en ergernissen versterken. Een voorbeeld hiervan in het *Enkoimeterion* is de zogeheten 'middenbalie' of 'binnenbalie', die direct zichtbaar is vanuit de wachtkamer. In het midden van dit vertrek staat een grote rechthoekige tafel. Rondom de tafel, in een vierhoek, staan allerlei computers waar artsen en arts-assistenten veelal bezig zijn met onderzoeken. Ook hangen hier de monitors die toezicht houden op de vitale functies van de patiënten op de behandelkamers. Regelmatig vindt hier overleg plaats tussen verpleegkundigen en artsen. Maar het komt ook voor dat het personeel koffie drinkt of gebak eet aan de middenbalie.

Het is niet erg druk in de wachtruimte van de SEH. Ik zit achter in de wachtruimte en heb toch direct zicht op de middenbalie, omdat de deur ernaar toe open staat. De middenbalie bevindt zich achter de welkomstbalie waar, in een grote vierkante ruimte, de artsen en verpleegkundigen overleggen. Ik zie één van de artsen een broodje eten en een groepje verpleegkundigen koffie drinken en lachen. De wachtende bezoekers kunnen dit allemaal gadeslaan.

Vanuit de wachtkamer ziet de binnenbalie er in eerste instantie druk uit, veel werknemers lijken hard aan het werk te zijn, maar ze praten en grappen ook over persoonlijke zaken. Het veelvuldige praten en lachen kan een verkeerd signaal afgeven aan de bezoekers in de wachtkamer die vanwege de openstaande deur getuige zijn van deze collegiale gezelligheid. Indien een lang wachtende bezoeker ziet dat artsen en verpleegkundigen intussen met elkaar lachen en koffiedrinken, kan dit frustraties vergroten en agressie opwekken.

Een koppel een man en een vrouw, die eerder vrolijk met anderen in de wachtkamer zaten te grappen, raakt lichtelijk geïrriteerd. De man, we noemen hem John, loopt te ijsberen in de wachtkamer. De vrouw zucht geregeld.

‘Zij werden snel geholpen,’ zegt John tegen een andere wachtende patiënt met een bloedende vinger. De man met de gewonde vinger en zijn vriend reageren niet. John loopt naar de balie, loopt weer terug, kijkt naar de middenbalie, en verheft dan zijn stem: ‘Daar betaal ik zoveel voor, zij zitten met zijn negenen achter een scherm, gaat toch nergens over!’

‘Wij zitten er al sinds kwart voor negen, en het is onderhand kwart over tien!’ zegt zijn vrouw.

Het personeel in het *Enkoimeterion* is zich er doorgaans wel van bewust dat de middenbalie kan worden waargenomen door patiënten en bezoekers. Zo staat een verpleegkundige een keer aan de middenbalie met een kop koffie in de handen. Ze luistert naar een persoonlijk verhaal van een collega, en moet erom lachen. Dan kijkt ze in een rechte lijn naar de wachtkamer, en zegt: ‘Ik ga toch maar even doorwerken, die mensen kunnen me zien.’ Maar het eenvoudige voorstel om de deur te sluiten stuit op weerstand omdat, zo is het argument, er veel doorloop is vanuit de welkomstbalie van de SEH richting de middenbalie. Toch merkten we meermaals dat bezoekers naar de middenbalie wezen en zich ergerden aan koffiedrinkende verplegers. Deze ruimtelijke ordening is in het *Enkoimeterion* zonder meer een versterkende factor die ergernis in de hand werkt bij patiënten die reeds lang wachten, niet tot nauwelijks over hun situatie worden geïnformeerd, de procedures rondom de urgentiecategorieën niet begrijpen, en een consumentistische houding aannemen, zoals in bovenstaand voorbeeld, ten opzichte van het ziekenhuispersoneel.

Een andere kwestie die met de inrichting van de wachtkamer samenhangt, is de wijze waarop spoedgevallen bij het ziekenhuis arriveren. In het redelijk moderne *Enkoimeterion* komt de ambulance binnen aan de achterkant van het ziekenhuis, buiten het beeld van de wachtenden in de SEH. In het *Asklepios* daarentegen grenst de deur waar de ambulance-medewerkers het ziekenhuis binnenkomen direct aan de deur van de wachtkamer. De bezoekers van de SEH kunnen door het raam zien hoe spoedgevallen worden binnengereiden.

Deze verschillen in ruimtelijke ordening hebben verschillende effecten. Enerzijds hebben wachtenden in het *Enkoimeterion* geen zicht op binnenkomende patiënten die met een ambulance aankomen en een hogere urgentie hebben. Als er in korte tijd meerdere ambulances aankomen, zullen dus de wachttijden voor bezoekers in de wachtkamer oplopen. Als het personeel de wachtenden hiervan niet op de hoogte stelt, begrijpen zorgvragers in dit ziekenhuis niet waarom ze zo lang moeten wachten. Zij worden immers niet geconfronteerd met spoedgevallen die met de ambulance binnenkomen, en weten daardoor niet dat hun verlengde wachttijd een legitieme reden heeft. In het *Asklepios* zien wachtenden de spoedgevallen wel binnenkomen. Bezoekers kijken vaak op, en reageren soms empathisch op de toestand van de persoon op de brancard. Het is aannemelijk dat bezoekers met een lagere urgentie hierdoor meer begrip opbrengen voor de verlengde wachttijden. Tegelijkertijd creëerde het binnenrijden van een patiënt op een brancard ook onrust in de wachtkamer. Dit kan onwenselijke gevolgen hebben:

Vrijwel naast de wachtkamer is er een brede deur van zo'n twee meter. In de ruimte daarachter komen de ambulances aan en worden patiënten via de ontvangsthal en langs de wachtkamer vervoerd naar de SEH. Zo rijden met een flinke vaart twee ambulancebroeders een brancard binnen waar iemand op ligt. Daan en Fleur, die in de wachtkamer zitten, horen het geluid ook, draaien zich om en zien dat het hun familielid is. Fleur staat gelijk op en loopt naar de ambulancebroeders. Gedurende de middag kijkt het merendeel van de wachtenden op als er weer een ambulance binnenkomt. Dit zorgt er elke keer toch voor dat de relatief rustige wachtkamer wordt opgeschud door het lawaai van de brancard.

Larson (1987) stelt in zijn algemeenheid dat wachten zich kenmerkt door een sociaal systeem waarin sociale rechtvaardigheid van groot belang is. De belangrijkste regel hierbij is: wie het eerst komt, die het eerst maalt. Deze regel komt overeen met een basale sociale conventie waar mensen vanuit gaan wanneer ze in een rij staan te wachten: als persoon X 'voorkruipt', dan wordt deze persoon vaak tot de orde geroepen door persoon Y die achter hem staat. Deze vrij dominante sociale regel, en de daaraan gekoppelde verwachtingen, wordt op de spoedeisende hulp doorbroken door het werken met urgentiecategorieën. Wachtenden worden geordend op grond van de urgentie van hun zorgvraag, niet op grond van het moment waarop ze de SEH betreden. De consequentie hiervan is evident: keer op keer moet aan

wachtenden worden uitgelegd waarom de SEH zo werkt, en welke gevolgen dat voor hen heeft.

5.4 De beveiliging

Zowel het *Enkoimeterion* als het *Asklepios* hebben eigen beveiligingspersoneel in dienst, de zogenoemde bedrijfsbeveiligingsdiensten (Van Steden, 2007). Deze organisaties voeren taken uit met als doel het beschermen van mensen, gebouwen en bezittingen tegen risico, gevaar en schade. Meestal gaat het om het tegengaan van criminaliteit, overlast en ander ongewenst gedrag, maar beveiligers kunnen ook een taak hebben in brandbewaking, bedrijfshulpverlening of serviceverlening. Soms wordt de beveiliging samengevoegd met de receptie, maar meestal vormt ze een aparte dienst die onderdeel uitmaakt van de facilitaire organisatie (Ligthart, 2014).

In een ziekenhuis is het noodzakelijk dat beveiligers de zorgpraktijk door en door kennen, en dat ze weten hoe ze moeten handelen in noodsituaties. De beveiligers is meestal preventief aanwezig in het ziekenhuis, maar hij of zij is tevens een hulpverlener met een publieke taak. Mocht er agressie plaatsvinden op de SEH dan zijn beveiligers bevoegd om in te grijpen en de situatie te de-escaleren. Tijdens de opleiding wordt de beveiligers vooral getraind in preventie van ongewenste gedragingen door de-escalerend optreden.

Wat hierin buiten beeld blijft zijn de omgevingsfactoren en de dingen die de veiligheid in het ziekenhuis beïnvloeden. Tijdens het veldonderzoek kwamen we een veelheid aan veiligheidsmiddelen tegen:

- Camera's in het ziekenhuis waarvan de beelden zichtbaar zijn in de beveiligingsloge
- Intercoms, die met meerdere plekken in het ziekenhuis zijn verbonden
- Een knop waarmee deuren worden geopend en gesloten
- Meerdere vaste telefoons
- 'One way glass' vanuit de meldkamer naar de welkomsthal van het ziekenhuis
- Meerdere 'maglite' zaklampen aan de muur
- Kogel- en steekwerende beschermingsvesten
- Veiligheidshesjes

- Een alarm dat afgaat wanneer een medewerker op de SEH op een alarmknop drukt
- Schietluik

Alle beveiligers droegen een uniform met daarop een beveiligingslogo. Het bleek dat het uniform zowel een positief als een negatief effect kon hebben op het gedrag van bezoekers. Het kon een afschrikkend effect hebben op een bezoeker die agressief was, maar het kon ook een aanleiding zijn voor bezoekers om zich juist te misdragen (zie Ligthart, 2014).

Bezien vanuit de Actor Network-theorie vormen de vele veiligheidsmiddelen die op een SEH aanwezig zijn gezamenlijk een netwerk. Een interessant praktijkvoorbeeld hiervan is de wijze waarop medewerkers vanuit de SEH de beveiligingsdienst kunnen oproepen. Het volgende citaat komt uit een informeel gesprek met een baliemedewerkster op de SEH in het *Enkoimeterion*.

‘Ja, er zit hier in de avond altijd al een beveiliger. Toen meneer uit zijn slof schoot heb ik ook de telefoon naast de hoorn gelegd zodat de beveiligers in de meldkamer mee konden luisteren. Binnen een mum van tijd waren er vier beveiligers in de wachtruimte van de SEH. Toen kalmeerde meneer wel, maar in de behandelkamer schoot hij weer uit zijn slof. Op dat moment is de politie ingeschakeld.’

In het *Enkoimeterion* kan een baliemedewerkster zonder dat de bezoeker het doorheeft de beveiligers in de meldkamer mee laten luisteren naar het gesprek. Op deze wijze ontstaat er een netwerk dat het handelingsrepertoire van de beveiliger beïnvloedt. De technologische mogelijkheid om via dit systeem de beveiligers in de meldkamer mee te laten luisteren heeft direct invloed op het handelen van de beveiliger, en vervolgens op de situatie in de wachtruimte van de SEH.

Het registratiesysteem van de beveiligingsdienst is eveneens een ‘ding’ dat een belangrijke rol speelt in het handelingsrepertoire van de beveiliger. Hoewel het geen direct veiligheidsmiddel is, worden de werkzaamheden wel aangepast op dit registratiesysteem en kan er terug worden gekeken op incidenten uit het verleden. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan of er extra capaciteit moet worden ingezet. Het systeem heeft enerzijds een archief-functie, maar kan anderzijds het handelen van de beveiliger beïnvloeden.

In hoofdstuk vier is de onderrapportage van agressie-incidenten besproken. Om het ontstaan van deze *dark numbers* te ondervangen, is de beveiliging in het *Enkoimeterion* zelf begonnen met het bijhouden van een dagrapportage. Een beveiligingsdienst ontleent haar bestaansrecht aan het (regelmatig) voorkomen van agressie. Dit is geen cynische interpretatie. Zo stelde de manager van de beveiligingsdienst van het *Enkoimeterion* dat de zorgvuldige monitoring en productie van cijfers ook was bedoeld om zichtbaar te maken wat de beveiligingsdienst doet. Het ging hier niet alleen om een verantwoording van het procedurele, dagelijkse werk van individuele beveiligers en met de dienst in het algemeen. De veiligheidsdienst maakt, samen camera's, pasjes en springende ramen, deel uit van een systeem van securitisering van het ziekenhuis in het algemeen, en de SEH in het bijzonder. Het nadrukkelijke doel van de dagrapportages was dan ook om de legitimiteit van dit veiligheidsregime te onderbouwen. Ze moesten duidelijk maken dat er een probleem was dat aanhoudende aandacht behoeft. De vraag is echter in hoeverre de zaken die in deze rapportages worden opgenomen werkelijk verband houden met de kwestie van agressie. Er is een risico dat ook over gebeurtenissen wordt gerapporteerd die bijvoorbeeld door het verzorgend personeel helemaal niet als problematisch worden ervaren, maar die worden geregistreerd om te bevestigen dat het ziekenhuis een probleem heeft met agressieve bezoekers.

Hiermee stuiten we wederom op het probleem dat de sociale werkelijkheid nauwelijks te vatten is in cijfers en statistieken. Er zitten allerlei haken en ogen aan de productie van dit soort statistieken, mede door de sterk verschillende definities van agressie die betrokkenen hanteren, en de hieruit volgende mogelijke overregistratie van de zijde van de beveiligingsambtenaren en de geconstateerde onderrapportage door het verzorgend personeel. Er kan dan ook moeilijk worden vastgesteld of er een duidelijke stijging of daling is te constateren in het aantal agressie-incidenten in een ziekenhuis.

Die ene keer met een emmer kots

Wanneer ik op de SEH verschijn, krijg ik gelijk te horen dat ik wat heb gemist. Een patiënt raakte overstuur en wilde kennelijk een emmer vol braaksel over de balie en de secretaresse gooien. De politie is er zelfs aan te pas gekomen. Ik vraag de secretaresse, Mieke, wat er gebeurde. Het blijkt dat er een man werd binnengebracht door zijn broer. Die liep naar de balie en wilde er zeker van zijn dat Mieke de ernst van de situatie inzag. De patiënt kwam op handen en voeten binnen gekropen. Hij bleek een worstje te hebben gegeten dat verkeerd is gevallen. De broer wilde gelijk geholpen worden, maar dat kon niet. De wachtkamer zat vol en ze werden ingedeeld in categorie vier (1 is zeer acuut, 5 is niet acuut).

Mieke vertelt dat de broer continu aan de balie stond om voor zijn zaak te pleiten. Ze zegt dat zij door hem gekleineerd werd. Op een gegeven moment klom de patiënt overeind en ging zich er ook mee bemoeien. De broer belde vervolgens de politie en gaf de telefoon aan de secretaresse. Mieke wilde die niet aannemen. Hierop heeft de patiënt gezegd, terwijl hij de emmer vol braaksel optilde: 'Wil je de emmer over je heen hebben?'

'De broer belde de politie en gaf de telefoon aan mij, waarop ik de telefoon aan de coördinator gaf,' vertelt Mieke. De coördinator neemt de telefoon aan en informeert de politie over de situatie. Intussen had een beveiliger de politie gebeld. Toen de politie eraan kwam, zijn de jongens apart genomen. De situatie de-escaleerde, de jongens werden uiteindelijk geholpen. De secretaresse vertelt dat de gebeurtenis veel indruk op haar heeft gemaakt. Het bleek dat voordat de politie aanwezig was, de coördinator de broer nog toesprak: 'Je stopt nu of je gaat maar naar buiten toe.' De man bleef ondertussen, tot de politie kwam, de secretaresse kleineren, en zij kreeg de indruk dat de man hen iets wilde aan doen. Het valt me op dat wanneer Mieke haar verhaal vertelt, ik enorm met haar meeleef.

Later blijkt dit verhaal toch iets ingewikkelder in elkaar te steken dan de onderzoeker had begrepen. Uit de rapportages van de beveiligers en dienstdoende verpleegkundigen in het *Enkoimeterion* hebben we een meer omvattend beeld van het incident kunnen construeren. Uit onderstaande reconstructie blijkt dat het personeel invloed heeft op agressie-incidenten. Het bijzondere aan deze dataverzameling is dat er ook toegang is verkregen tot de *backstage*-verhalen van medewerkers, zowel van de beveiligers als van het verzorgend personeel.

Rapportage beveiliging 1

Er heeft zich op de SEH een incident voorgedaan dat makkelijk voorkomen had kunnen worden. Door slechte bejegening, communicatie, vooringenomenheid en handelswijze van personeel van de SEH is het volgens ons zover gekomen dat men een zieke patiënt twee uur heeft laten kronkelen in de sluis van de SEH, dat zijn broer zich slecht behandeld voelt, en dat de politie voor niets ingeroepen werd.

Omstreeks 19.30 uur meldt zich een man aan de balie SEH. Hij zegt dat zijn broer de hele dag door heeft overgegeven, dat hij inmiddels hevige pijn heeft, hij nog steeds blijft overgeven en niet kan zitten of staan. Hij eindigt zijn relaas met: 'Ik wil hiermee de prioriteit aangeven.' Waarmee hij volgens Carla bedoelde te zeggen dat hij hiermee de ernst van de zaak wilde weergeven, maar bij de secretaresses merkte ze dat het woord "prioriteit" niet in goede aarde viel. Zij hadden volgens haar het idee dat de man voorrang probeerde af te dwingen voor zijn broer. Deze broer, de patiënt, was inmiddels, kromlopend en kreunend, binnen komen strompelen. Hij is even tijdens het inschrijven voor de balie geweest en trok zich vervolgens met een emmer terug in de sluis van de ingang van de SEH. Hier lag hij beurtelings met zijn hoofd in een emmer over te geven, te kronkelen op de vloer of kreunend in foetushouding naast de emmer. De secretaresse gaf de man duidelijk te kennen dat het druk was en zijn broer geen voorrang zou krijgen. Op de opmerking van Carla dat de jongen er toch wel erg ziek uit zag, merkte de tweede secretaresse op dat er wel een portie 'mediterrane show' bij zou zitten (de heren hadden een lichtgetinte huidskleur). Er werd lacherig over gedaan.

Toen de man na een minuut of tien kwam informeren of het nog lang zou duren en of ze niet iets konden doen voor zijn broer of hem al wat medicijnen geven, werd hem opnieuw te kennen gegeven dat hij gewoon op zijn beurt moest wachten, want 'zo werkt het hier' en dat dit vast niet lang meer zou duren.

De man ging, duidelijk teleurgesteld met dit antwoord, terug naar zijn plekje tegen de muur staan, vanwaar hij zijn broer in de gaten kon houden. Carla ging naar hem toe om een praatje te maken, hem meer uitleg te geven en tegelijk om te zien in welke staat hij was. Er volgde een vriendelijk gesprek, maar de man gaf wel te kennen dat die dames (de secretaresses) volgens hem een cursus communicatie nodig hadden.

Na ongeveer 30 minuten kwam de triageverpleegkundige het mapje ophalen en zei hierbij dat ze die lastposten ging binnenhalen. Toen Carla hierop zei dat ze dacht dat dat wel mee zou vallen, gaf ze te kennen dat zij wat anders gehoord had. Even later lag de patiënt weer terug in de sluis. Hij was getrieerd in schaal 4 en zou dus nog een hele poos moeten wachten. Na een tijdje heeft Carla opnieuw met de broer van de patiënt gepraat, en hem de situatie uitgelegd. Hij bedankte voor de uitleg, maar maakte zich duidelijk zorgen hoeveel langer zijn broer dit nog vol kan houden. Bij hun vertrek heeft Carla nog een kort gesprek met de broer van de patiënt en wenst hen sterkte en beterschap.

Rapportage beveiliging 2

Omstreeks 22.30u komt de uitbehandelde patiënt naar buiten gelopen, gebukt met handen op zijn rug vanwege de pijn, hij komt voorbij de balie gestrompeld waar vervolgens achter zijn rug om, een in mijn ogen misselijke grap wordt gemaakt.

De houding en bejegening van de medewerkers van de SEH, hebben ervoor gezorgd dat deze situatie (bijna) uit de hand liep, dit terwijl er totaal geen reden toe was. Om serieus genomen te worden als beveiliging van dit ziekenhuis, verwacht ik ook van andere disciplines in het ziekenhuis dat zij ons het werk laten doen waarvoor wij zijn geschoold. Tevens vind ik het hele voorval uiterst onprofessioneel overkomen naar de politie toe.

Omdat ik op de camera's gezien had dat het druk was op de SEH, ben ik daarnaartoe gelopen. Daar aangekomen zag ik mijn collega voor de balie van de SEH staan, hij was in gesprek met de broer van een patiënt. De patiënt lag voor de balie van de SEH, kronkelend van de pijn en met een emmer voor zijn gezicht omdat hij al meerdere keren had overgegeven. Omstreeks 21.15u verscheen van uit het niets ineens de coördinator spoedeisende hulp en zij vertelde dat als de patiënt niet kon wachten in de wachtkamer of in de sluis, dat hij moest vertrekken. Meteen daarop zei zij: 'De patiënt is uitbehandeld, bel de politie maar'. Hier heeft mijn collega gehoor aan gegeven en heeft de politie gebeld. De broer van de patiënt is ondertussen ook naar buiten gelopen en heeft ook de politie gebeld, waarschijnlijk om ook hun kant van het verhaal te vertellen.

De patiënt had ondertussen weer plaats genomen in de sluis van de SEH. Toen de politie arriveerde, hebben we de agent bijgepraat over de situatie, hierop werd gevraagd door de agent of hij de verpleegkundige kon spreken die hem uitbehandeld heeft verklaard. We liepen naar de coördinator. Zij hoefde enkel te bevestigen dat hij uitbehandeld was, dan zou de politie stappen kunnen ondernemen. Terwijl wij dit vertelden, werd ons verhaal meteen ontkracht door de coördinator SEH, want volgens haar was de patiënt niet uitbehandeld, terwijl om 21.15u de coördinator duidelijk heeft gezegd dat de patiënt uitbehandeld was en dat we de politie moesten bellen. Jack en ik hebben haar dit luid en duidelijk horen zeggen. Omstreeks 21.40u werd de patiënt alsnog binnen geroepen door een arts, de politie is mee gelopen naar de behandelkamer. Politie is nog in gesprek gegaan met de broer van de patiënt. De politie heeft omstreeks 21.45u het pand verlaten.

Uit de rapportages van de beveiligers blijkt ook de verantwoordelijkheid van de dienstdoende baliemedewerkers, verpleegkundigen en artsen in de escalatie van een ogenschijnlijk alledaagse situatie rond een patiënt. De beveiligers stellen dat hun bijdrage niet serieus is genomen en dat de bejegening vanuit de medewerkers onprofessioneel was. Er wordt gewezen op bevooroordeeld handelen ('mediterrane show', 'lastposten') en het negeren en bagatelliseren van het lijden van de patiënt ('lacherig over gedaan', 'miselijke grap'). Ook het stugge optreden, de gebrekkige inschikkelijkheid en het weinig empathisch optreden van de baliemedewerkers wordt gehemeld ('zo werkt het hier'). Vooral het handelen van de coördinator wordt ter discussie gesteld, omdat zij de opdracht gaf om de politie te bellen – hoewel zij zelf later ontkent dat te hebben gedaan. Ook om deze reden betitelen de beveiligers het optreden van het verzorgend personeel als weinig professioneel: jegens henzelf en de bezoekers, maar ook zeker jegens de politie.

Hieruit blijkt dat een eendimensionale kijk op het ontstaan van agressie-incidenten, waarbij de focus vaak bij de dader van het geweld ligt, te eenvoudig is. Het ongewenste gedrag van een bezoeker is vaak het resultaat van een keten van micro-gebeurtenissen, waarin ook het ziekenhuispersoneel een aandeel heeft. Opnieuw wordt duidelijk dat agressief gedrag altijd ontstaat in de interactie met (andere) mensen en dingen. Het is daardoor niet altijd zo eenvoudig om 'daders' en 'slachtoffers' van agressie van elkaar te onderscheiden. Volgens allerlei (overheids)definities zou het gedrag van de bezoeker in bovenstaande

casus kunnen worden opgevoerd als het toonbeeld van agressie tegen publieke gezagsdragers. Maar het perspectief kan ook worden omgekeerd. Hoe moet het onheuse, bevooroordeelde, willekeurige en weinig empathische optreden van het personeel jegens een bezoeker die overduidelijk pijn lijdt, worden getypeerd? Wie is hier eigenlijk dader, en wie is slachtoffer?

5.5 Het ziekenhuis: een gewelddadig instituut

In deze paragraaf wordt vanuit een cultureel perspectief besproken waarom agressie frequent voorkomt in het ziekenhuis. De provocerende stelling is, in lijn met het werk van Rolies (2005), dat het ziekenhuis een locatie is waar bezoekers geweld wordt aangedaan. Bijgevolg kan het niet verbazen dat agressie-incidenten voorkomen in het ziekenhuis. Volgens deze redenering is het geweld *van* het ziekenhuis een katalysator voor ongewenst gedrag van bezoekers van het ziekenhuis. Kortom, bezoekers verwerpen zich tegen het geweld dat hen wordt aangedaan.

Tijdens de triage neemt de verpleegkundige de bezoeker op in een medisch vertoog door zijn klachten en pijnen te interpreteren, reduceren en te classificeren (Rolies, 2005, p. 14). Het invoegen van lijdende mensen in een medisch vertoog is op zichzelf een gewelddadige handeling waarmee mensen tot patiënt worden gemaakt. Deze patiënt wordt beschouwd als een reeks klachten, zijn lichaam wordt onderzocht, geordend en geanalyseerd, waarna een diagnose wordt gesteld en een behandeling volgt. Wanneer delen van het verhaal van de patiënt niet passen bij een ziekte, diagnose of model, kunnen ze verdwijnen als residu-informatie. Zo ervaren patiënten vaak dat er niet voldoende naar ze wordt geluisterd. Het medisch discours (de manieren van spreken en handelen) in een ziekenhuis dwingt de patiënt om een onderdanige en passieve houding aan te nemen, en kan daarmee zelf 'agressief' worden genoemd (Rolies, 2005).

De medische praktijk die met dit discours samenhangt is vanzelfsprekend ook gericht op verzachting van pijn en heling van wonden. De 'macht' van de gezondheidszorg en haar instituties is in eerste instantie productief en positief. Mensen melden zich niet voor niets bij de spoedeisende hulp, ze hebben hulp nodig en weten (of hopen althans) dat ze daar het beste geholpen kunnen worden. Om die reden ondergaan ze de procedures en (be)handelingen in het ziekenhuis doorgaans.

Maar deze positieve macht van de gezondheidszorg heeft ook een onderdrukkende en negatieve kant. Wie het ziekenhuis betreedt met een klacht, wordt patiënt en onderwerpt zich daarmee aan een medisch regime, en aan de regels van het medisch instituut. Maar mensen laten zich niet zomaar kneden als klei, er vindt ook verzet plaats. Individuen verzetten zich tegen institutionele vormen van inschikkelijkheid en onderwerping.

Maaïke krijgt een patiënt toegewezen door de coördinator. We lezen even het dossier op de computer. Mevrouw blijkt een beenbreuk te hebben. Maaïke scant snel een aantal documenten, maar wordt er niet veel wijzer van: 'Huh, is ze vandaag nou op de gips-poli geweest?' Wanneer we naar de wachtkamer lopen om mevrouw op te halen zegt ze: 'We gaan er vanzelf wel achter komen.'

Maaïke roept de naam van mevrouw. Dan zie ik een dame langzaam en moeizaam uit een stoel omhoogkomen, haar been zit in het gips. Wanneer ze recht op staat, zie ik dat ze een lang en fors postuur heeft, en van afro-Nederlandse afkomst is. 'Komt u maar mee,' zegt Maaïke.

Wanneer we in de triage-kamer zitten, zegt de vrouw vrijwel onmiddellijk: 'Ik wil het eraf!'

'Oké, oké,' zegt Maaïke, en voordat ze verder kan spreken, herhaalt de vrouw: 'Het is *mijn* lichaam. Ik. Wil. Het. Eraf!'

De vrouw vertelt over de klachten van het gips, dat het pijn doet, dat ze reuma heeft, dat ze nachten wakker ligt, en daardoor ook haar familie gek van haar wordt. We gaan naar de gipskamer. Daar aangekomen vraagt Maaïke of mevrouw op de brancard wil liggen.

'Daar ga ik niet op liggen!'

Maaïke kijkt haar vragend aan.

'Dat is van andere mensen, daar ga ik niet op!'

'Nee, hoor mevrouw, dat is een schoon laken, dat doen wij altijd.'

'Oh ja, waarom is het dan zo?' Ze wijst naar de kreukels in het laken.

Maaïke herhaalt rustig dat het een schoon laken is, en dat mevrouw zich geen zorgen hoeft te maken.

Maaïke legt uit dat zij niet de beslissing kan nemen over het gips, en dat de arts er eerst naar moet kijken. Mevrouw blijft herhalen, minstens vijf keer, dat het gips eraf moet. Maaïke blijft uitleggen dat de arts er eerst naar moet kijken. Wanneer we de kamer uitlopen kijkt Maaïke me aan, en zucht dan hard, terwijl

ze haar schouders ophaalt. Hoewel het haar frustreert, gaat ze tegelijkertijd vrij laconiek met de situatie om.

Tien minuten later vindt Maaike eindelijk de arts en spreekt hem aan. Ze overleggen kort de casus. 'Mevrouw heeft gips, waarvoor eigenlijk een brace hoort. Maar de brace paste niet, dat zie je wel vaker bij forse dijbenen. Daarom hebben we alsnog voor gips gekozen. Er moet wel iets om een gebroken been,' zegt de arts. We bespreken dit, terwijl we richting de kamer van de patiënt lopen.

Zodra de arts, en wij in zijn kielzog de kamer binnenlopen, roept mevrouw heel hard: 'Ik wil het eraf!' De arts probeert te antwoorden, maar mevrouw schreeuwt: 'Het gaat eraf, het is mijn lichaam en het doet pijn!' De arts besluit dat het gips eraf gaat. Mevrouw lijkt het niet helemaal door te hebben, want ze blijft het herhalen. Inmiddels spreekt ze met minder luide stem, en zie ik tranen in haar ogen. Ze zegt dat het gips haar erg dwars zit. De arts besluit een drukverband aan te leggen. Mevrouw reageert verheugd.

Van oudsher was de verhouding tussen patiënt en arts sterk asymmetrisch. De arts bepaalde op grond van zijn expert-kennis en uitgebreide ervaring wat het beste was voor de patiënt (Rolies, 2005). Deze verhouding is gaandeweg veranderd, met name als gevolg van het internet. De patiënt leest zich steeds meer in over ziekten, kwalen en bijbehorende symptomen, en wil inspraak hebben in zijn behandeling. De brede maatschappelijke ontwikkeling van een 'tanend gezag' wordt door artsen herkend: de mondige burger laat ook in het ziekenhuis van zich horen. Dat is in mindere mate ook het geval voor verpleegkundigen, omdat bezoekers hen vaak minder status toekennen dan aan artsen. Volgens artsen vereist de relatie met de patiënt van hun zijde tegenwoordig meer inspanning, meer uitleg en duidelijke communicatie. Er wordt meer onderhandeld dan voorheen.

De keuzes van het management zijn indirect debet aan de mondige en assertieve burger die in alledaagse ontmoetingen verzet toont en zich onbeleefd, asociaal, eisend of dwingend opstelt. De commercialisering in de zorg, en de neoliberale tendens waarbij ziekenhuizen steeds meer als bedrijven functioneren en patiënten als klanten, hebben het gezag van de arts en de verpleegkundige ondermijnd. Een patiënt die zich als klant opstelt, beschouwt lange wachttijden als slechte dienstverlening.

Ik loop achter de coördinator aan. Ik word aan een verpleegkundige gekoppeld. 'Hoi Petra, ik heb iemand van de afdeling die onderzoek doet naar agressie en die wil even met jou meelopen vandaag,' zegt de coördinator. 'Oh joh, dan er is helemaal niks te doen,' zegt Petra. Ik leg uit waarom ik er ben en wat ik kom doen. 'Ja, het is echt heel erg rustig nu,' zegt Petra. Ze wijst naar het patiënten-overzicht op het scherm dat op haar bureau staat. 'Ja, eh, het is al de hele dag rustig, dus dat wordt niet echt interessant voor je denk ik. Ja, je mag best blijven van mij hoor. En ja, je weet het natuurlijk nooit, maar kijk iedereen heeft al een bedje.' Ze wijst weer naar het scherm. 'En niemand wacht en het is zo rustig. Als je iets van agressie wilt zien, moet het toch een beetje druk zijn hè. Als de mensen heel lang in de wachtkamer moeten zitten, dan ontstaan er irritaties en agressie.' 'Oh ja? Als het druk is, zie je meer irritatie?' 'Ja, in de weekenden en de nacht van zondag op maandag. Dan moet je komen, dan zie je ten minste wat. Maar in het weekend hebben mensen meestal wat op, en dan zie je meer agressie. Het kan ook druk zijn als er ambu's komen.' Ik besluit op aanraden van Petra naar huis te gaan, om morgen wat eerder te komen dan gepland.

De 'klant' stelt zich eisend en dwingend op ten opzichte van de 'dienstverlener', de artsen en verpleegkundigen. Patiënten zijn de wachttijden in een ziekenhuis nauwelijks meer gewend, ze eisen dan ook snel geholpen te worden. Deze trends verklaren mede de mondigheid van bezoekers en patiënten. Maar ook het ziekenhuis is allesbehalve feilloos. Er is ook sprake van fouten, missers, blunders, en onprofessionele gedragingen door personeel.

Het is 23.36 uur. De secretaresse loopt rond, en zoekt een arts of arts-assistent. Ik loop achter haar aan, en vang op dat er een man heel boos is. Zijn zoon heeft mogelijk zijn voet gebroken.

'Hij zit hier al sinds 20.41 uur en de anderen die later binnenkwamen hebben al te horen gekregen of zij een fractuur hadden of niet,' zegt Marja, de secretaresse. Hij zei: "Wat is dit nou voor onzin, ik zit hier al drie uur en allemaal anderen hebben al resultaat gekregen en ik niets."

'Ik heb toen gezegd dat ik gelijk zou kijken wat er aan de hand was waarop de man aan de balie bleef wachten. En het bleek dus dat ze hem waren vergeten.' Als ik om 1.30 uur buiten sta om naar huis te gaan, zie ik de man en zijn zoon

naar de auto lopen en weggrijden. Na een paar minuten komt een verpleegkundige naar buiten lopen.
'Shit,' zegt ze, 'zijn ontslagpapieren.'

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit onderzoek is getracht om naar agressie-incidenten op de SEH te kijken vanuit een ecologisch perspectief. Een dergelijk perspectief geeft zich rekenschap van de multicausaliteit van alledaagse ontmoetingen, die vaak een routineus karakter hebben, maar ook altijd gelokaliseerd moeten worden in bredere maatschappelijke, organisatorische en structurele contexten. Baliemedewerkers, verpleegkundigen en beveiligers stellen dat lange wachttijden, onduidelijkheid over de urgentiecategorieën, een gebrekkige informatievoorziening, drugs en alcohol, escalerende communicatievaardigheden, onrust, en ruis op de triagekamers een bijdrage hebben in het ontstaan van agressie of ongewenst gedrag op de SEH. Ook speelt hierbij de ruimtelijke inrichting van het ziekenhuis een rol. Zo versterkte de middenbalie in het *Enkoimeterion* ergernissen over het wachten omdat bezoekers konden zien hoe het personeel koffie zat te drinken, terwijl de kleine wachtkamer en de indeling van de triagekamer in het *Asklepios* het voor medewerkers uiterst moeilijk maakten om op kalme en rustige wijze te voldoen aan de professionele normen van zorg en empathie. Daarnaast zijn er natuurlijk structurele factoren die agressie bij bezoekers kunnen oproepen, zoals de piekmomenten van druk waardoor elke SEH zich kenmerkt, maar ook de structurele onderbezetting qua personeel en het tekort aan kamers.

Verpleegkundigen en baliemedewerkers beschouwen agressie door bezoekers als een inherent onderdeel van hun werk. Dit is een van de redenen van een systematische onderrapportage van agressiemeldingen. De managementopvattingen over agressie komen niet overeen met de betekenis die het verzorgend personeel geeft aan voor hen alledaags irritant of vervelend gedrag van bezoekers. Andere redenen voor het niet melden van incidenten zijn tijdgebrek, onduidelijkheid over de meldingsprocedure, weifelend optreden van het management, en de onmogelijkheid om anoniem aangifte te doen. De Actor-Netwerk Theorie biedt een mogelijke verklaring voor het waarom van de lage bereidheid onder personeel om incidenten te melden. Latour (1988) spreekt over zwakke en sterke netwerken: hoe meer mensen en 'dingen' met elkaar zijn verbonden in een netwerk, hoe geloofwaardiger de claim op waarheid van een theorie, beschrijving of zienswijze zal zijn die rekening houdt met al deze knopen in dat netwerk. Een interpretatie van *ongewenste omgangsvormen* die wordt gestut door een zwakke theorie, dat wil zeggen, een theorie die diverse elementen in dat

netwerk veronachtzaamt, maakt haar aanspraak op waarheid onvoldoende waar, en overtuigt het personeel er niet van dat het noodzakelijk is om een melding te doen.

Goede zorg veronderstelt geduld en empathie naar patiënten en hun begeleiders. Wanneer verpleegkundigen worden overvraagd, wanneer ze diverse taken tegelijk moeten uitvoeren, wanneer de wachttijden uitlopen, en de SEH chaotisch is georganiseerd, wordt hun geduld ernstig op de proef gesteld. Dit is begrijpelijk. Toch valt en staat het Manchester Triage Systeem (MTS) met een heldere communicatie, waaronder soms een tussentijdse toelichting aan bezoekers op de stand van zaken. Bezoekers stellen deze proactieve communicatie ook op prijs, zo hebben we in de wachtkamers kunnen zien. Wanneer bezoekers niet weten waar ze aan toe zijn, niet op de hoogte worden gehouden en te lang moeten wachten zonder te weten waarom, wekt dit bij hen veel ergernis.

Dit bleek bijvoorbeeld in het *Enkoimeterion*. Door de specifieke architectonische inrichting van deze SEH worden levensbedreigende gevallen via de ambulance aan de achterkant van het ziekenhuis binnengebracht. Dit vindt buiten het gezichtsveld van de bezoeker plaats. Wanneer hier niet tijdig over wordt gecommuniceerd, kan dit frustraties in de hand werken. Bezoekers weten immers niet waarom de wachttijden toenemen. Juist op dergelijke momenten zijn een goede communicatie en informatieverstopping van groot belang. Dit vereist aandacht, persoonlijk contact met de patiënt, en een rustige uitleg van procedures. Dat gebeurt in beide ziekenhuizen in beperkte mate, maar vooral in het *Asklepios* is er sprake van een structureel communicatieprobleem. Dat heeft mede te maken dat veel bezoeker van dit ziekenhuis de Nederlandse taal niet (goed) beheersen, maar ook is de SEH op deze afdeling permanent onderbezet, en de werkdruk erg hoog, waardoor verpleegkundigen wel prioriteit moesten geven aan hun primaire zorgtaken. Hierdoor kwam de communicatie met de bezoekers op de tweede plaats.

Er kleven diverse bezwaren aan het triage-systeem. Zo wordt de maximale wachttijd voor personen met een lagere urgentie regelmatig overschreden wanneer nieuwe patiënten met een hogere prioriteit binnenkomen. De flexibele werking van het systeem werkt dus nadelig uit voor patiënten met een lage urgentie. Het MTS is gebaseerd op de redelijkheid van bezoekers. Zij worden geacht in te stemmen met het ethische principe dat niet degene die het eerst binnen kwam, maar de patiënt met de grootste behoefte aan zorg als

eerste wordt geholpen – ook als die *na* hen arriveert. We constateren echter dat na drie tot vier uur wachten deze redelijke inschikkelijkheid afneemt, en frustraties en ergernissen oplopen. Bezoekers met een lagere urgentie worden prikkelbaar en hebben steeds meer moeite om te aanvaarden dat mensen die na hen in de wachtkamer verschijnen toch eerder worden geholpen. Het systeem waarbij met urgentiecategorieën wordt gewerkt, wordt daarbij niet altijd adequaat toegelicht. Daarnaast kunnen patiënten overweldigd worden en verward zijn door de omgeving op de spoedeisende hulp. Zorgprocessen zijn in eerste instantie niet duidelijk voor de patiënt. Door hier adequaat over te communiceren worden onrealistische verwachtingen verminderd. Deze kunnen namelijk omslaan in stress en ongewenst gedrag.

Het verminderen van de daadwerkelijke wachttijd blijkt niet direct invloed te hebben op de ervaring van het wachten. Daarom zou er veel meer geïnvesteerd moeten worden in het beheersen en beïnvloeden van waarnemingen van en verwachtingen over het wachten. De bereidheid van het medisch personeel om bezoekers te informeren, hangt samen met de tevredenheid van de patiënt. Een gebrek aan informatie vergroot de onzekerheid en gevoelens van ambivalentie, en daarmee de psychologische stress die de omgeving van een SEH sowieso met zich meebrengt. Patiënten die veel informatie over de procedures en testen krijgen, zijn meer tevreden over hun bezoek aan de SEH. Hetzelfde geldt voor bezoekers die na enig onderzoek moeten wachten op uitslagen. Een andere factor die uitvoerig is onderzocht, is het contact met de baliemedewerkers en het verzorgend personeel. Wanneer patiënten ervaren dat ze serieus genomen worden, en er professioneel, competent en empathisch op ze wordt gereageerd, hebben ze een positiever beeld van hun bezoek. Rosenzweig, Hravnak, Magdic, Beach, Clifton en Arnold (2008) stellen dat het onderlinge vertrouwen van belang is om succesvol te communiceren, maar ook om medewerking van bezoekers te krijgen. Patiënten gebruiken zelf woorden als ‘begripvol’, ‘betrokken’, ‘aardig’, ‘consciëntieus’, en ‘zelfverzekerd’ om aan te geven wat zij waarderen aan de bejegening van het verzorgend personeel.

De recente securitisering van de gezondheidszorg heeft eraan bijgedragen dat er in veel ziekenhuizen een scala aan veiligheidsobjecten is geïntroduceerd. De mensen die deze ‘dingen’ hanteren, pogen van ziekenhuizen een veilige omgeving te maken waarin medewerkers zo weinig mogelijk risico’s lopen. Veiligheidsdingen kunnen ook gedragingen van mensen beïnvloeden, ombuigen en veranderen. Veel sociaalwetenschappelijk onderzoek geeft zich te weinig rekenschap van de belangrijke rol die de ‘dingen’ spelen in uitkomsten

van sociale processen. Het is moeilijk vast te stellen wat de bijdrage van dingen is aan sociale interacties. Er zijn immers veel factoren die een rol spelen in de dynamiek van alledaagse ontmoetingen. Desondanks zijn er bijzondere verschillen geobserveerd tussen de twee ziekenhuizen die verbonden lijken met de uiteenlopende ordening van de dingen.

Zo fungeren camera's in beide ziekenhuizen als de extra ogen van de beveiligingsdienst. Een camerasysteem verbindt allerlei locaties in het ziekenhuis met elkaar, waardoor ze deze ruimtes als het ware opneemt in een veiligheidslogica. Ruimten, personen en objecten worden 'verveiligd'. Dit is geen neutraal proces. Door de locaties in een ziekenhuis op deze manier met elkaar te verbinden, wordt er een extra betekenislaag toegevoegd aan de sociale werkelijkheid. De mensen en de dingen beïnvloeden elkaar wederzijds door de verbinding die er op deze wijze ontstaat, en de betekenis die er aan die verbinding wordt gegeven. De betekenis is die van veiligheid, risico en gevaar. Deze ontwikkeling van securitisering is zichtbaar in beide ziekenhuizen.

De verhoogde balie in beide ziekenhuizen is een specifiek architectonisch ontwerp dat als doel heeft om te voorkomen dat bezoekers over de balie springen. Dit zit in het ontwerp, het programma, van dit object besloten. De 'nieuwe' relatie tussen medewerkers met de objecten versterkt dit 'fort effect'. Dit effect was duidelijker zichtbaar in *Asklepios*, waar de hoge balie werd ondersteund met een permanent veiligheidsglas. In dit ziekenhuis werd door het veiligheidsglas de betekenisruimte aan actoren ook beperkt, dat wil zeggen, het creëren van alternatieve betekenissen aan het permanent veiligheidsglas was moeilijker, omdat die minder betekenisgeving toelaat en robuuster is in zijn programma. Het fort-effect was in dit ziekenhuis groter, en duidelijker merkbaar, omdat interacties zichtbaar werden beperkt. De ordening van dingen kan bepaalde type interacties aanmoedigen en versterken en anderen juist belemmeren en voorkomen. Het is dan ook cruciaal om na te blijven denken over dit soort ordeningen.

6.1 Mogelijke beleidsrichtingen

In het bijzonder willen we stilstaan bij de implicatie van het lange wachten, de grootste bron van ergernissen op de SEH. Afgezien van de geestelijke of lichamelijke conditie van bezoekers, is wachten voor veel mensen een negatieve ervaring die gevoelens van ongeduld en frustratie oproept (Mobach, 2007). Het strekt dan ook zonder meer tot aanbeveling dat bezoekers worden afgeleid in hun wachtervaring, bijvoorbeeld door ruimtelijke disciplineringsstechnieken.

Welke ordening in een wachtkamer kan gewenst gedrag stimuleren? Vanwege de lange wachttijden is vooral de waarde van comfort van belang. In een studie van Maister (1985) naar wachtrijen worden enkele suggesties gedaan om de ervaring van het wachten te vergemakkelijken. In wezen is de wachtkamer de eerste ruimte in een ziekenhuis waar het ziekenhuis voor haar patiënten kan zorgen. Dit hoeft dus niet per se door menselijke interactie, maar kan ook aangemoedigd worden door een ordening van 'zorg' en 'heling'. Normaliter versnelt de tijd wanneer we ons vermaken en is de tijd stroperig wanneer we ons vervelen (Droit-Volet & Meck, 2007). Een gebrek aan comfort in combinatie met drukte, zoals we zeer regelmatig hebben geobserveerd in het *Asklepios*, is dan ook een risicofactor.

Vihma (2003) benadrukt dat de ruimtelijke inrichting van een wachtkamer ook reflectie en interactie kan aanmoedigen. De overbekende associaties met wachtruimtes zijn dat ze saai, lawaaierig, overvol, warm en vermoeiend zijn, en dat zijn overduidelijk geen positieve associaties. De indeling van een ruimte speelt hierin vanzelfsprekend een rol. Toch kan worden nagedacht over een ordening die positieve interacties tussen mede-wachtenden faciliteert. Een suggestie is om in een wachtruimte losse stoelen in plaats van de vaak voorkomende verankerde stoelen of bankjes te plaatsen. Dit biedt bezoekers de mogelijkheid om zelf een opstelling te kiezen waar ze zich prettig bij voelen. Zo kunnen ze door de opstelling van het meubilair zelf een meer sociofugale of een meer sociopetale ruimte creëren, al naar gelang hun wens op dat moment. Familieleden kunnen de stoelen bijvoorbeeld meer naar elkaar toe draaien. Het ziekenhuis wordt uitgenodigd om na te denken over wat Sommer (1969) *ecological support systems* noemt. De ruimte ondersteunt hier de service die het ziekenhuis wil leveren. Op deze manier kunnen ontevredenheid, frustraties en geweld in de kiem worden gesmoord. Oncomfortabele stoelen kunnen er ook aan bijdragen dat mensen gaan opstaan en rondlopen (Ibrahim et. al. 2010).

Andere elementen die voor prettige afleiding kunnen zorgen zijn bijvoorbeeld een aquarium, kranten, koffiemachines of een speelruimte voor kinderen. Met behulp van dergelijke objecten kan een 'ludieke ruimte', zoals Mobach (2007) het noemt, worden gecreëerd: een ruimte die bezoekers stimuleert tot spel, waardoor ze hun pijn of zorgen even kunnen vergeten.

In de literatuur over wachten en de kosten van het wachten komen enkele interessante casussen naar voren. De gesuggereerde interventies richten zich vooral op de percepties en verwachtingen omtrent het wachten. Zo bespreken Sasser, Olsen en Wyckoff (1998) een geval van een hotel waar er veel werd geklaagd over lange wachttijden bij de liften. Het management besloot om bij de ingang van de liften voortaan grote spiegels te plaatsen. Bezoekers spendeerden tijdens het wachten enige tijd om naar zichzelf te kijken in de spiegels. Hoewel de wachttijden effectief hetzelfde bleven, was de waarneming van het wachten veranderd. Hun tweede voorbeeld gaat over de strategie die veel restaurants hanteren. Medewerkers voorspellen aan binnenkomende klanten een langere wachttijd dan deze in werkelijkheid is. Wanneer klanten vervolgens eerder geholpen worden dan ze verwachtten, verhoogt dat hun waardering voor de klantvriendelijkheid van het restaurant.

Een derde voorbeeld is de wijze waarop *Disneyland* het probleem aanpakt. Hier wachten bezoekers gemiddeld 90 minuten voor een attractie die slechts drie minuten duurt. Tijdens het wachten krijgen ze een plattegrond van dezelfde attractie aangereikt door het personeel, die er bij hen op aandringt om deze kaart goed te bestuderen. Zo worden de bezoekers op een plezierige manier afgeleid. En hoewel de daadwerkelijke wachttijden niet zijn geslonken, wordt de waargenomen wachttijd anders beoordeeld. Het adagium *time flies when you are having fun* blijkt te kloppen.

Ziekenhuizen kunnen zich dus laten inspireren door de technieken die in de horeca en dienstverlening worden gebruikt, en nadenken over manieren om de wachttijd te 'vullen' met service- en zorg gerelateerde diensten. De vraag is hoe vergelijkbare interventies kunnen worden geïmplementeerd in de context van een SEH. Hoewel bezoekers daar niet direct zitten te wachten op plezier en amusement, kan het toch ook voor hen prettig zijn om tijdens het wachten een beetje afleiding te krijgen.

We willen graag een aantal suggesties doen, die niet per se zijn gebaseerd op empirisch onderzoek, maar wel uit het onderzoek naar voren komen als relevante factoren in de verwachtingen rondom het wachten. Er zou bijvoorbeeld een scherm kunnen worden aangebracht met daarop namen van alle gemelde bezoekers, met hun urgentiecategorie en een (ruime) inschatting van haar of zijn wachttijd. Daarbij kan ook gedacht worden aan eenvoudige, doch flitsende animaties die kraakhelder het triagesysteem uitleggen. Enerzijds worden hierdoor baliemedewerkers en verpleegkundigen ontlast omdat ze niet meer keer op keer hetzelfde hoeven uit te leggen.

Anderzijds zouden deze proactieve vormen van communicatie ook de emotionele onzekerheid van bezoekers, volgens onze bevindingen een van de meest belangrijke oorzaken van agressie op de SEH, kunnen verminderen.

In principe zijn dergelijke filmpjes ook hulpmiddelen voor impressie-management. In het *Enkoimeterion* kregen bezoekers door de geblindeerde deuren nauwelijks mee wat er zich achter deze deuren afspeelde. Videofilmpjes die hierover wat meer informatie geven kunnen helpen om bezoekers wat meer begrip te geven voor de complexe organisatie die een SEH nu eenmaal is, en de moeite die het personeel doet om iedereen zo eerlijk mogelijk te behandelen. Er zouden filmpjes gemaakt kunnen worden die uitleggen dat het personeel op een SEH verschillende taken heeft, en soms even pauze nodig heeft. In het kader van afleiding en amusement kunnen sommige filmpjes ook een wat meer speels karakter krijgen, bijvoorbeeld door op humoristische wijze het verwijt te pareren dat het personeel het vooral druk heeft met koffiedrinken en roddelen.

6.2 Discussie

Op de SEH komen mensen binnen die zich kwetsbaar voelen. Soms staat zelfs hun leven op het spel. Ook worden bezoekers onderworpen aan allerlei ongemakken, zoals het lange wachten in kleine kamers met veel andere, eveneens kwetsbare mensen. Ziekenhuizen zijn plaatsen waar lijden, hoop en verwachtingen bijeenkomen. Ze creëren een cocktail van ingrijpende emoties. Angst, onrust en woede wisselen elkaar snel af. Daarbij is het ziekenhuis een plek waar aan mensen worden herinnerd aan de beperkingen van het menselijk lichaam: ziekte, verval, dood.

De (levensbedreigende) aandoening of het lijden van de patiënt staat tegenover een ander kenmerk van een ziekenhuis: het wachten. Terwijl de bezoeker aanneemt dat het verzorgend personeel snel en daadkrachtig zal optreden, moet hij vaak juist lang wachten voor hij wordt geholpen: er moet worden gewacht na de eerste aanmelding bij de balie, daarna gewacht op de resultaten van onderzoek of op het bezoek van een arts. Dit conflict tussen het verlangen dat het verzorgend personeel adequaat en kordaat reageert en het stroperig verloop van de tijd, draagt een conflictpotentieel in zich. Het wachten creëert ongemak, vooral tegen de achtergrond van de behoefte van de patiënt aan duidelijkheid, doelmatigheid en snelheid.

Andere belangrijke trends in het ziekenhuis zijn processen van securitisering en de trend van het bedrijfsmatig denken. Rolies (2005, p. 24) zegt hierover dat het ziekenhuis zich heeft ontwikkeld van een caritatief gasthuis naar een medisch instituut, en meer recent naar een zeer goed beveiligd medisch bedrijf. Hoe valt het beveiligen van een ziekenhuis te rijmen met de historische opvattingen over gastvrijheid?

Het dilemma voor medewerkers in het ziekenhuis is dat ze mensen willen helpen en verzorgen, maar dat het opkomende veiligheidsdiscours hen in een defensieve positie dringt. Enerzijds wordt dit als prettig ervaren, omdat het personeel, aangemoedigd door het management, grenzen stellend te werk kan gaan en handelingsverlegenheid wordt voorkomen. Anderzijds botsen sommige preventieve interventies en denkbeelden met het medisch discours van zorg en empathie. Deze ontwikkeling kan negatieve effecten hebben op de werkbeleving van medewerkers. De fundamentele vraag is dan ook: hoe gaat het ziekenhuis om met zijn historische wortels van openheid en gastvrijheid voor zieken en stervenden, terwijl het tegelijkertijd zijn medewerkers wil beschermen tegen ongewenst of agressief gedrag van bezoekers? (zie Rolies, 2005)

Sinds de invoering van het bedrijfsmatige denken in ziekenhuizen wordt de zieke steeds meer gezien als een consument, en de verzorgende als een dienstverlener. Over de gezondheidszorg in het algemeen wordt steeds vaker gesproken in economische termen van effectiviteit en efficiëntie. Deze tendens heeft reële effecten op denkbeelden over goede zorg en praktijken van zorg, maar, in de context van een SEH, ook op de relatie tussen de hulpvragende bezoekers en verzorgend personeel, en op de relatie tussen management en medewerkers. Zo positioneren zorgvragers zich steeds explicieter als consument: ze betalen voor de diensten, dus waarom duurt het dan zo lang? De vraag is welke ruimte er binnen deze oprukkende taal van enerzijds risico's, gevaar en veiligheid, en anderzijds effectiviteit en efficiëntie, nog is voor de klassieke verzorgingswaarden van het ziekenhuis, zoals geduld, empathie, rust, en weldoen.

LITERATUURLIJST

- Abraham, M., Flight, S. & Roorda, W. (2011). *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak: Onderzoek voor Veilige Publieke Taak 2007-2009-2011*. Rapport DSP-Groep
- Alameddine, M., Kazzi, A., El-Jardali, F., Dimassi, H., & Maalouf, S. (2011). Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *Journal of occupational health*, 53(6), 455-464
- Algemeen Dagblad* (2013, 18 mei) Personeel ziekenhuizen geplaagd door geweld.
- Baker, C. F. (1984). Sensory overload and noise in the ICU: Sources of environmental stress. *Critical Care Quarterly*, 6(4), 66-80
- Baum, A. & Koman, S. (1976). Differential response to anticipated crowding: Psychological effects of social and spatial density. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 526-536
- Bee Chuo Lau, J., Magarey, J., & Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), 126-132
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom
- Brouwer, E. & Peerdeman, P. (2007). *Handboek Veilige Zorg*. Baarn: HB uitgevers
- Cork, A., & Ferns, T. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part 2). *International Emergency Nursing*, 16(2), 88-93
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), 67-73
- Dant, T. (1999). *Material culture in the social world*. McGraw-Hill Education
- De Voeght, F., Linden, C. van der & Ven, P. van der (2004). Triage als preventie. Het Manchester Triage Systeem. In: *Agressie in het ziekenhuis*, Pijnenburg, M. & Leget, C., Nijmegen: Uitgeverij Damon, pp. 48-54
- Dittmar, H. (1992). *The social psychology of material possessions: To have is to be*. Harvester Wheatsheaf and St. Martin's Press

- Donnerstein, E. & Wilson, D. W. (1976). Effects of noise and perceived control on ongoing and subsequent aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 774-781
- Dorrestijn, S. (2012). Latours keuringsdienst van waren en van waarden: Techniek en moraal. *Wijsgerig Perspectief*, 52(4), 16-22
- Douwes, M., Heuvel, van den, S. & H. Sonneveld (2008) *Het grote gevaar van de zorg: overzicht van arbeidsrisico's en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden*. Rapport TNO
- Droit-Volet, S. & Meck, W.H. (2007). How emotions color our perception of time. *Trends in cognitive sciences*, 11(12), 504-513
- Drummond, D. J., Sparr, L. F., & Gordon, G. H. (1989). Hospital violence reduction among high-risk patients. *Jama*, 261(17), 2531-2534
- Ferwerda, H., van Hasselt, N., van Ham, T., & Voorham, L. (2012). *De Juiste Snaar*. Den Haag: WODC Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Ferns, T., & Cork, A. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part I). *International emergency nursing*, 16(1), 43-47
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(1), 51
- Geest, S. van der & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001
- Geest, S. van der (2006). Participeren in ziekte en zorg: meer over kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 49(4), 197-201
- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 177-184
- Goldstein, A. P. (1994). *The ecology of aggression*. New York: Plenum Press
- Götestam, K. G., & Melin, L. (1987). Improving well-being for patients with senile dementia by minor changes in the ward environment. *Society, stress, and disease*, 295-297
- Hammersley, M. & P. Atkinson (2007). *Ethnography: Principles in Practice*. London: Routledge
- Hart, 't H. (red.) (1998). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom

- Jagt, E. J., van der (2003). *Eisend gedrag en agressie van zorgvragers*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, redactie. Rapport signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Jeninga, M. (2014) *Een onderzoek naar kwetsbaarheid onder verpleegkundigen*. Scriptie De Haagse Hogeschool
- Katyal, N. K. (2002) Architecture as crime control. *The Yale Law Journal*, 111(5), 1039-1139
- Kington, M., & Short, A. (2010). What do consumers want to know in the emergency department? *International Journal of Nursing Practice*, 16, 406-411
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501
- Larson, R. C. (1987). Perspectives on queues: Social justice and the psychology of queueing. *Operations research*, 35(6), 895-905
- Latour, B. (1988). *Wetenschap in Actie*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker
- Latour, B. (1997). *De Berlijnse sleutel*. Amsterdam: Van Gennep
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. New York: Oxford University Press
- Latour, B. (2009). A collective of humans and nonhumans: Following Daedalus's labyrinth. *Readings in the Philosophy of Technology*, 11
- Lau, J. B. C. & Margarey, J. (2006). Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), 111-116
- Ligthart, R. (2014). *Een onderzoek naar het handelingsrepertoire van de beveiligers op de spoedeisende hulp*. Scriptie De Haagse Hogeschool.
- Linden, van der, C., Reijnen, R., Derlet, R., Lindeboom, R., van der Linden, N., Lucas, C., & Richards, J. R. (2013). Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences. *International journal of emergency medicine*, 6(1), 41
- Linden, van der, M. C., Meester, B. E., & van der Linden, N. (2016). Emergency department crowding affects triage processes. *International emergency nursing*, 29, 27-31
- Luchins, A. S. (1988). The rise and decline of the American asylum movement in the 19th century. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 122(5), 471-486
- Lyneham, J. (2000). Violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 8-20

- Maister, D.H., 1985. The Psychology of Waiting Lines. In: *The Service Encounter: Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses*, Czepiel, J.A., M.R. Solomon and C.F. Surprenant (Eds.). Lexington: Lexington Books, pp: 114-123
- McAndrew, F. T. (1993). *Environmental psychology*. Thomson Brooks/Cole
- Melin, L., & Götestam, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of applied behavior analysis*, 14(1), 47-51
- Mertens, J. (2010) *Praktijkonderzoek voor bachelors. Leidraad voor studenten bij het (af)studeren in het competentiegericht HBO*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Middelhoven, L. K., & Driessen, F. M. H. M. (2001). *Geweld tegen werknemers in de (semi-)openbare ruimte*. Bureau Driessen, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek.
- Mobach, M.P. (2007). Consumer behavior in the waiting area. *Pharmacy World Science*, 29, 3-6
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 194-201
- Murray, G. & Snyder, J.C. (1991) When staff are assaulted. A nursing consultation support service. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29, 24-29
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (2008) *Richtlijn Triage op de Spoedeisende Hulp. Rapportage*.
- Osmond, H. (1957). Function as the basis of psychiatric ward design. *Mental Hospitals*, 8(4), 23-30
- Pekar, B. C., Gillespie, G. L., (2014), Workplace violence. *Journal of Hospital Administration*, 3(1), 34
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International emergency nursing*, 19(1), 12-19
- Pol, J. (2005). Enacting appreciations: Beyond the patient perspective. *Health Care Analysis*, 13(3), 203-221
- Projectgroep Veiligheid en Ziekenhuizen (1999). *Onderzoekrapport Veiligheid en Ziekenhuizen. Een tussenrapportage*. Den Haag: Projectgroep Veiligheid en Ziekenhuizen

- Rijksoverheid (2012). *Actieplan Veilig werken in de zorg*. Rapportage.
- Rijksoverheid (2014). *Voortgangsrapportage Veilige Publieke Taak*, januari – juni 2013
- Rippon, T. (2000). Aggression & violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460
- Rolies (2005). Agressie in het ziekenhuis. Maatschappelijk-culturele context. In: *Agressie in het ziekenhuis*, Pijnenburg, M. & Leget, C., Nijmegen: Uitgeverij Damon, pp. 12-26
- Roozeboom, M.B., Koningsveld, E., & Bossche, S. van den (2010). *Agressie Afgerekend. Een onderzoek naar de kosten en baten van maatregelen tegen agressie en geweld in de publieke taak*. Hoofddorp: TNO
- Rosenzweig, M., Hravnak, M. Magdic, K. Beach, M. Clifton, M. & Arnold, R. (2008). Patient communication simulation laboratory for students in acute care nurse practitioner program. *American Journal of Critical Care*, 17(4), 364-372
- Rule, B., Taylor, B., & Dobbs, A.R. (1987). Priming effects of heat on aggressive thoughts. *Social Cognition*, 5(2), 131-143
- Sasser, W., Jr., R. Olsen, & D. Daryl Wyckoff (1978). Management of Service Operations, *Journal of Marketing Research*, 18, 133-145
- Sikkema, C.Y., Abraham, M. & Flight, S. (2007). *Ongewenst gedrag besproken. Ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak*. Amsterdam: DSP-groep
- Sommer, R. (1969). *Personal space: The behavioral basis of design*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Spanje, A. van (2014). *Agressie in het ziekenhuis*. Scriptie De Haagse Hogeschool.
- Steden, R. van (2007). De tragiek van particuliere beveiliging. *Beveiliging*, 20(7), 16-1
- Turner, L. (2002). Medical facilities as moral worlds. *Medical Humanities*, 28(1), 19-22
- Van Gennep, A. (1960). *The rites of passage*. Routledge. London.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma
- Vihma, S., (2003.) *On actual semantic and aesthetic interaction with design objects*. The Helsinki University of Art and Design.
- Vink, E. (2011). *Aangifte doen van agressie en geweld door Spoedeisende Hulp-verpleegkundigen*. Leiden: Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden

- Vught, A., van (2003). Triage Eerste Hulp kan tot agressie leiden. *Medisch Contact*, 19
- Wester, F. & V. Peters (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho
- Westfriesgasthuis, (2015). *Veilige zorg*. Rapportage.
- Winstanley, S., & R. Whittington (2002). Aggression towards health care staff in a UK general Hospital: Variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10
- Wrigley, P. (1995). Managing Aggression in General Hospitals, *Australian Nursing Journal*, 3(1), 20-22
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 329-341
- Zernike, W. & Sharpe, P. (1998). Patient aggression in a general hospital setting: Do nurse perceive it to be a problem? *International journal of Nursing Practice*, 4, 126-133
- Zijlstra, R., (2011). Agressie de baas. *Arts in Spe*, 2, 33-34
- Zwieten van, M.H.J., Bakhuys Roozeboom, M., Vroome, E.M.M. & S.N.J. van den Bossche (2014). *Monitor Veilige Publieke Taak 2014*. Leiden: TNO

Agressie in het ziekenhuis

De verhuftering van de samenleving houdt de gemoederen bezig. Individuen met een publieke taak zoals brandweerlieden en tramconducteurs, maar ook ambulance medewerkers en verpleegkundigen worden regelmatig geconfronteerd met agressie en geweld. Het verschijnsel fascineert: hoe is het mogelijk dat mensen die hulp nodig hebben zich keren tegen professionals die hen deze hulp kunnen bieden?

Op basis van bijna 400 uur observatie in twee Nederlandse ziekenhuizen schetst dit rapport een gedetailleerd en indringend beeld van de leefwereld van de spoedeisende hulp. Agressie, zo bleek, is geen objectief gegeven, maar ontstaat in interactie met mensen en dingen. Gedrag wat de een ervaart als een persoonlijke bedreiging is voor de ander een begrijpelijke uiting van pijn. En wat voor de een een teken is van professionele kalmte is voor de ander een gebrek aan empathie. In veel agressie-incidenten blijkt het niet eenvoudig om 'daders' en 'slachtoffers' van elkaar te onderscheiden.

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

De Haagse Hogeschool

Johanna Westerdijkplein 75

2521 EH Den Haag

ISBN 978-90-73077-91-1



9 789073 077911