



2025 - R - 06 - NL

Geweld en agressie tegen hulpverleners en zorgverstrekkers

Geweld en agressie tegen ambulanciers, brandweerlieden, werknemers op spoeddiensten, medische en paramedische zorgverstrekkers in kaart gebracht

Rapportnummer	2025 - R - 06 - NL
Wettelijk depot	D/2025/0779/19
Opdrachtgever	Vias institute
Publicatiedatum	26/06/2025
Auteur(s)	Shirley Delannoy, Isabel Verwee, Naomi Wardenier
Review	Vincent Seron (Université de Liège)
Verantwoordelijke uitgever	Karin Genoe

Inzichten of standpunten in dit rapport zijn niet noodzakelijk deze van de opdrachtgever.

Overname van informatie uit dit rapport is toegestaan mits expliciete bronvermelding:

Delannoy, S., Verwee, I. & Wardenier, N. (2025). Geweld en agressie tegen hulpverleners en zorgverstrekkers – Geweld en agressie tegen ambulanciers, brandweerlieden, werknemers op spoeddiensten, medische en paramedische zorgverstrekkers in kaart gebracht, Brussel : Vias institute.
Ce rapport est également disponible en français.

This report includes a summary in English.

Vias institute dankt alle respondenten die aan de enquête hebben deelgenomen en die het mogelijk hebben gemaakt om deze gegevens te verzamelen.

Vias institute wil ook haar dank uitspreken voor de steun en samenwerking van:

- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid
- Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken
- Netwerk Welzijn op het Werk (Netwerk Brandweer)
- ReZonWal
- Brandweer Brussel
- UNESSA (UNion En Soins de Santé)
- GIBBIS (Gezondheidsinstellingen Brussel)
- Santhea
- CHU de Liège
- Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse
- Zorgnet-Icuro
- Association Francophone des Infirmiers d'Urgence

Tot slot bedanken we ook de stagiairs Febe Thomas, studente aan de Universiteit Gent, en Barbara Schiets, studente aan de Vrije Universiteit Brussel, voor hun waardevolle bijdragen aan dit onderzoek.

Inhoud

Tabellen- en figurenlijst	6
Samenvatting	8
Summary	11
1 Inleiding	14
2 Scope van het onderzoek	16
2.1 Beroepen opgenomen in het onderzoek	16
2.2 Wat verstaan we onder geweld?	17
2.3 Prevalentie van geweldsfeiten – In België en elders	21
2.3.1 Het “dark number” - Het onzichtbare zichtbaar maken	22
2.3.2 Prevalenties voor zorgverstrekkers	23
2.3.3 Prevalenties voor hulp- en spoeddiensten	25
2.4 Risicofactoren	28
2.5 Gevolgen van geweld	31
2.5.1 Gevolgen op individueel niveau	32
2.5.2 Gevolgen op het niveau van de organisatie	32
2.5.3 Gevolgen op het niveau van de samenleving	33
3 Methodologie	34
3.1 Gegevensverzameling	34
3.2 Vragenlijst en behandelde thema’s	35
3.3 Opschoning van de gegevens	36
3.4 Structuur van de resultaten	37
4 Resultaten van de bevraging	38
4.1 Het profiel van de respondenten	38
4.1.1 Profielen verdeling - Algemeen	38
4.1.2 Verdeling van de beroepsprofielen	40
4.1.3 Verdelingen binnen het profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	40
4.1.4 Verdelingen binnen het profiel “medisch, paramedisch, verzorgend personeel”	41
4.1.5 Verdeling van de profielen “andere”	43
4.2 Prevalentie van gewelds- en agressiefeiten	44
4.2.1 Verbale agressie/geweld	44
4.2.2 Fysieke agressie/geweld	45
4.2.3 Intimidaties en bedreigingen	47
4.2.4 Seksuele intimidaties	48
4.2.5 Discriminatie	49
4.2.6 “Andere” gerapporteerde vormen van agressie en geweld	50
4.2.7 Geweld en agressie – Bijkomende variabelen	52
4.3 Prevalentie binnen de profielen “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	54
4.3.1 Verbale agressie – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	55
4.3.2 Fysieke agressie – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	56
4.3.3 Intimidaties en bedreigingen – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	57
4.3.4 Seksuele intimidatie – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	58

4.3.5	Discriminatie – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”	59
4.4	Prevalentie binnen de profielen “medisch, paramedisch, verzorgend personeel”	60
4.4.1	Verbale agressie/geweld – Profiel “medisch”	60
4.4.2	Fysieke agressie/geweld – Profiel “medisch”	60
4.4.3	Intimidatie en bedreigingen – Profiel “medisch”	61
4.4.4	Seksuele intimidatie – Profiel “medisch”	62
4.4.5	Discriminatie – Profiel “medisch”	63
4.5	Meest ingrijpende feit	64
4.5.1	Het meest ingrijpende feit voor de profielen “brandweerlieden-ambulanciers-PIT” en de profielen “medisch”	65
4.6	Profiel van de agressoren	65
4.6.1	Profiel van de agressoren	66
4.6.2	Plaats van het meest ingrijpende feit	70
4.7	Gevolgen, hulp en procedures	71
4.7.1	Gevolgen van de feiten voor de persoon	71
4.7.2	Vermijdingsgedrag en gevoel dat geweld/agressie werd verwerkt	72
4.7.3	Ondersteuning en hulp	73
4.7.4	Klachten en vervolgstappen	75
4.7.5	Perceptie over geweld en agressie	77
4.7.6	Opleidingen, middelen en noodprocedures	78
5	Discussie	82
5.1	Zorg onder druk: geweld op het terrein	83
5.2	Hulpverlening onder druk: Geweld tijdens noodinterventies	84
5.3	Hulpbronnen en ondersteuning	86
5.4	Beperkingen	86
6	Preventie en begeleiding – denkpijlers	87
	(1) Geweld op het werk definiëren, identificeren en erkennen	88
	(2) Analyseren, registreren, monitoren en evalueren	88
	(3) Voorkomen, beveiligen en controleren	88
	(4) Opleiden in preventie en het omgaan met geweld	89
	(5) Werkgevers, medewerkers ... en derden betrekken en verantwoordelijk maken	91
	(6) Melden, ondersteunen en re-integreren	92
	(7) Communiceren, informeren en sensibiliseren	93
	(8) Vervolg en sancties	94
	(9) Agressiecommissie	95
	Referenties	96
	Bijlage I – Algemene resultaten met betrouwbaarheidsintervallen	100

Tabellen- en figurenlijst

Tabel 1. Slachtofferschap van Brusselse brandweerlui (Distexhe, 2024).	28
Tabel 2. " Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=1.711)	45
Tabel 3. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Fysieke agressie – Resultaten (N=1711)	45
Tabel 4. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Intimidaties en bedreigingen – Resultaten (N=1.711)	48
Tabel 5. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidaties – Resultaten (N=1711)	49
Tabel 6. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=1.711)	50
Tabel 7. Prevalentie en regionale verdeling van geweld en agressie (N= 1.711).	53
Tabel 8. Prevalentie en verdeling van geweld en agressie naar aantal dienstjaren - "ten minste eenmaal in het afgelopen jaar" (N=1.711)	54
Tabel 9. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=723)	56
Tabel 10. « Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van... » - Fysieke agressie – Resultaten (N=723)	57
Tabel 11. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Bedreigingen en intimidaties – Resultaten (N=723)	58
Tabel 12. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidaties – Resultaten (N=723)	59
Tabel 13. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=723)	59
Tabel 14. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=910)	60
Tabel 15. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Fysieke agressie – Resultaten (N=910)	61
Tabel 16. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Intimidaties en bedreigingen – Resultaten (N=910)	62
Tabel 17. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidatie – Resultaten (N=910)	63
Tabel 18. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=910)	63
Tabel 19. Leeftijdverdeling van agressoren naargelang mannelijke en vrouwelijke respondenten (N= 1.396).	68
Tabel 20. Verdeling van leeftijdsgroepen van agressoren naargelang "brandweerlieden" (N= 548) en "medische" profielen (N= 787)	69
Tabel 21. Prevalentie agressoren waarvan vermoed werd dat ze onder invloed van alcohol waren	70
Tabel 22. Aandeel agressoren waarvan vermoed werd dat ze onder invloed van drugs of medicijnen waren	70
Tabel 23. « Kan u aangeven in welke mate u de volgende persoonlijke gevolgen ervaren heeft door dit meest ingrijpende incident? » - Totaal en per profiel	72
Tabel 24. Vermijdingsgedrag en het gevoel dat het geweld werd verwerkt (Globaal, mannen en vrouwen: N = 1.215, Brandweerlieden: N = 483, Medisch: N = 675, Wallonië: N = 466, Vlaanderen: N = 533 en Brussel-Hoofdstad: N = 216).	73
Tabel 25. " Na het incident deed ik beroep op: (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)" – Totaal en per profiel	74
Tabel 26. De vijf belangrijkste redenen om een aangifte te doen bij de politie - Resultaten per profiel en totaal.	76
Tabel 27. Redenen om geen aangifte te doen bij de politie - Algemene prevalenties, profielen Brandweerlieden en Medisch	77
Tabel 28. « Kan u telkens aanduiden in welke mate u al dan niet akkoord gaat met de stelling? »– Algemeen (N= 1.350).	79
Tabel 29. « (...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer. » - Algemeen (N= 1.344).	80
Tabel 30. « (...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer. » - "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 568).	80

Tabel 31. "(...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer." - Medisch (N= 710). 81

Figuur 1 Geweld in de gezondheidszorg en hulpdiensten - persberichten	16
Figuur 2 Illustratie "situatie n°2" – Doctoraatsthesis Zou Al Guyna (2018) ©	24
Figuur 3 Typologie van agressievormen (infografiek: Vias institute).....	31
Figuur 4 Structuur van de vragenlijst.....	35
Figuur 5 Thema's van de vragenlijst	36
Figuur 6 Taal- en genderverdeling in de totale groep respondenten (N=1.711).	38
Figuur 7 Jaren ervaring in de huidige sector in de totale groep respondenten (N=1.711).	39
Figuur 8 In welke provincie bent u tewerkgesteld? (N= 1.711).	39
Figuur 9 Verdeling van de beroepsprofielen (N= 1.711).	40
Figuur 10 Taal- en genderverdeling binnen het profiel "brandweerlieden, ambulanciers en PIT" (N= 723). .	41
Figuur 11 Verdeling van "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" profielen (N= 723).	41
Figuur 12 Taal- en genderverdeling binnen het profiel "medisch, paramedisch, verzorgend personeel" (N= 910).	42
Figuur 13 Verdeling van de "medische" profielen (N=910)	43
Figuur 14 Fysiek geweld - Prevalentie in Wallonië, Brussel-Hoofdstad en Vlaanderen (N= 1.711).	46
Figuur 15 Fysieke agressie - Prevalentie voor mannen en vrouwen (N= 1.711).	47
Figuur 16 Prevalentie van alle vormen van agressie/geweld, minstens een keer of meerdere keren in het afgelopen jaar (N= 1.543).	51
Figuur 17 Prevalentie van de meest gerapporteerde vormen van geweld in 2024 en 2021 (Bron: Verwee et al., 2022).	55
Figuur 18 Het meeste ingrijpende feit in de afgelopen 12 maanden. (N= 1476).	64
Figuur 19 Het meest ingrijpende feit voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 580) en de profielen "medisch" (N= 830).	65
Figuur 20 Wie was de persoon die agressie naar u uitte bij dit meest ingrijpende incident? (N= 1.396).	66
Figuur 21 Profielen van daders naargelang respondentprofiel	67
Figuur 22 Leeftijd en geslacht van de dader - Algemeen (N= 1.396)	68
Figuur 23 "Heeft u een vermoeden dat de persoon die agressie naar u uitte bij dit meest ingrijpende incident onder invloed was van een (of meerdere) van volgende zaken?" (N= 1.396).	69
Figuur 24 Plaats van het meest ingrijpende feit – Profielen "brandweer-ambulance-PIT" (N= 547) vs. profielen "medisch" (N= 787).	70
Figuur 25 "Na het incident deed ik beroep op ..." - Brandweerlieden en medische profielen.	75
Figuur 26 "Heeft u na het meest ingrijpende incident hulp gevraagd in de vorm van..." – Algemeen overzicht en per profiel.	75
Figuur 27 Perceptie van geweldsfenomenen – Profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 572).	78
Figuur 28 Perceptie van geweldsfenomenen – Profielen "medisch" (N= 712).	78
Figuur 29 Affiche van de sensibiliseringscampagne georganiseerd door de Civiele Veiligheid in 2023 ©	93

Samenvatting

Geweld is geen uitzondering, maar een gedeelde ervaring. Dat is een van de bevindingen uit het onderzoek dat in het voorjaar van 2024 werd uitgevoerd **bij 1.711 professionals uit de gezondheidszorg en de hulpdiensten: meer dan 90% van de respondenten** gaf aan ooit te maken te hebben gehad met geweld of agressie. Deze cijfers tonen waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg, aangezien sommige vormen van geweld ondergerapporteerd blijven, worden genormaliseerd of als inherent aan het beroep worden beschouwd. Tegen deze vaak onzichtbare realiteit is het van essentieel belang om de vormen van geweld waarmee eerstelijnsprofessionals worden geconfronteerd, in kaart te brengen en hun ervaringen te documenteren.

Deze studie wil bijdragen aan de wetenschappelijke erkenning van dit probleem en het begrip van de omvang en dynamiek ervan verdiepen.

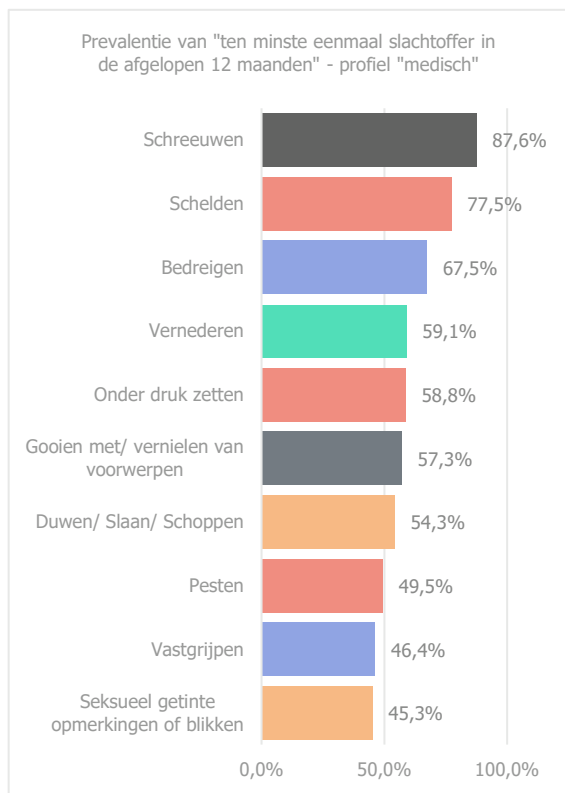
Via een slachtofferenquête (victim survey) werden verschillende profielen bevraagd over de vormen van geweld die ze in het voorbije jaar hebben ervaren, de frequentie ervan en het meest opvallende feit dat hen is overkomen in de afgelopen twaalf maanden. Op basis van dat feit werden de kenmerken van het geweld of de agressie geanalyseerd: dader, plaats van het incident, gevolgen voor de respondent, ingeschakelde steun en verwachtingen over opleiding of procedures.

De algemene analyse van het gemelde geweld in beide onderzochte sectoren — noodhulpdiensten en gezondheidszorg — toont een wijdverspreide blootstelling aan geweld op de werkvloer:

- **Verbale agressie** is het meest voorkomend. In het afgelopen jaar geeft 83,5 % van de respondenten aan dat er minstens één keer naar hen werd geschreeuwd, waarvan 45,6 % dit ervaart op dagelijkse en/of maandelijkse basis. Daarnaast gaf 73,7 % aan uitgescholden te zijn; voor één op de zeven (15 %) gebeurde dat wekelijks.
- **Fysiek geweld** komt in diverse vormen voor. In de voorbije 12 maanden verklaart 47,2 % ten minste eenmaal te zijn geconfronteerd met gooien of vernielen van voorwerpen. Duwen of schoppen wordt gemeld door 43,7 %, en spugen, vastgrijpen of fysiek blokkeren wordt gemeld door meer dan een derde van de deelnemers. Vrouwen meldden vaker slachtoffer te zijn van fysieke agressie dan mannen (52,1 % versus 46,6 %).
- **Bedreigingen en intimidatie** zijn ook frequent: 61,2 % werd minstens één keer bedreigd in de voorbije 12 maanden, 47,8 % werd onder druk gezet, en 22,3 % kreeg te maken met bedreigingen aan gezinsleden. Daarnaast gaf 16,3 % aan slachtoffer te zijn van cyberbedreigingen, zoals de verspreiding van ongewenste teksten of beelden op sociale media.
- Discriminatie werd het vaakst gerapporteerd op basis van gender (19,4 %), gevolgd door huidskleur (18,9 %) en leeftijd (18,5 %).
- Wat seksuele intimidatie betreft: 31,8 % werd geconfronteerd met seksueel getinte opmerkingen of blikken (waarvan 5,8 % maandelijks), en 13,7 % met handtastelijkheden.
- **Agressie** doet zich voornamelijk voor op interventielocaties voor brandweer en ambulanciers, en binnen ziekenhuizen — vaak op kamers of in verzorgingsruimten — bij medische professionals.
- Deze geweldsincidenten hebben **merkbare gevolgen**: stress, verminderde werktevredenheid, slaapproblemen en bij medische professionals komen gedachten aan een loopbaanwissel geregeld voor.
- Er wordt een **correlatie** vastgesteld tussen **dienstjaren** en **blootstelling aan geweld**.
- Een **regionale analyse** toont dat agressie vaker voorkomt in **Brussel** dan in **Vlaanderen** en **Wallonië**, terwijl Vlaanderen het hoogste aandeel daders onder invloed van alcohol rapporteert.
- Tot slot is er een significant verschil in **aangiftes** bij de politie: 19,9 % van de mannen diende klacht in, tegenover 9 % van de vrouwen.

Prevalentie binnen de gezondheidszorg

Uit de gegevens van 910 ziekenhuismedewerkers in België (waarvan 75,2% vrouwen en een evenwichtige verdeling tussen taalgebieden) blijkt hoe groot de blootstelling aan geweld in ziekenhuizen is. De resultaten komen overeen met bestaande Europese en internationale studies.



Verbale agressie is de meest voorkomende vorm: 87,6% wordt geconfronteerd met geschreeuw (11,9% dagelijks, en meer dan één op vijf wekelijks). Schelden vormt de tweede meest gerapporteerde vorm van verbaal geweld (77,5%), met een wekelijkse frequentie voor 19,2% van de respondenten. Het schelden naar een zorgverstrekker treft bijna twee derde van de deelnemers, waarbij ongeveer één op de zeven hier maandelijks aan wordt blootgesteld.

Wat betreft fysiek geweld, geeft 57,3% van de ondervraagde professionals aan het doelwit te zijn geweest van het gooien of vernielen van voorwerpen, en 54,3% meldt te zijn geduwd of geschopt. Ongeveer 10% ondergaat deze vormen van fysiek geweld maandelijks. Ook vastgrijpen (46,4%) en spugen (43,4%) worden vaak gemeld. Daarnaast verklaart 28,5% van de respondenten gewond te zijn geraakt.

Bedreigingen treffen 67,5% van de zorgverstrekkers, waarvan 12% wekelijks. Onder druk zetten treft zes op de tien respondenten, waarvan 14,4% wekelijks. Bedreigingen gericht tegen familieleden worden gemeld door 25,8% van de deelnemers.

Seksuele intimidatie was eveneens aanzienlijk: 45,3% word geconfronteerd met seksueel getinte opmerkingen of blikken, 19,4% met handtastelijkheden. Enkele gevallen van verkrachting werden eveneens gemeld. Discriminatie heeft voornamelijk betrekking op geslacht (26,5%) en leeftijd (23,4%).

Daders zijn vooral patiënten (64%), gevolgd door naasten van patiënten (21,1%). Een deel van de daders was onder invloed van alcohol (14,2%) of drugs/geneesmiddelen (ongeveer 13%).

Wat betreft opvolging en ondersteuning, leidde 11,4% van de gemelde incidenten tot een klacht bij de politie. Redenen om geen klacht in te dienen zijn onder andere de perceptie dat het incident niet ernstig genoeg is, dat er geen schade is, of dat het bij het werk hoort. De interne procedures voor de aanpak van incidenten van geweld of agressie zijn bij een ruime meerderheid van de respondenten bekend, die bovendien door hun organisatie worden aangemoedigd om dergelijke daden te melden, ook al maken slechts weinigen daar gebruik van. Daarnaast doen respondenten uit de medische sector vaak een beroep op collega's na een incident.

Prevalentie in de hulpdiensten

723 noodhulpdiensten (brandweer, ambulanciers, hulpverleners) vulden deze survey in en voor wat betreft deze populatie is er een vergelijking mogelijk met de studie van 2021 (Verwee, Vermeulen & Dormaels, 2022). De resultaten bevestigen de blootstelling van deze professionals aan verschillende vormen van geweld tijdens noodinterventies, in overeenstemming met de trends in de literatuur.

Verbale agressie blijft het meest voorkomend: 79,1% van de respondenten meldt geconfronteerd te zijn met geschreeuw (20,3% minstens één keer per maand), en 69,3% met schelden (10% minstens één keer per week). Het gooien of vernielen van voorwerpen treft 36,4% van de deelnemers, fysieke

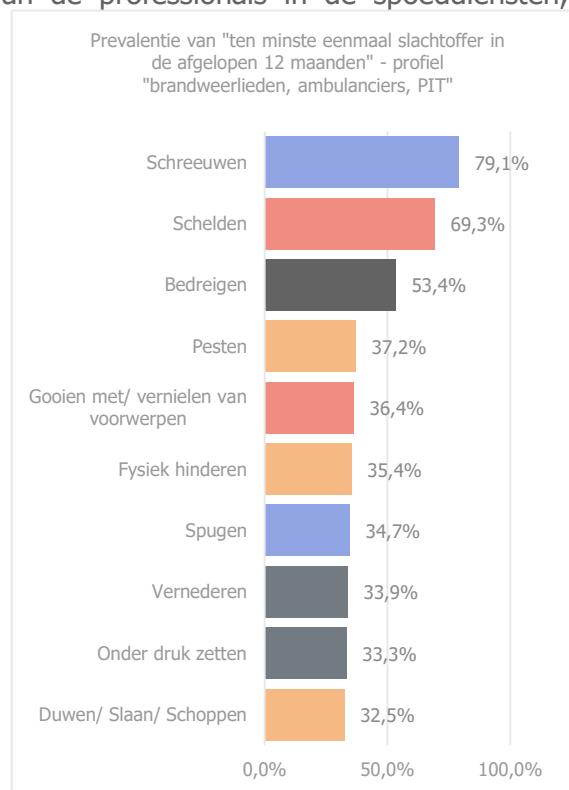
blokkades 35,4%, spugen 34,7%, en schoppen of duwen 32,5%. Daarnaast verklaart 12,4% gewond te zijn geraakt.

Bedreigingen komen ook vaak voor (53,4%), evenals het onder druk zetten (33,3%). 18,7% heeft bedreigingen ontvangen gericht tegen hun familieleden. Het verspreiden van ongewenste beelden of teksten op sociale media treft gemiddeld 18% van de professionals in de spoeddiensten, tegenover 16,3% in de ziekenhuissector.

Discriminatie komt minder vaak voor maar blijft aanwezig: 14,9% van de respondenten meldt discriminatie op basis van huidskleur, en 12,9% op basis van leeftijd. Seksueel geweld komt minder vaak voor in deze sector: 14,4% geeft aan het doelwit te zijn geweest seksueel getinte opmerkingen of blikken, en 7,8% meldt te zijn nagefloten.

In vergelijking met 2021 zijn de prevalentiecijfers licht gedaald maar blijven ze hoog en vergelijkbaar met internationale gegevens, wat de noodzaak onderstreept om de preventie-, ondersteunings- en erkenningsmaatregelen van geweld in de professionele context van hulpdiensten te versterken.

De daders van de gewelddaden zijn voornamelijk mannen tussen 18 en 40 jaar, vaak onder invloed van alcohol (45% van de gevallen). In bijna de helft van de gevallen gaat het om de patiënten zelf; in minder dan 20% van de gevallen om personen die ter plaatse aanwezig zijn.



Bijna drie op de zeven respondenten zoeken geen enkele hulp na een incident. Wanneer er steun wordt gezocht, gaat het voornamelijk om collega's. Slechts weinig incidenten leiden tot een klacht bij de politie, die meestal wordt ingediend wanneer de ernst van de feiten dat rechtvaardigt of om herhaling te voorkomen. Minder dan een derde van de respondenten heeft gebruik gemaakt van de interne procedures voor opvang.

Conclusie

De frequentie van geweld en agressie die door zorg- en hulpverleners wordt gerapporteerd, wijst op een bijna permanent spanningsklimaat, met aanzienlijke menselijke en organisatorische gevolgen. Bijna de helft maakt zich zorgen over het geweld waarmee ze op het werk worden geconfronteerd. Meer dan zes op de tien respondenten hebben de indruk dat de agressie de voorbije vijf jaar is toegenomen.

Op basis van deze vaststellingen worden aanbevelingen geformuleerd, die steunen op de drie niveaus van preventie (primair, secundair, tertiair) en politionele/justitiële reactie en die worden uitgewerkt in acht actiedomeinen om de bescherming en ondersteuning van eerstelijnsprofessionals te versterken.

Summary

Violence is not an exception, but a shared experience. This is one of the key findings highlighted by the survey conducted in the spring of 2024 among 1,711 healthcare and emergency service professionals: over 90% of respondents reported having been confronted with acts of violence or aggression. These figures likely only reflect the tip of the iceberg, as certain forms of violence remain underreported, trivialized, or regarded as inherent to the profession. Faced with this still too often invisible reality, it becomes crucial to map the forms of violence experienced by frontline workers and to document their experiences. This study thus aims to contribute to the scientific recognition of this issue and to deepen the understanding of its scope and dynamics.

Using a victim survey approach, various profiles were questioned about the forms of violence they experienced over the past year, the frequency of such incidents, and the most significant event they encountered in the past twelve months. Based on this key event, the characteristics of the acts of violence and aggression were analyzed: the perpetrator and location of the aggression, consequences for the respondent, support sought, and expectations regarding training or procedures to be implemented.

The overall analysis of the violence reported in the two sectors studied—emergency services and healthcare—reveals a widespread exposure to violence in the workplace:

- Among all types of violence recorded, **verbal violence** is the most frequent. Over the past year, 83.5% of respondents reported having been yelled at at least once, with 45.6% experiencing this between once a day and once a month. Additionally, 73.7% reported being insulted, and for one in seven respondents (15%), such insults occurred on a weekly basis.
- **Physical violence** takes various forms. Over the past 12 months, 47.2% of respondents reported having experienced object throwing or destruction at least once. Pushes or kicks were reported by 43.7%, while spitting, grabbing, or being physically blocked were reported by over a third. Notably, women reported experiencing physical violence more often than men (52.1% versus 46.6%).
- **Threats and intimidation** are also frequently reported: 61.2% of respondents indicated being threatened at least once in the past year, 47.8% reported being pressured, and 22.3% had threats directed at their family members. Additionally, 16.3% reported **cyberthreats**, such as the dissemination of unwanted texts or images on social media.
- The most frequently reported **forms of discrimination** are based on **gender** (19.4% experienced it at least once over the past year), followed by **skin color** (18.9%) and **age** (18.5%).
- Regarding **sexual violence**, 31.8% of respondents reported exposure to sexually suggestive comments or looks (5.8% on a monthly basis), and 13.7% reported unwanted touching.
- **Aggressions** mainly occurred at intervention sites for firefighters and paramedics, and within hospital settings—often directly in patient rooms or treatment areas—for medical professionals.
- These acts of violence have **notable consequences**: stress, decreased job satisfaction, sleep disturbances, and among healthcare professionals, frequent thoughts of changing careers.
- A **correlation** is observed between **seniority** and **exposure to violence**.
- A **regional analysis** shows higher prevalence of aggression in **Brussels** compared to **Flanders** and **Wallonia**, while the **highest proportion of perpetrators under the influence of alcohol** is reported in Flanders.
- A significant difference is observed in **reporting to the police**: 19.9% of male respondents filed a complaint, compared to 9% of female respondents.

Prevalence in the Healthcare Sector

Data collected from 910 hospital professionals in Belgium—75.2% of whom are women and with balanced representation of linguistic communities—provides an overview of violence exposure in hospitals. The findings align with existing European and international studies.

Verbal violence is the most common type. 87.6% of respondents reported being shouted at, 11.9% of them daily, and more than one in five at least weekly. Insults were reported by 77.5%, with 19.2% experiencing them weekly. Humiliation affected nearly two-thirds of participants, about one in seven experiencing it monthly.

Regarding physical violence, 57.3% reported being targeted by thrown or destroyed objects, and 54.3% suffered pushes or kicks. About 10% face these physical assaults monthly. Grabbing (46.4%) and spitting (43.4%) were also frequently mentioned. Additionally, 28.5% of respondents reported having been injured.

Threats affected 67.5% of professionals, with 12% being exposed weekly. To be put under pressure was experienced by six out of ten respondents, 14.4% weekly. Threats against family members were reported by 25.8%.

Sexual violence was also notable: 45.3% reported being the target of sexually suggestive comments or looks, and 19.4% reported unwanted touching. Several cases of rape were also reported. The main forms of discrimination were based on gender (26.5%) and age (23.4%).

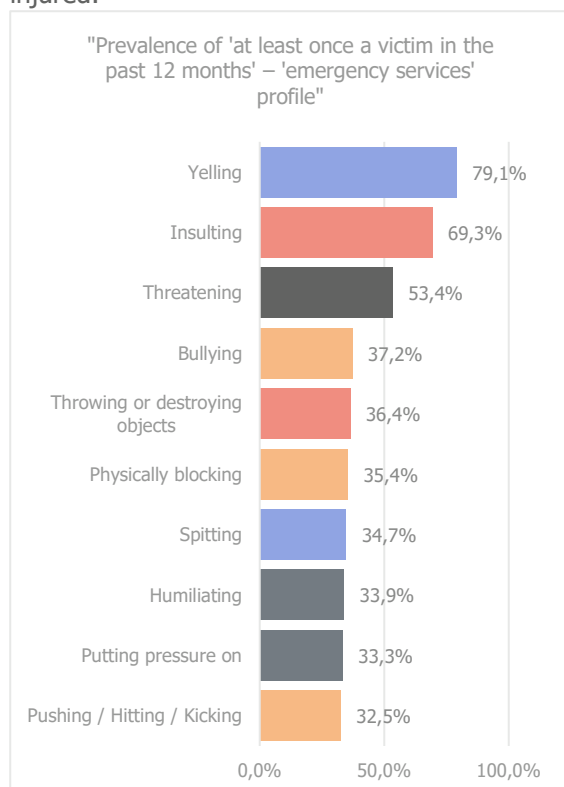
Perpetrators of violence were mainly patients (64%), followed by patients' relatives (21.1%). A significant proportion were under the influence of alcohol (14.2%) or drugs/medication (around 13%).

In terms of support and follow-up, 11.4% of incidents led to police reports. Reasons for not filing include perceptions that the matter wasn't serious enough, no damage occurred, or it's simply "part of the job." Internal procedures for handling violent incidents are widely known among respondents, and organizations encourage reporting, though few have used them. Respondents also frequently turn to colleagues for support after an incident.

Prevalence in Emergency Services

The survey conducted among 723 emergency services professionals (firefighters, paramedics, emergency staff) continues the study begun in 2021 (Verwee, Vermeulen & Dormaels, 2022). The results confirm the exposure of these professionals to various forms of violence during emergency interventions, consistent with the literature.

Verbal violence remains the most common: 79.1% reported being shouted at (20.3% at least monthly), and 69.3% reported insults (10% weekly). Object throwing/destruction was reported by 36.4%, physical blocking by 35.4%, spitting by 34.7%, and kicking or pushing by 32.5%. Additionally, 12.4% reported having been injured.



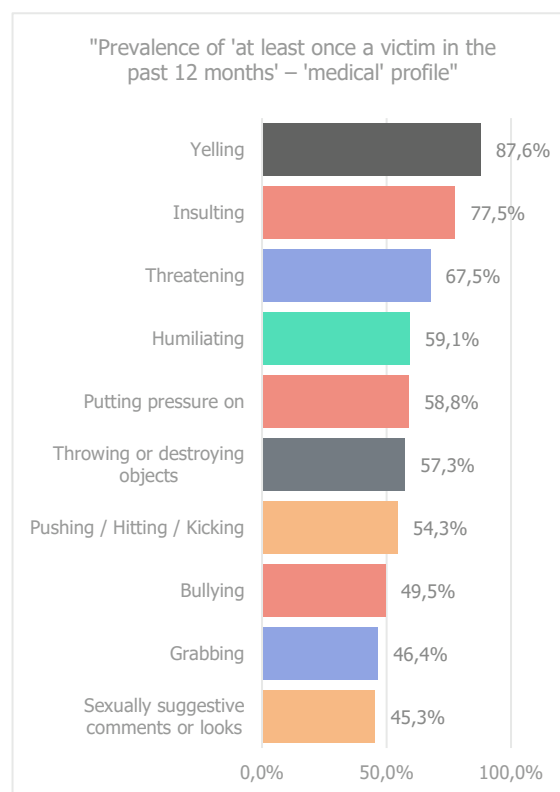
Threats were reported by 53.4% of respondents, and psychological pressure by 33.3%. Threats against family members were reported by 18.7%. The spread of unwanted content on social media affected 18% of emergency professionals on average, compared to 16.3% in hospitals.

Discrimination was less frequent but still present: 14.9% reported discrimination based on skin color, and 12.9% based on age. Sexual violence was less common in this sector: 14.4% reported sexually suggestive looks/comments, and 7.8% reported catcalling.

Compared to 2021, prevalence rates have slightly decreased but remain high and consistent with international data, underscoring the need to strengthen prevention, support, and recognition measures for violence in emergency work.

Perpetrators are mostly men aged 18–40, often under the influence of alcohol (45% of cases). In nearly half of the cases, they are the patients themselves; in fewer than 20% of cases, they are bystanders.

Nearly three out of seven respondents do not seek any help after an incident. When support is sought, it is primarily from colleagues. Few incidents lead to police reports, which are



mostly filed when the severity warrants it or to prevent recurrence. Fewer than one-third of respondents used internal procedures.

Conclusions

The frequency of violence and aggression reported by care and support staff reflects a climate of almost constant tension, with significant human and organisational consequences. Almost half of them are concerned about the violence they encounter at work. More than six out of ten respondents feel that aggression has increased over the last five years.

Based on these findings, recommendations are made, based on the three levels of prevention (primary, secondary, tertiary) and the police/justice response, and broken down into eight areas for action to strengthen protection and support for front-line professionals.

1 Inleiding

Eerstelijns werkers — of het nu gaat om brandweerlieden¹, ambulanciers, artsen, verpleegkundigen of zorgkundigen — van wie de opdracht erin bestaat om burgers te helpen, te verzorgen en te beschermen, worden steeds vaker geconfronteerd met gewelddaden tijdens de uitoefening van hun functie. Deze tendens, die op internationaal niveau wordt gedocumenteerd, stelt grote uitdagingen op het vlak van veiligheid, mentale gezondheid en duurzaamheid van deze essentiële beroepen. In 2019 rapporteerden Liu et al. (2019) dat 62 % van de zorgprofessionals wereldwijd geconfronteerd werd met geweld op het werk. In Duitsland verklaarde driekwart van de brandweerlieden slachtoffer te zijn geweest van geweld door burgers (CTIF, 2025). In België gaf meer dan 75 % van bevroegde brandweerlieden en hulpverleners in 2021 aan te zijn uitgescholden, en meer dan 80 % het slachtoffer te zijn geweest van geschreeuw (Verwee, Dormaels & Vermeulen, 2022).

Naast de zorg- en hulpverlenende beroepen worden ook vele andere functies in de openbare en private sector getroffen: personeel van het openbaar vervoer, gemeente/stadspersoneel, onderwijzend personeel, federale ambtenaren... De omvang van het fenomeen geweld beperkt zich dus niet tot één sector of één land, en de cijfers zijn veelzeggend. In de Verenigde Staten zouden "overheidsmedewerkers" drie keer meer risico lopen om slachtoffer te worden van geweld op het werk dan werknemers in de privésector (Bureau of Justice Statistics & Harrel, 2013). In Frankrijk krijgt 14 % van de ambtenaren te maken met geweld in de vorm van beledigingen, bedreigingen of morele intimidatie (Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, 2024). In 2023 meldden dagelijks vijf Belgische ambtenaren bij de politie dat ze werden aangevallen of gewond raakten, wat neerkomt op een stijging van 15 % van het aantal officiële klachten ten opzichte van 2019 (VSOA Openbare Sector, 2024). Ook de onderwijswereld wordt getroffen: 14,1 % van de leerkrachten gaf aan zich het voorbije jaar onveilig te hebben gevoeld, en 10,8 % verklaarde minstens één keer per maand slachtoffer te zijn geweest van intimidatie, in de vorm van fysiek geweld, spugen, imitatiegedrag van leerlingen of ouders, of verbale agressie (Steenhout, 2024). Verder kwamen begin 2025 opnieuw verschillende gevallen van geweld tegen buschauffeurs van de TEC en De Lijn in de media (zie « Le TEC déplore le nombre d'agressions sur son réseau, toujours en hausse » in *La Libre*, 23 januari 2025; « Recordaantal gevallen van agressie bij De Lijn, ondanks "busverbod" » in *De Standaard*, 24 februari 2025...). Tot slot stelde IDEWE in 2019 dat één op de negen Belgische werknemers te maken krijgt met agressief gedrag op het werk (IDEWE, 2019).

Geweld op het werk is geen nieuw fenomeen. Sinds de jaren 1980-1990 bestuderen de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) dit probleem, en ze publiceren regelmatig rapporten, gidsen en aanbevelingen. Hun doel is om werknemers, werkgevers en preventieactoren te informeren over de aard en omvang van het geweld, en om oplossingen aan te reiken, met name op het vlak van regelgeving, om het fenomeen te bestrijden. Conventie nr. 190 van de IAO over geweld en intimidatie vormt een belangrijke stap voorwaarts in de bescherming tegen geweld en intimidatie op het werk. Ze bepaalt een eerste internationale norm over het onderwerp, met een ruime en inclusieve definitie van zowel geweld als werk (een begrip dat onder meer door de COVID-19-pandemie en de opkomst van telewerk werd verruimd en verfijnd). De conventie erkent bovendien nieuwe vormen van intimidatie, zoals die op basis van gender en die gelinkt aan nieuwe technologieën (IAO, 2019).

Gelet op de ernst van het probleem, is het essentieel om veilige arbeidsomstandigheden te garanderen, zowel in de publieke als in de private sector. Geen enkel beroep mag geweld als "part of the job" beschouwen. Inzicht krijgen in de dynamiek van geweld, het in kaart brengen ervan en het verzamelen van gegevens zijn cruciale stappen om het beter te kunnen voorkomen. Om doeltreffende initiatieven op het vlak van sensibilisering, ondersteuning, opleiding en herstel te kunnen uitwerken, is het essentieel om een duidelijk zicht te krijgen op de vormen die geweld aanneemt, wie de slachtoffers en de plegers zijn, en hoe deze fenomenen zich in de tijd ontwikkelen. Vanuit die invalshoek is deze studie tot stand gekomen, als vervolg op een eerste editie die in 2021 werd uitgevoerd bij brandweerlieden, ambulanciers en werknemers op spoeddiensten (zie Verwee et al., 2022). In deze nieuwe editie werd het verzorgend personeel van ziekenhuizen en klinieken toegevoegd aan de oorspronkelijke onderzoekspopulatie.

Dit rapport is opgebouwd in drie delen. Het eerste deel geeft de scope van de studie weer en verduidelijkt wat met de termen geweld en agressie bedoeld wordt. Het bevat een overzicht van de internationale en Europese prevalentiecijfers van geweld tegen medewerkers van hulp- en zorgdiensten. Het tweede deel is gewijd aan de resultaten van de gegevensverzameling die in 2024 werd uitgevoerd bij brandweerlieden, ambulanciers en

¹ In dit document streven we ernaar zo inclusief mogelijk te schrijven. In het beschrijvende deel van de resultaten (hoofdstuk 4) wordt echter de mannelijke vorm als generieke vorm gebruikt, uitsluitend om de leesbaarheid te bevorderen. De gebruikte termen om personen aan te duiden zijn dus generiek bedoeld en slaan zowel op vrouwen als op mannen. Waar het statistisch relevant is, voeren we een genderanalyse uit om genderspecifieke verschillen zichtbaar te maken in de resultaten.

medisch en paramedisch personeel van ziekenhuizen en klinieken. De resultaten worden eerst op globaal niveau gepresenteerd, ongeacht het profiel van de respondenten, en daarna geanalyseerd volgens specifieke profielen ("brandweerlieden, ambulanciers, PIT" en "medisch, paramedisch, verzorgend personeel"). De resultaten behandelen zowel de kenmerken van de steekproef, de prevalenties van agressie en geweld, de profielen van de daders en de plaatsen waar agressie plaatsvond, als de ondersteuningsprocedures en de gevolgen van deze agressie voor de slachtoffers. In het derde deel worden de gegevens besproken en worden er aanbevelingen geformuleerd op basis van de analyses.

2 Scope van het onderzoek



Three quarters of German firefighters experienced violence from the public - a growing problem world wide

Violence against firefighters is a concerning issue worldwide, manifesting in various forms such as verbal abuse, physical assaults, and targeted attacks during emergency responses. In Germany, 3 out of ten had experienced verbal abuse and insults.

ENQUÊTE

Violence sur toute la première ligne

Ils sont ambulanciers, pompiers, infirmiers, médecins généralistes. Ils font partie de ces métiers dits «de première ligne» en contact direct avec la population, mais ce contact fait de plus en plus souvent des étincelles. Et si la violence à leur égard était d'abord dirigée contre ce qu'ils représentent?

MARTINE VANDEMEULEBROUCKE • 13-10-2022 • Alter Échos n° 506



© Flickrcc Avrillon

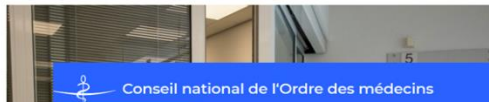
The Brussels Times

BIJUM BUSINESS ART & CULTURE EU AFFAIRS WORLD

Emergency workers in Belgium facing increased physical and verbal aggression

Tuesday, 3 January 2023

By The Brussels Times Newsroom



Conseil national de l'Ordre des médecins

Rechercher...

Enquête sur les violences sexistes et sexuelles (VSS)

Publié le Mercredi 20 novembre 2024 • Temps de lecture : 3 mn



Enquête de l'Ordre des médecins sur les VSS en milieu médical : 1 femme sur 2 déclare en avoir été victime dans son parcours étudiant ou professionnel

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a mené une vaste enquête sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) dans le milieu

Figuur 1 Geweld in de gezondheidszorg en hulpdiensten - persberichten

2.1 Beroepen opgenomen in het onderzoek

De eerste editie van de nationale enquête over geweld tegen publieke functies werd in 2021 uitgevoerd door Verwee, Dormaels en Vermeulen (2022). Deze eerste editie richtte zich op de geweldsfenomenen waarvan werknemers in een publieke functie het slachtoffer zijn, en meer specifiek het **personeel van nood- en hulpdiensten**. De huidige editie heeft de onderzochte scope uitgebreid door ook het zorgpersoneel in ziekenhuizen en klinieken op te nemen, waarbij onder de noemer "zorgverstrekkers" wordt verstaan: personen met een **medische, paramedische, verpleegkundige of zorgkundige functie**.

Wie zijn concreet opgenomen?

- *Brandweerlieden* zijn verantwoordelijk voor opdrachten inzake brandbestrijding, hulpverlening aan personen en technische interventies (bevrijding van ingesloten personen, overstromingen, enz.).
- *Brandweerlieden-ambulanciers* zijn brandweerlieden die ook zijn opgeleid om medische hulp te bieden tijdens het vervoer van patiënten. Ze zijn vaak gestationeerd in kazernes die beschikken over 112-ambulances. Hun taak bestaat erin eerste zorgen toe te dienen en patiënten te stabiliseren vóór het transport naar een ziekenhuis.
- *Hulpverleners-ambulanciers* zijn professionals die een specifieke opleiding hebben gevolgd om in een ambulance te werken (verschillend van brandweerlieden-ambulanciers). De hulpverlener-ambulance is actief binnen een erkende ambulancedienst in het kader van de Dringende Medische Hulpverlening (DMH), ook wel het 112-systeem genoemd².
- Leden van het *Paramedisch Interventie Team* (PIT). Het PIT is een hulpmiddel in de zorgketen buiten het ziekenhuis. Het houdt het midden tussen een ambulance en een MUG, en heeft tot doel het aanbod inzake medisch vervoer uit te breiden. Een PIT-team bestaat minstens uit een hulpverlener-

² FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu : <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/hulpverleners-ambulanciers>

ambulancier en een verpleegkundige die over de bijzondere titel in de intensieve zorg en dringende geneeskundige hulpverlening beschikt³.

- *Niet-112-ambulanciers* zijn privé-ambulanciers die zich voornamelijk bezighouden met niet-dringend patiëntenvervoer.
- Het *medisch personeel in ziekenhuizen en klinieken*: artsen, chirurgen, zorgkundigen, kinesitherapeuten, apothekers, medisch assistenten ...

In de huidige editie werden de administratieve en logistieke functies binnen ziekenhuizen en klinieken niet opgenomen. Als respondenten uit deze beroepscategorieën toch deelnamen aan het onderzoek, werden hun antwoorden uitgesloten omdat ze niet binnen de vooraf bepaalde onderzoekspopulatie pasten. Dit betekent geenszins dat deze beroepsgroepen geen slachtoffer of getuige kunnen zijn van geweld. Voor deze tweede editie heeft het onderzoek zich echter uitsluitend toegespitst op het hulpverlenend en medisch personeel, wiens opdracht erin bestaat burgers bij te staan en te verzorgen.

2.2 Wat verstaan we onder geweld?

De definitie van geweld is complex en evolueert voortdurend. Ondanks het bestaan van verschillende typologieën en definities, blijven de begrippen geweld, agressie en intimidatie veranderen onder invloed van maatschappelijke, culturele en professionele contexten. Deze dynamiek vereist een flexibele en context gebonden benadering, die in staat is om evoluties in de arbeidswereld en maatschappelijke veranderingen te integreren. Het is dan ook essentieel om referentiekaders regelmatig te herzien om tot een aangepaste en doeltreffende aanpak van de verschillende vormen van geweld te komen.

Een poging om de begrippen *geweld* en *agressie* te definiëren, betekent dat men de diversiteit van ongewenste handelingen en gedragingen die eronder vallen, moet verduidelijken. Hoewel deze begrippen vaak door elkaar of samen gebruikt worden, zijn ze niet volledig synoniem. Hun interpretatie is subjectief, hun betekenis varieert en ze overlappen elkaar gedeeltelijk. Bovendien oefenen de gevoeligheden van slachtoffers en socio-culturele contexten een duidelijke invloed uit op wat met de termen geweld en agressie wordt bedoeld.

In 2002, bij de publicatie van het eerste rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over geweld en gezondheid, dat bedoeld was om bewustzijn te creëren over de wereldwijde gevolgen van geweld, werd geweld gedefinieerd als:

"het dreigen met of daadwerkelijk intentioneel gebruikmaken van fysieke kracht of macht tegen zichzelf, een andere persoon of een groep of gemeenschap dat met een grote waarschijnlijkheid zal leiden tot verwonding, dood, psychische schade, ontwikkelingsachterstand of verwaarlozing." (WGO, 2002).

Ook de term agressie is onderwerp geweest van intensief debat en is verre van eenduidig. Deze term kan niet als eenduidig worden beschouwd, aangezien agressie meerdere betekenissen omvat en een veelzijdig concept is dat een veelheid aan gedragingen omvat (Ramírez & Andreu, 2003; Ramírez & Andreu, 2006). Hoewel de term agressie in het dagelijks taalgebruik wordt begrepen, wordt dit zo breed en vaag gebruikt dat het vrijwel onmogelijk is om één enkele sluitende definitie te geven (Ramírez & Andreu, 2003). Terwijl traditioneel de nadruk ligt op de intentie om anderen schade toe te brengen, nemen sommige benaderingen ook schadelijk gedrag zonder expliciete intentie in overweging. Toch worden de intentie van de dader en de onmiddellijke impact op het slachtoffer gezien als noodzakelijke kenmerken van elke vorm van agressie (Ramírez & Andreu, 2006). Agressie kan dus worden opgevat als een expliciete uiting van geweld, gekenmerkt door opzettelijke fysieke of psychologische schade, waarmee het begrip zich onderscheidt van meer diffuse of sluipende vormen van geweld. De moeilijkheid om de term agressie te definiëren, is echter relatief eenvoudig in vergelijking met de moeilijkheid om een dergelijk ambigu concept het classificeren: "The difficulties arise from the multiple social, cultural, and professional influences concerned with the different proposed typologies of aggression" (Ramírez & Andreu, 2003, p. 127).

Om de handelingen en fenomenen aan te duiden die als geweld en agressie worden beschouwd, worden verschillende categorieën onderscheiden op basis van vorm, richting, oorzaak, ernst en context (De Jager, 2017), waarbij de dimensies elkaar soms overlappen. Fysieke, psychologische, verbale en seksuele agressie worden vaak van elkaar onderscheiden. Agressie kan gericht zijn tegen andere mensen, tegen voorwerpen of tegen zichzelf. De context kan sterk variëren, bijvoorbeeld bij geweld tegen huisartsen: in de praktijk, buiten de praktijk of tijdens wachtdiensten. Van der Burght (2012) maakt ook een onderscheid tussen geweld op de werkplek en geweld in verband met het werk. Geweld op de werkplek betreft incidenten die zich op de

³ FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu : <https://www.health.belgium.be/nl/pit-paramedical-intervention-team>

werkplek voordoen, zonder dat het onderwerp van het geweld noodzakelijkerwijs werkgerelateerd is. Wanneer de oorzaak van het geweld verband houdt met de uitvoering van een taak of een werksituatie, spreekt men van werkgerelateerd geweld. Dit onderscheid maken is niet altijd eenvoudig, en beide vormen kunnen in één en hetzelfde incident voorkomen. Daarom stelt Van der Burght voor om de algemene term "professioneel geweld" te gebruiken.

Geweld kan benaderd worden via een brede of een enge definitie. Een brede definitie betekent dat talrijke vormen van geweld en agressie onder deze noemer vallen. Daardoor worden bepaalde feiten, die voorheen als onbeduidend werden beschouwd of niet als zodanig werden erkend, plots wel meegenomen. Dit kan nadelig zijn voor ernstig geweld. Het voordeel van een brede definitie is echter dat ze een volledig beeld geeft van de ware omvang van het fenomeen. Een enge benadering verwijst vaak naar een juridische benadering van geweld, gericht op manifeste en opzettelijke handelingen, meestal fysiek. Enkel fysieke, zichtbare, meetbare aspecten in aanmerking nemen, laat alle andere niet-fysieke vormen van geweld buiten beschouwing, hoewel de definitie ervan methodologische uitdagingen inhoudt (Gill, Fisher & Bowie, 2012).

In het verleden gebruikten Lorion (2001) en Wikström (2009) de schade veroorzaakt door geweld als basis voor hun definitie. Ze ontwikkelden een continuüm waarbij schade werd gedefinieerd als "elke vorm van fysieke, psychologische of materiële schade", met een onderscheid tussen discriminatie, seksuele intimidatie, bedreiging, verbale en fysieke agressie (De Wree, Vermeulen & Christiaens, 2006; Van der Burght, 2012).

Een gelijkaardige classificatie wordt teruggevonden bij Abraham, Flight en Roorda (2011) op basis van een zelfevaluatieonderzoek. Dit onderscheid werd ook gebruikt in een Nederlands onderzoek in 2011 van de DSP-groep over "agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak". Daar spreekt men over "ongewenst gedrag":

1. **Verbale agressie:** schelden, schreeuwen, vernederen, treiteren of pesten.
2. **Fysieke agressie:** duwen, slaan, schoppen, spugen, vastgrijpen, verwonden, fysiek hinderen, gooien met / vernielen van / voorwerpen.
3. **Bedreiging/intimidatie:** (gezinsleden) bedreigen, stalken, achtervolgen, chanteren, onder druk zetten of sturen van een dreigbrief.
4. **Seksuele intimidatie:** nafluiten, seksueel getinte opmerkingen en blikken, handtastelijkheden, aanranding of verkrachting.
5. **Discriminatie:** negatieve opmerkingen of gedragingen met betrekking tot sekse, huidskleur, geloof, leeftijd of seksuele geaardheid (DSP, 2011).

Deze vormen kwamen ook aan bod in een Belgisch onderzoek ("*Wat flik je me nu?*") over geweld tegen de politie in 2014 (Van Branteghem, Truyens, Van Alstert & Verwee, 2014), waarin deze vijf vormen echter werden herleid tot drie geweldscategorieën: verbale agressie, fysieke agressie en intimidatie/bedreiging.

In Canada werd een gelijkaardige classificatie gebruikt in het onderzoek naar geweld tegen spoeddiensten (Bigham et al., 2014), waarin een onderscheid gemaakt werd tussen verbale agressie, intimidatie, fysieke agressie, seksuele intimidatie en seksuele agressie. Boyle, Koritsas, Coles en Stanley (2007) gebruikten in hun pilootstudie over geweld op het werk in Australië de definitie van Tolhurst et al. (1999):

- **Verbale agressie:** [...] ⁴ het gebruik van beledigend taalgebruik, schreeuwen of roepen met de bedoeling u te beledigen of bang te maken. Dit kan ook bedreigingen of verbaal misbruik via de telefoon omvatten, maar sluit seksuele intimidatie en seksuele agressie uit;
- **Materiële schade of diefstal:** [...] het toebrengen van schade aan of het stelen van eigendommen van uzelf, uw familie of uw werkplek. Dit omvat schade of diefstal van voertuigen, persoonlijke bezittingen, meubilair, kantoorapparatuur en -materiaal of inrichtingselementen. Pogingen tot diefstal van deze zaken vallen hier ook onder;
- **Intimidatie:** [...] het opzettelijk bedreigen, achtervolgen of gebruiken van gebaren die bedoeld zijn om u te beledigen of bang te maken;
- **Fysieke agressie:** [...] u fysiek aanvallen of trachten dit te doen. Dit omvat gedrag zoals duwen, slaan, schoppen of het gebruik van een wapen of ander voorwerp met de bedoeling lichamelijk letsel toe te brengen;
- **Seksuele intimidatie:** Elke vorm van ongewenste seksuele toenadering of aandacht van [...]. Dit omvat gedrag zoals vernederende of beledigende seksueel getinte grappen of opmerkingen, suggestieve blikken of gebaren, ongepaste geschenken of verzoeken om een ongepaste lichamelijke

⁴ [Een patiënt, een klant, een familielid, een collega, een andere professional]

controle, aandringen op een afspraakje, evenals stelingen, aanrakingen of vastgrijpen, met uitzondering van seksuele aanrakingen (bijvoorbeeld van de geslachtsdelen of borsten);

- **Seksuele agressie:** Elk gedwongen seksueel contact, verkrachting of seksuele aanranding gepleegd door [...]. Dit omvat stelingen, aanrakingen of vastgrijpen van de geslachtsdelen en/of borsten. Pogingen tot seksuele agressie worden eveneens meegerekend (Tolhurst et al., 1999).

Een systematisch overzichtsonderzoek naar werkgerelateerd geweld tegen spoeddiensten (Murray et al., 2019) benadrukt dat deze classificatie het vaakst wordt gebruikt om de vormen van geweld te categoriseren.

Anderzijds gebruiken sommige buitenlandse studies een eenvoudigere classificatie die enkel onderscheid maakt tussen fysieke en verbale agressie. Dergelijke classificatie geeft ook weer dat de culturele context een rol kan spelen in de definitie van geweld en agressie. Zo wordt in Taiwan (Wang, Fang, Wu, Hsu & Lin, 2019) de prevalentie onderzocht met uitsluiting van seksueel geweld. Ook in Iran wordt deze uitsluiting ingegeven door culturele overwegingen (Emam, Alimohammadi, Sadrabadi & Hatamabadi, 2018), hoewel "raciaal en etnisch geweld" daar wel wordt bestudeerd.

In de werkcontext wordt het begrip geweld ook in verband gebracht met de term "pesterijen", ongeacht of het gaat om morele, seksuele of gendergerelateerde pesterijen. De wet van 11 juni 2002 betreffende de bescherming tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk bepaalt het geheel van gedragingen en handelingen die in de arbeidssituatie als geweld en pesterijen worden beschouwd en die een impact kunnen hebben op de uitvoering van het werk of zich voordoen op de werkplek. Deze definitie houdt rekening met zowel de fysieke als psychische aspecten van deze handelingen, alsook met de aantasting van de menselijke waardigheid. Uit deze wet blijkt dat geweld en pesterijen op het werk kunnen worden gepleegd door derden (externe agressie), collega's of leidinggevenden (interne agressie).

In het Verdrag nr. 190 van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) over geweld en intimidatie in de arbeidswereld wordt geweld en intimidatie omschreven als:

"een reeks onaanvaardbare gedragingen en praktijken, of het dreigen daarmee, ongeacht of het gaat om één of herhaaldelijke gebeurtenissen, die gericht zijn op, leiden tot of waarschijnlijk zullen leiden tot fysieke, psychologische, seksuele of economische schade, en waaronder ook gendergerelateerd geweld en intimidatie vallen" (IAO, 2019).

Datzelfde verdrag vormt bovendien een belangrijke stap vooruit in de bescherming tegen geweld en intimidatie op het werk, doordat het nieuwe vormen van pesterijen erkent: die op basis van gender en die in verband met nieuwe technologieën (IAO, 2019). In de context van de huidige studie, inclusief de culturele dimensie en de doelgroepen (werknemers uit de medische sector en personeel van spoed- en hulpdiensten), is het belangrijk stil te staan bij deze twee vormen van geweld.

Volgens de IAO komt "gendergerelateerd geweld en intimidatie" neer op geweld en intimidatie die gericht is op een persoon vanwege diens geslacht of gender, of die een onevenredig effect heeft op personen van een bepaald geslacht of gender, en omvat dit ook seksuele intimidatie. Dit geweld treft vooral vrouwen en meisjes, maar ook LGBTQIA+-personen: "Erkennend dat gendergerelateerd geweld en intimidatie onevenredig veel vrouwen en meisjes treft, en erkennend dat een inclusieve, geïntegreerde en genderbewuste aanpak, die de onderliggende oorzaken en risicofactoren aanpakt – waaronder genderstereotypen, meervoudige en gekruiste vormen van discriminatie, en ongelijke machtsverhoudingen op basis van gender – essentieel is om geweld en intimidatie in de arbeidswereld te bannen" (IAO, 2019). Gendergerelateerd geweld houdt nauw verband met genderongelijkheid (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, z.d.).

Hoewel zowel mannen als vrouwen slachtoffer kunnen zijn van geweld, blijkt dat de blootstelling aan risico's op geweld op het werk verschilt naargelang het geslacht, en onder meer beïnvloed kan worden door de gendergerelateerde arbeidsverdeling: "Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in heel wat risicovolle beroepen, met name als leerkracht, maatschappelijk werker, verpleegkundige en zorgverlener, evenals in banken en winkels" (Chappell & Di Martino, 2006:6). Men spreekt dan van gendergerelateerd geweld, en dit vormt een belangrijk aandachtspunt bij geweld op het werk, vooral in de medische sector. Liu et al. (2019) toonden aan dat vrouwen meer kans hebben om het slachtoffer te worden van seksuele intimidatie dan mannen. Een IPSOS-enquête van 2023 in Frankrijk toont aan dat 78% van de vrouwelijke artsen reeds slachtoffer is geweest van seksistische gedragingen, 30% kreeg te maken met seksueel getinte gebaren of zelfs ongewenste aanrakingen. Minder dan een derde van de vrouwen die dergelijk gedrag ondervonden, zegt dat ze dit intern binnen het ziekenhuis hebben gemeld. Dit wijst op een van de complexiteiten van dit soort geweld: het wordt zelden intern gemeld of aangegeven bij de politie (NSVRC, z.d.), uit angst voor represailles, schaamte, vrees voor het oordeel van anderen, wantrouwen in het gerechtelijk systeem, of omdat het slachtoffer op het moment zelf niet beseftte dat de situatie ongepast was (Ipsos, 2023; SACC, 2021). Bovendien spreken mannen

die getuige zijn van dergelijke feiten zich niet uit: slechts één op de tien meldde het aan zijn hiërarchie (Ipsos, 2023).

Hoewel ze niet per se intrinsiek verbonden zijn met gendergerelateerd geweld, omvatten seksistisch en seksueel geweld een brede waaier aan gedragingen, van seksistische opmerkingen tot seksuele aanranding, met inbegrip van seksuele intimidatie, seksuele chantage en ongewenste aanrakingen. Achter deze onaanvaardbare en strafbare gedragingen gaan strategieën van macht en dominantie schuil (FOGE & SECO, z.d.), evenals een machtsonevenwicht dat erop gericht is om bij een persoon of een groep gevoelens van inferioriteit en/of onderwerping te creëren (Raad van Europa, z.d.). Gendergerelateerd geweld is diep verankerd in de sociale en culturele structuren, normen en waarden van de samenleving, en wordt vaak in stand gehouden door een cultuur van ontkenning en stilte. Het beperkt zich niet tot de “professionele” sfeer en treft in hoofdzaak vrouwen (Raad van Europa, z.d.). Volgens UN Women (2020) heeft meer dan 70% van de vrouwen wereldwijd tijdens haar leven een vorm van gendergerelateerd geweld meegemaakt, en heeft de COVID-19-pandemie deze situatie verergerd, met in sommige landen een stijging van 30% in het aantal meldingen van huiselijk geweld.

Op basis van de vele bestaande classificaties van geweld en agressie (waarvan we er slechts enkele hebben aangehaald; voor meer voorbeelden, zie onder andere Ramirez & Andreu, 2003 en 2008 over het thema agressie), hebben we in deze studie gekozen voor de categorisatie van geweld zoals gehanteerd door de DSP-groep. Deze keuze is ingegeven door de wens om zo volledig mogelijk te zijn. Het gebruik van de DSP-definitie legt de nadruk op de verscheidenheid aan vormen van geweld, wat een belangrijk signaal is voor potentiële slachtoffers. Op die manier wordt duidelijk gemaakt dat men niet alleen slachtoffer kan zijn van fysiek of verbaal geweld – misschien de meest voor de hand liggende vormen – maar ook van bedreiging/intimidatie, seksuele intimidatie of discriminatie. Tolhurst et al. (1999) benadrukken daarbij het intentionele karakter van geweld.

Deze relatief volledige classificatie werd in de studie van Verwee et al. in 2021 uitgebreid met twee nieuwe “vormen van geweld” (Verwee et al., 2022), namelijk:

- Het ongewenst verspreiden van tekst via sociale media;
- Het ongewenst verspreiden van beeld via sociale media.

De toevoeging van deze twee nieuwe vormen van dreiging en intimidatie is ingegeven door de opkomst van het internet en van sociale media, die de relationele dynamieken en hun grenzen grondig hebben veranderd. Deze informatie- en communicatietechnologieën (ICT), die het mogelijk maken om permanent in contact te blijven met vrienden, collega's en dierbaren – ongeacht de afstand –, berichten in real time te delen en nieuwe mensen te ontmoeten buiten de eigen kring, vergemakkelijken ook de verspreiding van haatdragende boodschappen, bedreigingen of publieke vernederingen (zoals bij wraakporno of *doxxing*). Bovendien vergroten de nieuwe digitale ruimtes die sociale media bieden – en de zichtbaarheid die ze geven aan persoonlijke en professionele activiteiten – het risico op cyberpesterijen. De anonimiteit en het virale karakter van sociale media openen de deur voor kwaadaardig gedrag, gaande van laster tot aanzetten tot haat, en van doelgericht lastigvallen tot online intimidatie. De gemakkelijke toegang tot persoonlijke gegevens en het ontbreken van fysieke barrières moedigen sommige individuen aan om gedrag te vertonen dat ze in een reële context niet zouden durven, wat de waargenomen straffeloosheid van daders en morele distantieering versterkt. Sociale media creëren als het ware “alternatieve oplossingen” om de bedoelingen van de plegers te vergemakkelijken (De Stefano, Durri, Stylogiannis & Wouters, 2020). Daarnaast dragen de algoritmes van de platformen, doordat ze interactie-opwekkende inhoud meer zichtbaar maken, onbedoeld bij aan de verspreiding van deze vormen van geweld door het promoten van controversiële of agressieve publicaties. Ten slotte versterkt de moeilijkheid om de digitale sporen van deze aanvallen definitief te wissen de psychologische en sociale impact van cyberpesterijen, die lang kunnen blijven doorwerken en het welzijn van slachtoffers blijvend kunnen aantasten. Die effecten worden nog versterkt door de blijvende online aanwezigheid van deze inhoud, de voortdurende toegankelijkheid en de massale verspreiding, wat het lijden van slachtoffers vergroot. Sociale media zijn overigens niet het enige middel tot cyberpesterij: ook e-mails, telefoontjes en andere vormen van communicatie via ICT zijn mogelijke dragers van digitaal geweld.

Wat cyberpesterij onderscheidt van traditionele pesterij – naast het gebruik van ICT – is het herhalingsaspect. Zoals De Stefano et al. (2020) opmerken, maken ICT het mogelijk dat individuen herhaaldelijk worden geconfronteerd met denigrerende, agressieve of vernederende inhoud die slechts één keer online werd geplaatst. Eén enkele daad kan dus leiden tot herhaalde blootstelling van het slachtoffer, zelfs zonder dat dit door de oorspronkelijke dader zo bedoeld was. In dat geval is het criterium van herhaling minder betrouwbaar om de ernst van deze vorm van pesterij te beoordelen. Daarbovenop komt dat de digitale sporen van cyberpesterij in de praktijk vaak onmogelijk te verwijderen zijn. Hierdoor wordt een onderscheid gemaakt

tussen directe cyberpesterij (de dader neemt rechtstreeks contact op met het slachtoffer) en indirecte cyberpesterij (de dader gebruikt "relatief publieke zones van de cyberspace" in plaats van privékanalen) (De Stefano, Durri, Stylogiannis & Wouters, 2020). Volgens dezelfde auteurs betreft een ander specifiek kenmerk van cyberpesterij de "ongelijke machtsverhouding" tussen daders en slachtoffers. Deze ongelijkheid heeft te maken met de technische kennis van de gebruikte technologieën en met de anonimiteit die ICT mogelijk maakt.

Binnen de professionele sfeer hebben Desrumaux, Hellemans, Malola en Jeoffrion (2021) bovendien gewezen op het verband tussen "traditionele" pesterijen en cyberpesterijen op het werk: "Als een slachtoffer op het werk fysiek gepest wordt, is de kans groot dat dit pesten zich ook via technologie voortzet, en dus uitmondt in cyberpesten. Aangezien technologie alomtegenwoordig is, kan het pesten zelfs na de werkuren doorgaan. Dit kan bovendien nieuwe en/of andere factoren met zich meebrengen die een invloed hebben op de mentale gezondheid van het slachtoffer."⁵ Cyberpesterij op het werk is dus een realiteit, die een inbreuk vormt op het privéleven van slachtoffers, aangezien ze zich niet noodzakelijk beperkt tot de werkuren, de werkplek of de professionele sfeer.

Binnen de categorieën van professioneel geweld zijn verschillende typologieën of classificaties tot stand gekomen. Zonder ze allemaal te bespreken, lijken twee ervan relevant in het kader van deze studie en van de doelgroepen. De eerste classificatie is die van Garcia, Hue, Opdebeeck & Van Looy (2003): (1) Taakgericht geweld: gericht op de taken, verantwoordelijkheden of professionele prestaties van het slachtoffer; (2) Persoonsgericht geweld: gericht op de persoonlijke kenmerken van het individu, en dit kan verschillende vormen aannemen: bedreigingen, stalking, vernederingen, discriminatie op basis van huidskleur, gender, enz. De tweede classificatie is die van Bowie (2002), aangevuld door de Californische dienst voor veiligheid en gezondheid op het werk (OHSa), en gebaseerd op risicofactoren:

- Geweld op het werk kan worden onderverdeeld in verschillende categorieën, afhankelijk van de oorsprong en de betrokken actoren. De eerste vorm is extern geweld, ook wel crimineel geweld genoemd. Dit wordt gepleegd door personen van buiten de organisatie, zoals klanten, patiënten of bezoekers. Dit type geweld uit zich vaak in fysieke agressie, bedreigingen of diefstal. Het komt vooral voor in sectoren waar werknemers direct contact hebben met het publiek, zoals de gezondheidszorg, het vervoer of de detailhandel.
- Een ander type geweld is geweld in de relatie met het publiek, dat zich voordoet tijdens interacties tussen werknemers en gebruikers, patiënten of klanten. Het kan gaan om agressief gedrag, verbale intimidatie of bedreigingen. Dit fenomeen komt vaak voor in beroepen waarbij werknemers in contact komen met mensen in nood, zoals zorgverstrekkers, maatschappelijk werkers of leerkrachten.
- Intern geweld daarentegen vindt plaats binnen de organisatie zelf en betreft de relaties tussen collega's of tussen een leidinggevende en een ondergeschikte. Het kan gaan om pesterijen, morele of seksuele intimidatie, of om interpersoonlijke conflicten. Dit type geweld wordt vaak verergerd door stressvolle, competitieve of slecht gereguleerde werkomgevingen, waar de spanningen tussen werknemers toenemen.
- Tot slot is er ook het organisatie- of institutioneel geweld, dat rechtstreeks voortvloeit uit de arbeidsomstandigheden die door de onderneming of instelling worden opgelegd. Dit uit zich in buitensporige druk, werkoverbelasting, een gebrek aan erkenning of het ontbreken van steun vanuit het management. Dergelijke factoren kunnen leiden tot een diep gevoel van onbehagen bij werknemers, wat burn-out en interne conflicten in de hand werkt.

2.3 Prevalentie van geweldsfeiten – In België en elders

In België, net zoals elders in Europa (en wereldwijd), haalt geweld tegen medisch personeel en hulpverleners regelmatig de voorpagina's van de krant. Dit fenomeen is allerm minst anekdotisch en weerspiegelt een klimaat van toenemende spanningen in ziekenhuizen en hulpdiensten. In Frankrijk bijvoorbeeld, meldde de Nationale Orde van Artsen in oktober 2024 een nooit geziene toename van geweld tegen zorgverleners: 1.581 incidenten werden gerapporteerd, een stijging van 27% ten opzichte van het voorgaande jaar. Veruit de meeste incidenten betroffen verbale agressie en bedreigingen (73%), gevolgd door fysieke agressie, diefstallen en vandalisme (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023). In België stelt de Orde der artsen (2023) dat 84,4% van de artsen die deelnamen aan een nationale bevraging ooit slachtoffer geweest zijn van een vorm van agressie of geweld in het kader van de arts-patiëntrelatie. Toch blijft de werkelijke omvang van het

⁵ Vertaald uit het Engels door de auteurs: "If a victim gets bullied in person, she/he will probably be subject to bullying through technology and thus cyberbullying. Given that technology is everywhere it could even be that work bullying continues after work hours and might involve new and/or different factors in the victim's mental health"

probleem bijzonder moeilijk in te schatten, aangezien dit sterk afhangt van het bestaan en de beschikbaarheid van cijfermateriaal, dat vaak schaars of te beperkt is, zoals de politieke misdaadstatistiek die enkel op officiële klachten zijn gebaseerd.

2.3.1 Het “dark number” - Het onzichtbare zichtbaar maken

Geweld en agressie zijn moeilijk te meten, aangezien officiële cijfers afhangen van het meldgedrag van slachtoffers, waardoor een dark number blijft bestaan. Dit betekent dat een groot aantal agressie- en geweldsfeiten plaatsvinden zonder ooit gemeld te worden en dus buiten de officiële statistieken vallen. De redenen voor het bestaan van dit dark number zijn uiteenlopend: sommige mensen beseffen niet dat ze slachtoffer zijn van agressie of geweld (bijvoorbeeld onwetendheid over het feit dat het ongevraagd verspreiden van beelden of teksten op het internet een vorm van agressie is), anderen kennen de dader (goed), voelen schaamte of schamen zich, worden niet erkend als slachtoffer omdat collega's de situatie minimaliseren, of vrezen voor de gevolgen van een melding of klacht (onder meer voor hun loopbaan).

De redenen waarom feiten van geweld niet gemeld worden – hetzij intern, hetzij bij de politie – zijn zeer divers en sectorafhankelijk. Verschillende Belgische en internationale studies hebben deze redenen gedocumenteerd. Zo wordt bij politiediensten de meest genoemde reden om geweldsincidenten niet te melden: “het hoort bij het werk”, gevolgd door het idee dat het incident “niet ernstig genoeg” was en dat “melden toch geen resultaat zal opleveren” (Van Branteghem et al., 2014). Bij hulp- en spoeddiensten zijn de voornaamste redenen dat de feiten niet ernstig genoeg zijn, dat er weinig tot geen schade is, of dat dit als “part of the job” wordt beschouwd (Verwee et al., 2022). In de gezondheidszorgsector zijn de belangrijkste vastgestelde redenen:

- Gevoel van empathie voor de patiënt en diens familie;
- De overtuiging dat licht geweld aanvaardbaar is, dat het deel uitmaakt van het werk en dat de patiënt er niets aan kan doen;
- De gezondheidstoestand van de patiënt als bijdragende factor;
- Moeilijke meldingsprocedures en bezorgdheid over gebrek aan vertrouwelijkheid;
- De indruk dat leidinggevenden het probleem niet adequaat zullen aanpakken;
- Angst voor represailles of schuldinductie;
- Gebrek aan richtlijnen of verplichtingen rond meldingen;
- Frustratie omdat er geen feedback komt op gerapporteerde incidenten (NSW Ambulance, 2016).

Bigham et al. (2014) wijzen op onderliggende verklaringen voor het onderrapporteren van geweld op het werk, zoals een organisatiecultuur waarin “geweld melden niet vanzelfsprekend is” en een gebrek aan vertrouwen van werknemers in het management. De mate van onderrapportering werd voor spoeddiensten geschat op ongeveer 40% van de agressie-incidenten (LRD, 2005). Dit toont aan dat een goed ontworpen meldingssysteem en een aanmoedigend beleid van de organisatie essentieel zijn om geweld op het werk tegen te gaan.

De percentages van niet-gemelde geweldsincidenten op het werk liggen hoog (Murray et al., 2019), niet alleen bij verbale agressie, maar ook bij fysieke agressie. Maguire et al. (2018) stellen bijvoorbeeld dat 44% van de slachtoffers fysieke agressie niet meldt. Het magazine van de National Fire Protection Association publiceerde in januari 2019 getuigenissen van ambulanciers over gewelddadige incidenten tijdens de dienst. Veel hulpverleners beschouwen geweld als “deel van het werk” of melden het incident niet “uit sympathie” voor patiënten met psychische aandoeningen, of uit vrees om als zwak te worden beschouwd binnen hun organisatie (“NFPA Journal - The Toll of Violence, Jan Feb 2019”, 2019). De Franse IPSOS-studie (2023) toont bovendien aan dat meldingen van geweld vooral onder collega's plaatsvinden (binnen het ziekenhuis), en zelden richting hiërarchische verantwoordelijken gebeuren. Diezelfde studie gaf ook aan dat bij 30% van de respondenten het ziekenhuis geen enkel communicatiekanaal had opgezet over wat te doen bij seksuele intimidatie. Voor België toonde De Jager (2017) aan dat de meerderheid van de artsen, namelijk 77,6%, het incident niet meldde bij de politie, de Orde der artsen, een huisartsenkring, intern of elders. Wanneer er wél werd gemeld, ging het in 10,2% van de gevallen om een melding bij de politie.

Het melden van geweldsfeiten vormt een hoeksteen, niet alleen om gerichte ondersteuningsmaatregelen voor slachtoffers mogelijk te maken en deze fenomenen te bestrijden, maar ook om een strikte opvolging en evaluatie van de problematiek van geweld en agressie tegen eerstelijns werkers mogelijk te maken (zie onder andere Verwee in *BlueMinds*, 2024).

Toch ontsnapt een aanzienlijk deel van de feiten aan officiële registratie, wat het zogenaamde “dark number” creëert. Om deze onderrapportering te compenseren, bieden zelfrapportageonderzoeken (*self-report delinquency*, SRD) of slachtofferenquêtes (*Victim Survey*) een waardevol alternatief. SRD-enquêtes vragen

individueen naar hun eigen gedrag als potentiële dader ("In welke mate heeft u bepaalde feiten zoals geweld of agressie gepleegd in de voorbije 12 maanden?"), terwijl slachtofferenquêtes peilen naar hun ervaring als slachtoffer ("In welke mate bent u slachtoffer geweest van bepaalde feiten in de voorbije 12 maanden?"). In dit kader werd in 2021 een eerste gegevensverzameling uitgevoerd door Verwee, Dormaels en Vermeulen (2022) bij medewerkers van hulp- en spoeddiensten, die als eerstelijnsverleners bijzonder vaak met crisissituaties geconfronteerd worden. De studie bracht in kaart hoe vaak deze beroepsprofielen met geweld te maken krijgen, wie de plegers zijn, waar de incidenten plaatsvinden, welke gevolgen ze hebben voor de slachtoffers en welke middelen werden aangesproken na het meest ingrijpende voorval.

2.3.2 Prevalenties voor zorgverstrekkers

De internationale literatuur heeft zich intensief toegelegd op het bestuderen van de geweldsfenomenen waarvan werknemers in de zorg- en gezondheidssector het slachtoffer zijn. Reeds begin jaren 2000 voerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), in samenwerking met de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO), de Internationale Raad van Verpleegkundigen (CII) en de Internationale Openbare Diensten (PSI), een onderzoek uit naar geweld op het werk in de gezondheidszorg. Deze studie bracht het mondiale karakter van dit probleem aan het licht en leidde tot het opstellen van preventieve richtlijnen. Ook De Jager (2017) heeft verscheidene verklaringen en manifesten uit het buitenland geïdentificeerd waarin deze problematiek werd aangekaart en waarin overheden worden opgeroepen om de registratiesystemen voor incidenten te verbeteren, de bevolking te sensibiliseren en strengere sancties toe te passen op daders. Deze oproep tot sensibilisering en communicatie werd reeds eerder geformuleerd door Hinsenkamp (2013, 2014), terwijl de vraag naar strengere bestraffing naar voren kwam in het onderzoek van Philips (2016), die de onderrapportering van gewelddadige incidenten en de professionele cultuur waarin agressie en geweld als "deel van het werk" worden beschouwd, onderstreept.

Vergeleken met andere groepen werknemers, blijkt zorgpersoneel bijzonder vaak blootgesteld te worden aan het risico op geweld door patiënten/cliënten of hun naasten op de werkvloer, precies omwille van het publiek waarmee zij werken (Schablon, Wendeler, Kozak, Nienhaus, & Steinke, 2018). Liu et al. (2019) voerden een internationale kwantitatieve synthese uit over geweld op het werk bij zorgverleners. Zij verzamelden 353 studies, met in totaal 331.554 respondenten. Van deze groep gaf 61,9% aan ooit geconfronteerd te zijn geweest met geweld op het werk, 42,5% met niet-fysiek geweld, en 24,4% met fysiek geweld in het voorbije jaar. De meest voorkomende vorm van niet-fysiek geweld was verbale agressie (57,6%), gevolgd door bedreigingen (33,2%) en seksuele intimidatie (12,4%). In deze studie werden ook geografische verschillen in de prevalentie van geweld op het werk vastgesteld. Zo liggen de meldingspercentages van fysieke agressie en seksuele intimidatie tegen zorgverleners hoger in Noord-Amerika en Australië, terwijl de meldingspercentages voor pesterijen en intimidatie het laagst zijn in Europa. Een mogelijke verklaring is dat misbruik in Europa minder vaak wordt gemeld, wat de lagere cijfers zou kunnen verklaren. Andere specifieke kenmerken met betrekking tot de profielen van slachtoffers van geweld op het werk en de risico's van blootstelling aan fysiek geweld en niet-fysiek geweld worden ook benadrukt (zoals anciënniteit, functie of etniciteit, enz.).

In de Verenigde Staten stellen Benham, Tillotson, Davis & Hobbs (2011) vast dat drie op vier spoedartsen geconfronteerd worden met een of andere vorm van geweld. Personen onder invloed van middelen en/of met psychiatrische stoornissen worden het vaakst geïdentificeerd als daders. Ook in deze studie wordt het probleem van onderrapportering benadrukt. De auteurs raden bijkomende opleidingen aan, alsook sensibiliseringssessies en zelfverdedigingscursussen.

Eveneens in de Verenigde Staten onderzochten Gupta et al. (2023) de prevalentie van geweld in ziekenhuizen in Baltimore en het effect van opleidingen voor artsen en medische assistenten in de-escalatie. De onderzoekers gingen ervan uit dat ziekenhuizen bijzonder kwetsbaar zijn voor geweld op de werkvloer, en dat de-escalatietraining het zelfvertrouwen van zorgverleners bij het omgaan met agressieve patiënten kan vergroten. Voor hun definitie van geweld op het werk baseerden zij zich op de omschrijving van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Volgens de WGO (2002) omvat geweld op het werk incidenten waarbij werknemers worden mishandeld, bedreigd of aangevallen in het kader van hun werk – ook tijdens hun woon-werkverkeer – en waarbij hun veiligheid, welzijn of gezondheid op expliciete of impliciete wijze in het gedrang komt. Uit het onderzoek bleek dat in de 36 deelnemende ziekenhuizen 86,5% van de respondenten te maken had met geweld van patiënten of bezoekers in de afgelopen 12 maanden. Van hen meldde 83,8% verbale agressie, 29,7% racistische handelingen, 18,9% fysieke agressie en 16,2% seksuele agressie (Gupta et al., 2023).

Een andere studie, uitgevoerd in Spanje, verzamelde bronnen die systematische reviews en meta-analyses hadden uitgevoerd over geweld op het werk bij zorgverleners in ziekenhuizen en in de pre-hospitale context.

Comme tous les mardis au moment d'aller au staff:



Figuur 2 Illustratie "situatie n°2" – Doctoraatsthesis Zou Al Guyna (2018) ©

slachtoffer te zijn geweest van agressief gedrag tijdens hun loopbaan, en 73 % in de afgelopen 12 maanden. 23 % maakte ernstige vormen van geweld mee in de loop van hun carrière, tegenover 11 % in de afgelopen 12 maanden. 66 % van de vrouwelijke artsen en 34 % van de mannen gaven aan zich onveilig te voelen tijdens huisbezoeken tijdens wachtdiensten.

Ook in Duitsland toonde een nationale studie uit 2018 aan dat 94,1% van de werknemers van 81 deelnemende zorginstellingen aangaf slachtoffer te zijn geweest van verbaal geweld, en 69,8% van fysiek geweld, in het afgelopen jaar, met patiënten als voornaamste daders. Beledigingen, knijpen en krabben, slagen en bedreigingen zijn de meest gemelde geweldsfeiten. Daarnaast werd seksuele intimidatie in alle sectoren gemeld, met de hoogste incidentie in de ouderenzorg. Ook werd melding gemaakt van "horizontaal" geweld, meestal psychologisch van aard (zoals laster en roddels): 40,8 % van de respondenten gaf aan geconfronteerd te zijn geweest met psychologisch geweld door collega's. Volgens de resultaten van deze enquête lopen vrouwen minder risico op verbale agressie dan mannen (Schablon et al., 2018).

In Nederland onderzochten studies uit 2007, 2009 en 2011 de omvang van agressie en geweld in vijftien beroepen met een publieke opdracht (politie, brandweer, arbeidsinspectie, belastingdienst, gevangeniswezen, gerechtsdeurwaarders, ambulancediensten, ziekenhuizen, lager en secundair onderwijs, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), sociale diensten, spoorwegpersoneel, burgemeesters en gemeenteraadsleden) (DSP, 2011). Bij deze beroepen waren spoorwegpersoneel, gevangenispersoneel en deurwaarders het vaakst slachtoffer van ongewenst gedrag, gevolgd door ambulanciers en medewerkers van sociale diensten (DSP, 2011). Verbale agressie was de meest voorkomende vorm van geweld bij overheidsmedewerkers (57 % van de werknemers), gevolgd door fysieke agressie (20 %) en intimidatie (19 %). Discriminatie (12 %) en seksuele intimidatie (7 %) kwamen minder vaak voor (DSP, 2011).

Op het niveau van nationale instellingen worden geweldsfenomenen eveneens opgevolgd. In 2023 meldde de Frans Nationale Orde van Artsen een ongeziene toename van geweld tegen zorgverleners. Verbale agressie en bedreigingen vormden het merendeel van de incidenten (73 %), gevolgd door fysieke agressie, diefstallen en vandalisme (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023). Seksistisch en seksueel geweld komt eveneens veel voor in de medische sector: in 2023 gaf 65 % van de actieve artsen aan op de hoogte te zijn van seksistisch en seksueel geweld, 29 % meldde hiervan slachtoffer te zijn geweest tijdens de opleiding, met een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke slachtoffers (54 %, tegenover 5 % mannen). Van de feiten waarvan vrouwen slachtoffer waren, ging het bij 49 % om seksistisch of seksueel wangedrag, 18 % om seksuele intimidatie, 9 % om aanranding en 2 % om verkrachting. Bij 26 % van de slachtoffers was de dader een andere arts (Conseil National des Médecins, 2024). Volgens diezelfde studie werden twee obstakels geïdentificeerd om het lage aantal officiële meldingen te verklaren: de hiërarchie en de beroepsorganisaties. Slachtoffers vrezen niet geloofd te zullen worden, vrezen gevolgen voor hun carrière, of schamen zich. Slachtoffers kennen de meldprocedures niet, zijn wantrouwig of ervaren de Orde der artsen als niet efficiënt.

In 2018 bracht de doctoraatsthesis van Zou Al Guyna (2018) over seksueel geweld tijdens de geneeskundestudies (prevalentieonderzoek bij externen in Île-de-France) aan het licht dat slachtoffers van seksueel geweld vooral vrouwen zijn. De benadering van deze enquête was op zijn minst vernieuwend. Via illustraties van situaties van seksueel geweld werd aangetoond dat 29,8 % van de externen in de geneeskunde

aangaf minstens één van de voorgestelde situaties te hebben meegemaakt. De prevalentie neemt toe in de tweede cyclus van de opleiding (die een stage in een ziekenhuis- of ambulante setting omvat), en bereikt 45,1% aan het einde van die cyclus en 61,9% bij vrouwen. In de steekproef gaf 25,2 % aan slachtoffer te zijn geweest van seksuele intimidatie, 11,6% van aanranding, en van deze laatste groep onderging 45,7% het geweld herhaaldelijk. De meest getroffen profielen waren vrouwen, studenten in gevorderde jaren, wie een stage in chirurgie deed en wie actief is in het studentenleven. Ook mannen werden niet gespaard: 11,2 % van de mannelijke deelnemers meldde minstens één situatie van geweld.

In 2019 publiceerde journaliste Cécile Andrzejewski in Frankrijk het boek "Silence sous la blouse". Dit boek verzamelt getuigenissen van artsen, verpleegkundigen, laboranten en zorgkundigen die slachtoffer waren van pesterijen, seksuele agressie, vernederende rituelen of schunnige grappen. Ondanks meldingspogingen was de conclusie: *"Degenen die tegenover hen staan, of het nu superieuren of collega's zijn, delen dezelfde straffeloosheid: ze zijn in de doofpot gestopt door hun collega's en hun superieuren."* (Le Spécialiste, 2019).

Deze Franse situaties sluiten aan bij de Belgische context zoals blootgelegd door Geldolf et al. (2021). Van 3.015 Vlaamse geneeskundestudenten gaven er 1.168 aan slachtoffer te zijn geweest van minstens één vorm van seksueel geweld op de werkplek. De onderzoekers bevroegen de deelnemers over zogenaamde "hands-off" en "hands-on"-gebeurtenissen. "Hands-off"-gedrag omvat ongepaste opmerkingen of grappen, sexting, iemand uitkleden zonder toestemming (slachtoffer of dader), of dit filmen. "Hands-on"-gedrag betreft (pogingen tot) ongewenste fysieke handelingen zoals kussen, aanrakingen, orale seks of andere vormen van penetratie. Van de "hands-off"-inbreuken gaf 32,9% aan minstens één opmerking of ongepaste grap te hebben gekregen. "Hands-on"-inbreuken waren minder frequent: ongewenste aanrakingen (of pogingen daartoe) kwamen het vaakst voor en werden gemeld door 8,7% van de respondenten. Van hen had 39% deze gedragingen meermaals ondergaan en 4% gaf aan dat het regelmatig voorkwam (Geldolf et al., 2021). Geweld in de medische sector wordt ook bevestigd in het SERV-rapport – Vlaamse werkbaarheidsmonitor (2023), waarin 19,4% van de werknemers in zorg en welzijn melding maakte van fysiek geweld, 25,9% van intimidatie of bedreiging, 10,3% van ongewenst seksueel gedrag en 12,1% van pesterijen. Deze cijfers liggen aanzienlijk hoger dan het gemiddelde in de Vlaamse beroepsbevolking (respectievelijk 6,8%, 17,9%, 3,6%, 9,7%) (Stichting Innovatie & Arbeid, 2024).

Meer algemeen bevestigen Belgische studies deze tendens. Een studie uit 2017 bij huisartsen (De Jager, 2017; De Jager et al., 2019) wees uit dat 84,4% van de respondenten tijdens hun loopbaan geconfronteerd werd met agressie, waarvan 36,8% in het afgelopen jaar. Voor diezelfde periode rapporteerde men:

- 33,1% verbale agressie,
- 30% psychologische agressie,
- 14,4% fysieke agressie,
- en bijna 10% seksuele agressie.

Uit deze gegevens blijkt dat vrouwen vaker slachtoffer zijn van verbale, psychologische en seksuele agressie, en dat jongere of minder ervaren artsen meer risico lopen. Ook ziekenhuispersoneel — met name verpleegkundigen en zorgkundigen — blijkt bijzonder blootgesteld te worden aan geweld, afkomstig van patiënten of hun omgeving. Diverse strategieën werden voorgesteld om dit aan te pakken, zoals het verbeteren van de veiligheidsmaatregelen, vorming in geweldbeheersing en strengere meldingsprotocollen.

Deze agressieprevalenties worden ook bevestigd door een studie uit 2022 van IDEWE, waaruit blijkt dat 34,4% van de werknemers in de gezondheidszorg slachtoffer was van externe agressie. Het rapport noemt de coronapandemie als oorzaak van de toename van agressie-incidenten in de zorgsector (IDEWE, 2022).

Meer recent documenteerde een nationale studie van de Orde der artsen dat 84,4% van de artsen die deelnamen aan de bevraging op een bepaald moment in hun carrière slachtoffer waren van een vorm van agressie of geweld in de arts-patiëntrelatie. De meest voorkomende vormen van geweld waren: 77,2% verbale agressie, 41,7% psychische agressie, 24,2% fysieke agressie en 10,1% seksuele agressie. Deze cijfers uit 2023 tonen een duidelijke stijging tegenover eerdere metingen (Orde der artsen, 2023).

2.3.3 Prevalenties voor hulp- en spoeddiensten

Confrontaties met geweld worden door brandweerlieden en hulpverleners als steeds frequenter ervaren (Verwee et al., 2022). Nationale en internationale gegevens bevestigen de waargenomen trends. Hoewel dit geweld niet nieuw is, wordt een verandering vastgesteld in de aard van het geweld en is er mogelijk sprake van een onderschatting van de cijfers:

“Toch stellen we de laatste jaren een stijging vast van het aantal gevallen en een verandering in het type geweld. Die toename wordt gevoeld binnen de hulpdiensten en bij de mensen op het terrein, maar is moeilijk hard te maken. Er bestaat namelijk geen centrale databank waarin de cijfers worden verzameld. Bovendien vermoeden we een sterke onderrapportering, vooral van ‘lichtere’ vormen van agressie, omdat veel hulpverleners nog steeds vinden dat ‘het bij het werk hoort’” (Bruggemans in Blue Talks, 2023)

Dit geweld is des te verontrustender omdat het gepleegd wordt door burgers tegenover mensen die net reageren op een nood- of hulpvraag. Het is ook verontrustend omdat deze fenomenen lijken toe te nemen doorheen de jaren: 65,4 % van de professionals heeft het gevoel dat er meer agressie is tijdens de uitoefening van het beroep van brandweerman/vrouw (Verwee et al., 2022). Verschillende factoren verklaren deels de prevalentie van geweldsfeiten, zoals de stijging in middelengebruik, het gegeven dat je in nood bent (angst, pijn), en het opzoeken van kicks, wat tot meer agressie tegen hulpverleners zou leiden (persbericht⁶ van december 2024 in naam van de Limburgse hulpverleners). De coronacrisis speelde bovendien een rol in de evolutie van gewelds fenomenen en het onveiligheidsgevoel bij hulpdiensten en politie, in uiteenlopende mate. Het onderzoek van het Observatorium van Safe.Brussels stelde vast dat tijdens de coronacrisis de nervositeit van bepaalde groepen sterk toenam, dat publieke ambtenaren ook bezorgd waren over hun eigen gezondheidsveiligheid wegens frequente contacten met het publiek, en dat er een diversificatie was van de profielen van geweldplegers (Distexhe, 2024).

Gewelds fenomenen waarbij brandweerlieden aangevallen worden door burgers, komen in heel Europa voor: in Frankrijk (o.a. tijdens stedelijke rellen), het Verenigd Koninkrijk, Italië, Finland en Zweden (Scandella, 2012), maar ze zijn niet beperkt tot Europa noch tot één cultuur (Drew, 2023). Volgens Scandella (2012) zou een verklaring liggen in de perceptie van burgers die brandweerlieden met politie associëren.

Wat betreft prevalentie werd in 2018 een internationale studie naar fysieke agressie tegen medische hulpdiensten gelanceerd door de Central Queensland University. Dertien landen namen deel aan het onderzoek, met het grootste aandeel respondenten uit de VS, Australië en het VK. 65 % van de respondenten gaf aan in de afgelopen 12 maanden fysieke agressie te hebben meegemaakt tijdens hun dienst (Maguire et al., 2018). In zeven van de dertien deelnemende landen werden gemiddeld 2,3 incidenten van fysieke agressie per voltijdswerknemer per jaar gerapporteerd. Vijf jaar eerder, in 2013, toonde een Amerikaanse studie aan dat het relatieve risico op geweld bij ambulanciers twee keer hoger lag dan het nationale gemiddelde en dat 8 % van de dodelijke verwondingen bij ambulanciers te wijten was aan geweld (Maguire & Smith, 2013).

In Australië toonden Boyle, Koritsas, Coles & Stanley (2007) aan dat 87,5 % van de paramedici in het afgelopen jaar situaties van geweld op het werk had meegemaakt. 62 % van de deelnemers werd geïdentificeerd als “gediplomeerde paramedische ambulancier” (Boyle et al., 2007). Verbale agressie was de meest voorkomende vorm (82 %), gevolgd door intimidatie (55 %), fysieke agressie (38 %), seksuele intimidatie (17 %) en seksuele agressie (4 %).

In Canada verklaarde 75 % van de paramedici van de medische hulpdiensten in 2014 slachtoffer te zijn geweest van geweld tijdens hun werk in de afgelopen 12 maanden. Van hen ondervond 67 % verbale agressie, 41 % intimidatie, 26 % fysieke agressie en 3 % seksuele agressie (Bigham et al., 2014).

Onder spoedambulanciers in Taiwan gaf 74,3 % aan ooit slachtoffer te zijn geweest van verbale agressie tijdens de dienst, terwijl 49,3 % aangaf fysieke agressie te hebben ondervonden (Wang et al., 2019).

In West-Turkije werd een kwantitatieve studie uitgevoerd naar geweld tegen spoeddiensten. Onderzoekers onderscheidden vijf vormen van geweld: verbale agressie, gerichte bedreigingen, fysieke agressie met of zonder letsel, seksueel geweld en een restcategorie. In 2004 gaf meer dan de helft van de werknemers aan te maken gehad te hebben met verbale agressie en 8,5 % met fysieke agressie (Ayranci, 2004).

Een andere studie in het VK (2016–2017) onderzocht hoe vaak brandweerlieden geconfronteerd werden met gewelddadige incidenten tijdens interventies. Deze incidenten konden zich ook voordoen op weg naar of terug van de interventieplaats. De onderzoekers telden slechts één gewelddadig incident per gebeurtenis om overschatting te vermijden. De geanalyseerde gedragingen waren intimidatie, het gooien van objecten naar brandweerlieden of hun materiaal, verbale en fysieke agressie en andere vormen van geweld. Tussen 2016 en 2017 werden 738 incidenten geregistreerd. In meer dan de helft kwam verbale agressie voor. Het gooien

⁶Persbericht van december 2024 : <https://www.jessazh.be/documents/20123/72041328/20241217+-+PB-Limburgse+hulpverleners+vragen+respect+.pdf/d2e8d6fb-fe0f-1042-adb1-1d144076efbe?t=1734435889936> (31 maart 2025)

van voorwerpen kwam voor in 28 % van de gevallen. Bij de 738 incidenten raakten 56 brandweerlieden gewond (Home Office, 2017).

Bergman, Valk en De Vries (2013) onderzochten de grijze literatuur aan de hand van Nederlandse mediaberichtgeving in 2011–2012. Ze concludeerden dat de politie het vaakst slachtoffer is van geweld, gevolgd door ambulanciers en brandweerlieden. In 2012 focuste de berichtgeving vooral op slachtoffers van fysieke agressie (56 %) of een combinatie van fysieke en verbale agressie (17 %). In 14 % van de gevallen ging het alleen om verbale agressie. Dat wijst erop dat media meer aandacht besteden aan fysieke vormen van geweld.

Wat betreft de paramedische diensten en ambulanciers in het bijzonder, voerde Drew (2023) een systematische literatuurstudie uit waarmee een overzicht werd opgesteld van de prevalentie van geweld op het werk (ook wel "beroepsgelateerd geweld" genoemd) bij deze beroepsgroepen. Onder de recente studies die in dit overzicht aan bod komen, valt onder meer die van Gormley et al. (2016), uitgevoerd bij 1.800 paramedici in de Verenigde Staten. Daaruit blijkt dat 69% van de respondenten in de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging minstens één incident van geweld op het werk had meegemaakt, met een duidelijke oververtegenwoordiging van verbaal geweld (67%) en een niet te verwaarlozen blootstelling aan fysiek geweld (44%). Zoals Drew (2023) benadrukt, is de blootstelling van paramedici aan beroepsgelateerd geweld ook gedocumenteerd in Zuid- en West-Europa. In Spanje voerden Bernaldo-De-Quiros et al. (2015) een studie uit bij 441 paramedici, waaruit bleek dat 48% van de deelnemers uitsluitend werd blootgesteld aan verbaal geweld, terwijl 34% zowel verbaal als fysiek geweld ondervond. Slechts 18% gaf aan nooit slachtoffer te zijn geweest van agressie.

In Nederland documenteerde de longitudinale studie van Van der Velden et al. (2016, in Drew, 2023), uitgevoerd bij paramedici van vijf regionale ambulancediensten via twee enquêtes over 12 maanden, dat verbale agressie de meest voorkomende vorm was: 40 % van de respondenten in de eerste meting, bijna 50 % in de tweede. Fysieke agressie kwam eveneens veel voor (35 % en 34 %). De prevalentie van herhaalde fysieke agressie daalde echter sterk in de zes maanden nadien (van 7 % naar 4 %).

In een andere Nederlandse studie, uitgevoerd door Aarten et al. (2020), werden de cijfers over agressie tegen ambulanciers tussen 2007 en 2015 met elkaar vergeleken, waaruit bleek dat over een periode van acht jaar een daling had plaatsgevonden. In deze studie worden agressie en geweld omschreven als intimidatie, fysieke agressie, seksuele intimidatie en morele intimidatie (pesterijen). Toch benadrukken de onderzoekers dat het aantal gewelddadige incidenten ondanks de daling hoog blijft. In 2007 gaf 71 % van de respondenten aan te zijn geconfronteerd met geweld en agressie van externen, tegenover 65 % in 2015. Opmerkelijk is dat het onderzoek gebaseerd is op een zeer klein aantal respondenten, gemiddeld 16 per jaar, wat voorzichtigheid vereist bij de interpretatie van de resultaten.

In België worden ambulanciers, brandweerlieden en andere werknemers van de hulpdiensten regelmatig geconfronteerd met geweld en agressie. Volgens een enquête uitgevoerd door Vias institute in 2021 gaf 83 % van de deelnemers aan slachtoffer te zijn geweest van verbale agressie, voornamelijk in de vorm van geroep tegen hen. Beledigingen vormen de tweede meest voorkomende vorm van verbale agressie: tot 15 % van de hulpverleners zegt er wekelijks mee geconfronteerd te worden. Fysieke agressie komt eveneens veel voor: één op de twee respondenten gaf aan hier in de voorbije 12 maanden slachtoffer van te zijn geweest. Het gaat hierbij om gedragingen zoals duwen, slaan, schoppen, iemand fysiek hinderen of voorwerpen gooien of vernielen. Daarnaast meldde meer dan de helft van de respondenten (54 %) bedreigd te zijn geweest, en ook seksuele intimidatie blijkt significant: één op de zes gaf aan ongepaste opmerkingen te hebben gekregen, en 10 % verklaarde ongewenste aanrakingen te hebben ondergaan. Uit de getuigenissen blijkt dat 52 % van de daders onder invloed was van alcohol, een derde onder invloed van drugs, en iets meer dan een vijfde onder invloed van medicatie (Verwee et al., 2022). Diezelfde studie benadrukt dat de herhaling van deze agressie een aanzienlijke impact heeft op de mentale gezondheid van eerstelijnsverleners: verhoogde stress, verminderde werktevredenheid, slaapproblemen, en andere schadelijke gevolgen.

Meer recent documenteerde het Observatorium van Safe.Brussels het zelf ingeschatte risico van Brusselse brandweerlieden⁷ om met geweld geconfronteerd te worden tijdens hun interventies: 40 % van hen beschouwde dat risico als matig, 20 % als hoog en 6 % als zeer hoog. Wat de feiten betreft, waren de wekelijkse en maandelijkse prevalenties als volgt verdeeld:

⁷ Deze studie documenteert ook deze risico's en prevalenties voor politieagenten, parkwachters en gemeenschapswachten in Brussel.

Tabel 1. Slachtofferschap van Brusselse brandweelrui (Distexhe, 2024).

	"Minstens één keer per week" - Brandweerlieden	"Minstens één keer per maand" - Brandweerlieden
Verbale agressie	29%	67%
Beledigingen	21%	56%
Bedreigingen en intimidatie	7%	32%
Lichamelijk geweld	-	14%
Beschadiging van eigendom	1%	5%

2.4 Risicofactoren

"Violence is so common among workers in contact with people in distress that it is often considered an inevitable part of the job." (Chappell & Di Martino, 2006:86)

Heel wat onderzoekers hebben zich de vraag gesteld of het mogelijk is om typische profielen van slachtoffers van geweld te bepalen, onder meer om bepaalde individuele kenmerken te identificeren die zouden kunnen verklaren waarom iemand het doelwit wordt van geweld of agressie. Deze benadering is echter sterk betwistbaar. Ze legt niet alleen de last van het geweld op de schouders van het slachtoffer ("zij/hij zou op een bepaalde manier verantwoordelijk zijn voor de situatie"), maar draagt ook bij aan stigmatisering en invisibilisering, aangezien iedereen slachtoffer van geweld kan worden.

Toch werden er vaststellingen gedaan met betrekking tot bepaalde kenmerken, zoals de professionele achtergrond van de slachtoffers en hun werkplek of werkomgeving. We spreken dan over risicoberoepen, wat aantoont dat de professionele rol sterk kan samenhangen met de ervaring van geweld op het werk (Murray et al., 2019), en over risicofactoren.

Uit de literatuurstudie blijkt dat een aantal **beroepen** als risicovol worden beschouwd: hulpverleners en medewerkers uit de (para)medische sector (inclusief administratieve medewerkers), ordediensten, werknemers in het openbaar vervoer, leerkrachten... De blootstelling aan geweld in deze beroepen kan worden verklaard door een reeks risicofactoren die verband houden met de aard van het werk, met inbegrip van de omgeving (buitenlocaties en/of onbekende plaatsen) en het publiek waarmee men in contact komt (personen in nood en/of met psychisch of fysiek lijden, onder invloed van middelen of medicatie ...).

Een eerste factor is de **werkomgeving**, en meer bepaald de **omstandigheden** en situaties waarin de professional zich kan bevinden. Deze zogenaamde "risicosituaties" gaan gepaard met een verhoogd risico op blootstelling aan geweld: alleen werken (bijv. in een instelling of bij patiënten thuis), werken in afgelegen of crimineel gevoelige zones, werken op late of nachtelijke uren of heel vroeg in de ochtend, werken in contact met het publiek (bijv. buschauffeur), werken met mensen in nood (bijv. hulpverleners), werken in omstandigheden van bijzondere kwetsbaarheid (bijv. werken met migranten of mensen onder invloed), werken in militaire of paramilitaire organisaties, en werken in conflictgebieden of gewapende contexten (Chappell & Di Martino, 2006; Muñoz, 2023; OSHA, 2016; IAO, 2022). Daarbovenop komt voor hulpverleners en zorgverleners het feit dat zij moeten werken in situaties van verhoogde stress (omdat het leven van een persoon op het spel staat, omdat de situatie zich afspeelt in een gespannen omgeving, of omdat er tijdsdruk is – "Violence, for example, is only giving you five minutes to see to a patient", Equal Times, 2024).

Aan de factor werkomgeving wordt de ergonomie van de werkplek toegevoegd: een ongunstige ruimtelijke inrichting die het zicht belemmert of de vluchtmogelijkheden van werknemers beperkt bij een gewelddadig incident, gangen, kamers, parkings en andere slecht verlichte zones, afwezigheid van communicatiemiddelen ... (OSHA, 2016). In de medische sector wordt dit onveiligheidsgevoel verergerd door de verslechtering van de arbeidsomstandigheden als gevolg van een gebrek aan financiële en menselijke middelen in vele ziekenhuizen. De stijgende instroom van patiënten overbelast het zorgpersoneel, verlengt de wachttijden op alle niveaus en veroorzaakt spanningen en ongeduld. Deze context bemoeilijkt kwaliteitsvolle communicatie tussen zorgverlener en patiënt, die vaak niet wordt aangeleerd of geoefend, hoewel het ontbreken ervan een erkende risicofactor is voor geweld. Onder druk kunnen zorgverleners een onaangepaste communicatiestijl aannemen, wat vaak tot conflicten leidt (Duesberg, 2022).

In hun werk analyseerden Chappell en Di Martino (2006) grondig de contexten en populaties waarmee gezondheidswerkers en hulpverleners moeten interageren. Deze twee groepen zijn extra blootgesteld aan het

risico op geweld, door de aard zelf van de situaties waarin het publiek waarmee zij in contact komen zich bevindt. Patiënten die naar het ziekenhuis komen, verkeren vaak in situaties van lijden, nood, angst of vertonen psychiatrische, fysieke of emotionele stoornissen. Daarbij komen gevoelens van frustratie — met name gelinkt aan wachttijden, een gebrek aan informatie of communicatie — boosheid of onbegrip. Deze gevoelens, de ervaring en de verhoogde gevoeligheid van de patiënt (en van diens omgeving) verhogen het risico op gewelddadig gedrag tegenover eerstelijnsverleneren: brandweerlieden, ambulanciers, artsen of verpleegkundigen. Bepaalde diensten zijn daarenboven meer blootgesteld dan andere vanwege hun “gevoelig publiek”, zoals spoeddiensten, psychiatrie of geriatrie (Duesberg, 2022).

Daarenboven is het belangrijk te benadrukken dat deze professionals – zonder het te willen – soms als uitlokkende factor van agressie kunnen gezien worden. Hoewel dat paradoxaal lijkt in het licht van hun noodzorgopdracht, kunnen bepaalde gangbare praktijken – zoals het toedienen van een behandeling tegen de wil van de patiënt in, of pijn veroorzaakt door een medische handeling – negatief worden geïnterpreteerd en tot gewelddadige reacties leiden (Drew, 2023). Daar komt nog bij dat de relatie die de professional met de patiënt opbouwt soms een machtsrelatie is, waarin de patiënt benaderd wordt als een object en niet meer als mens (Duesberg, 2022). De risicofactoren die Murray et al. (2019) aanhalen, sluiten aan bij bovenstaande bevindingen: ontevredenheid over de responstijd; gebrek aan begrip voor de zorg- en behandelingsnoden; gevoelens van machteloosheid, frustratie en boosheid bij een noodgeval; weigering van transport; de gezondheidstoestand van de patiënt; cultuurverschillen.

Voor hulpverleners en spoeddiensten blijken de risico's nog groter te zijn, zowel door het doelpubliek van hun interventies (personen onder invloed van alcohol en/of drugs, in nood, gemarginaliseerde gemeenschappen ...), als door de plaats van de interventie (op straat, in afgelegen gebieden ...): “De frustratie en boosheid die voortvloeien uit ziekte en pijn, problemen gelinkt aan veroudering zoals dementie, bepaalde psychiatrische aandoeningen of intoxicatie door alcohol en psychoactieve stoffen kunnen het gedrag beïnvloeden en personen verbaal of fysiek gewelddadig maken.” (Chappell & Di Martino, 2006:85). Volgens New South Wales Ambulance (NSW) (2016) zijn alcohol en drugs in 37 % van de gerapporteerde gevallen een bijdragende factor bij geweld, terwijl de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt een belangrijke rol speelt in 51 % van de gevallen. In België zijn alcohol, middelenmisbruik en verslaving ook factoren die bijdragen tot geweld tegen artsen (De Jager, 2017).

Deze “situaties” waarin de patiënt en/of zijn of haar naasten zich bevinden, evenals hun emotionele, psychische of fysieke toestand, onderstrepen het belang om geweldsincidenten niet automatisch als opzettelijke daden te beschouwen:

“I think it's a really complex kind of cause. I think most causes are of people just being frustrated and angry. Not necessarily at us as people, but just at the situation they're in and quite a lot of it...I think involves kind of drink, drugs and mental health and I don't think people set out to be deliberately violent towards us...I don't know that that is something that we can solve, unfortunately. I think when people are unwell or have called an ambulance for whatever reason, then I think, you know things just can just kind of escalate and they just feel out of control and just lash out.” (Ambulance crew, B16) (Gerressu, Newman, & Bezemer, 2023).

Daarnaast lijkt ook het **tijdstip** waarop geweldsincidenten plaatsvinden een rol te spelen als risicofactor. Bergman, Valk en De Vries (2013) voerden een studie van grijze literatuur uit op basis van mediaberichtgeving, waaruit bleek dat agressie en gewelddaden zich voornamelijk voordoen in het weekend, tussen vrijdagavond en zondag. Wat betreft het tijdstip gebeuren de meeste incidenten 's avonds en 's nachts. Een Taiwanese studie bij spoedartsen bevestigde deze trend en gaf aan dat geweld voornamelijk voorkomt tijdens de avondshiften, tussen 16u00 en middernacht (Wang et al., 2019). Maguire et al. (2018) bevestigen deze resultaten in een internationale studie, waarin ze vaststelden dat 40% van de gewelddaden zich voordoet binnen diezelfde tijdspanne. In België duiken ook andere sleutelmomenten op die gepaard gaan met meer geweld. Zo wordt rond Nieuwjaar een duidelijke piek in incidenten vastgesteld bij politie en hulpdiensten. In de medische sector komt agressie vaker voor tussen januari en april, met een piek op weekdays (eerder dan in het weekend), rond 10u en 15u (De Jager, 2017).

Ook stelt de vraag rond geografische **spreiding** van geweld zich. In Nederland blijken vooral de randstedelijke provincies het zwaarst getroffen door geweld. In België identificeerde een studie over geweld tegen artsen

⁸ Vertaling door de auteurs: “Ik denk dat het een complex fenomeen is. Ik denk dat de meeste oorzaken van geweld te maken hebben met het feit dat mensen gefrustreerd en boos zijn, niet noodzakelijk naar ons toe, maar gewoon door de situatie waarin ze zich bevinden en heel vaak is er ook sprake van drank, drugs of een bepaalde geestelijke gezondheidstoestand ... Ik denk niet dat mensen opzettelijk gewelddadig zijn tegen ons ... Ik weet niet of dat iets is dat we kunnen oplossen, helaas. Ik denk dat als mensen zich niet goed voelen of om wat voor reden dan ook een ambulance hebben gebeld, dan weet je dat dingen een beetje kunnen escaleren en dat ze zich misschien niet meer onder controle kunnen houden en uithalen.” (Ambulancepersoneel, B16) (Gerressu, Newman, & Bezemer, 2023).

(De Jager, 2017) de provincie Antwerpen als het meest getroffen (20,7 % van de meldingen), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16,3 %) en de provincie Oost-Vlaanderen (12,3 %). De voornaamste **plaatsen** waar agressie voorkomt zijn: dokterspraktijk (33,3 %), ziekenhuis (32 %, voornamelijk spoeddiensten), huisbezoeken (7,7 %), telefonisch contact (7,5 %). Psychiatrische instellingen worden als aanzienlijk gevaarlijker beschouwd dan algemene ziekenhuizen.

In Australië toonde een studie van NSW Ambulance (2016) aan dat 50 % van de incidenten plaatsvindt op de interventieplaats van het ambulanceteam, 19 % in de ambulance, en 31 % nadat de patiënt op de spoeddienst is aangekomen. Deze gegevens onderstrepen de noodzaak om preventiestrategieën aan te passen aan de context en het beroep van de blootgestelde professionals.

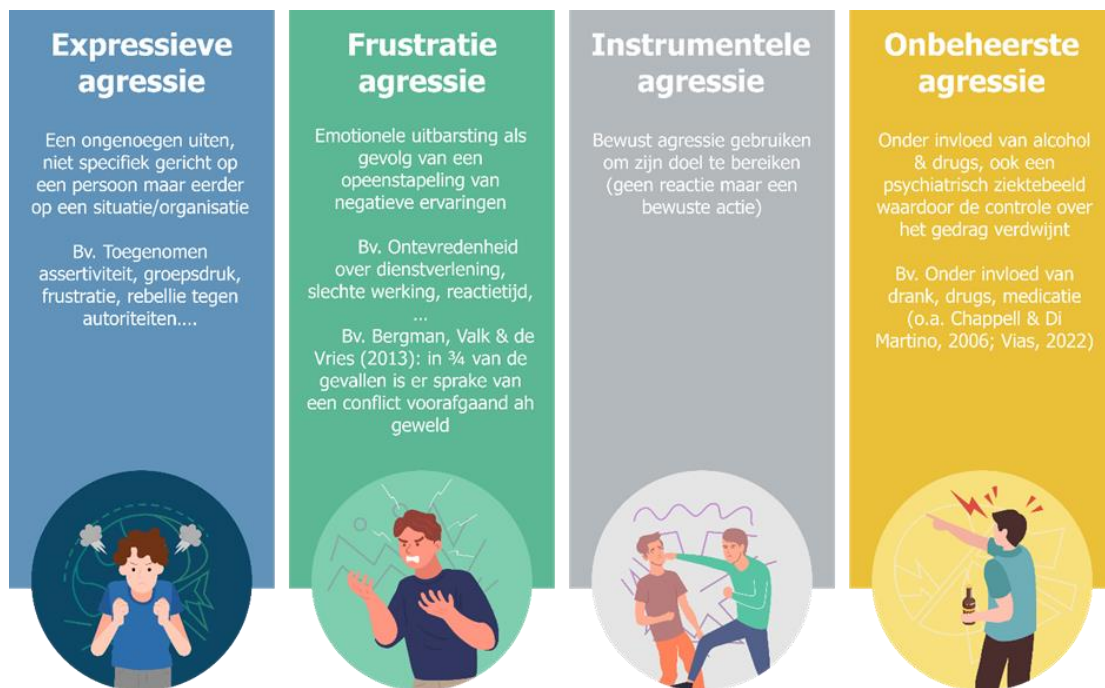
Naast omgevings- en organisatie gebonden factoren of factoren die verband houden met het doelpubliek, wordt in onderzoek steeds meer aandacht besteed aan demografische kenmerken zoals **gender**gerelateerd geweld op de werkvloer. Verschillende studies wijzen op verschillen tussen mannen en vrouwen: mannen zouden vaker blootgesteld worden aan fysieke agressie, vooral in interventie- of veiligheidsfuncties o.a. bij de politie (Van Branteghem et al., 2014; Maguire et al., 2018), terwijl vrouwen vaker melding maken van verbale, psychologische of seksuele agressie (of agressie met seksuele connotatie) (zie onder andere Boyle et al., 2007; De Jager, 2017; Acquadro Maran, Cortese, Pavanelli, Fornero, & Gianino, 2019). Toch zijn deze resultaten soms tegenstrijdig en moeten ze met grote omzichtigheid worden geïnterpreteerd. Bepaalde vertekeningen in de methodologie van gegevensverzameling — ofwel door vrijwillige meldingen, ofwel gebaseerd op bestaande data — kunnen de observaties beïnvloeden. Sommige studies stellen dat vrouwen eerder geneigd zijn om bepaalde gebeurtenissen te melden en andere te onderrapporteren (bijvoorbeeld omdat ze als inherent aan de functie worden beschouwd), terwijl mannen eerder bepaalde vormen van geweld zouden onderrapporteren omwille van sociale normen, taboes of het minimaliseren van de feiten. Daarenboven lijkt het effect van gender vaak af te hangen van de professionele context en de functie, wat de analyse van gender als zelfstandige verklarende factor bemoeilijkt (Maguire et al., 2017; Taylor et al., 2016; Acquadro Maran et al., 2019).

Een tweede demografisch kenmerk dat vaak onderzocht wordt in de literatuur is **leeftijd**. Verschillende studies wijzen in dezelfde richting: jongere werknemers zijn vaker blootgesteld aan geweld op het werk. Deze verhoogde kwetsbaarheid wordt doorgaans toegeschreven aan een gebrek aan ervaring, een minder ontwikkelde beheersing van conflictmanagement, of impulsievere reacties in gespannen situaties (DSP, 2011; Bigham et al., 2014; Van Branteghem et al., 2014; Maguire et al., 2018). Maguire et al. (2018) stelden onder meer vast dat, in de leeftijdsgroep 30–40 jaar, de percentages van fysieke agressie vergelijkbaar waren tussen mannen en vrouwen werkzaam in de medische hulpdiensten, wat suggereert dat leeftijd soms een belangrijkere factor kan zijn dan gender. Daartegenover zouden oudere professionals beschikken over een betere emotionele regulatie, wat zou bijdragen aan het ontmijnen van potentieel gewelddadige situaties. Toch worden deze trends niet systematisch vastgesteld: sommige studies, zoals die van Murray et al. (2019), tonen geen significante correlatie aan tussen leeftijd en de frequentie van geweldservaringen. Deze verschillen benadrukken het belang van contextuele variabelen — zoals sector, institutioneel kader of gebruikte methodologieën — bij de interpretatie van de resultaten.

Overkoepelend op deze risicofactoren speelt de **culturele omgeving** waarin het geweld plaatsvindt. Het gaat hier om de sociale en morele normen over wat wel of niet is toegestaan binnen de samenleving: “In general, the orientation of a culture, or the shared beliefs within a sub-culture helps define the limits of tolerable behaviour. To the extent that a society values violence, attaches prestige to violent conduct, or defines violence as normal or legitimate or functional behaviour, the values of individuals within that society will develop accordingly.” (Chappell & Di Martino, 2006:114).

In het licht van de werken van Chappell en Di Martino (2006), Murray et al. (2019), Drew (2023) en Verwee et al. (2022) werden verschillende **oorzakelijke vormen van geweld** tegen medisch spoedpersoneel geïdentificeerd en verduidelijkt in de arbeidscatalogus voor de ambulancediensten in Nederland (*Arbocatalogus Ambulancezorg*, 2019). Dit document maakt onderscheid tussen meerdere types agressie, op basis van hun oorzaken en uitingvormen:

- Instrumentele agressie en geweld: de dader handelt opzettelijk en gebruikt geweld als een middel om een specifiek doel te bereiken, vaak binnen een machts- of controleverhouding;
- Frustratieagressie en -geweld: impulsieve en emotionele reacties, die ontstaan na een opeenstapeling van frustraties of negatieve, al dan niet reële ervaringen;
- Onbeheerste agressie en geweld: gedrag dat optreedt wanneer iemand de controle over zichzelf verliest, vaak onder invloed van middelen (alcohol, drugs) of bij psychiatrische stoornissen;
- Expressieve agressie en geweld: uitingen van algemene ontevredenheid, die vaak niet gericht zijn op een specifieke persoon, maar eerder op een instelling of symbolische situatie.



Figuur 3 Typologie van agressievormen (infografiek: Vias institute)

Tot slot worden ook de risicofactoren met betrekking tot **intern geweld** (tussen collega's, met een leidinggevende of ondergeschikte) op de werkvloer besproken. Tal van organisatorische parameters kunnen bijdragen aan de blootstelling aan intern geweld: werkklimaat, overmatige werkdruk, gebrekkige communicatie, afwezigheid van een preventiebeleid, competitieve werkomgeving, gebrek aan opleiding, informatie en communicatie over onaanvaardbaar gedrag binnen de organisatie; en het ontbreken van duidelijke meldprocedures (Chappell & Di Martino, 2006; OSHA, 2016). Meer specifiek binnen de medische sector dragen bepaalde organisatorische factoren in sterke mate bij aan het risico op geweld, in het bijzonder intern geweld (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, z.d.):

- Sociale relaties,
- Onvoldoende sociaal-emotionele steun van leidinggevendens,
- Onvoldoende mate van autonomie en verantwoordelijkheid,
- Strikte hiërarchische lijnen,
- Slechte organisatie van de dienst,
- Moeilijke samenwerking met andere disciplines,
- Weinig invloed op het beleid van de organisatie,
- Variabele werktijden: ploegenarbeid, nacht- en weekendwerk,
- Overuren,
- Personeelstekort,
- Rotatie van personeel.

Daarnaast kunnen ook individuele factoren intern geweld in de hand werken: persoonlijke of relationele problemen, middelengebruik, persoonlijkheid, emotionele instabiliteit, onvermogen om met conflicten of stress om te gaan ... Evenals contextuele en sociale factoren binnen het bedrijf: een bedrijfscultuur die geweld tolereert, discriminatie, ongelijke behandeling ... (Chappell & Di Martino, 2006). Bij het ontstaan van bepaalde vormen van geweld, zoals intimidatie of pesterijen, lijken de organisatorische factoren een doorslaggevende rol te spelen (Poilpot-Rocaboy, 2010).

2.5 Gevolgen van geweld

Geweld op het werk heeft diepgaande gevolgen, niet alleen voor de directe slachtoffers, maar ook voor hun omgeving en, ruimer gezien, voor de hele samenleving. Op individueel niveau kan het leiden tot fysieke en psychologische klachten, die de mentale en emotionele gezondheid van de werknemer langdurig aantasten. Dit lijden blijft niet beperkt tot de professionele sfeer: ook het gezinsleven, de sociale kring en de professionele toekomst van het slachtoffer worden beïnvloed, wat kan leiden tot isolatie, verlies van zelfvertrouwen of een vermindering van carrièreperspectieven en/of economische middelen.

2.5.1 Gevolgen op individueel niveau

Afhankelijk van het type geweld verschillen de gevolgen in ernst en/of duur. Poilpot-Rocaboy (2010) stelt dat er bij psychologische intimidatie drie soorten negatieve gevolgen voor het individu zijn: (1) verslechtering van de fysieke en mentale gezondheid; (2) economische gevolgen; (3) gevolgen voor het gezinsleven en het sociale leven.

De Nederlandse studie van de DSP-groep (DSP, 2011) bij werknemers in de publieke sector toont aan dat slachtoffers van geweld en agressie vaker psychologische dan fysieke gevolgen ondervinden. Van de slachtoffers die hinder ondervonden na het gewelddadige incident (36 % van alle slachtoffers), verklaarde 35 % gekwetste gevoelens te hebben ervaren, en zich gespannen en/of gestresseerd te hebben gevoeld. Intimidatie blijkt het meest negatieve effect te hebben op het slachtoffer in vergelijking met andere vormen van geweld. Dit uit zich in gekwetste gevoelens, slaapproblemen en een afname van werkplezier.

Brough (2005) suggereert dat de gevolgen van verbaal geweld vaak genegeerd worden door paramedisch personeel en dat deze vorm van geweld vaak wordt gerechtvaardigd door het hoge stressniveau dat inherent is aan de spoedzorgsector. Volgens deze studie heeft verbaal geweld echter een directe impact op de werktevredenheid en de psychologische belasting, waarbij de impact groter kan zijn dan die van fysiek geweld. Een mogelijke verklaring hiervoor is de frequentie van verbaal geweld, dat vaker voorkomt dan fysieke agressie. Chappell en Di Martino beschrijven ook dat de opeenstapeling van negatieve en ongepaste interpersoonlijke interacties (zoals verbaal geweld, seksuele intimidatie en pesterijen) een grote impact kan hebben op slachtoffers.

In de ziekenhuissector toont de analyse van Zhang, Nurse, Zheng & Rn (2020) over de ervaringen van verpleegkundigen en hun behoeften na geweld, aan dat geweld van patiënten als onvermijdelijk en onvoorspelbaar wordt beschouwd, en dat dit leidt tot psychische trauma's bij verpleegkundigen. Deze trauma's leiden tot herbeleving van de geweldervaringen, wat hun levenskwaliteit en werkomgeving beïnvloedt. Sommige deelnemers verklaarden bang te zijn opnieuw aangevallen te worden door patiënten. De gevolgen reiken verder dan de professionele context en veranderen het sociale en privéleven. Vergelijkbare resultaten werden vastgesteld door Schablon et al. (2018), die bovendien aantoonde dat de stress na fysieke of verbale agressie toeneemt met de leeftijd en dat hoe vaker medewerkers verbaal geweld ervaren, hoe meer stress ze rapporteren. Ook geweld tussen collega's (de zogenaamde "horizontale" agressie) is een belangrijke bron van stress, depressie, angst, slaapproblemen en professionele ontevredenheid, die uiteindelijk ook een impact kunnen hebben op de verleende zorg en op de werking van de organisatie.

In Spanje toont een studie over de psychologische gevolgen van geweld in de prehospitalische spoedzorg aan dat hulpverleners die slachtoffer zijn geweest van fysieke of verbale agressie zwaardere psychologische gevolgen ondervinden dan wie daar geen slachtoffer van is geweest. Het slachtoffer-zijn op zich speelt dus een rol. Onder deze psychologische gevolgen vallen angst, emotionele uitputting en depersonalisatie. Slachtoffers van frequente verbale agressie (gedefinieerd als meer dan vijf voorvallen) lopen meer kans op emotionele uitputting en burn-out. Fysieke agressie is vooral geassocieerd met angstklachten (Bernaldo-De-Quirós, Piccini, Gómez & Cerdeira, 2015).

De meta-analyse van Blindow, Cedstrand, Elling, Hagland & Bodin (2024) over de effecten van gendergerelateerd geweld en intimidatie op de werkvloer toont aan dat er consistent bewijs is voor een verband tussen seksueel geweld en seksuele intimidatie enerzijds, en geestelijke gezondheid anderzijds. Hierbij gaat het om depressieve klachten, psychisch lijden (dat zelfs kan leiden tot zelfmoordpogingen) of medicatiegebruik. Longitudinale gegevens wijzen erop dat de gevolgen voor de mentale gezondheid aanhouden, zelfs nadat de intimidatie is gestopt.

De Jager (2017) bespreekt in zijn onderzoek bij Belgische artsen ook de uitgestelde effecten van geweld. 26,7 % van de artsen zegt zich onveilig te voelen na een agressie, 21,4 % verklaart dat de agressie een invloed had op hun manier van werken, 16,3 % is arbeidsongeschikt, en 42 % ondervindt geen langdurige gevolgen van het incident. Van de slachtoffers van agressie in de afgelopen 12 maanden rapporteerde 31,0 % stress, 23,8 % een gevoel van onveiligheid, 16,8 % angst, 12,8 % slaapproblemen en 10,9 % een laag zelfbeeld. 44,1 % gaf aan geen symptomen te ondervinden. In 50,2 % van de gevallen was de dader een patiënt van de betreffende zorgverlener, vaker een man (68,1 %), tussen 20 en 59 jaar oud (83,1 %).

2.5.2 Gevolgen op het niveau van de organisatie

Op organisatieniveau kan geweld op het werk leiden tot een daling van de productiviteit, een hoger ziekteverzuim, meer personeelsverloop, een verslechtering van het werkklimaat en vervangings- en

herstellingskosten (bijv. van een ambulance). Werkgevers worden ook geconfronteerd met indirecte kosten voor slachtofferopvang, juridische gevolgen en imagoschade (Courcy & Chamberland, 2004; Garcia, Hacourt & Bara, 2005; Poilpot-Rocaboy, 2010). Wat afwezigheid op het werk betreft, vonden Maguire & O'Neill (2017) dat mannelijke werknemers met een fysieke verwonding door geweld op het werk gemiddeld 14 dagen werkverzuim hadden. Voor vrouwen bedraagt dat gemiddeld zeven dagen.

Een onderzoek bij politieagenten van het Comité P uit 2013 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Stinckens, 2020) geeft aan dat twee derde van de respondenten stelt dat de toename van geweld geen invloed heeft op hun dagelijkse werk, dat ze geen extra stress of gevoel van onveiligheid ervaren. Opvallend is echter dat 40 % van de politiemensen ervoor zorgt dat ze niet als politieagent herkend worden wanneer ze geen uniform dragen. "Op de werkvloer voelen agenten zich dus veilig, maar daarbuiten nemen ze voorzorgsmaatregelen", aldus Stinckens (2020). De studie toont vermijdingsgedrag aan: sommige mensen mijden bepaalde wijken. De kwaliteit van het werk ondervindt een impact. Stinckens voegt daar aan toe dat de machocultuur waarbij geweld als "part of the job" wordt beschouwd, minder sterk aanwezig is bij jongere generaties. Als iemand slachtoffer wordt, is het soms erg moeilijk om terug aan het werk te gaan, omdat angst overheerst. Gepaste begeleiding en dialoog zijn dan essentieel. De rol van de leidinggevende is hierbij cruciaal.

2.5.3 Gevolgen op het niveau van de samenleving

Naast de gevolgen voor het slachtoffer, worden ook maatschappelijke gevolgen benoemd in de literatuur. Di Martino, Hoel & Cooper (2003) spreken over de "kosten van geweld". Deze kosten, gedragen door de samenleving, zijn talrijk. Ze moeten breed geïnterpreteerd worden en zijn zowel direct als indirect. Naast financiële lasten draagt de samenleving ook medische, juridische en sociale kosten, zoals het uiteenvallen van gezinnen. Bovendien draagt geweld bij tot een klimaat van onveiligheid en wantrouwen, wat het sociale weefsel verzwakt en de druk op het gezondheidszorg- en rechtssysteem verhoogt.

Voor de Belgische samenleving kan geweld tegen zorg- en hulpverleners een vicieuze cirkel aan problemen genereren. Een stijging van het ziekteverzuim bij spoed- of zorgpersoneel heeft directe gevolgen op de zorgverlening aan zieken of mensen in nood (minder personeel, minder interventies), wat de toegankelijkheid en snelheid van de zorg kan aantasten. Dat kan de frustratie bij patiënten en hun entourage vergroten. Die verhoogde frustratie kan dan weer leiden tot meer agressie tegenover zorgverleners en hulpverleners, wat het onveiligheidsgevoel en de verslechtering van de werkomstandigheden versterkt.

Op lange termijn kan deze negatieve spiraal ernstige gevolgen hebben, zoals een verminderde aantrekkelijkheid van beroepen in de zorg- en hulpsector, een toename van stress en burn-out, en een algemene achteruitgang van de kwaliteit van de dienstverlening⁹. Geweld tegen deze professionals tegengaan, is dus essentieel, niet alleen voor hun veiligheid en welzijn, maar ook om het goede functioneren van het Belgische gezondheidszorg- en noodhulpstelsel te garanderen.

⁹ Deze gevolgen werden in de kijker gezet voor hulpdiensten, spoeddiensten en het spoorvervoer in een artikel in het magazine Blue Minds – [2023/04: Agressie tegen publieke dienstverleners: "not part of our job" – Vanden Broele Connect](#).

3 Methodologie

3.1 Gegevensverzameling

De gegevensverzameling in dit onderzoek gebeurde via de verspreiding van een vragenlijst, opgesteld volgens het model van slachtofferenquêtes. Deze aanpak heeft als doel personen te bevragen over de gewelds- of agressiefeiten waarvan zij slachtoffer geweest zijn, ongeacht of deze aan de politie werden gemeld. De referentieperiode in de bevraging is die van 12 maanden voorafgaand aan de deelname ("Bent u in de afgelopen 12 maanden...?").

Dit soort enquête laat toe om gewelds- en agressiefeiten in kaart te brengen die onzichtbaar blijven in officiële gegevens — het zogenaamde "*dark number*" — door niet-gemelde of niet-geregistreerde feiten aan het licht te brengen. Het gaat er dus om de politie- en institutionele statistieken aan te vullen, maar ook om beter inzicht te krijgen in de persoonlijke en professionele gevolgen voor de slachtoffers, de belemmeringen voor melding te identificeren (zoals angst voor represailles, banalisering van de feiten of wantrouwen tegenover de procedures), en concrete elementen aan te reiken voor het sturen van het overheidsbeleid en van organisatorische preventie- en begeleidingsmaatregelen.

Door te vertrekken van het standpunt van de slachtoffers, biedt deze benadering een fijnmaziger en vollediger beeld van het fenomeen, door:

- gegevens te verzamelen over feiten die niet bij de autoriteiten bekend zijn;
- ondergerapporteerde vormen van geweld zichtbaar te maken, zoals verbaal of seksueel geweld en discriminatie;
- feiten te identificeren die door de slachtoffers zelf gebagatelliseerd worden (als "niet ernstig" of "deel van het werk" beschouwd);
- en beroepsgroepen of contexten met verhoogd risico in kaart te brengen.

De verspreiding van deze enquête gebeurde via het netwerk van partners die zich rond dit project hebben verenigd:

- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid
- Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken
- Netwerk Welzijn op het Werk (Netwerk Brandweer)
- ReZonWal
- Brandweer Brussel
- UNESSA (UNion En Soins de Santé)
- GIBBIS (Gezondheidsinstellingen Brussel)
- Santhea
- CHU de Liège
- Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse
- Zorgnet-Icuro
- Association Francophone des Infirmiers d'Urgence

Deze organisaties engageerden zich om hun personeel de link naar de bevraging te bezorgen. De verspreiding van deze enquête onder de doelgroepen was dus sterk afhankelijk van de rol van deze partners als facilitator. De enquête werd verspreid van 19 april tot 25 juni 2024 via een gerichte communicatie van de hierboven vermelde partners en verliep in drie fasen:

- 1) Op 19 april 2024 werd de eerste oproep tot deelname verstuurd naar alle partners. Deze oproep nodigde de partners uit om binnen hun netwerk de link naar de enquête over geweld en agressie te verspreiden. Er werd een standaardbrief (in Word-formaat) toegevoegd waarin de doelstellingen van het onderzoek, de doelgroepen, de geschatte invultijd (tussen 10 en 15 minuten), de afsluitingsdatum, informatie over de confidentialiteit van de resultaten en de beveiligde link naar de enquête werden vermeld.
- 2) Op 24 mei 2024 werd een eerste herinnering verstuurd via en door de partners, en werd de afsluitingsdatum verlengd van 15 juni naar 25 juni. De verlenging werd beslist op basis van het hoge responspercentage, met het oog op een grotere participatie. De herinneringsmail bevatte opnieuw de standaardbrief (in Word-formaat) met alle details over de enquête.

- 3) Op 13 juni 2024 werd een tweede en laatste herinnering tot deelname verstuurd, opnieuw met de standaardbrief met alle informatie over de enquête.
- 4) Op 25 juni 2024 om middernacht werd de enquête afgesloten.

De enquête werd geprogrammeerd via het platform KeySurvey en was toegankelijk via een beveiligde link (vermeld in de standaardbrief die aan de partners werd bezorgd).

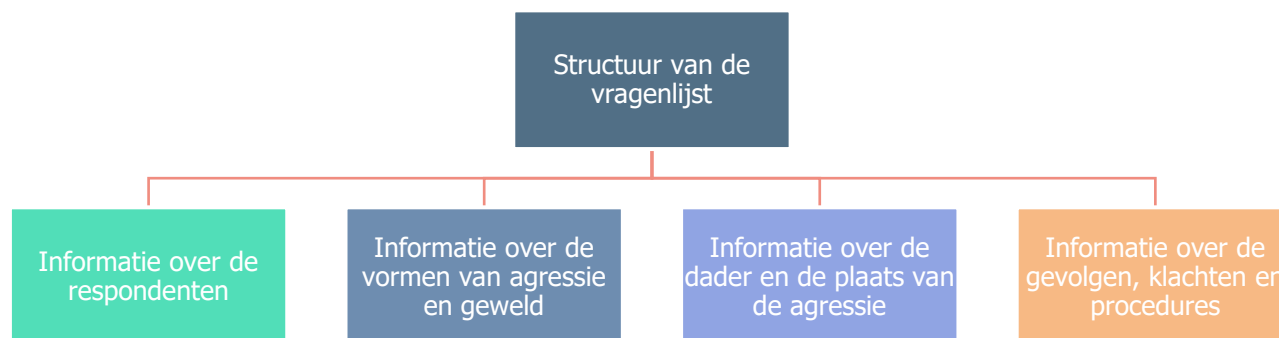
Op de eerste pagina konden deelnemers hun taal kiezen (Nederlands of Frans). Vervolgens werden zij via een inleiding geïnformeerd over:

- de opdrachtgever van het onderzoek (Vias institute);
- de partners die het initiatief ondersteunden;
- de doelstellingen van het onderzoek;
- de globale en vertrouwelijke verwerking en analyse van de gegevens;
- de waarborg van vertrouwelijkheid;
- de duur van de enquête;
- het contactadres voor vragen.

De vertrouwelijkheid en anonimiteit van de verzamelde en verwerkte gegevens werd gedurende het hele onderzoeksproces gegarandeerd. De informatienota over online enquêtes van Vias institute was beschikbaar via de introductiepagina.

3.2 Vragenlijst en behandelde thema's

De vragenlijst die aan de deelnemers werd voorgelegd, sluit aan bij de versie die in 2021 werd verspreid onder werknemers in de publieke sector, in het bijzonder bij het personeel van spoed- en hulpdiensten. Deze herneming van vragenlijst heeft als doel de gegevensverzameling coherent te houden en een vergelijking mogelijk te maken tussen beide periodes om de globale evolutie te evalueren. De versie van 2024 werd echter licht aangepast wat betreft de gegevens over de respondenten, om het bereik uit te breiden naar professionals uit de medische sector (zie sectie 2.1 voor meer details over de beroepen die in het onderzoek zijn opgenomen).



Figuur 4 Structuur van de vragenlijst

De vragenlijst die aan de respondenten werd voorgelegd, is opgebouwd rond vier hoofdthema's, op een manier die de deelnemer geleidelijk door de verschillende onderwerpen begeleidt. Het eerste thema situeert de respondent door te vragen naar zijn of haar sector van tewerkstelling, functie of dienst, en de provincie waar men werkt.

Het tweede thema gaat over de gewelds- en agressiefeiten die werden meegemaakt. De respondenten moesten voor elke vorm van opgesomd geweld aangeven of zij hiermee geconfronteerd zijn tijdens hun beroepsactiviteit in de voorbije 12 maanden, evenals de frequentie van deze incidenten. Personen die geen enkele vorm van geweld hadden meegemaakt, werden rechtstreeks naar de slotvraag van de enquête geleid. Personen die wel geweld hadden meegemaakt, werd gevraagd of zij ook andere vormen van agressie hadden

ervaren die niet eerder vermeld waren. Daarna moesten zij het meest ingrijpende voorval aanduiden dat zij het afgelopen jaar hadden meegemaakt (slechts één antwoord mogelijk).

Het derde thema betreft een verdieping in het meest ingrijpende vooral door in te gaan op de kenmerken ervan: de dader van het geweld (zijn of haar rol – patiënt, naaste van de patiënt, collega, enz. – gender, leeftijd, en eventuele invloed van middelen), evenals de plaats waar het incident heeft plaatsgevonden.

Tot slot richt het vierde thema zich op de gevolgen van dit voorval voor de respondent: de ervaren impact, ondernomen of niet-ondernomen stappen (aangifte bij politie, interne melding, melding aan de hiërarchie, enz.), geraadpleegde hulpbronnen, en verwachtingen inzake opleidingen of procedures die ingevoerd moeten worden. Respondenten werden ook uitgenodigd om de evolutie van deze geweldsfeiten in de tijd te evalueren, en om eventuele aanvullende informatie te delen via een open vraag.

Profiel van de respondent:	Soorten agressie en/of geweld waarvan de persoon slachtoffer was in de voorbije 12 maanden:	Kenmerken van het meest ingrijpende geweldsfeit:	Gevolgen van het meest ingrijpende incident:
• Leeftijd • Gender • Beroep • Jaren anciënniteit in de functie • Arbeidsregeling • Provincie waar het werk wordt uitgevoerd	• Verbale agressie • Fysieke agressie • Bedreigingen en intimidaties • Seksuele intimidatie • Discriminatie • Andere vormen van geweld • Het meest ingrijpende feit	• Plaats van de agressie • Profiel van de dader (leeftijd, gender, eventuele aanwezigheid van middelengebruik)	• Kennis van noodprocedures • Melding van agressie/incidenten • Opleidingen en informatie • Evolutie van geweldsfenomenen • Open vraag

Figuur 5 Thema's van de vragenlijst

3.3 Opschoning van de gegevens

De volledige initiële steekproef werd opgeschoond om de kwaliteit, volledigheid en relevantie van de verzamelde gegevens te garanderen. Respondenten die niet aan de onderzoekscriteria voldeden (bijv. administratief of logistiek personeel), die de verplichte socio-demografische vragen niet hadden ingevuld en die de controlevragen fout hadden beantwoord, werden uitgesloten.

Twee controlevragen werden opgenomen in de vragenlijst. Dit waren items met een instructie die de respondent correct moest uitvoeren, bijvoorbeeld "Selecteer hier 'nee' ". Dit laat toe om onoplettende of slordige respondenten te identificeren (Ward & Meade, 2023; Kam & Chan, 2018). Alleen respondenten die beide controlevragen correct beantwoordden, werden behouden in de dataset. In deze fase werd 2,95% van de respondenten uit de gegevens verwijderd. Bovendien werden functiebeschrijvingen die buiten het bereik vielen van de onderzoekspopulatie ook verwijderd uit de dataset.

Na dit zorgvuldig opschoonproces bleven er 1.711 respondenten over voor de analyse. Van deze steekproef gaven 168 respondenten aan nooit slachtoffer te zijn geweest van een van de onderzochte vormen van geweld. Deze respondenten werden doorverwezen naar het einde van de vragenlijst nadat ze 'nooit' hadden geantwoord op elke vorm van geweld.

Respondenten die de vragenlijst deels hadden ingevuld, werden wel meegenomen in de analyses. Wel moesten een beperkt aantal essentiële vragen verplicht beantwoord zijn om hun antwoorden te kunnen verwerken:

- De zes vragen met betrekking tot basisinformatie: (1) functiebeschrijving, (2) geboortjaar, (3) gender, (4) arbeidsregime, (5) provincie en (6) aantal jaren werkervaring.
- De eerste vraag over het voorkomen en de frequentie van de verschillende vormen van agressie tijdens het uitoefenen van hun functie.

Per resultaat wordt het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord, vermeldt door middel van N=.

Voor de analyses werd versie 4.0.2 van de statistische software R (R Core Team, 2020) gebruikt, met het package 'survey' versie 4.1.1 (Lumley, 2020) voor de statistische analyses. Er werden chi-kwadraattoetsen uitgevoerd om significante verschillen te evalueren in de antwoorden naar gender, leeftijdscategorie, regio, profiel en aantal jaren werkervaring (per categorie) van de respondenten. Voor deze toetsen wordt de p-waarde weergegeven. Een p-waarde $\leq 0,05$ betekent dat de kans dat het waargenomen verband op toeval berust, kleiner of gelijk is aan 5 op 100. Een p-waarde $\leq 0,01$ duidt op een kans kleiner of gelijk aan 1 op 100, en een p-waarde $\leq 0,001$ op een kans kleiner of gelijk aan 1 op 1 000.

3.4 Structuur van de resultaten

De resultaten van deze studie werden in vijf delen opgedeeld om een overzicht te bieden van de gegevens op globaal niveau, vervolgens per profiel, en tenslotte om specifiek gegevens te documenteren met betrekking tot de daders en de gevolgen van geweld voor de slachtoffers:

- 1) De prevalentie van geweld voor alle profielen samen;
- 2) De resultaten van de prevalenties voor het profiel "Brandweerlieden-ambulanciers-PIT";
- 3) De resultaten van de prevalenties voor het profiel "Medisch";
- 4) De resultaten van de gegevens over het profiel van de daders;
- 5) De resultaten van de gegevens over de gevolgen.

Vooraleer deze resultaten worden besproken, is het eerste hoofdstuk gewijd aan het algemeen profiel van de respondenten, hun geografische, taal- en genderverdeling, alsook specifiek voor de profielen "Brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en "Medisch".

De prevalenties met betrekking tot de verschillende vragen en thema's worden gepresenteerd met hun 95%-betrouwbaarheidsintervallen, om een duidelijke weergave van de resultaten te bevorderen. In bijlage I worden de zogenaamde "globale" resultaten (d.w.z. voor de volledige steekproef) in tabelvorm weergegeven met de betrouwbaarheidsintervallen.

4 Resultaten van de bevraging

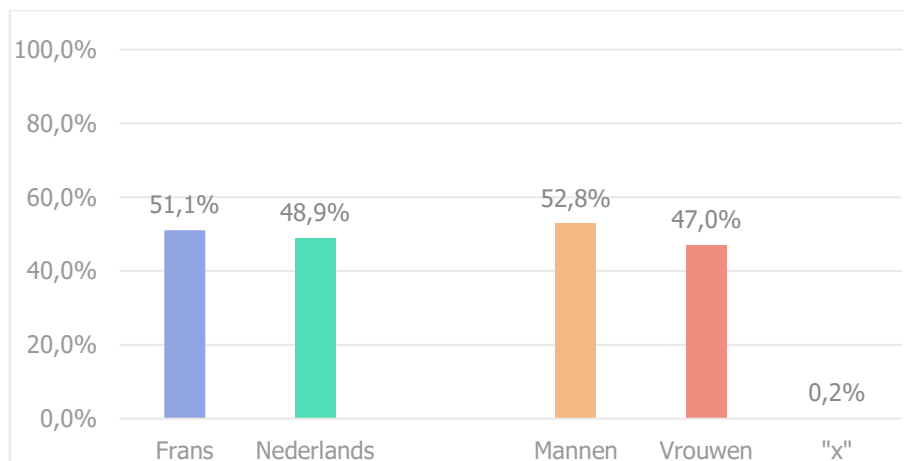
4.1 Het profiel van de respondenten

4.1.1 Profielen verdeling - Algemeen

1.711 personen namen deel aan deze enquête, waarvan 51,1% Franstaligen en 48,9% Nederlandstaligen. Wat betreft de genderverdeling: 52,8% mannen, 47% vrouwen en 0,2% duiden "x" aan. Deze verdeling is sterk verschillend tussen de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en "medisch": bij de eerste groep is 90% van de respondenten man (N=648) en bij de tweede groep is 75% vrouw (N=684). De verdeling van de respondenten naar leeftijdsklasse is als volgt:

- 18 tot 24 jaar: 3,3%
- 25 tot 34 jaar: 22,4%
- 35 tot 44 jaar: 28,2%
- 45 tot 54 jaar: 27,4%
- 55 tot 64 jaar: 17,9%
- 65+ jaar: 0,8%

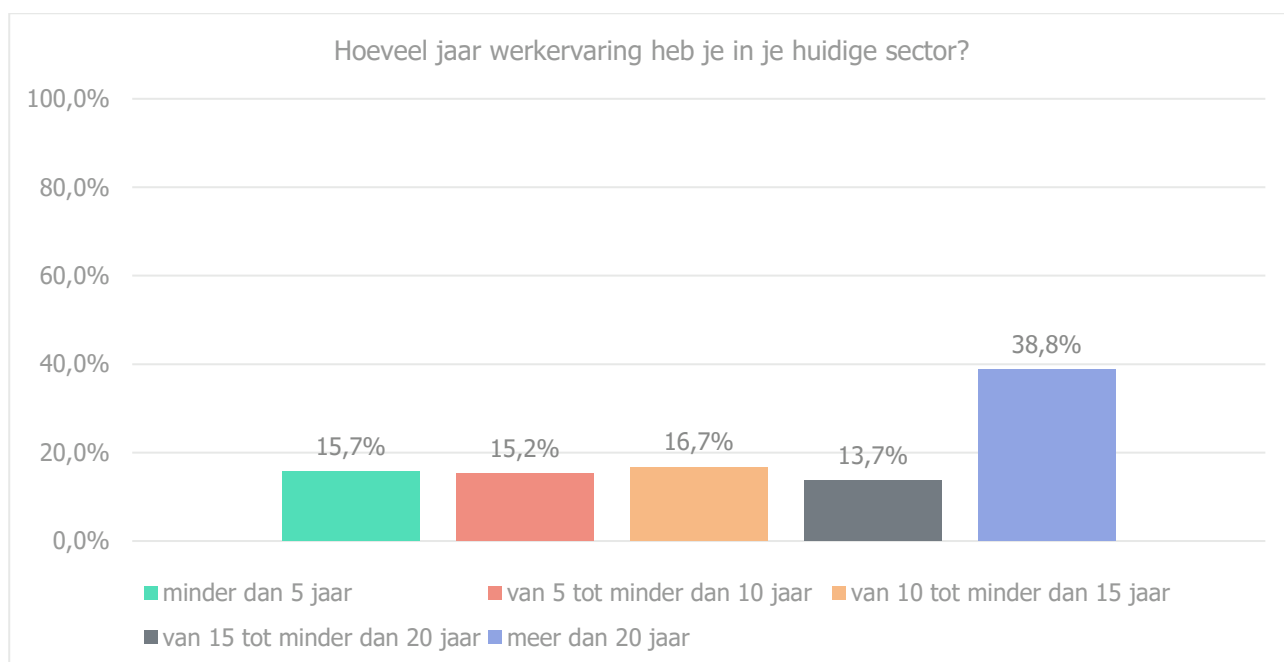
Van de respondenten werkt 20,8% deeltijds, 65,4% voltijds en 13,7% heeft een statuut van vrijwilliger.



Figuur 6 Taal- en genderverdeling in de totale groep respondenten (N=1.711).

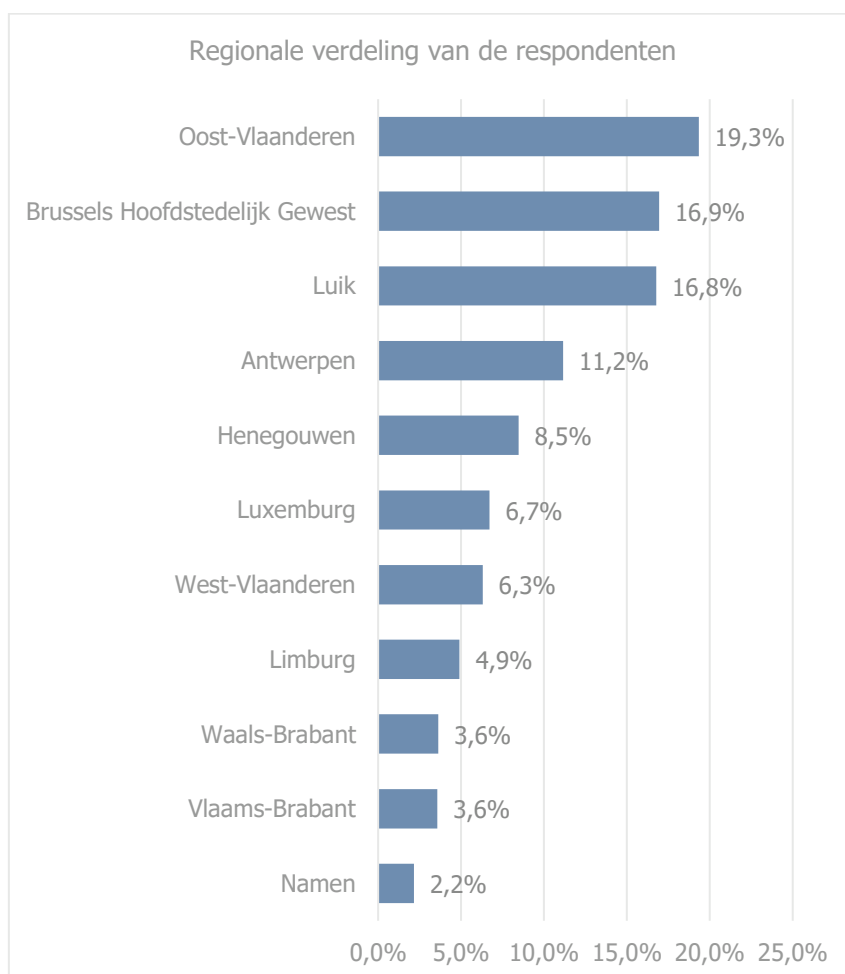
Wat betreft de sector van tewerkstelling: 53% van de respondenten werkt in een ziekenhuis/kliniek als medisch, paramedisch, verpleegkundig of verzorgend personeel, 42% behoort tot de groep "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en 5% duidde "andere" aan. Deze "andere" profielen omvatten o.a. arbeidsgeneesheer, verpleegkundige in de arbeidsgeneeskunde, preventieadviseur, brancardier, kader/directie/afdelingshoofd, laborant, 112-operator, ...

Respondenten werden gevraagd naar het aantal jaren ervaring in de sector waarbinnen ze momenteel werkzaam zijn. 38,8% van de respondenten gaf aan meer dan 20 jaar ervaring te hebben. Daarna volgen de personen met 10 tot minder dan 15 jaar anciënniteit, gevolgd door vergelijkbare aantallen in de groepen "minder dan 5 jaar" en "5 tot minder dan 10 jaar" ervaring. Ten slotte heeft 13,7% van de respondenten tussen 15 en minder dan 20 jaar ervaring.



Figuur 7 Jaren ervaring in de huidige sector in de totale groep respondenten (N=1.711).

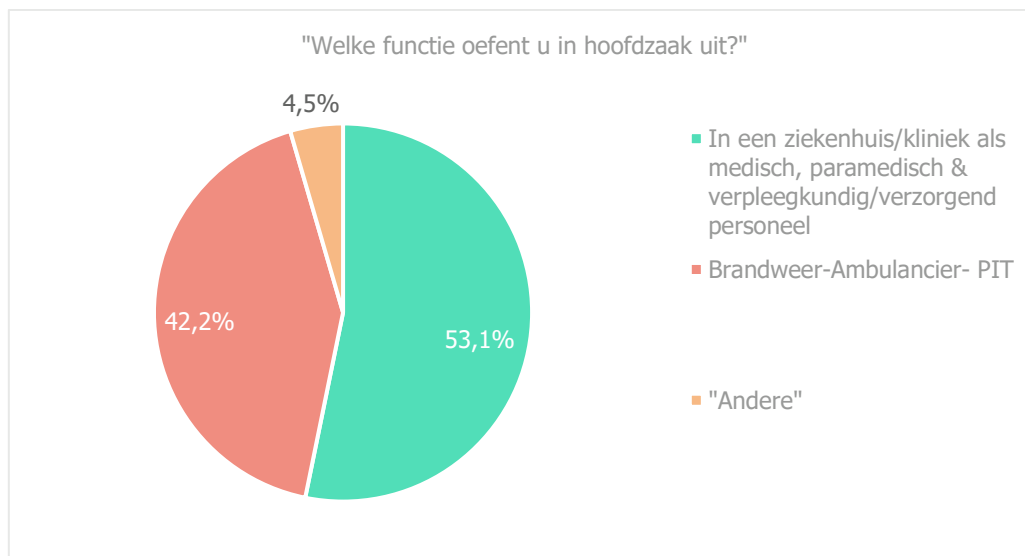
De meerderheid van de respondenten werkt in Vlaanderen (45,3%), waarvan 19,3% in Oost-Vlaanderen, 11,2% in Antwerpen, 6,3% in West-Vlaanderen, 4,9% in Limburg en 3,6% in Vlaams-Brabant. Eén derde werkt in Wallonië: 16,8% in Luik, 8,5% in Henegouwen, 6,7% in Luxemburg, 3,6% in Waals-Brabant en 2,2% in Namen. Ten slotte werkt 16,9% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.



Figuur 8 In welke provincie bent u tewerkgesteld? (N= 1.711).

4.1.2 Verdeling van de beroepsprofielen

1.711 personen namen deel aan deze enquête. 53,1% werkt als medisch, paramedisch, verpleegkundig of verzorgend personeel (N=910) in een ziekenhuis of kliniek en 42,2% is hulpverlener, dus brandweerman, ambulancier, hulpverlener-ambulancier 112, ambulancier niet-112... 4,5% van de respondenten gaf zichzelf aan als "andere". De specifieke kenmerken per profiel worden verder uitgewerkt in de volgende secties (4.1.3 tot 4.1.5).



Figuur 9 Verdeling van de beroepsprofielen (N= 1.711).

Tussen de regio's zijn de profielen als volgt verdeeld:

- In Brussel komt twee derde van de respondenten uit de medische sector, iets minder dan 30% uit de hulpdiensten en 3,8% gaf "andere" aan;
- In Vlaanderen komt meer dan de helft van de respondenten uit de medische sector, bijna 40% uit de hulpdiensten en 6,2% gaf "andere" aan;
- In Wallonië komt de helft van de respondenten uit de hulpdiensten, 46,3% uit de medische sector en een zeer klein aandeel, 2,3%, gaf "andere" aan.

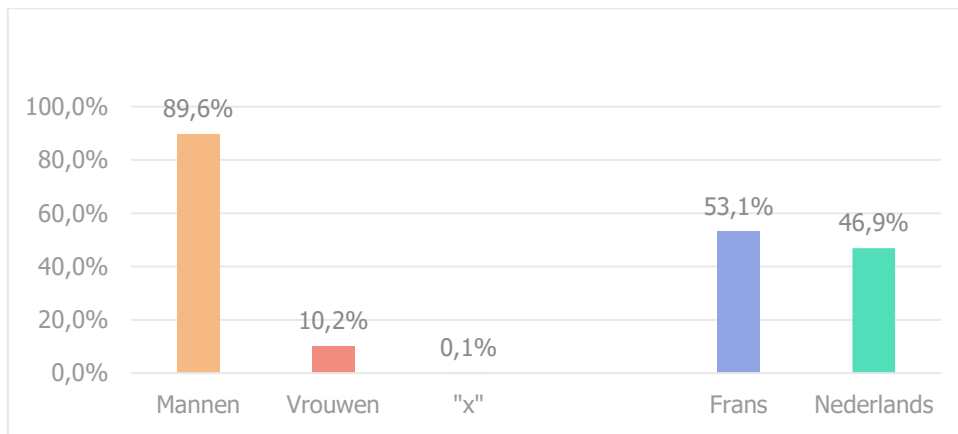
Tabel 1. Verdeling van de profielen die aan de enquête hebben deelgenomen per regio (N = 1711).

	Brussel- Hoofdstad (N= 290)	Vlaanderen (N= 775)	Wallonië (N= 646)
In een ziekenhuis/kliniek als medisch, paramedisch, verplegend en verzorgend personeel	66.6%	53.9%	46.3%
Brandweertien-ambulanciers-PIT	29.7%	39.9%	50.8%
"Andere"	3.8%	6.2%	2.9%

4.1.3 Verdelingen binnen het profiel "brandweertien-ambulanciers-PIT"

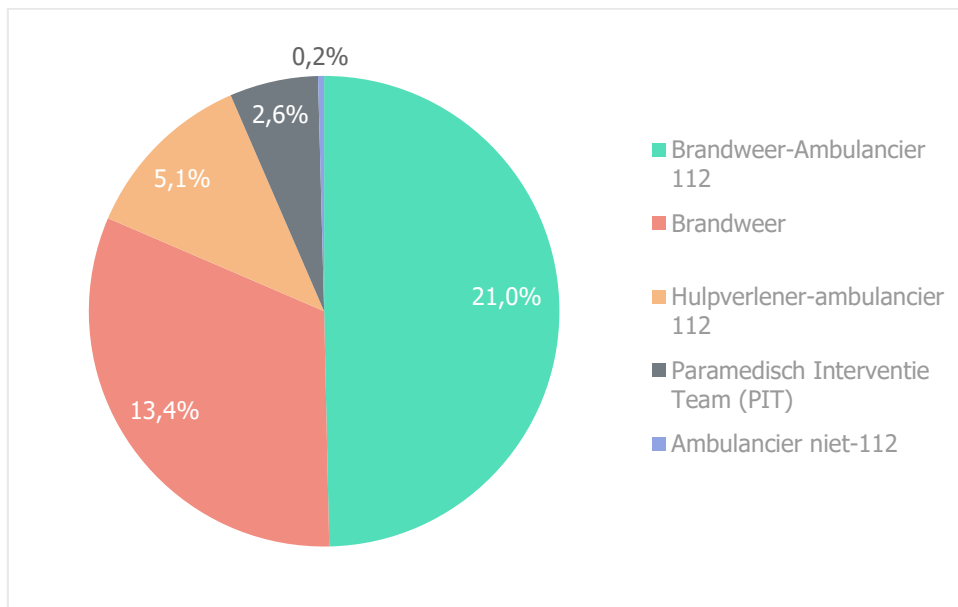
723 respondenten werken in het kader van de hulpdiensten: 21% als brandweerman-ambulancier 112, 13,4% als brandweerman, 5,1% als hulpverlener-ambulancier, 2,6% als *Paramedical Intervention Team* (PIT) en 0,2% als ambulancier niet-112. De meeste (89,6%) respondenten zijn mannen en 10,2% is vrouw. Wat taal betreft, is 53,1% Franstalig en 46,9% Nederlandstalig¹⁰.

¹⁰ Ter informatie: in de studie van 2021 was de steekproef overwegend Nederlandstalig (88%) en nam een hoger percentage vrouwen deel (17%) (Verwee, Dormaels en Vermeulen, 2022).



Figuur 10 Taal- en genderverdeling binnen het profiel "brandweerlieden, ambulanciers en PIT" (N= 723).

Wat de leeftijdsverdeling betreft, is 33,3% van de respondenten tussen 35 en 44 jaar, 28,6% tussen 45 en 54 jaar, 19,2% tussen 25 en 34 jaar, 14,1% tussen 55 en 64 jaar, 3,8% tussen 18 en 24 jaar en 0,08% ouder dan 65. Wat het arbeidsregime betreft, werkt 63% voltijds, 32,5% heeft het statuut van vrijwilliger en 4,4% werkt deeltijds. 17,3% van de respondenten heeft tussen 20 en 25 jaar anciënniteit, 10,1% tussen 25 en 30 jaar, 7,9% tussen 31 en 40 jaar en 5,9% tussen 10 en 11 jaar.



Figuur 11 Verdeling van "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" profielen (N= 723).

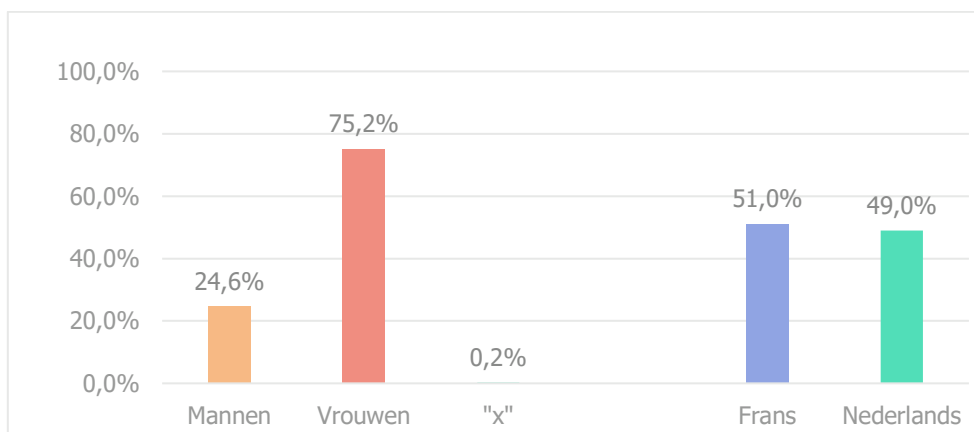
De "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" profielen die deelnemen aan het onderzoek zijn verbonden aan hulpverleningszones¹¹. De verdeling is als volgt: de voornaamste zones zijn de zone Luxemburg (11%), DBDHM/SIAMU - Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10%), hulpverleningszone Vesder - Hoëgne & Plateau (7%), Kempen (6%), hulpverleningszone DG (5%) en de zone Henegouwen-centrum (5%). De andere zones zijn vertegenwoordigd met een aandeel tussen 4% (zoals de zones Westhoek en Antwerpen) en 1% (zoals de zones Fluvia, Oost-Vlaanderen en Wallonië Picardië). 11% van de respondenten gaven "niet van toepassing" aan bij deze vraag.

4.1.4 Verdelingen binnen het profiel "medisch, paramedisch, verzorgend personeel"

910 respondenten werken als "medisch, paramedisch, verzorgend personeel" in een ziekenhuis of kliniek. Hier zijn de kenmerken van deze steekproef:

¹¹ Een kaart van alle hulpverleningszones en gemeenten is te vinden op de website van de civiele veiligheid: <https://www.civieleveiligheid.be/nl/fotogalerijen/kaarten-van-de-34-hulpverleningszones>

- 75,5% vrouwen, 24,6% mannen (0,2% duidde "x" aan);
- 51% Franstalig en 49% Nederlandstalig;
- Wat de leeftijdscategorieën betreft:
 - 2,9% tussen 18-24 jaar;
 - 25,2% tussen 25-34 jaar;
 - 25,6% tussen 35-44 jaar;
 - 25,7% tussen 45-54 jaar;
 - 19,9% tussen 55-64 jaar;
 - 0,8% is ouder dan 65 jaar.



Figuur 12 Taal- en genderverdeling binnen het profiel "medisch, paramedisch, verzorgend personeel" (N= 910).

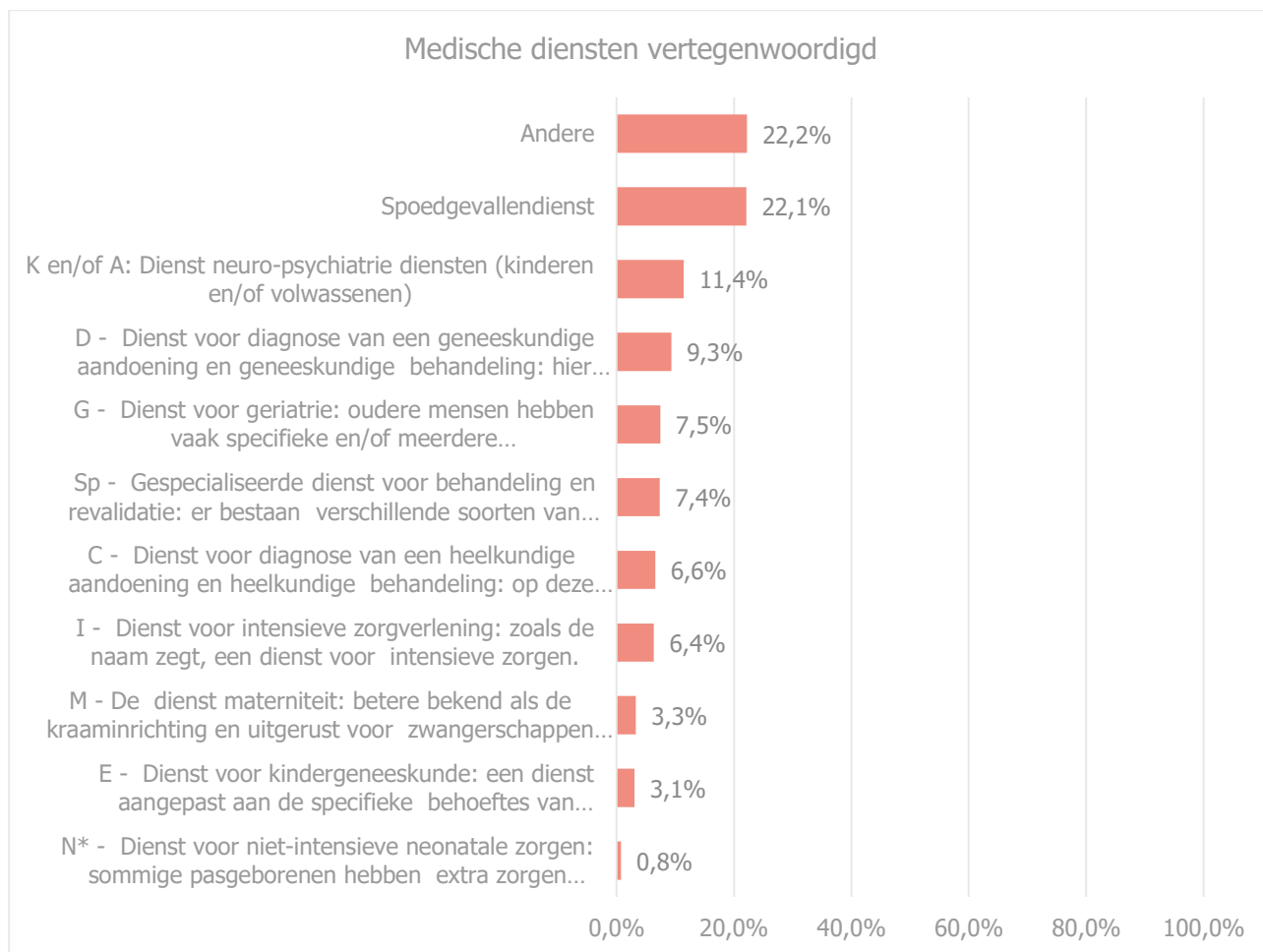
Wat de geografische spreiding (provincies) betreft voor de profielen "medisch", is de verdeling als volgt:

- Drie op de tien respondenten (29,5%) werken in de Oost-Vlaanderen,
- 21,2% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,
- 14,6% in Luik,
- 7,7% in Henegouwen,
- 6,3% in Antwerpen,
- 5,2% in Limburg,
- 4,5% in Waals-Brabant,
- 3,8% in West-Vlaanderen,
- 3,5% in de provincie Namen,
- 2,5% in de provincie Luxemburg,
- 1,2% in Vlaams-Brabant.

De respondenten werden uitgenodigd om het departement of de specialisatie aan te duiden waarbij ze zijn aangesloten via een vooraf bepaalde lijst¹². Als hun departement of specialisatie niet overeenkwam, konden ze "andere" aanduiden en hun dienst specifieker omschrijven. 22,1% van de respondenten "medisch" behoort tot de spoedgevallendienst van de ziekenhuis en kliniek, 11,4% tot de dienst "dagziekenhuis" (K, A¹³), 9,3% tot de afdeling diagnose, medische behandeling (D); en 7% (afgerond) respectievelijk voor de geriatrie-afdeling (G), de dienst behandeling en revalidatie (Sp) en de dienst diagnose van een chirurgische aandoening en chirurgische behandeling (C). Verder vullen de dienst intensieve zorgen (I) (6%), de kraamafdeling (M) en de kinderafdeling (E) het overzicht aan (respectievelijk 3,3% en 3,1%) en tenslotte de afdeling niet-intensieve neonatale zorg (N*) (0,8%).

¹² Deze lijst is gebaseerd op de bedindexen, verpleegeenheden en verpleegkundige zorgperioden, aangeleverd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Meer informatie: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/bijkomende_informatie_over_bedindexen_verpleegeenheden_en_zorgperioden_2019_12.pdf

¹³ Zie de bovenstaande lijst met indexen



Figuur 13 Verdeling van de "medische" profielen (N=910)

Van de respondenten die zich identificeerden als verzorgend/medisch/paramedisch personeel in een ziekenhuis of kliniek, gaf 22% (212 respondenten) "andere" aan. Onder deze profielen vinden we:

- Anders (student, diabeteszorg, directie, afdeling C en D, revalidatie, sociale dienst, pijnkliniek, prehospitaalisatie, ...): 18,8% (38)
- Psychiatrie en psychologische zorg: 18,3% (37)
- Operatiekwartier: 8,4% (17)
- Oncologie (en palliatieve zorg): 7,4% (15)
- Mobiele eenheid, vliegende equipe, eenheid intensieve zorgen: 7,4% (15)
- Raadplegingen: 6,4% (13)
- Dialyse: 5,9% (12)
- Apotheek: 5% (10)
- Beeldvorming en radiologie: 5% (10)
- Laboratoria: 4,5% (9)
- Polikliniek: 4,5% (9)
- Geriatrie (chirurgie, psychogeriatric, ...): 3% (6)
- Huisartsgeneeskunde (inclusief de wachtdienst): 3% (6)
- Neurologie: 3% (6)
- Cardiologie: 1,5% (3)
- Verslavingen: 1% (2)
- Chirurgie: 1% (2)
- Gynaecologie: 1% (2)

4.1.5 Verdeling van de profielen "andere"

78 personen (5%) gaven aan te werken in een "andere" functie dan de hierboven vermelde (zie hierboven). De opgegeven functies omvatten:

- Arbeidsverpleegkundigen, preventieadviseurs en arbeidsgeneesheren (24 personen)
- 112-operatoren (11 personen)
- Brancardiërs (2 personen)
- Laboranten (5 personen)
- Brandweerlieden (privé of openbaar), MUG-ambulanciers (5 personen)
- Spoedartsen of medewerkers van de spoedgevallendienst (7 personen)
- Evenals bemiddelaars, thuisverpleegkundigen, psychosociale hulpverleners, kinesisten, radiologen, diensthoofden...

De resultaten van deze profielen zijn opgenomen in de globale resultaten. Ze worden echter niet apart geanalyseerd in dit rapport.

4.2 Prevalentie van gewelds- en agressiefeiten

1.711 respondenten werden bevraagd. 168 respondenten gaven aan geen enkele vorm van geweld of agressie meegemaakt te hebben de laatste 12 maanden.

Dit betekent dat 9,18% van de bevraagden geen slachtoffer werd en dat 90,18% slachtoffer werd van één of meerdere vormen van geweld de laatste 12 maanden. Voor de verschillende vormen van agressie/geweld werden de gegevens geanalyseerd en gegroepeerd per "type" fenomeen, volgens de categorisering die in de vragenlijst werd gehanteerd. De prevalenties "één keer per dag", "één keer per week" en "één keer per maand" werden samengevoegd om de leesbaarheid van de tabellen met resultaten te vergemakkelijken. De details van de prevalenties worden toegelicht in de begeleidende tekst bij elke tabel.

De agressie-/geweldsfenomenen worden in de volgende volgorde gepresenteerd:

- (1) Verbale agressie
- (2) Fysieke agressie
- (3) Bedreigingen en intimidaties
- (4) Seksuele intimidaties
- (5) Discriminatie

Het volgende hoofdstuk geeft de prevalentie van agressie- en geweldsfeiten weer voor alle respondenten samen, ongeacht hun profiel. De resultaten voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en voor de "medische" profielen worden nadien specifiek behandeld en beschreven in hoofdstukken 4.3 en 4.4. Daarnaast worden de resultaten voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" uit deze studie vergeleken met de resultaten van de studie van Vias institute uit 2021. Deze vergelijking wordt niet gemaakt voor de resultaten van de "medische" functies, aangezien deze profielen niet opgenomen waren in de studie van 2021.

4.2.1 Verbale agressie/geweld

In het afgelopen jaar zijn verbale vormen van agressie – schreeuwen, vernederen, pesten en schelden – de meest gemelde vormen van agressie door alle respondenten. Gemiddeld gaf 62,4% van de respondenten aan in de afgelopen 12 maanden slachtoffer te zijn geweest van een vorm van verbale agressie. Meer specifiek gaf 83,5% aan dat er tegen hen geschreeuwd werd. Bij 45,6% gebeurde dit dagelijks (8,4%), wekelijks (18%) of maandelijks (19,2%).

Schelden is de tweede meest voorkomende vorm van verbale agressie: 73,7% maakte dit minstens 1 maal mee de afgelopen 12 maanden. 38,9% gaf aan dit dagelijks tot maandelijks te hebben meegemaakt.

Vernedering is de derde meest gerapporteerde vorm van verbale agressie/geweld: 48,7% van de respondenten gaf aan minstens één keer vernederd te zijn in de afgelopen 12 maanden. Bij 7,6% gebeurde dit wekelijks en voor 10,8% maandelijks. Gelijklopend werd pesten gerapporteerd: 43,5% van de respondenten was hier minstens één keer slachtoffer van in het afgelopen jaar.

Tussen de drie regio's zijn statistisch significante verschillen vastgesteld tussen Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en tussen Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ($p < 0,001$). Een groter aandeel respondenten uit Brussel gaf aan meerdere keren per jaar geconfronteerd te worden met verbale agressie (86,9%), terwijl de proporties lager liggen in Vlaanderen (75,7%) en Wallonië (76,3%). Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten met betrekking tot verbale agressie.

Tabel 2. " Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=1.711)

Verbale agressie					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Schreeuwen	45.6%	13.2%	12.5%	12.1%	16.5%
Vernederen	20.5%	8.7%	9.4%	10.2%	51.3%
Pesten	21.5%	7.5%	6.8%	7.7%	56.5%
Schelden	38.9%	11.3%	11.2%	12.3%	26.3%

4.2.2 Fysieke agressie/geweld

Bijna de helft van de respondenten, ofwel 47,2%, gaf aan in de afgelopen 12 maanden minstens één keer of vaker slachtoffer geweest te zijn van fysieke agressie. De meest gerapporteerde vorm van fysieke agressie betreft het gooien of vernielen van voorwerpen: bijna de helft van de respondenten werd hiermee geconfronteerd in het afgelopen jaar. Van deze slachtoffers ervaart 14,8% deze agressie wekelijks tot maandelijks (1,3% dagelijks, 5,2% wekelijks, 8,4% maandelijks). Bij 9,3% gebeurde dit minstens één keer per trimester, bij 9,2% één keer per semester en bij 13,9% één keer in het laatste jaar.

Een iets kleinere proportie van de respondenten, 43,7%, werd slachtoffer van duwen of schoppen het afgelopen jaar: bij 1,2% gebeurde dit dagelijks, bij 5,7% wekelijks, bij 7,9% maandelijks, en 11,9% werd hiermee één keer geconfronteerd in het laatste jaar.

Gemiddeld werd iets meer dan een derde van de respondenten slachtoffer van fysieke agressie zoals "vastgrijpen", "spugen" en "fysiek hinderen". Respectievelijk 37,3%, 38,6% en 38,7% van de respondenten werden hiermee in de afgelopen 12 maanden minstens één keer geconfronteerd. Meer specifiek:

- 62,7% gaf aan in de afgelopen 12 maanden niet te zijn vastgegrepen, maar bij 12,9% gebeurde dit dagelijks (1%), wekelijks (4,8%) of maandelijks (7,1%). Bij 6,4% één keer per trimester, bij 7,1% per semester en bij 10,9% één keer in het laatste jaar.
- Wat betreft "bespuwd worden", ondervond 0,5% dit dagelijks, 3,2% wekelijks, 7,1% maandelijks, 7,1% één keer per trimester, 7,4% één keer per semester en 13,2% één keer in het laatste jaar.
- Bijna twee derde van de respondenten (61,3%) was het afgelopen jaar geen slachtoffer van fysiek hinderen. Toch werd 5,4% maandelijks fysiek gehinderd, 7,1% tot vier keer in het afgelopen jaar en 8,3% twee keer.

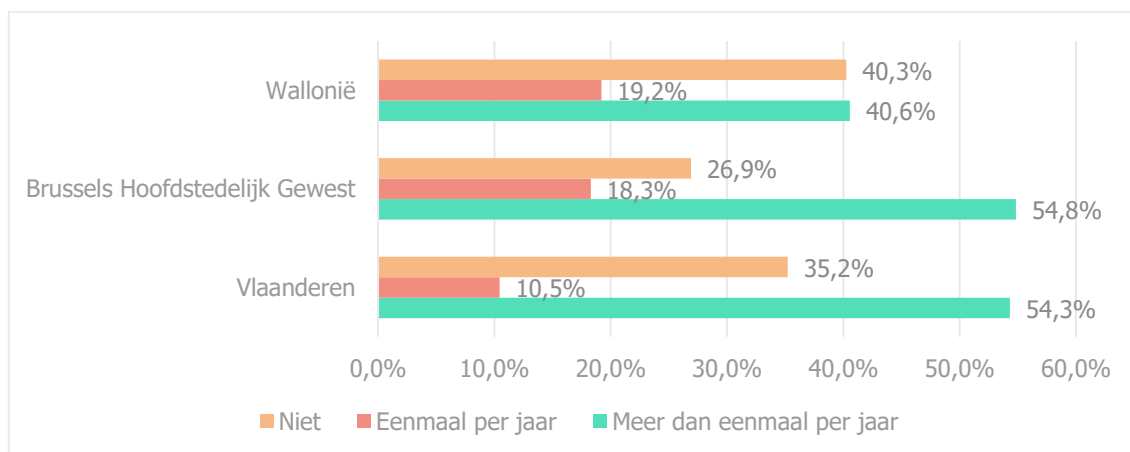
Verwonden is de minst voorkomende vorm van fysieke agressie/geweld: 79,1% werd hier niet mee geconfronteerd in de afgelopen 12 maanden. Toch gaf 21,9% van de respondenten (357 personen) aan minstens één keer in het afgelopen jaar verwondingen te hebben opgelopen.

Tabel 3. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Fysieke agressie – Resultaten (N=1711)

Fysieke agressie

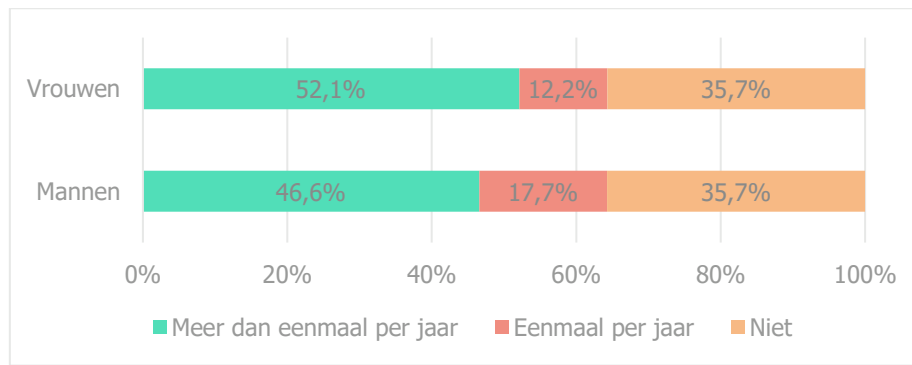
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Spugen	10.8%	7.1%	7.4%	13.2%	61.4%
Vastgrijpen	12.9%	6.4%	7.1%	10.9%	62.7%
Verwonden	3.3%	3.2%	4.1%	10.2%	79.1%
Fysiek hinderen	10.3%	7.1%	8.3%	13.0%	61.3%
Gooien met/ vernielen van voorwerpen	14.8%	9.3%	9.2%	13.9%	52.8%
Duwen/ Slaan/ Schoppen	14.8%	8.7%	8.4%	11.9%	56.3%

Wat betreft fysieke agressie worden grotere verschillen waargenomen tussen Wallonië enerzijds, en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaanderen anderzijds. Een grotere proportie van de Vlaamse en Brusselse respondenten (54,3% en 54,8%) gaf aan meer dan één keer per jaar in de afgelopen 12 maanden met dit soort geweld te zijn geconfronteerd, vergeleken met de Waalse respondenten. Deze verschillen zijn statistisch significant tussen de regio's ($p < 0.001$).



Figuur 14 Fysiek geweld - Prevalentie in Wallonië, Brussel-Hoofdstad en Vlaanderen (N= 1.711).

Er is ook een statistisch significant verschil ($p < 0,01$) tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten. Vrouwen (52,1%) gaven vaker dan mannen (46,6%) aan meermaals per jaar geconfronteerd te zijn met fysieke agressie. Terwijl 17,7% van de mannen slechts één keer slachtoffer was, gold dit voor 12,2% van de vrouwen.



Figuur 15 Fysieke agressie - Prevalentie voor mannen en vrouwen (N= 1.711).

4.2.3 Intimidaties en bedreigingen

Een andere bevroegde vorm van agressie en geweld betreft bedreigingen en intimidaties. De onderzochte fenomenen omvatten bedreigingen, bedreigingen tegen gezinsleden, onder druk zetten, chantage, pesterijen, achtervolgingen en het ongewenst verspreiden van beeld of tekst op sociale netwerken.

- Bijna twee derde van de respondenten (61,2%) gaf aan in de afgelopen 12 maanden bedreigd te zijn: 2,5% dagelijks, 8,9% wekelijks, 10,3% maandelijks, 10,6% driemaandelijks, 12,6% halfjaarlijks en 16,3% één maal het laatste jaar. 38,8% gaf aan het afgelopen jaar geen enkele bedreiging te hebben meegemaakt.
- Iets minder dan de helft van de respondenten (47,8%) werd in de afgelopen 12 maanden onder druk gezet: 5,8% dagelijks, 10,4% wekelijks, 10,0% maandelijks, 7,2% driemaandelijks, 6,6% halfjaarlijks en 7,8% één maal het laatste jaar.
- 22,3% kreeg te maken met bedreigingen gericht naar eigen gezinsleden. Bij 7,5% gebeurde dat eenmaal in de afgelopen 12 maanden, bij 4,8% twee keer en bij 3,4% vier keer.
- Chantage trof 13,2% van de respondenten. De hoogste prevalentie bedraagt 3,3% van de respondenten die deze vorm van geweld eenmaal in het afgelopen jaar meemaakten.
- Stalken kwamen voor bij 15,3% van de respondenten: bij 1,8% wekelijks, bij 2,5% maandelijks en bij 5,7% eenmaal in de afgelopen 12 maanden.
- Achtervolging kwam voor bij 11,6% van de respondenten: 6,8% werd hiermee één maal geconfronteerd in de afgelopen 12 maanden, 1,1% wekelijks, 1,3% driemaandelijks en 1,6% halfjaarlijks.

Het ongewenst verspreiden van beeld en tekst via sociale media werd eveneens gerapporteerd: respectievelijk 15,9% en 16,7% van de respondenten gaven aan hier slachtoffer van te zijn geweest. De resultaten naargelang frequentie zijn sterk vergelijkbaar voor beeld vs. tekst:

- 0,4% respectievelijk dagelijks;
- 1,3% en 1,2% respectievelijk wekelijks;
- 2,2% en 2,5% respectievelijk maandelijks;
- 3,0% en 2,2% respectievelijk driemaandelijks;
- 3,3% en 3,0% respectievelijk halfjaarlijks;
- En 6,4% en 6,6% respectievelijk éénmaal in het laatste jaar.

Tabel 4. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Intimidaties en bedreigingen – Resultaten (N=1.711)

Intimidaties en bedreigingen					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Onder druk zetten	26.2%	7.2%	6.6%	7.8%	52.3%
Bedreigen	21.7%	10.6%	12.6%	16.3%	38.8%
Bedreigen van gezinsleden	6.6%	3.4%	4.8%	7.5%	77.7%
Chanteren	5.4%	2.0%	2.5%	3.3%	86.8%
Stalken	5.1%	2.3%	2.2%	5.7%	84.7%
Ongewenst tekst verspreiden op sociale media	4.1%	2.2%	3.0%	6.6%	84.1%
Ongewenst beelden verspreiden op sociale media	3.9%	3.0%	3.3%	6.4%	83.3%
Achtervolgen	1.9%	1.3%	1.6%	6.8%	88.4%

4.2.4 Seksuele intimidaties

De bevraging peilde ook naar vormen van seksuele intimidatie waarvan werknemers in de openbare dienst en de medische en zorgsector slachtoffer kunnen zijn. De bevroegde vormen van seksuele intimidatie zijn:

- Seksueel getinte opmerkingen en blikken
- Uitgefloten worden
- Handtastelijkheden
- Aanranding
- Verkrachting

De meest voorkomende vorm van seksuele intimidatie betreft seksueel getinte opmerkingen en blikken: 31,8% van de respondenten werd hiermee geconfronteerd. Bij 1,1% gebeurde dit dagelijks, bij 3,8% wekelijks, bij 5,9% maandelijks, en bij 7,1% driemaandelijks. Daarnaast gaf 13,7% van de respondenten aan slachtoffer te zijn geweest van handtastelijkheden: 4,9% eenmaal in het afgelopen jaar, 3,7% halfjaarlijks, 2,3% driemaandelijks, 1,6% maandelijks, 0,8% wekelijks en 0,4% dagelijks. "Nafluiten" is de derde meest voorkomende vorm van seksuele intimidatie: 11,3% werd hiermee geconfronteerd, waarvan 1,6% driemaandelijks, 2,9% halfjaarlijks en 4,0% eenmaal in de voorbije 12 maanden.

Aanranding werd gemeld door 1,1% van de respondenten. 0,8% maakte dit één keer in de afgelopen 12 maanden mee. Verkrachting werd gemeld door 0,4% van de respondenten: 6 respondenten werden in de loop van het afgelopen jaar verkracht tijdens de uitoefening van hun functie.

Er zijn significante verschillen ($p < 0,001$) tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten: 55,2% van de vrouwen gaf aan deze vorm van geweld te hebben meegemaakt in het afgelopen jaar, waarvan 43,4% meer dan één keer per jaar. Terwijl bij de mannelijke respondenten het percentage dat melding maakt van seksuele intimidatie 18% bedraagt (minstens één keer in het afgelopen jaar).

Tabel 5. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidaties – Resultaten (N=1711)

Seksuele intimidaties					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Nafluiten	2.9%	1.6%	2.9%	4.0%	88.7%
Seksueel getinte opmerkingen en blikken	10.8%	7.1%	7.4%	6.5%	68.2%
Handtastelijkheden	2.8%	2.3%	3.7%	4.9%	86.3%
Aanranding	0.2%	0.1%	0.1%	0.8%	98.9%
Verkrachting	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	99.6%

4.2.5 Discriminatie

Bijna 20% van de respondenten werd geconfronteerd met een vorm van discriminatie. De bevraagde vormen van discriminatie hebben betrekking op:

- Gender;
- Huidskleur;
- Leeftijd;
- Geloof of overtuiging;
- Seksuele geaardheid.

Gendergerelateerde discriminatie is de meest voorkomende vorm: 19,4% van de respondenten werd hier minstens één keer mee geconfronteerd in het afgelopen jaar. 0,8% was er dagelijks slachtoffer van, 2,9% wekelijks, 4,1% respectievelijk maandelijks en driemaandelijks, 3,7% halfjaarlijks en eenmaal in de voorbije 12 maanden. Vervolgens komen discriminaties op basis van huidskleur: 18,9% gaf aan hier één of meerdere keren het afgelopen jaar slachtoffer van te zijn geweest, met in het bijzonder 8,5% die dit meemaakte op dagelijkse (1,1%) tot maandelijks (5,0%) basis. Discriminatie op basis van leeftijd is de derde meest gerapporteerde discriminatie. 18,5% van de respondenten ondervond dit één of meerdere keren in het afgelopen jaar, waarvan 3,7% maandelijks en driemaandelijks, 4,1% halfjaarlijks en 4,3% eenmaal het laatste jaar.

86,3% van de respondenten gaf aan niet geconfronteerd te zijn geweest met discriminatie op basis van geloof of overtuiging. Toch werd 1,3% hier wekelijks mee geconfronteerd in het afgelopen jaar, 3,4% maandelijks, en tussen de 2,5% en 3,1% driemaandelijks tot jaarlijks. Discriminatie op basis van seksuele geaardheid werd het minst gerapporteerde: 6,5% van de respondenten gaf aan hiermee geconfronteerd te zijn.

Wat betreft verschillen tussen vrouwen en mannen, gaf 49,8% van de vrouwelijke respondenten aan in het afgelopen jaar ten minste één keer slachtoffer te zijn geweest van een vorm van discriminatie; bij 39,9% gebeurde dit meermaals in dat jaar. Bij de mannelijke respondenten werd 24,2% meermaals per jaar

geconfronteerd, terwijl 69% aangaf dit nooit meegemaakt te hebben. Deze verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,001$).

Tussen de regio's zijn eveneens significante verschillen vastgesteld. Discriminatie werd het vaakst gerapporteerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: 59,7% gaf aan in het afgelopen jaar minstens één keer slachtoffer te zijn geweest, en 50,3% meermaals in dat jaar.

Tabel 6. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=1.711)

Discriminatie gebaseerd op...					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Huidskleur	8.5%	3.7%	3.3%	3.4%	81.1%
Geloof	5.6%	2.5%	2.6%	3.1%	86.3%
Gender	7.8%	4.1%	3.7%	3.7%	80.6%
Leeftijd	6.5%	3.7%	4.1%	4.3%	81.5%
Seksuele geaardheid	2.7%	1.2%	0.8%	1.8%	93.5%

4.2.6 "Andere" gerapporteerde vormen van agressie en geweld

In het kader van hun functie rapporteerde 10% van de respondenten (n=172) slachtoffer te zijn geweest van een andere vorm van agressie of geweld dan de in de vragenlijst opgenomen vormen. Deze feiten omvatten geweld en agressie waarvan respondenten direct slachtoffer waren, alsook zaken waarbij zij indirect of collateraal slachtoffer waren.

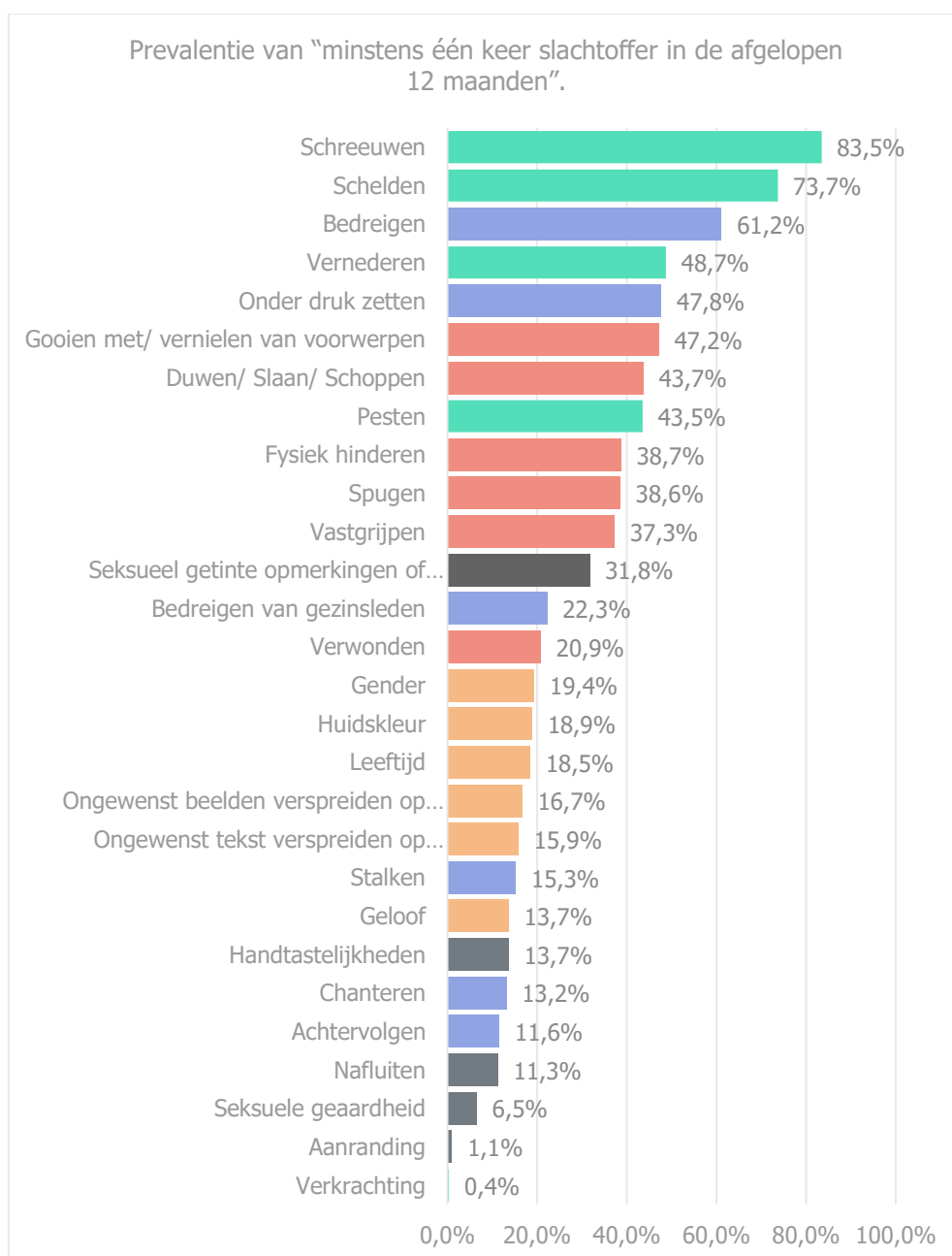
Bij de "medische" profielen werden de volgende feiten gerapporteerd (niet-limitatieve lijst):

- Urinestalen in het gezicht gegooid krijgen;
- Scheldtirades via de telefoon;
- Verbale en/of fysieke agressie door de patiënt of diens familie;
- Intimidatie door patiënt of familie;
- Poging tot bijten;
- Poging tot moord ("Ik was getuige van een moordpoging. Een patiënt stak met een schaar koelbloedig in de hals van de arts. (...");
- Feiten van morele/psychologische intimidatie door leidinggevend en of collega's;
- Feiten van seksuele intimidatie door leidinggevend en ("ik steek alles wat jij wil in je mond ... van de diensthoofdarts"; "een **** tegen het raam van mijn bureau plakken" ...);
- Agressiviteit vanwege artsen en hiërarchie;
- Onder druk gezet worden door de hiërarchie;
- Discriminatie of opmerkingen over uiterlijk;
- Het in twijfel trekken van verleende zorg;
- Feiten van kleinering;
- ...

Bij de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" rapporteerde 9% (N=70) feiten van agressie en geweld die niet in de vragenlijst waren opgenomen. De volgende zaken werden vermeld (niet-limitatieve lijst):

- Gooien van een molotovcocktail of vuurwerk;
- Gooien en spugen van bloed door een hiv-positieve patiënt;
- Agressie in het verkeer (zoals pogingen om een brandweerman omver te rijden, weigering om gehoor te geven bij wegafsluitingen, weigering om voorrang te verlenen);
- Bedreiging met een wapen (o.a. een mes);
- Materiële schade;
- Laster, verklikking, intimiderende e-mails ... door derden of vanuit de hiërarchie;
- Discriminatie op basis van gesproken taal;
- Fysiek geweld door leidinggevenden of collega's (zonder vervolging of maatregelen door het hoger management);
- Video-opnames tijdens interventies, vergezeld van dreigementen of represailles bij "fouten";
- Onbeleefdheid en gebrek aan respect;
- Racistische beledigingen;
- ...

Figuur 16 geeft een overzicht van alle vormen van agressie en hun prevalentie 'minstens één keer in het afgelopen jaar'.



Figuur 16 Prevalentie van alle vormen van agressie/geweld, minstens een keer of meerdere keren in het afgelopen jaar (N= 1.543).

4.2.7 Geweld en agressie – Bijkomende variabelen

4.2.7.1 Globale prevalenties per regio

Tussen de drie gewesten worden verschillen vastgesteld in de gemelde vormen van geweld. Om de resultaten overzichtelijker te presenteren, worden hieronder enkel de prevalenties weergegeven voor de respondenten die “nooit”, “één keer per jaar” en “meer dan één keer per jaar” (i.e. som van de antwoorden “één keer om de zes maanden” tot “één keer per week”) hebben geantwoord:

- Verbale agressie
 - Verbale agressie komt het vaakst voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (86,9%), gevolgd door Wallonië (76,3%) en Vlaanderen (75,7%).
 - Het percentage respondenten dat aangaf nooit slachtoffer te zijn geweest van verbale agressie, is het hoogst in Vlaanderen (13,7%), gevolgd door Wallonië (11,1%), en het laagst in Brussel (6,2%).
- Fysieke agressie
 - Er zijn grotere verschillen tussen Wallonië enerzijds en Brussel-Hoofdstad en Vlaanderen anderzijds. Een groter aandeel van de Vlaamse en Brusselse respondenten (respectievelijk 54,3% en 54,8%) geeft aan dat ze de voorbije 12 maanden meer dan één keer per jaar geconfronteerd werden met dit soort geweld, in vergelijking met de Waalse respondenten. Deze verschillen zijn statistisch significant tussen de gewesten ($p = <0,001$).
 - Wallonië heeft het hoogste percentage respondenten dat aangaf nooit slachtoffer te zijn geweest van fysieke agressie (40,3%), terwijl dit lager ligt in Brussel (26,9%) en Vlaanderen (35,2%).
- Intimidatie en bedreigingen
 - Brussel (72,1%) heeft het hoogste percentage respondenten dat “meer dan één keer per jaar” slachtoffer is geweest van intimidatie en bedreigingen, tegenover 57,4% in Wallonië en 55,1% in Vlaanderen.
 - Het aandeel respondenten dat aangaf nooit geïntimideerd te zijn geweest, is het hoogst in Vlaanderen (33,3%), gevolgd door Wallonië (25,1%) en het laagst in Brussel (14,8%).
- Seksuele agressie
 - Seksuele agressie werd het vaakst gemeld door respondenten die in Brussel werken (32,4%), gevolgd door Vlaanderen (31,9%) en Wallonië (20,3%).
 - Wallonië heeft het hoogste percentage respondenten dat aangaf nooit slachtoffer te zijn geweest van seksuele agressie (72,6%), vergeleken met Vlaanderen (60,8%) en Brussel (58,3%).
- Discriminatie
 - Discriminatie “meer dan één keer per jaar” werd significant vaker gemeld in Brussel (50,3%), vergeleken met Vlaanderen (29,7%) en Wallonië (25,5%).
 - Wallonië en Vlaanderen hebben een vergelijkbaar percentage respondenten dat aangaf nooit slachtoffer te zijn geweest van discriminatie (respectievelijk 65,0% en 64,5%), terwijl dit aandeel in Brussel lager ligt (40,3%).

Brussel registreert over het algemeen hogere percentages van verbale en fysieke agressie, intimidatie en discriminatie in vergelijking met de andere regio's. Wallonië lijkt de regio te zijn waar agressie in meerdere categorieën, met name seksuele en fysieke agressie, minder vaak voorkomt. Vlaanderen bevindt zich meestal in het midden, met lagere meldingen van discriminatie dan in Brussel.

Tabel 7. Prevalentie en regionale verdeling van geweld en agressie (N= 1.711).

		Vlaanderen (N= 775)	Brussel (N= 290)	Wallonië (N= 646)
Verbale agressie	Meer dan één keer per jaar	75.7%	86.9%	76.3%
	Eén keer per jaar	10.6%	6.9%	12.5%
	Nooit	13.7%	6.2%	11.1%
Fysieke agressie	Meer dan één keer per jaar	54.3%	54.8%	40.6%
	Eén keer per jaar	10.5%	18.3%	19.2%
	Nooit	35.2%	26.9%	40.3%
Intimidaties en bedreigingen	Meer dan één keer per jaar	55.1%	72.1%	57.4%
	Eén keer per jaar	11.6%	13.1%	17.5%
	Nooit	33.3%	14.8%	25.1%
Seksuele intimidaties	Meer dan één keer per jaar	31.9%	32.4%	20.3%
	Eén keer per jaar	7.4%	9.3%	7.1%
	Nooit	60.8%	58.3%	72.6%
Discriminatie	Meer dan één keer per jaar	29.7%	50.3%	25.5%
	Eén keer per jaar	5.8%	9.3%	9.4%
	Nooit	64.5%	40.3%	65.0%

4.2.7.2 Globale prevalenties per aantal jaren anciënniteit

Voor de vijf vormen van geweld en agressie worden statistisch significante verschillen vastgesteld naargelang het aantal jaren anciënniteit van de respondenten. De waargenomen trends zijn echter niet helemaal gelijk per type geweld/agressie:

- Verbale agressie is de meest voorkomende vorm van geweld, ongeacht de anciënniteitsgroep. De hoogste percentages worden gemeten bij respondenten met 5 tot minder dan 10 jaar anciënniteit (93,8%) en 10 tot minder dan 15 jaar (92,3%). Deze cijfers suggereren dat personen met enkele jaren ervaring vaker worden blootgesteld aan dit soort geweld. De percentages liggen iets lager bij respondenten met minder ervaring (84,0% voor minder dan 5 jaar) en bij de meest ervaren respondenten (85,7% voor meer dan 20 jaar).
- Voor fysieke agressie geldt een gelijkaardige trend, met een piek in prevalentie bij respondenten met 5 tot minder dan 10 jaar anciënniteit (77,3%), gevolgd door een geleidelijke daling naarmate de anciënniteit toeneemt. Professionals met meer dan 20 jaar ervaring lijken relatief minder blootgesteld te worden (58,1%).
- Bedreigingen en intimidatie hebben een vergelijkbaar verloop. De groep met 10 tot minder dan 15 jaar anciënniteit heeft het hoogste percentage (80,1%), terwijl respondenten met meer dan 20 jaar ervaring een lager percentage rapporteren (69,1%) ($<0,01$).
- Wat seksuele intimidatie betreft, wordt een duidelijke daling vastgesteld naarmate de anciënniteit toeneemt, gaande van 45,9% bij de groep met minder dan 5 jaar ervaring tot 26,4% bij de groep met meer dan 20 jaar ervaring ($<0,001$). Deze evolutie zou kunnen wijzen op een grotere kwetsbaarheid voor dit type gedrag bij personen aan het begin van hun loopbaan.
- Tot slot tonen de discriminatiecijfers een gelijkaardige dynamiek: zij treffen in grotere mate respondenten met 5 tot 10 jaar anciënniteit (50,4%) en neigen te dalen bij de meest ervaren werknemers, tot 26,4% bij wie meer dan 20 jaar ervaring heeft.

Deze resultaten naar anciënniteit suggereren dat vanaf ongeveer 10 tot 15 jaar ervaring, de blootstelling aan verschillende vormen van geweld de neiging heeft om af te nemen. Het is belangrijk te vermelden dat de groep "meer dan 20 jaar" 38,8% van de totale steekproef uitmaakt.

Tabel 8. Prevalentie en verdeling van geweld en agressie naar aantal dienstjaren - "ten minste eenmaal in het afgelopen jaar" (N=1.711)

Dienstjaren	Verbale agressie	Fysieke agressie	Intimidaties en bedreigingen	Seksuele intimidaties	Discriminatie	N=
minder dan 5 jaar	84.0%	61.2%	70.2%	45.9%	45.9%	268
van 5 tot minder dan 10 jaar	93.8%	77.3%	77.7%	46.9%	50.4%	260
van 10 tot minder dan 15 jaar	92.3%	71.3%	80.1%	38.1%	41.6%	286
van 15 tot minder dan 20 jaar	91.5%	62.4%	73.1%	31.2%	35.0%	234
meer dan 20 jaar	85.7%	58.1%	69.1%	26.4%	26.4%	663

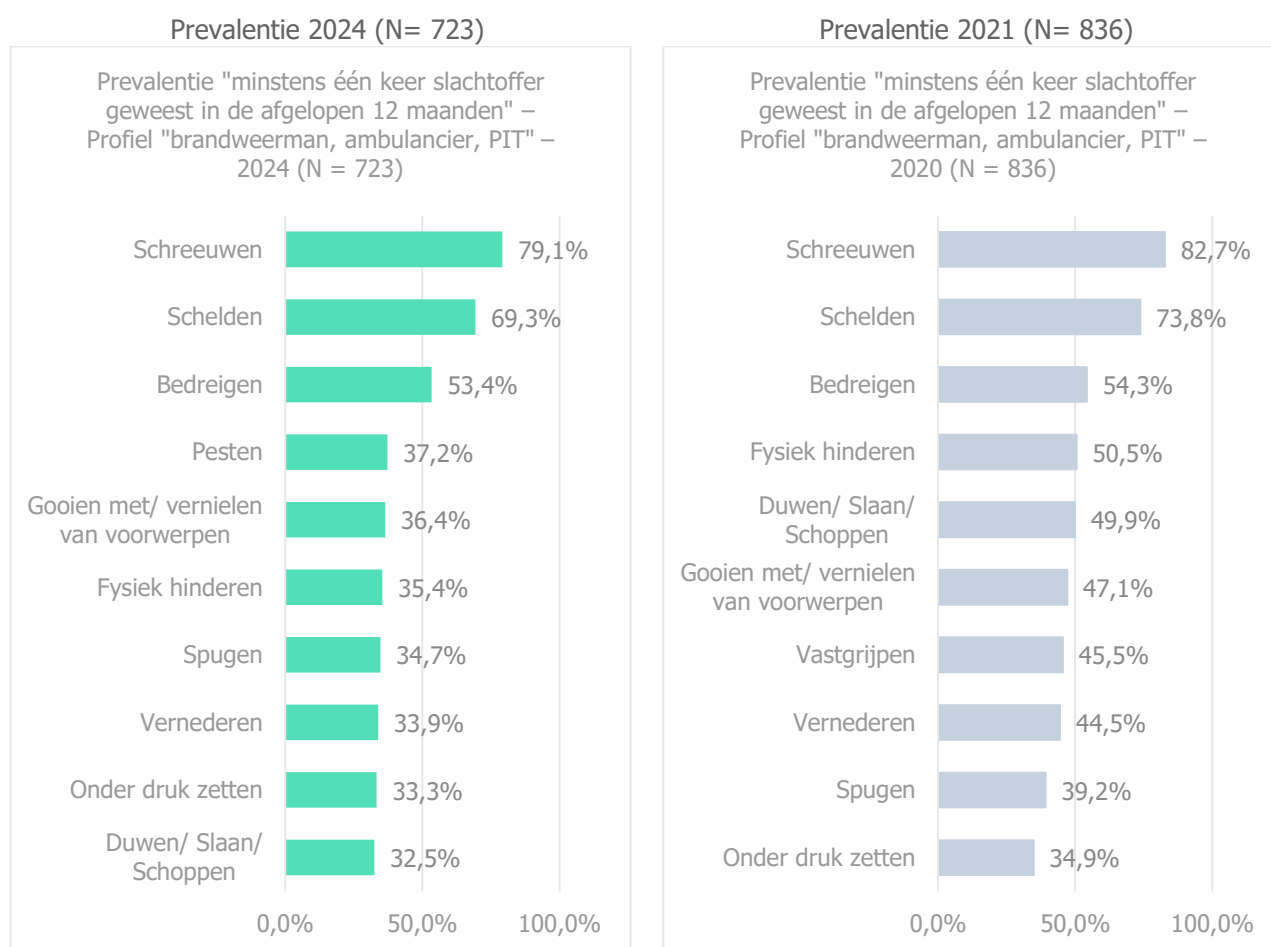
4.3 Prevalentie binnen de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"

Verbale agressie, bedreigingen en fysieke agressie zijn de vormen van geweld en agressie die het vaakst werden gerapporteerd door de respondenten met het profiel "brandweer¹⁴". Meer dan driekwart van de respondenten gaf aan dat er het afgelopen jaar tegen hen werd geschreeuwd (79,1%). Schelden (69,3%) vormt de tweede meest gerapporteerde vorm van geweld, gevolgd door bedreigingen (53,4%) en pesten (37,2%).

Ter indicatie: de drie meest gerapporteerde vormen van geweld in 2021 komen overeen met die van 2024, al lagen de prevalenties in 2021 relatief hoger. In 2021 gaf 82,7% van de respondenten aan minstens één keer geconfronteerd te zijn met geschreeuw, 73,8% met schelden en 54,3% met bedreigingen. Fysiek gehinderd worden, stond op de vierde plaats met 50,5% van de respondenten.

De prevalenties van de verschillende vormen van geweld verzameld in 2024, worden hieronder verder toegelicht voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT".

¹⁴ Voor de leesbaarheid en het schrijfcomfort wordt in deze sectie de term "brandweer" gebruikt om respondenten aan te duiden die aangaven een functie als brandweerman, ambulancier of PIT uit te oefenen.



Figuur 17 Prevalentie van de meest gerapporteerde vormen van geweld in 2024 en 2021 (Bron: Verwee et al., 2022)

4.3.1 Verbale agressie – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”

In de voorbije 12 maanden kwamen vormen van verbale agressie – schreeuwen, schelden, pesten en vernederen – het meest frequent voor bij de brandweerrespondenten. Gemiddeld 54,9% van de respondenten werd het afgelopen jaar slachtoffer van een vorm van verbale agressie.

Meer bepaald, gaf 79,1% aan dat er in het voorbije jaar tegen hen werd geschreeuwd. Bij 34,9% gebeurde dit dagelijks (3,6%), wekelijks (10,9%) of maandelijks (20,3%). Schelden is de tweede meest gerapporteerde vorm van verbale agressie/geweld: 69,3% van de respondenten gaf aan minstens één keer in de voorbije 12 maanden uitgescholden geweest te zijn. Bij 10% gebeurde dit wekelijks en bij 16,6% maandelijks.

Gepest worden, is de derde meest gemelde vorm van verbale agressie: meer dan een derde van de respondenten werd hiermee geconfronteerd in het afgelopen jaar. Bijna 10% van de respondenten gaf aan dat dit maandelijks gebeurde. Verbale vernedering werd gemeld door een derde van de respondenten. Bij 1% gebeurde dit dagelijks, bij 3,6% wekelijks en bij 5,9% maandelijks.

Voor al deze vormen van verbale agressie, met uitzondering van uitgescholden worden, lagen de percentages van blootgestelde respondenten hoger tijdens de gegevensverzameling in 2021 (Verwee et al., 2022):

- 83% van de deelnemers werd in het afgelopen jaar blootgesteld aan geschreeuw (tegenover 79,1% in 2024);
- 74% aan scheldpartijen (tegenover 69,3% in 2024);
- 45% aan verbale vernederingen (tegenover 33,9% in 2024).

Voor gepest worden, lag het percentage lager in 2021, namelijk 31% tegenover 37,2% in 2024.

Tabel 9. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=723)

Verbale agressie					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Schreeuwen	34.9%	13.4%	15.5%	15.4%	20.9%
Vernederen	10.5%	6.4%	7.5%	9.5%	66.1%
Pesten	15.8%	6.5%	6.8%	8.2%	62.8%
Schelden	29.3%	12.0%	12.6%	15.4%	30.7%

4.3.2 Fysieke agressie – Profiel "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"

Gemiddeld werd minder dan een derde van de respondenten geconfronteerd met een vorm van fysieke agressie. Wanneer deze feiten zich voordoen, blijken ze meestal voor te komen met een frequentie van één of twee keer het laatste jaar.

De meest gerapporteerde vorm van fysieke agressie is het gooien of vernielen van voorwerpen: een derde van de respondenten werd hiermee geconfronteerd (36,4%), waarvan 6,1% wekelijks tot maandelijks (0,4% dagelijks, 1,4% wekelijks en 4,3% maandelijks). Bij de meeste respondenten vonden deze feiten plaats één keer in de voorbije 12 maanden (16,6%) of eenmaal om de zes maanden (8,3%).

"Fysiek hinderen" en "Duwen/Slaan/Schoppen" vervolledigen de top drie van fysieke agressie. Van de respondenten meldt 35,4% dat ze het afgelopen jaar minstens één keer fysiek geblokkeerd werden, waarvan 5,9% met een frequentie van één keer per dag (0,6%) tot één keer per maand (2,4%). Daarnaast geeft 32,5% aan dat ze het afgelopen jaar minstens één keer geschopt of geduwd werden, en voor 4,7% gebeurt dit minstens één keer per maand.

De drie minst voorkomende vormen van fysieke agressie zijn:

- Spugen: 17% van de respondenten werd hier minstens één keer in de voorbije 12 maanden mee geconfronteerd, waarvan 6,1% om de drie maanden;
- Vastgrijpen: 72,2% gaf aan in de voorbije 12 maanden geen slachtoffer te zijn geweest van vastgrijpen, maar bij 2,1% gebeurde dit wekelijks en bij 2,9% maandelijks;
- Verwonden is de minst voorkomende vorm van fysieke agressie/geweld: 87,6% werd het afgelopen jaar niet verwond. Toch werd 8,4% van de respondenten minstens één keer in het afgelopen jaar wel slachtoffer hiervan, en 1,9% twee keer in de loop van het jaar.

De prevalenties van de gegevensverzameling in 2024 liggen relatief lager dan die verzameld in 2021, en de meest voorkomende vormen zijn anders verdeeld. Op basis van de eerste meting bleek dat de helft van de respondenten slachtoffer werd van fysiek hinderen en duwen/slaan/schoppen, 47% van gooien/vernielen van voorwerpen en 46% van vastgrijpen.

Tabel 10. « Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van... » - Fysieke agressie – Resultaten (N=723)

Fysieke agressie					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Spugen	5.8%	6.1%	5.8%	17.0%	65.3%
Vastgrijpen	5.1%	5.1%	5.8%	11.8%	72.2%
Verwonden	0.8%	1.2%	1.9%	8.4%	87.6%
Fysiek hinderen	5.9%	6.1%	7.9%	15.5%	64.6%
Gooien met/ vernielen van voorwerpen	6.1%	5.4%	8.3%	16.6%	63.6%
Duwen/ Slaan/ Schoppen	7.1%	4.6%	6.5%	14.4%	67.5%

4.3.3 Intimidaties en bedreigingen – Profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT”

Meer dan de helft van de brandweerlieden gaf aan in de voorbije 12 maanden bedreigd te zijn geweest (53,4%). Bij bijna 5% gebeurde dit wekelijks, bij 7,7% maandelijks en bij bijna 10% driemaandelijks. De tweede vorm van bedreiging is onder druk gezet worden: een derde van deze profielen werd het afgelopen jaar onder druk gezet. Bij 9,3% gebeurde dit eenmaal het laatste jaar, maar bij 12,7% kwam deze vorm van geweld frequenter voor (dagelijks tot maandelijks).

Bij het profiel “brandweerlieden-ambulanciers-PIT” is het ongewenst verspreiden van beeld via sociale media de derde meest gerapporteerde vorm van bedreiging. Bijna 20% van de respondenten heeft dit minstens één keer in het voorbije jaar meegemaakt. Deze profielen worden het vaakst met deze bedreiging geconfronteerd tussen één keer om de drie maanden (4,3%) en één keer het laatste jaar (6,4%), terwijl 5% er wekelijks (0,6%) tot maandelijks (2,5%) mee werd geconfronteerd. Wat betreft het ongewenst verspreiden van tekst via sociale media heeft 16,2% van de brandweerprofielen dit meegemaakt in de voorbije 12 maanden (waarbij de meesten dit één keer meemaakten: 7,3%). Bij 2,4% gebeurde dit maandelijks en bij 3,2% zesmaandelijks.

Voor de andere vormen van bedreiging zijn de prevalenties als volgt:

- 18,7% werd geconfronteerd met bedreigingen gericht tegen familieleden; bij 7,6% gebeurde dit één keer in het afgelopen jaar, bij 3,5% twee keer in het afgelopen jaar, en bij 2,6% om de drie maanden;
- Achtervolging trof 11,2% van de respondenten; 8% maakte dit één keer in het afgelopen jaar mee;
- 10,1% van de brandweerprofielen meldde het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geweest van intimidatie;
- 93,2% van de brandweerprofielen werd niet geconfronteerd met chantage. Toch werd 6,8% hier minstens één maal in het afgelopen jaar slachtoffer van.

Deze resultaten zijn in lijn met de gegevens verzameld in 2021, met enkele verschillen in prevalentie. Zo werd in 2021 een grotere groep van de brandweerrespondenten slachtoffer van de verspreiding van ongewenste inhoud op sociale media (24,2% voor beelden en 21,5% voor teksten). Anderzijds werden in 2024 meer respondenten slachtoffer van chantage dan in 2021 (toen gaf 90,1% aan geen slachtoffer te zijn geweest).

Tabel 11. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Bedreigingen en intimidaties – Resultaten (N=723)

Intimidaties en bedreigingen					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Bedreigen	13.4%	9.3%	11.9%	18.8%	46.6%
Bedreigen van gezinsleden	5.0%	2.6%	3.5%	7.6%	81.3%
Stalken	2.9%	1.5%	1.7%	4.0%	89.9%
Achternvolgen	1.0%	1.2%	1.0%	8.0%	88.8%
Chanteren	1.4%	0.7%	1.5%	3.2%	93.2%
Onder druk zetten	12.7%	6.1%	5.3%	9.3%	66.7%
Ongewenst beelden verspreiden op sociale media	5.0%	4.3%	4.1%	6.4%	80.2%
Ongewenst tekst verspreiden op sociale media	3.7%	1.9%	3.2%	7.3%	83.8%

4.3.4 Seksuele intimidatie – Profiel "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"

Seksuele intimidatie komt minder vaak voor bij de hulpverleners in vergelijking met verbale en fysieke vormen van agressie. Toch rapporteerde 14,4% van deze respondenten slachtoffer te zijn geweest van seksueel getinte opmerkingen en blikken in de voorbije 12 maanden. Gemiddeld wordt dit gedrag voor 4,6% ervaren van wekelijks tot driemaandelijks, en voor 3,7% zesmaandelijks.

Andere vormen van seksuele intimidatie die worden gemeld, zijn "nafluiten" – 7,9% van de brandweerprofielen maakte dit minstens één keer mee het afgelopen jaar – en "handtastelijkheden", wat door 6,8% van deze profielen werd ervaren, waarvan 2,1% twee keer in de afgelopen twaalf maanden.

Net als in 2021 is dit in 2024 de minst voorkomende vorm van agressie. De opvallendste verschillen tussen beide metingen zijn dat er meer slachtoffers van "nafluiten" zijn in de huidige gegevensverzameling (6,3% in 2021), en minder slachtoffers van seksueel getinte opmerkingen/blikken en aanrandingen (16,3% en 0,7% in 2021).

Tabel 12. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidaties – Resultaten (N=723)

Seksuele intimidaties					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Nafluiten	2.4%	1.0%	1.5%	3.0%	92.1%
Seksueel getinte opmerkingen of blikken	4.6%	2.1%	3.7%	4.0%	85.6%
Handtastelijkheden	0.8%	0.8%	2.1%	3.0%	93.2%
Aanranding	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	99.9%
Verkrachting	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

4.3.5 Discriminatie – Profiel "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"

Discriminatie op basis van huidskleur is de meest gerapporteerde vorm van discriminatie: 14,9% maakte dit minstens één keer mee in het afgelopen jaar. Bij ongeveer 3% van de brandweerrespondenten vond deze vorm van discriminatie één keer per drie tot zes maanden plaats. De tweede meest voorkomende vorm van discriminatie heeft betrekking op leeftijd (12,4%). Daarna volgen discriminatie op basis van geloofsovertuiging (10,4%), op basis van gender (8,9%) en op basis van seksuele geaardheid (5,4%).

Net als in 2021 zijn discriminatie op basis van huidskleur en leeftijd de twee meest gemelde vormen van discriminatie in 2024. De in 2024 gerapporteerde prevalenties zijn in overeenstemming met die van 2021.

Tabel 13. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=723)

Discriminatie gebaseerd op...					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Gender	3.5%	1.2%	2.4%	1.8%	91.1%
Huidskleur	5.1%	2.8%	3.0%	4.0%	85.1%
Geloof	4.4%	2.1%	1.9%	1.9%	89.6%
Leeftijd	3.2%	1.7%	3.3%	4.3%	87.6%
Seksuele geaardheid	1.9%	1.1%	0.6%	1.8%	94.6%

4.4 Prevalentie binnen de profielen “medisch, paramedisch, verzorgend personeel”

4.4.1 Verbale agressie/geweld – Profiel “medisch”

Schreeuwen en schelden zijn de vormen van verbaal geweld waarmee gezondheidsprofessionals het vaakst worden geconfronteerd. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan van dagelijks tot maandelijks te worden toegeschreeuwd (meer bepaald, bij 11,9% gebeurde dit dagelijks, bij 23,5% wekelijks en bij 19% maandelijks). Slechts 12,4% van de respondenten werd het afgelopen jaar niet geconfronteerd met geschreeuw.

Schelden is de tweede meest gerapporteerde vorm van verbaal geweld: naar 77,5% van de respondenten met een medisch profiel werd in de afgelopen 12 maanden geschreeuwd. Bij 19,2% gebeurde dit op wekelijkse basis en bij 9% dagelijks.

Verbaal vernederd worden, komt voor bij bijna 60% van de werknemers in de medische sector: 14,7% werd er maandelijks mee geconfronteerd en 10,3% wekelijks. Gepest worden, kwam het laatste jaar voor bij 49,5% van de medische respondenten, waarbij de grootste proportie aangeeft dat dit maandelijks gebeurde (10%).

Tabel 14. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Verbale agressie – Resultaten (N=910)

Verbale agressie					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Schreeuwen	54.4%	13.4%	10.3%	9.5%	12.4%
Vernederen	27.8%	10.2%	10.4%	10.7%	40.9%
Pesten	26.6%	8.5%	6.9%	7.5%	50.5%
Schelden	46.3%	11.0%	10.3%	9.9%	22.5%

4.4.2 Fysieke agressie/geweld – Profiel “medisch”

Gemiddeld wordt 45,4% van de gezondheidswerkers geconfronteerd met vormen van fysiek geweld. De meest gerapporteerde vorm is het gooien of vernielen van voorwerpen: 57,3% van de respondenten uit de medische sector heeft dit minstens één keer meegemaakt het afgelopen jaar. Bij 8,6% gebeurde dit wekelijks, bij 11,2% maandelijks en bij 12,6% driemaandelijks.

Duwen en schoppen, is de tweede meest gerapporteerde vorm van fysiek geweld: meer dan de helft van de respondenten (54,3%) ervaarde dit. Bij 9,1% gebeurde dit wekelijks, bij 10,5% maandelijks en bij 12,1% driemaandelijks.

Vastgrijpen werd gerapporteerd door bijna de helft van de respondenten (46,4%), waarvan 10,5 % aangeeft dit maandelijks mee te maken. Spugen volgt met 43,4%, waarbij opnieuw bijna 10% dit maandelijks rapporteert. Fysiek hinderen worden wordt gemeld door 42,4% van de respondenten, en 9,1 % geeft aan dit tweemaal in het afgelopen jaar te hebben meegemaakt.

Tot slot verklaart 28,5 % van de respondenten het afgelopen jaar gewond te zijn verwonden, terwijl 71,5 % geen verwondingen meldt. De prevalentiecijfers geven aan dat bij bijna 5% verwonden optreedt op driemaandelijks basis, bij meer dan 5% op zesmaandelijks basis en bij 12,3% één keer het laatste jaar.

Tabel 15. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." - Fysieke agressie – Resultaten (N=910)

Fysieke agressie					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Spugen	14.9%	8.4%	9.0%	11.1%	56.6%
Vastgrijpen	19.2%	7.9%	8.6%	10.7%	53.6%
Verwonden	5.5%	4.7%	5.9%	12.3%	71.5%
Fysiek hinderen	13.8%	8.0%	9.1%	11.4%	57.6%
Gooien met/ vernielen van voorwerpen	21.9%	12.6%	10.5%	12.2%	42.7%
Duwen/ Slaan/ Schoppen	21.4%	12.1%	10.3%	10.4%	45.7%

4.4.3 Intimidatie en bedreigingen – Profiel "medisch"

Meer dan twee derde van de medische profielen gaf aan het afgelopen jaar bedreigd te zijn, en voor een deel van de respondenten zijn de bedreigingen terugkerend: 12% werd er wekelijks slachtoffer van, eenzelfde percentage maandelijks en nogmaals 12% driemaandelijks. Onder druk gezet worden, is de tweede meest gerapporteerde vorm van bedreiging: meer dan de helft van de respondenten (58,8%) werd hier minstens één keer mee geconfronteerd in de afgelopen 12 maanden, waarvan 14,4% wekelijks en 13,5% maandelijks.

Andere vormen van bedreiging en intimidatie die werden gerapporteerd, zijn:

- Een vierde van de respondenten (25,8%) gaf aan dat zij in de afgelopen 12 maanden bedreigingen hebben ontvangen die gericht waren tegen hun gezinsleden. Dergelijke bedreigingen kwamen het vaakst voor eens per drie maanden (4,3%), eens per zes maanden bij 6,2% en één keer het laatste jaar bij 7,7% van de respondenten.
- Bijna 20% van de respondenten werd het afgelopen jaar gepest. Dit ongewenst gedrag komt regelmatig voor: 3% is er maandelijks slachtoffer van, bijna 3% met een frequentie van om de drie maanden en iets minder dan 3% elke zes maanden.
- Chantage treft 18,4% van de respondenten. De hoogste prevalentie bedraagt 3,4% van de respondenten, die aangaven er één maal in de loop van het jaar slachtoffer van te zijn geweest.
- Het ongewenst verspreiden van beeld of tekst via sociale media wordt slechts door een klein aandeel respondenten met een medisch profiel gemeld. Gemiddeld is 85% van de respondenten geen slachtoffer van dit soort gedrag geweest. Toch werd gemiddeld 6% van de respondenten er minstens één keer in het voorbije jaar mee geconfronteerd.
- De grote meerderheid van de respondenten werd niet geconfronteerd met achtervolging (88,1%). Toch gaf bijna 12% van de respondenten aan in de afgelopen 12 maanden minstens één keer slachtoffer te zijn geweest van een dergelijke situatie.

Tabel 16. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Intimidaties en bedreigingen – Resultaten (N=910)

Intimidaties en bedreigingen					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Bedreigen	27.7%	11.9%	13.3%	14.6%	32.5%
Bedreigen van gezinsleden	7.7%	4.3%	6.2%	7.7%	74.2%
Stalken	6.7%	2.9%	2.6%	7.1%	80.7%
Achternvolgen	2.7%	1.5%	2.1%	5.5%	88.1%
Chanteren	8.6%	3.2%	3.2%	3.4%	81.6%
Onder druk zetten	36.6%	8.2%	7.5%	6.5%	41.2%
Ongewenst beelden verspreiden op sociale media	3.1%	2.2%	2.7%	6.4%	85.6%
Ongewenst tekst verspreiden op sociale media	4.2%	2.5%	3.0%	5.9%	84.4%

4.4.4 Seksuele intimidatie – Profiel "medisch"

De tijdens het onderzoek bevroegde vormen van seksuele intimidatie tonen aan dat deze vormen van geweld een realiteit zijn voor respondenten die werkzaam zijn in de medische en zorgsector. Gemiddeld werd 16,3% van de respondenten er het afgelopen jaar mee geconfronteerd.

Meer bepaald gaf 45,3% van de respondenten aan regelmatig geconfronteerd te zijn geweest met seksueel getinte opmerkingen en blikken:

- bij 5,4% van de slachtoffers gebeurde dit wekelijks,
- bij 8,8% maandelijks
- en bij 10,5% driemaandelijks en zesmaandelijks.

Daarnaast werd 20% van de respondenten slachtoffer van ongewenste aanrakingen, waarvan bijna 5% zesmaandelijks, en 14,1% werd het afgelopen jaar nagefloten (waarvan, 2,2% elke maand).

Voor aanranding gaf 98,1% van de respondenten aan daar geen slachtoffer van te zijn geweest, wat betekent dat 1,9% dit wel was (13 personen één keer het laatste jaar, 2 personen maandelijks).

Verkrachting is de minst gerapporteerde vorm van seksueel geweld. Toch meldden zes personen slachtoffer te zijn geweest van verkrachting in het afgelopen jaar¹⁵.

Tabel 17. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Seksuele intimidatie – Resultaten (N=910)

Seksuele intimidaties					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet
Nafluiten	3.1%	2.3%	3.8%	4.8%	85.9%
Seksueel getinte opmerkingen of blikken	15.5%	10.5%	10.5%	8.7%	54.7%
Handtastelijkheden	4.3%	3.4%	4.9%	6.8%	80.5%
Aanranding	0.3%	0.0%	0.1%	1.4%	98.1%
Verkrachting	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	99.3%

4.4.5 Discriminatie – Profiel "medisch"

26,5% van de respondenten uit de medische sector gaf aan het afgelopen jaar minstens één keer geconfronteerd te zijn geweest met gendergerelateerde discriminatie. Bij 4,2% gebeurde dit wekelijks, bij 5,6% maandelijks, en 6% ervaaarde dit driemaandelijks. Ter info: deze groep respondenten bestaat voor 75,2% uit personen die zich als "vrouw" identificeren.

De andere meest terugkerende vorm van discriminatie is op basis van leeftijd: 23,4% maakte dit het afgelopen jaar mee (0,9% dagelijks, 3% wekelijks, 5,3% maandelijks). Daarna gaf 22,4% van de respondenten aan onaangename opmerkingen of ongepast gedrag te hebben ervaren over hun huidskleur (1,5% dagelijks, 3% wekelijks, 6,6% maandelijks, 4,5% driemaandelijks, 3,5% zesmaandelijks en 3,3% eenmaal laatste jaar).

Lagere percentages werden waargenomen voor discriminatie op basis van geloof: 16,5% werd het afgelopen jaar één of meerdere keren slachtoffer. Ten slotte gaf 7,8% van de respondenten aan onaangename opmerkingen of ongepast gedrag te hebben ervaren over hun seksuele geaardheid.

Tabel 18. "Bent u in de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van..." – Discriminatie – Resultaten (N=910)

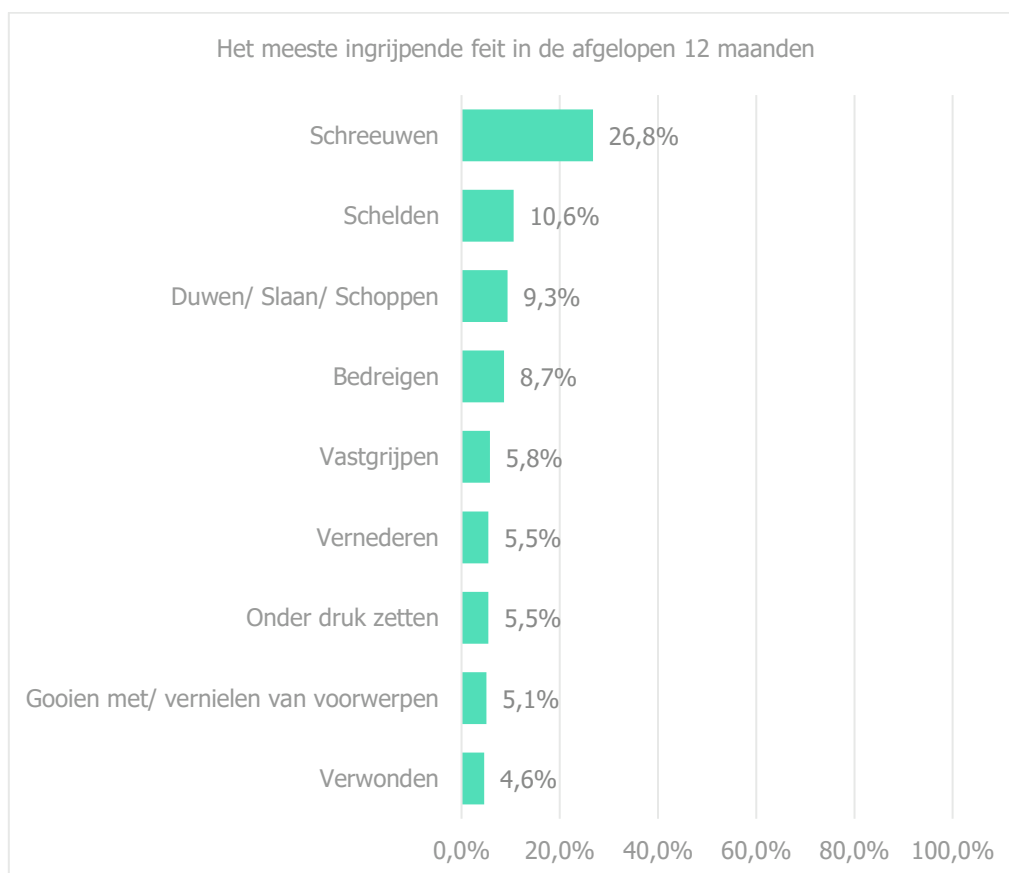
Discriminatie gebaseerd op...					
	Van één keer per dag tot één keer per maand	Eenmaal per drie maanden	Eenmaal per zes maanden	Eenmaal per jaar	Niet

¹⁵ In België is verkrachting een misdrijf dat bestraft kan worden met een gevangenisstraf van zes maanden tot tien jaar. Meer informatie: https://justitie.belgium.be/nl/themas/veiligheid_en_criminaliteit/seksuele_misdrijven#tab-top--5

Gender	10.7%	6.0%	4.8%	4.9%	73.5%
Huidskleur	11.1%	4.5%	3.5%	3.3%	77.6%
Geloof	6.5%	2.7%	3.1%	4.2%	83.5%
Leeftijd	9.1%	5.2%	4.9%	4.2%	76.6%
Seksuele geaardheid	3.5%	1.3%	1.1%	1.9%	92.2%

4.5 Meest ingrijpende feit

Onder de verschillende bevraagde feiten van geweld, werden de respondenten gevraagd naar "het meest ingrijpende feit als u het afgelopen jaar slachtoffer bent geweest van geweld en agressie". Voor meer dan een vijfde van hen was schreeuwen (26,8%) het meest ingrijpende feit, gevolgd door schelden (10,6%), duwen en schoppen (9,3%) en vastgrijpen (5,8%), die respectievelijk de derde en vijfde plaats innemen onder de meest ingrijpende feiten. De vierde en zesde plaats worden ingenomen door bedreigingen (8,7%) en vernederingen (5,5%).



Figuur 18 Het meeste ingrijpende feit in de afgelopen 12 maanden. (N= 1476).

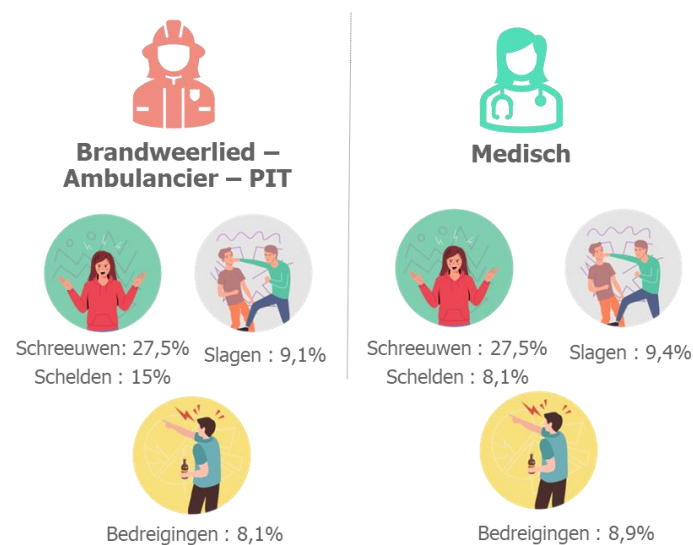
4.5.1 Het meest ingrijpende feit voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en de profielen "medisch"

Voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" was verbaal geweld in 2024 het meest ingrijpend in de afgelopen 12 maanden: 27,5% van de brandweerrespondenten gaf aan dat schreeuwen voor hen het meest ingrijpend was, terwijl 15% schelden noemde. Schoppen en bedreigingen volgen daarop, gemeld door respectievelijk 9,1% en 8,1% van de respondenten.

Ter vergelijking, in het onderzoek in 2021 waren schreeuwen en slagen (duwen/slaan/schoppen) de twee meest ingrijpende feiten, elk aangeduid door 14% van de respondenten. Andere vormen van fysieke agressie volgden daarop, zoals vastgrijpen (9%), het gooien of vernielen van voorwerpen (8%) en fysiek hinderen (5%). Toen meldde slechts 6% van de respondenten schelden als meest ingrijpende feit en 7% bedreigingen.

Deze resultaten wijzen erop dat verbaal geweld in 2024, met name schreeuwen en schelden, als ingrijpender wordt ervaren dan in 2021, terwijl de relatieve impact van fysieke agressie licht lijkt af te nemen, ook al blijft dit significant.

Verbale agressie wordt ook het vaakst als meest ingrijpend feit gemeld door de profielen "medisch, paramedisch, verzorgend personeel": 27,5% geeft aan dat schreeuwen het meest ingrijpende feit was. Daarna volgen slagen (9,4%) en bedreigingen (8,9%). Voor 8,1% van de respondenten met een medisch profiel was schelden het meest ingrijpende feit.



Figuur 19 Het meest ingrijpende feit voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 580) en de profielen "medisch" (N= 830).

4.6 Profiel van de agressoren

Voor het meest ingrijpende feit werd de context, de plaats van het feit en het profiel van de agressor bevraagd. Zo konden de kenmerken van de personen die het agressieve/gewelddadige gedrag vertoonden, in kaart gebracht worden. De onderstaande resultaten hebben betrekking op de vragen: "Voor het meest ingrijpende feit, ...:

- Wie was de persoon die u heeft aangevallen?
- Wat was de leeftijd van deze persoon?
- Was deze persoon onder invloed van alcohol, drugs of medicatie?
- Wat was het geslacht van deze persoon?
- Waar vond de agressie plaats?"

4.6.1 Profiel van de agressoren

4.6.1.1 Wie zijn de agressoren ?

In 55,9% van de gevallen is de agressor de patiënt of klant van de aangevallen persoon of diens dienst. Vervolgens is in 19,1% van de gevallen de agressor een naaste van de patiënt/klant. Bij 9,1% van de respondenten was de agressor een collega, en bij 7,9% ging het om een aanwezige ter plaatse. In 5,9% van de gevallen was de agressor een leidinggevende en 2,8% van de respondenten gaf "andere" aan.

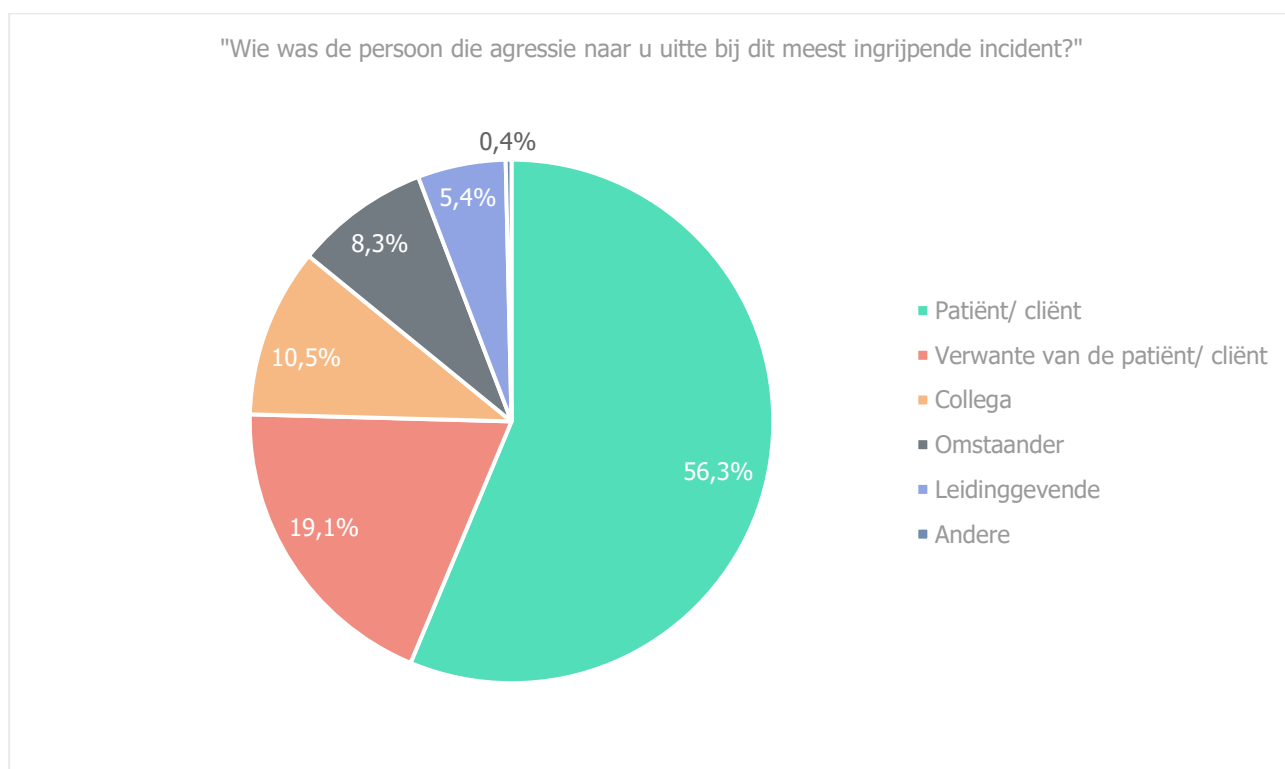
In de categorie "andere" werden de volgende profielen vermeld (N=39 respondenten):

- Arts
- Assistent
- Bezoeker
- Collega en patiënt
- Hiërarchie (bijv. N+2)
- Onbekende (op straat, op weg naar het werk)
- Patiënt en familie
- ...

Van de 1.711 respondenten gaven 315 geen profiel op van hun agressor.

34 van deze "andere" profielen konden opnieuw worden ingedeeld in bestaande categorieën (*arts* bij *collega's*, *patiënt* bij *patiënten*, enz.), wat de verhoudingen als volgt deed evolueren:

- Patiënten/klanten: 56,3%
- Naaste van patiënten/klanten: 19,1%
- Collega's: 10,5%
- Aanwezige ter plaatse: 8,3%
- Leidinggevenden: 5,4%
- Andere: 0,4%



Figuur 20 Wie was de persoon die agressie naar u uitte bij dit meest ingrijpende incident? (N= 1.396).

De agressor bij het meest ingrijpende voorval was in 79,2% van de gevallen een man (alle profielen samen), in 17,2% van de gevallen een vrouw, terwijl 3% van de respondenten het gender van de agressor niet kende (en 0,3% meldde "x").

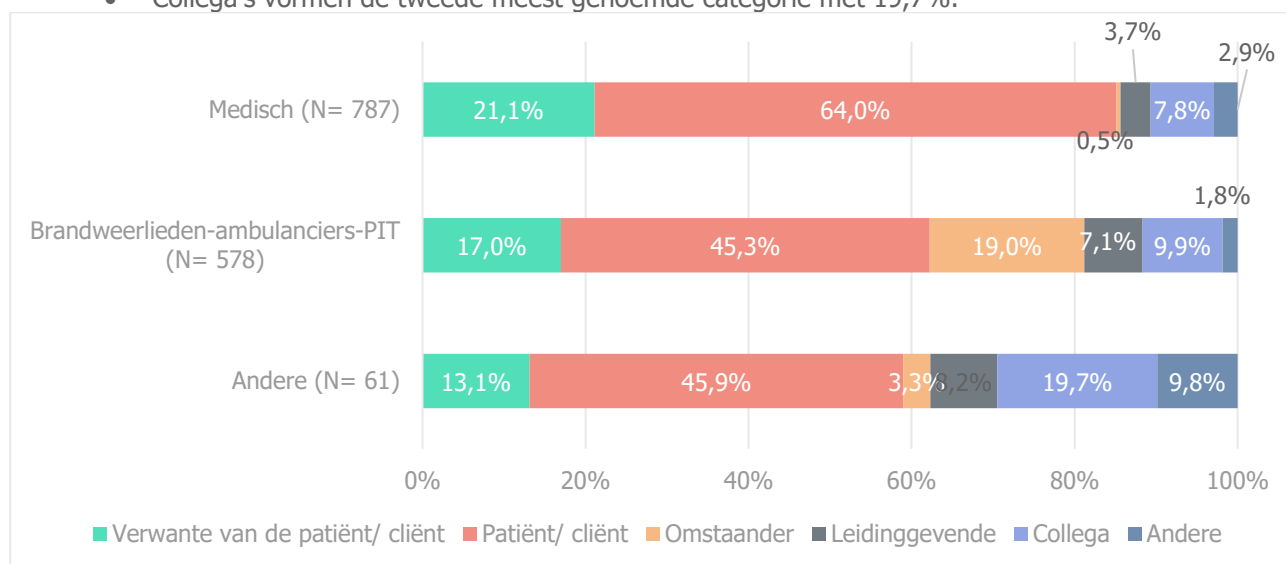
Wat het gender van de agressor betreft, staan mannelijke respondenten vaker tegenover mannelijke agressoren (85,1% tegenover 73% voor vrouwelijke respondenten). Omgekeerd staan vrouwelijke respondenten vaker tegenover vrouwelijke agressoren (23,5% tegenover 11,3% voor mannelijke respondenten). Ook verschillen de profielen van de agressoren: bij vrouwelijke respondenten zijn de daders vooral patiënten of klanten (59,8%), gevolgd door hun naasten (19,8%) en collega's (10,2%). Bij mannen blijven patiënten/klanten de belangrijkste agressoren (52,1%), gevolgd door naasten (18,5%) en "aanwezigen ter plaatse" (13,6%). Leidinggevend worden genoemd door 3,7% van de vrouwelijke respondenten, tegenover 2% van de mannelijke.

Specifieke kenmerken blijken afhankelijk te zijn van de sector van de respondenten, zowel qua profiel als het gender van de agressor.

- Medische sector: de meeste agressie wordt gepleegd door de patiënt zelf:
 - 64% van de agressoren zijn patiënten,
 - 21,1% zijn naasten van patiënten,
 - 7,8% zijn collega's.
 - Wat het gender betreft: 79,4% mannen, 21,4% vrouwen.
- Hulpdiensten (brandweertien-ambulanciers-PIT): het profiel van de agressor is hier diverser. Hoewel patiënten het vaakst genoemd worden, is hun aandeel kleiner dan in de medische sector:
 - 45,3% zijn patiënten,
 - 17% zijn naasten van patiënten,
 - 19% zijn aanwezigen ter plaatse (passanten, getuigen...),
 - 9,9% zijn collega's.
 - 85,4% van de agressors zijn mannen, 11,1% vrouwen.

Deze resultaten bevestigen de tendensen uit 2021, zij het met enkele variaties: toen was 59,7% van de agressoren patiënt/klant, 17% naaste, 15% aanwezige, en 5,8% collega. Het percentage mannelijke agressoren bedroeg toen 83,2%.

- Bij de respondenten die "andere" functie selecteerden (zie sectie 4.1.5 van het rapport om uit te vinden wie deze profielen zijn):
 - Patiënten vertegenwoordigen 45,9% van de agressoren,
 - Collega's vormen de tweede meest genoemde categorie met 19,7%.

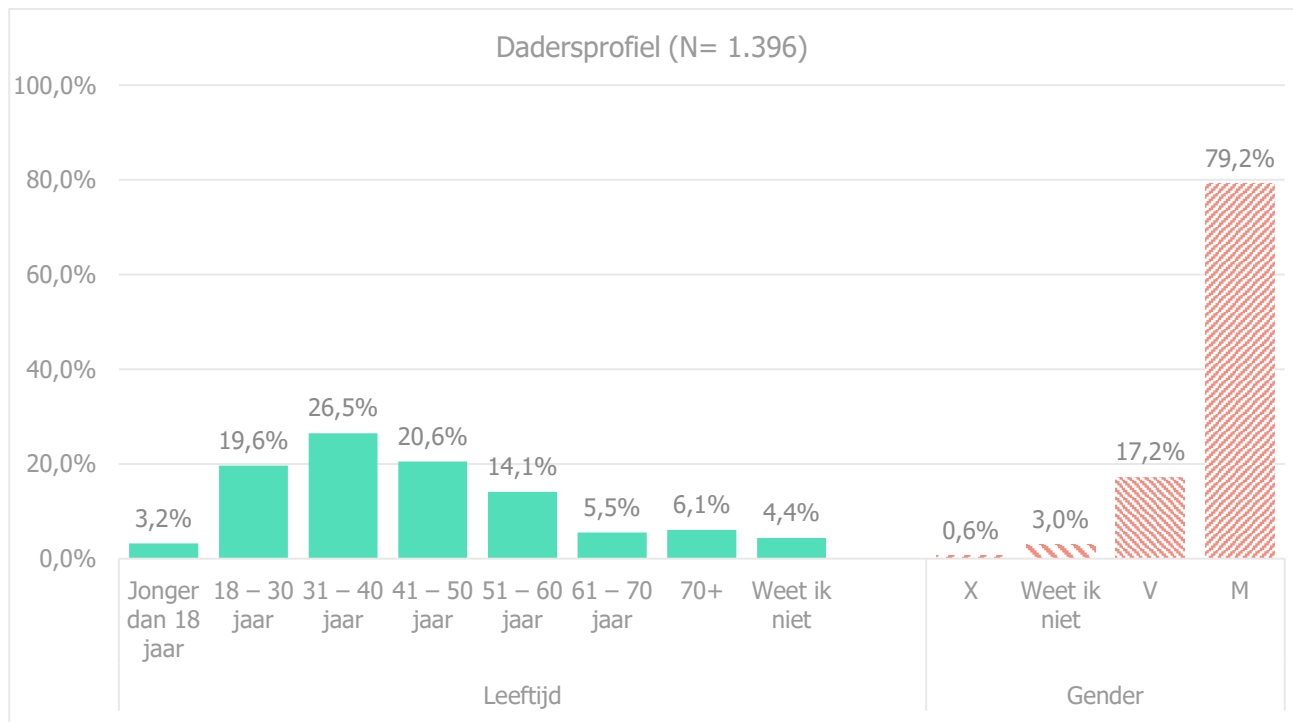


Figuur 21 Profielen van daders naargelang respondentprofiel

Wat betreft de leeftijd van de agressoren is er onmiskenbaar sprake van een zekere bias in de manier waarop respondenten deze hebben gecategoriseerd. Zonder de leeftijd van de patiënt/cliënt/collega/leidinggevende precies te kennen – bijvoorbeeld bij gebrek aan de geboortedatum, wat eventueel via het medisch dossier beschikbaar zou kunnen zijn – is het duidelijk dat de leeftijdsinschatting van de agressor een inschatting blijft (en dat het verschil tussen 40 en 41 jaar inschatten moeilijk is). Desondanks werd de respondenten gevraagd

om de leeftijd van hun agressor aan te duiden aan de hand van leeftijdscategorieën, of om aan te geven dat ze het niet weten.

Voor het meest ingrijpende feit werd de leeftijdsgroep van 31 tot 40 jaar het meest aangeduid: 26,5% van de respondenten gaf aan dat hun agressor tot deze leeftijdscategorie behoorde. Daarna volgen de groepen 41 tot 50 jaar (20,6%), 18 tot 30 jaar (19,6%) en 51 tot 60 jaar. De minst voorkomende leeftijdsgroepen zijn die van 70 jaar en ouder (6,1%), 61 tot 70 jaar (5,5%) en jonger dan 18 jaar (3,2%). 4,4% van de respondenten gaf aan niet te weten tot welke leeftijdscategorie hun agressor behoort.



Figuur 22 Leeftijd en geslacht van de dader - Algemeen (N= 1.396)

Er bestaat een duidelijk verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten wat betreft de leeftijd van de agressoren. Mannelijke respondenten staan vaker tegenover jongere agressoren, met een meerderheid tussen 31 en 40 jaar (28,4%), gevolgd door 18–30 jaar (25,8%) en 41–50 jaar (20,9%). Vrouwelijke respondenten daarentegen rapporteerden vaker oudere agressoren: 24,5% tussen 31–40 jaar, 20,1% tussen 41–50 jaar, 16,4% tussen 51–60 jaar en 10,3% ouder dan 70 jaar. Deze verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,001$).

Tabel 19. Leeftijdsverdeling van agressoren naargelang mannelijke en vrouwelijke respondenten (N= 1.396).

	Mannelijke respondenten	Vrouwelijke respondenten
Jonger dan 18 jaar	2.1%	4.4%
18 – 30 jaar	25.8%	13.1%
31 – 40 jaar	28.4%	24.5%
41 – 50 jaar	20.9%	20.1%
51 – 60 jaar	12.0%	16.4%
61 – 70 jaar	3.1%	8.1%
70+	2.1%	10.3%
Weet ik niet	5.7%	3.0%

De verdeling van de leeftijdscategorieën naargelang de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" en "medisch" weerspiegelt de verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten, waarbij vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de medische sector en mannen in de brandweerprofielen.

Tabel 20. Verdeling van leeftijdsgroepen van agressoren naargelang "brandweerlieden" (N= 548) en "medische" profielen (N= 787)

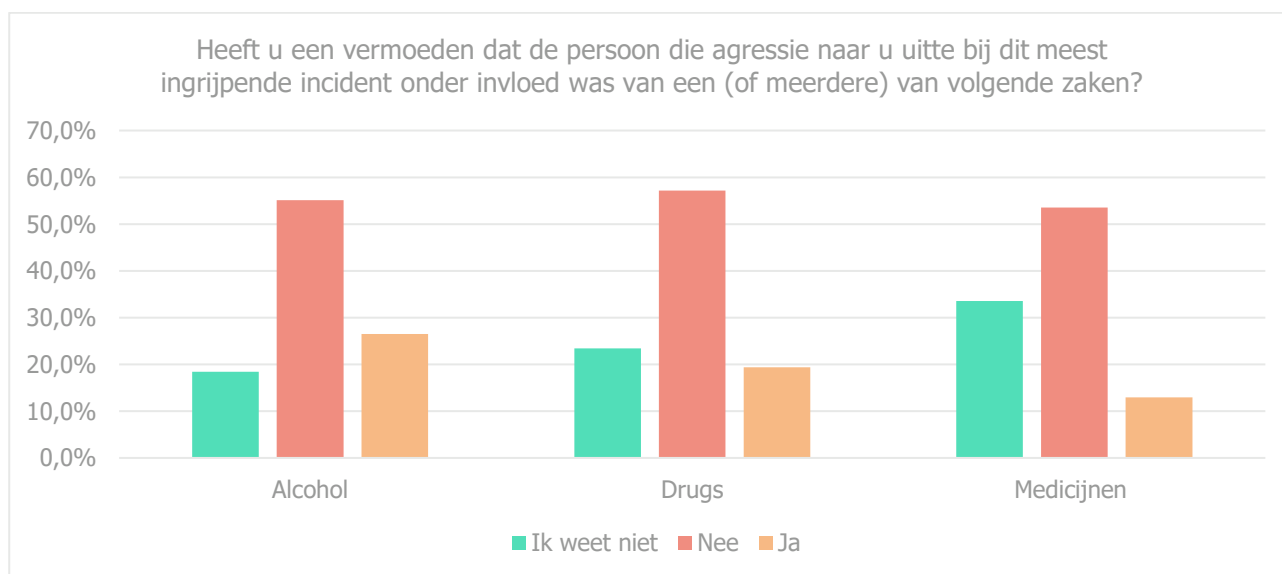
	Brandweer	Medisch
Jonger dan 18 jaar	1.6%	4.4%
18 – 30 jaar	25.7%	16.0%
31 – 40 jaar	26.8%	24.9%
41 – 50 jaar	23.7%	18.8%
51 – 60 jaar	12.8%	14.9%
61 – 70 jaar	2.7%	7.5%
70+	0.2%	10.5%
Weet ik niet	6.4%	2.9%

4.6.1.2 Waren de agressoren onder invloed ?

De respondenten gaven aan dat een derde van de agressoren vermoedelijk onder invloed was van alcohol (26,5%). Bij iets minder dan 20% van de respondenten was de agressor vermoedelijk onder invloed van drugs (19,4%) en bij 57,2% was dat niet het geval. Bij 13% had de agressor vermoedelijk medicatie genomen, terwijl 33,5% aangaf niet te weten of de agressor onder invloed was.

Er zijn significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten:

- Mannelijke respondenten rapporteerden meer (39,2%) dat hun agressor onder invloed van alcohol was dan vrouwelijke respondenten (13%)
- Hetzelfde geldt voor drugs: 28,2% van de mannen tegenover 10,4% van de vrouwen.
- De prevalenties voor medicatiegebruik zijn vergelijkbaar.



Figuur 23 "Heeft u een vermoeden dat de persoon die agressie naar u uitte bij dit meest ingrijpende incident onder invloed was van een (of meerdere) van volgende zaken?" (N= 1.396).

Er zijn ook significante verschillen tussen respondenten uit de "medische" sector en de "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"-sector, en tussen de drie regio's. 45,2% van de brandweerrespondenten gaf aan dat de agressor onder invloed van alcohol was (in 2021 was dat 51,9%), tegenover 14,2% van de medische respondenten. In Wallonië en Vlaanderen meldden respectievelijk 30,2% en 26,1% dat hun agressor onder invloed van alcohol was, tegenover 18,8% in Brussel. De verschillen tussen Brussel en de twee andere regio's zijn statistisch significant ($p < 0,05$ tot $p < 0,001$).

Tabel 21. Prevalentie agressoren waarvan vermoed werd dat ze onder invloed van alcohol waren

Categorie	%	Opmerkingen
Brandweer-Ambulancier-PIT (N= 548)	45,2 %	Lager dan in 2021 (51,9 %)
Medisch (N= 787)	14,2 %	
Wallonië (N=646)	30,2 %	p < 0,001 met Brussel
Vlaanderen (N= 775)	26,1 %	p < 0,05 met Brussel
Brussel (N= 290)	18,8 %	Significant lager dan Wallonië en Vlaanderen

Agressoren onder invloed van drugs of medicatie werden ook vaker gerapporteerd door de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (28,2% en 15,1%) dan door de "medische" profielen (13,7% en 12,3%). Vergeleken met de resultaten van 2021 zijn de percentages van vermoedelijke agressoren onder invloed van drugs of medicatie lager in 2024.

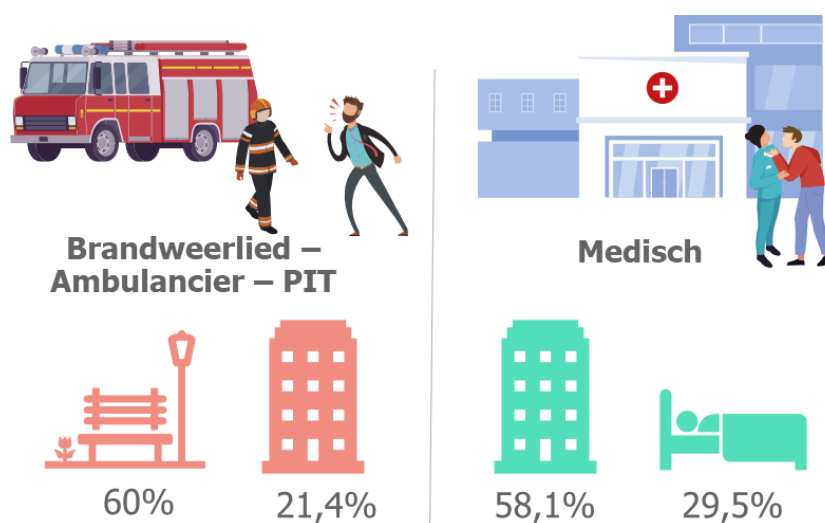
Tabel 22. Aandeel agressoren waarvan vermoed werd dat ze onder invloed van drugs of medicijnen waren

Sector	Onder invloed van drugs (%)	Onder invloed van medicijnen (%)	Significantie	Opmerkingen
Brandweer-Ambulancier-PIT (N= 548)	28,2 %	15,1 %	p < 0,001	Daling ten opzichte van 2021 voor beide stoffen (respectievelijk 32,9% en 22,8%)
Medisch (N= 787)	13,7 %	12,3 %	p < 0,001	

4.6.2 Plaats van het meest ingrijpende feit

Het meest ingrijpende voorval vond overwegend plaats in een openbaar gebouw (84,2%), voor alle profielen samen. Meer gedetailleerde analyses per profiel tonen echter aan dat voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" deze feiten voornamelijk plaatsvonden op de locatie waar de patiënt/klant zich bevond (buiten het gebouw) (in 2021 was dat het geval voor de helft van de respondenten). De tweede meest gerapporteerde locatie was een openbaar gebouw (21,4%).

Voor de profielen "medisch" daarentegen, vond de meerderheid van de feiten plaats in een openbaar gebouw (58,1%), gevolgd door de locatie waar de patiënt/klant zich bevond (29,5%). Ter herinnering: personen met het profiel "medisch" zijn respondenten met een medische, paramedische of zorgfunctie in een ziekenhuis of kliniek.



Figuur 24 Plaats van het meest ingrijpende feit – Profielen "brandweer-ambulancier-PIT" (N= 547) vs. profielen "medisch" (N= 787).

4.7 Gevolgen, hulp en procedures

Wanneer een gewelddaad of incident plaatsvindt, is het essentieel dat slachtoffers en getuigen weten welke stappen ze moeten ondernemen om dit te melden. Melden speelt een sleutelrol in het activeren van ondersteunings- en begeleidingsmaatregelen. Weten tot wie men zich kan wenden en hoe men een agressie of gewelddaad moet melden, stelt slachtoffers en getuigen niet alleen in staat zich gesteund te voelen, maar laat ook duidelijk blijken dat dergelijk gedrag onaanvaardbaar is en geen plaats heeft op de werkvloer.

75,6% van de respondenten gaf aan de noodprocedure (zoals om hulp roepen) te kennen als een situatie dreigt te escaleren tot agressie. Voor de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" is dat 72,8%, en voor de profielen "medisch" 77,9%. Deze percentages variëren tussen de regio's: 67,7% in Wallonië, 82% in Vlaanderen en 76,7% voor respondenten uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

4.7.1 Gevolgen van de feiten voor de persoon

Agressie en geweld hebben aanzienlijke gevolgen voor de slachtoffers (en eventuele getuigen) van deze daden, alsook voor hun werkgever. Deze effecten zijn uitvoerig gedocumenteerd in de literatuur : effecten op individuen, variërend van psychologische gevolgen (stress, angst, depressie, chronische aandoeningen, verlies van zelfvertrouwen, ...) tot lichamelijke effecten (hart- en vaatproblemen, spijsverteringsstoornissen, slaapproblemen, chronische pijn, ...), en verder sociale gevolgen (ziekteverzuim, inkomensverlies, ...) en organisatorische gevolgen (absenteïsme, financiële verliezen, reputatieschade, productiviteitsverlies, ...) en maatschappelijke gevolgen (kosten voor de volksgezondheid, versterking van ongelijkheden, verslechtering van het sociaal klimaat, ...) (zie onder meer Di Martino, Hoel, Cooper, 2003; Poilpot-Rocaboy, 2010).

In de huidige bevraging werden de sociale en individuele gevolgen in termen van arbeidsongeschiktheid en psychologische impact geëvalueerd.

4.7.1.1 Arbeidsongeschiktheid

In 91,5% van de gevallen leidde de agressie of gewelddaad niet tot arbeidsongeschiktheid. Dit betekent dat 8,5% van de respondenten (N = 104) aangaf wel arbeidsongeschikt te zijn geweest na het incident. De verdeling is gelijkaardig tussen de verschillende respondentprofielen. De duur van de arbeidsongeschiktheid verschilt echter per profiel:

- Bij de brandweer – van de 41 betreffende respondenten:
 - 34,1% (14 personen) was één week afwezig,
 - 19,5% (8 personen) twee weken,
 - vijf personen langer dan drie maanden,
 - twee personen gaven een arbeidsongeschiktheid van onbepaalde duur aan.
- Voor het medisch personeel – van de 59 betreffende personen:
 - 19% (11 personen) één week afwezig,
 - de overige afwezigheidsduur was meer verspreid:
 - 12,1% was één maand afwezig,
 - 12,1% twee maanden,
 - één persoon meldde een arbeidsongeschiktheid van onbepaalde duur.

4.7.1.2 Individuele gevolgen

Wat individuele gevolgen betreft, werd aan de respondenten gevraagd in welke mate zij gevolgen hebben ondervonden in de afgelopen 12 maanden. Twee derde van de respondenten gaf aan stress en spanningen te voelen of gevoeld te hebben na het incident, met het hoogste aandeel in de medische sector (77,8%). De frequenties tonen aan dat 17,9% van de respondenten deze effecten meerdere keren per jaar ervaarde en 14% op wekelijkse en 15,1% op dagelijkse basis.

"Minder werktevredenheid" en "slecht slapen" zijn de twee andere vaakst gerapporteerde gevolgen. De helft van de respondenten signaleerde deze gevolgen. Deze waren meer aanwezig bij de respondenten uit de medische sector. Deze effecten werden meerdere keren per jaar ervaren door respectievelijk 12,5% en 12,2% van de deelnemers. Een derde van de respondenten gaf ook aan te overwegen om van job te veranderen, met 42,3% binnen de medische sector. Brusselse respondenten rapporteerden dit het vaakst (47,2%, tegenover 29,8% in Vlaanderen en 38,1% in Wallonië), en de verschillen tussen de regio's zijn significant ($p < 0,001$ tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel, $p < 0,05$ tussen Wallonië en Brussel).

Significante verschillen worden waargenomen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten voor individuele factoren zoals stress, werktevredenheid, slaap, werkprestaties en overweging jobverandering. Vrouwelijke respondenten rapporteerden deze gevolgen vaker dan mannen, zowel meerdere keren als één keer per jaar. Opvallend is dat 36,6% van de vrouwelijke deelnemers aangaf dagelijks tot wekelijks stress en spanningen te ervaren (tegen 22,3% voor de mannen). Ook slaapproblemen worden door 25,2% van de vrouwelijke deelnemers minstens wekelijks ervaren (tegen 16,1% voor de mannen).

Tabel 23. « Kan u aangeven in welke mate u de volgende persoonlijke gevolgen ervaren heeft door dit meest ingrijpende incident? » - Totaal en per profiel

"Kan u aangeven in welke mate u de volgende persoonlijke gevolgen ervaren heeft door dit meest ingrijpende incident?"			
	Totaal (N= 1 221) ¹⁶	Brandweer (N= 485)	Medisch (N= 679)
Stress, gespannen	67.9%	53.4%	77.8%
Minder/ geen voldoening uit de job halen	50.9%	39.0%	58.6%
Slecht slapen	50.9%	37.5%	52.7%
Minder goed functioneren op het werk	35.7%	26.8%	41.0%
Minder goed functioneren thuis	34.0%	27.4%	38.2%
Overweging om van job te veranderen	36.1%	25.8%	42.3%
Fysieke gevolgen	20.8%	15.5%	24.0%
Ziek gemeld	12.1%	9.1%	13.0%

4.7.2 Vermijdingsgedrag en gevoel dat geweld/agressie werd verwerkt

Vermijdingsgedrag na geweld of agressie op de werkvloer zijn strategieën die slachtoffers gebruiken om hun blootstelling aan situaties die ze als bedreigend ervaren, te beperken. Dit gedrag kan zowel bewust als onbewust plaatsvinden. Het kan verschillende vormen aannemen, zoals fysiek vermijdingsgedrag, waarbij men minder aanwezig is op het werk, vaker afwezig is, regelmatig te laat komt, bepaalde ruimtes vermijdt (zoals het bureau van de agressor), of zijn verplaatsingsroutes aanpast. Daarnaast kan het gaan om sociaal vermijdingsgedrag, zoals het zich isoleren van collega's of leidinggevendenden, het beperken van interacties om mogelijke confrontaties te vermijden, of het weigeren om deel te nemen aan vergaderingen of teamactiviteiten. Emotioneel en cognitief vermijdingsgedrag komt ook voor, zoals het vermijden om aan het incident te denken of erover te praten, voortdurend op je hoede zijn (hyperwaakzaamheid), of een overdreven wantrouwen tegenover anderen. Tot slot kan vermijdingsgedrag ook tot uiting komen via een aanpassing in de werkorganisatie, bijvoorbeeld door te vragen om van team of dienst te veranderen, door zich minder professioneel te engageren (desinvestering), of door actief op zoek te gaan naar een andere job om een stresserende werkomgeving te ontvluchten.

In de huidige bevraging werd aan de deelnemers gevraagd of zij dergelijk vermijdingsgedrag vertoonden na het incident. Een tweede stelling ging in op het gevoel dat het geweld werd verwerkt. De respondenten moesten aangeven in welke mate ze het eens waren (schaal van 1 = helemaal niet akkoord tot 5 = helemaal akkoord) met de volgende stellingen:

- Als gevolg van dit incident vermijd ik soms risicovolle situaties uit angst voor andere situaties met geweld en agressie.
- Ik heb het gevoel dat ik dit meest ingrijpende incident verwerkt heb.

In de onderstaande resultaten werden de respondenten meegerekend die "akkoord" of "helemaal akkoord" antwoordden op de stellingen. Zo werd aan de respondenten gevraagd of ze soms vermijdingsgedrag vertonen na een incident: bijna 50% van de respondenten was niet akkoord en gaf aan dergelijk gedrag niet te vertonen. 14,7% was noch akkoord noch niet akkoord met deze stelling en iets minder dan een derde (32,8%) gaf aan dat ze soms risicosituaties vermijden. 2,8% gaf "niet van toepassing" aan.

Tussen de verschillende profielen gaven de respondenten die onder de categorie "andere" vallen vaker aan het eens te zijn met de eerste stelling (42,1%) dan de twee andere profielen: 25,4% bij de brandweerprofielen

¹⁶ De "totaal" steekproef omvat respondenten met de profielen 'brandweerlieden', 'medisch' en andere. Het profiel 'andere' wordt beschreven in sectie 4.1.4.

en 37,3% bij de medische profielen. Dit verschil is significant tussen de profielen "andere" en "brandweer" ($p < 0,05$), en tussen de brandweerprofielen en de medische profielen ($p < 0,001$).

Bij de tweede stelling was 68,8% van de respondenten akkoord (37,9% helemaal akkoord en 30,9% akkoord), wat betekent dat meer dan 15% het gevoel had het incident nog niet verwerkt te hebben. De proporties zijn gelijkaardig tussen de profielen: 70,8% van de brandweerrespondenten en 68% van de medische profielen waren het eens met de stelling. De groep die "neutraal" antwoordde, was respectievelijk 9,5% en 14,7%.

Er wordt een significant verschil vastgesteld tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten voor beide stellingen. Een grotere proportie vrouwen gaf aan akkoord te gaan met de stelling over het vermijden van risicosituaties (39,7% bij vrouwen tegenover 26,7% bij mannen). Wat de tweede stelling betreft, zijn de verhoudingen omgekeerd: 72,9% van de mannen was het ermee eens, tegenover 64,3% van de vrouwen. Op regionaal niveau rapporteerden respondenten in Brussel het vaakst dat ze risicosituaties vermijden (49% gaat akkoord met de stelling, tegenover 36,6% in Wallonië en 22,8% in Vlaanderen).

Tabel 24. Vermijdingsgedrag en het gevoel dat het geweld werd verwerkt (Globaal, mannen en vrouwen: N = 1.215, Brandweerlieden: N = 483, Medisch: N = 675, Wallonië: N = 466, Vlaanderen: N = 533 en Brussel-Hoofdstad: N = 216).¹⁷

	Helemaal niet akkoord tot niet akkoord	Noch niet akkoord, noch akkoord	Akkoord tot helemaal wel akkoord
Profielen			
Als gevolg van dit incident vermijd ik soms risicovolle situaties uit angst voor andere situaties met geweld en agressie			
Totaal¹⁸	49.7%	14.7%	32.8%
Brandweerlieden	55.3%	14.9%	25.5%
Medisch	46.5%	14.4%	37.3%
Mannen	54.9%	15.1%	26.7%
Vrouwen	43.9%	14.1%	39.7%
Vlaanderen	62,2%	12,7%	22,8%
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	33,7%	15,7%	49,0%
Wallonië	42,7%	16,3%	36,6%
Ik heb het gevoel dat ik dit meest ingrijpende incident verwerkt hebt			
Totaal	15.1%	12.8%	68.8%
Brandweerlieden	14.9%	9.5%	70.8%
Medisch	15.3%	14.7%	68.0%
Mannen	12.9%	9.7%	72.9%
Vrouwen	17.6%	16.2%	64.3%
Vlaanderen	7.9%	9.6%	79.9%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	21.3%	19.0%	56.0%
Wallonië	20.6%	13.5%	62.0%

4.7.3 Ondersteuning en hulp

Naar aanleiding van het meest ingrijpende feit van geweld of agressie verschillen de personen of hulpbronnen waarop de respondenten een beroep doen fundamenteel naargelang het profiel van de respondenten. Globaal gezien, deed iets meer dan de helft van de respondenten een beroep op een collega na het incident (52,3%). Minder dan een derde (31,5%) deed geen beroep op iemand. Iets meer dan een kwart (28,6%) vroeg hulp aan een leidinggevende en 20,8% nam deel aan een debriefing van de situatie na het incident.

¹⁷ De tabel bevat geen mensen die "niet van toepassing" hebben aangegeven.

¹⁸ De "totaal" steekproef omvat respondenten met de profielen 'brandweerlieden', 'medisch' en andere. Het profiel 'andere' wordt beschreven in sectie 4.1.5.

Voor de overige opties in de vragenlijst werden lagere percentages geregistreerd:

- "Psychologische ondersteuning binnen de organisatie (vertrouwenspersoon, psychosociaal team, stress team...)": 8%
- "Mijn huisarts of specialist": 7,8%
- "Psychologische ondersteuning buiten de organisatie": 6,2%
- "andere": 6%
- "Een arbeidsgeneesheer": 3,9%

In de categorie "andere" konden respondenten hun antwoord verder toelichten. Genoemd werden onder meer de partner, naasten, familie, maar ook advocaten, politie, of "niemand".

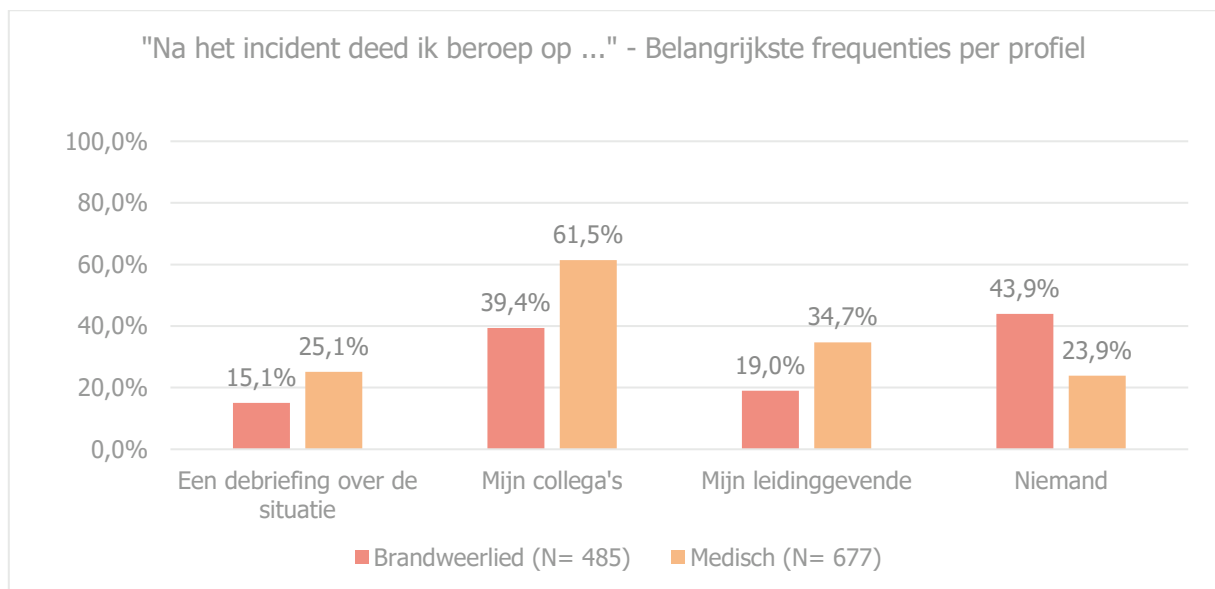
Tabel 25. " Na het incident deed ik beroep op: (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)" – Totaal en per profiel

	Totaal¹⁹ (N= 1 219)	Brandweerlieden (N= 485)	Medisch (N= 677)
Een debriefing over de situatie	20.8%	15.1%	25.1%
Een arbeidsarts	3.9%	3.9%	3.5%
Mijn huisarts of specialist	7.8%	7.6%	7.7%
Psychologische ondersteuning verbonden aan mijn organisatie (vertrouwenspersoon, psychosociaal team, stressteam,)	8.0%	8.0%	7.5%
Mijn collega's	52.3%	39.4%	61.5%
Mijn leidinggevende	28.6%	19.0%	34.7%
Psychologische ondersteuning niet verbonden aan mijn organisatie	6.2%	5.8%	6.5%
Een centrum voor hulp aan slachtoffers, algemeen welzijnswerk	0.4%	0.4%	0.4%
Niemand	31.5%	43.9%	23.9%
Andere	6.0%	6.2%	5.9%

Er worden duidelijke verschillen vastgesteld naargelang respondentprofielen. Zo deden respondenten met een "medisch" profiel het vaakst beroep op collega's (61,5%), gevolgd door de leidinggevende (34,7%). Op de derde plaats komt debriefing van de situatie (25,1%). Toch gaf meer dan één op de vijf respondenten aan zich tot niemand te wenden.

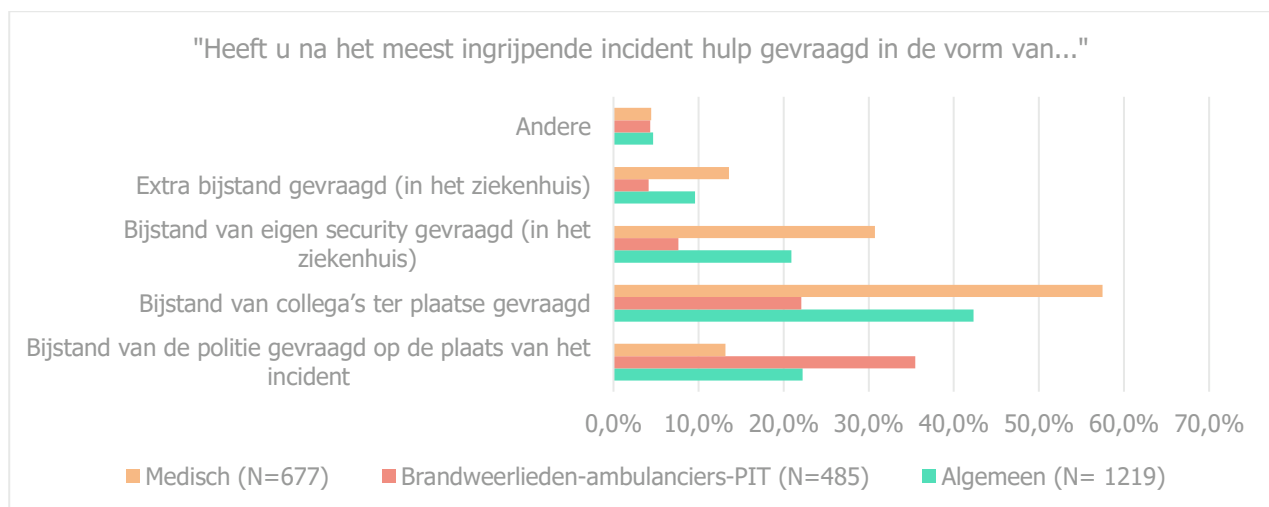
Bij de brandweerprofielen gaf een aanzienlijke groep van 43,9% aan op niemand een beroep te hebben gedaan. Dat betekent dat bijna de helft van de respondenten hun ervaring van het meest ingrijpende incident van de afgelopen 12 maanden niet gedeeld heeft. Daarna volgen collega's (39,4%) en leidinggevend (19%). Bij de dataverzameling in 2021 gaf 26% van de respondenten aan niemand te hebben aangesproken, en het ging toen vooral om "brandweerlieden-ambulanciers-PIT"-profielen (Verwee et al., 2022). De resultaten van 2024 tonen dus een duidelijke stijging.

¹⁹ De "totaal" steekproef omvat respondenten met de profielen 'brandweerlieden', 'medisch' en andere. Het profiel 'andere' wordt beschreven in sectie 4.1.5.



Figuur 25 "Na het incident deed ik beroep op ..." - Brandweerlieden en medische profielen.

Na een incident kunnen zorg- of hulpverleners ook genoodzaakt zijn om bijstand in te roepen op de plaats van het incident, hetzij van de politie, van de beveiligingsdiensten of van een aanwezige collega. In het kader van het meest ingrijpende incident gaven de respondenten uit de medische sector aan dat zij beroep deden op bijstand van aanwezige collega's (57,5%), gevolgd door de interne beveiligingsdiensten van het ziekenhuis of de kliniek (30,7%). Bij de respondenten uit de hulp- en nooddiensten gaf meer dan een derde aan dat zij bijstand van de politie inriepen op de plaats van het incident (35,5%) en iets meer dan een vijfde deed een beroep op aanwezige collega's (22,1%).



Figuur 26 "Heeft u na het meest ingrijpende incident hulp gevraagd in de vorm van..." – Algemeen overzicht en per profiel.

4.7.4 Klachten en vervolgstappen

Het melden van incidenten is essentieel om inzicht te krijgen in deze problematiek. Dergelijke meldingen kunnen intern in de organisatie gebeuren, bijvoorbeeld bij een verantwoordelijke en/of via een registratiesysteem, maar ook extern, zoals bij de politie. Deze meldingsvormen sluiten elkaar niet uit en slachtoffers kunnen verschillende vormen van melding combineren.

Van de totale steekproef die deze vragen heeft beantwoord (N = 1.385), heeft iets meer dan een derde de feiten gemeld aan hun leidinggevende/manager (35%), een vergelijkbaar percentage heeft melding gemaakt binnen de organisatie (32,6%) en één op de zeven respondenten heeft klacht ingediend bij de politie. Respondenten konden meerdere antwoorden aankruisen. Sommigen hebben dus zowel bij een

verantwoordelijke als via een registratiesysteem melding gemaakt. Bijna de helft van de respondenten ondernam geen verdere actie na het meest ingrijpende incident (49,4%) en 7,7% gaf "andere" aan.

Professionals uit de medische sector rapporteerden vaker aan een leidinggevende of intern in de organisatie (40,4% en 37,9%) dan profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (26,1% en 24,6%). Meer dan de helft van de laatstgenoemden meldde het incident helemaal niet (tegenover 45,4% van de medische profielen). Er is een significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in het indienen van een klacht bij de politie: 19,9% van de mannen deed dit, tegenover 9% van de vrouwen.

Er konden meerdere redenen worden opgegeven waarom een klacht werd ingediend bij de politie. De voornaamste redenen (14,5%), waren:

- 57,7%: "Ik vind het incident ernstig genoeg"
- 52,7%: "Dergelijke feiten moeten in de toekomst vermeden worden"
- 44,2%: "Ik vind dat de dader moet gestraft worden"
- 26,9%: "Ik vind niet dat dit bij het werk hoort"

De motieven verschillen naargelang het profiel:

- Brandweerlieden (106 respondenten) dienden vooral klacht in omdat ze de situatie ernstig vonden (58,1%) en vonden dat de dader gestraft moest worden (47,6%). Preventie (het vermijden van herhaling) werd als derde reden opgegeven (49,5%). Een kwart gaf aan dat dit gedrag niet tot het werk behoort. In 2021 was preventie de voornaamste reden, gevolgd door het sanctioneren van de dader. De derde reden was hetzelfde in 2021 (Verwee et al., 2022).
- Professionals in de medische sector (89 respondenten) deden vooral aangifte om herhaling te voorkomen (53,9%), gevolgd door de ernst van het incident (56,2%). Deze groep liet zich ook vaker leiden door de geleden schade (20,2%, aanzienlijk meer dan bij de brandweerprofielen).

Tabel 26. De vijf belangrijkste redenen om een aangifte te doen bij de politie - Resultaten per profiel en totaal.

<i>U deed aangifte bij de politie. Wat waren hier de voornaamste reden(en) voor? (maximum drie redenen aanduiden) Omdat ...</i>	Totaal (n= 202)²⁰	Brandweerlieden (N= 106)	Medisch (N= 89)
ik de zaak ernstig genoeg vond.	57.7%	58.1%	56.2%
dergelijke feiten in de toekomst voorkomen moeten worden.	52.7%	49.5%	53.9%
ik vond dat de dader moet gepakt/ gestraft worden.	44.3%	47.6%	38.2%
ik dit niet als 'part of the job' beschouwde.	26.9%	25.7%	28.1%
Er was schade.	14.9%	11.4%	20.2%
mijn collega mij er toe aanmaande.	4.5%	4.8%	4.5%
de organisatie mij aanmoedigde.	4.5%	2.9%	6.7%
ik een bewijs voor de verzekering wou.	3.5%	1.9%	5.6%
ik een schadevergoeding eiste.	3.5%	4.8%	1.1%
ik wist wie de dader was.	3.5%	1.9%	5.6%
de procedure zeer toegankelijk was.	2.0%	1.9%	2.2%
Andere	10.5%	10.5%	11.2%
de leidinggevende mij aanmoedigde.	5.5%	5.7%	5.6%
ik schrik had van de dader.	5.5%	1.0%	10.1%
ik het gewoon wou laten weten zonder meer.	5.0%	4.8%	4.5%

Bij de respondenten die geen klacht indienden bij de politie, was de meest voorkomende reden dat het incident niet ernstig genoeg werd bevonden (32,8%), gevolgd door de overtuiging dat dit bij het werk hoort (24,6%) en het idee dat de dader toch niet gestraft zou worden (24,6%). Verschillen tussen medische en brandweerrespondenten tonen aan:

- Brandweerlieden denken vaker dat de dader toch niet gestraft zal worden (33,2% tegenover 18,8%) en dat een klacht niets zal uithalen (23% tegenover 18%).
- Medische professionals daarentegen vinden vaker dat dit gedrag bij het werk hoort (27,9% tegenover 20,4%) en kennen de procedures minder goed (8% tegenover 5%).

²⁰ De "totaal" steekproef omvat respondenten met de profielen 'brandweerlieden', 'medisch' en andere. Het profiel 'andere' wordt beschreven in sectie 4.1.5.

Tabel 27. Redenen om geen aangifte te doen bij de politie - Algemene prevalenties, profielen Brandweerlieden en Medisch

<i>U deed geen aangifte bij de politie. Wat waren hier de voornaamste reden(en) voor? (maximum drie redenen aanduiden) Omdat...</i>	Totaal (N= 930)²¹	Brandweerliede n (N= 373)	Medisch (N= 520)
ik de zaak niet ernstig genoeg vond.	32.8%	32.2%	33.7%
er weinig/ geen schade was.	27.7%	25.7%	29.4%
ik dit 'part of the job' vond.	24.6%	20.4%	27.9%
de dader toch niet gepakt/ gestraft zou worden.	24.6%	33.2%	18.9%
men er toch niets aan wou doen.	20.2%	23.1%	18.1%
men er toch niets aan kon doen.	18.0%	16.6%	18.9%
de organisatie dit niet aanmoedigde.	8.9%	7.5%	9.6%
ik de procedure onvoldoende kende.	6.8%	5.1%	8.1%
de leidinggevende dit niet aanmoedigde	5.1%	3.8%	5.6%
ik de dader kende.	3.0%	2.9%	2.9%
ik schrik had van de dader.	2.7%	2.4%	3.1%
ik me schaamde.	0.6%	0.5%	0.4%
ik vond dat het mijn eigen schuld was.	0.4%	0.5%	0.4%

Tot slot werden ook minder vaak voorkomende redenen vermeld, zoals angst voor de dader (2,6%), schaamte (0,6%) of de overtuiging dat het hun eigen schuld was (0,4%). Ook het ontbreken van materiële schade werd genoemd als reden om geen klacht in te dienen (27,7%).

4.7.5 Perceptie over geweld en agressie

Tijdens het onderzoek werd de deelnemers gevraagd naar hun perceptie over de evolutie van geweld aan de hand van een aantal stellingen. De deelnemers moesten aangeven in welke mate ze het eens of oneens waren met de volgende uitspraken (schaal van 1 = niet akkoord tot 3 = akkoord):

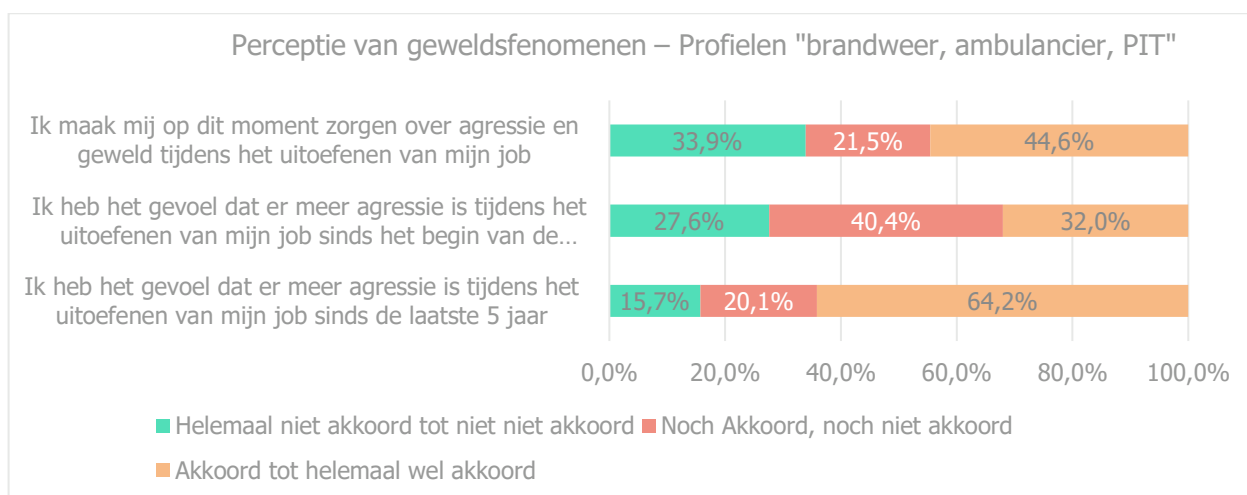
- Ik maak me momenteel zorgen over agressie en geweld in de uitoefening van mijn job.
- Ik heb de indruk dat er sinds het begin van de coronacrisis meer agressie is in mijn werk.
- Ik heb de indruk dat er de afgelopen vijf jaar meer agressie is in mijn werk.

Iets minder dan de helft van de respondenten (48,7%) maakt zich momenteel zorgen over agressie en geweld tijdens de uitoefening van het werk, en het zijn vooral de profielen met een "medische" functie die deze bezorgdheid rapporteerden (52,2%).

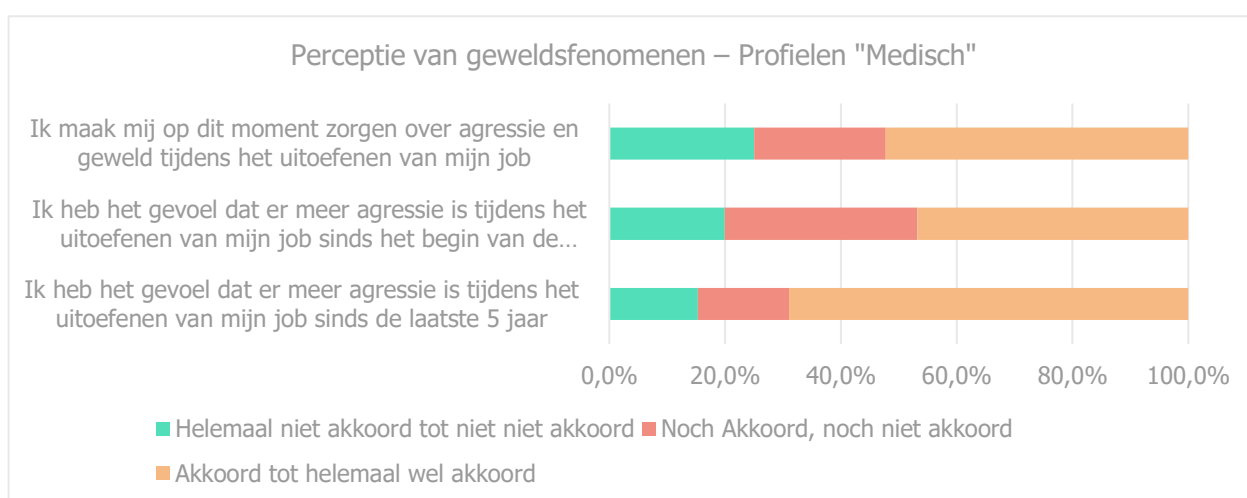
40,2% van de respondenten gaf aan akkoord (of helemaal akkoord) te gaan met de stelling over de toename van agressie sinds het coronavirus, en ook hier gaan de "medische" profielen het vaakst (46,8%) akkoord met de stelling. Omgekeerd geeft een groter aandeel van de brandweerprofielen aan niet akkoord te gaan met de stelling (33,9%). Over alle profielen heen is 36,4% noch akkoord noch niet akkoord.

Wat betreft de evolutie over de afgelopen vijf jaar, is ongeveer twee derde (66,8%) van de respondenten het eens met de stelling dat er meer agressie is op het werk. De verhoudingen zijn vergelijkbaar tussen de twee hoofdgroepen: 64,2% van de brandweerrespondenten gaf aan het eens te zijn met de stelling, en 69% van de medische profielen.

²¹ De "totaal" steekproef omvat respondenten met de profielen 'brandweerlieden', 'medisch' en andere. Het profiel 'andere' wordt beschreven in sectie 4.1.5.



Figuur 27 Perceptie van geweldsfenomenen – Profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 572).



Figuur 28 Perceptie van geweldsfenomenen – Profielen "medisch" (N= 712).

4.7.6 Opleidingen, middelen en noodprocedures

4.7.6.1 Opleidingen en middelen

De respondenten werden vragen gesteld over het opleidingsaanbod, de middelen waarover zij beschikken en de interne contactpunten bij incidenten en geweldplegingen. 42,4% van de respondenten gaf aan het niet eens te zijn met de stelling dat het aanbod aan permanente vormingen rond agressie voldoende is. Bij de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" was 44,6% het daarmee oneens, bij de respondenten uit de medische sector 40,2%.

De meningen over de opleiding "omgaan met agressie" zijn evenwichtiger verdeeld: 36,4% van de respondenten gaf aan dat de opleiding hen helpt om met agressieve situaties om te gaan, terwijl 26,8% het daar niet mee eens was, en 36,7% geen duidelijke mening had ("noch akkoord, noch niet akkoord"). Meer respondenten uit de medische sector (40,1%) waren het eens met deze stelling dan respondenten uit de hulpdiensten (31,4%).

Wat betreft de middelen die het personeel ter beschikking krijgt om hun veiligheid te garanderen, gaf een meerderheid van de respondenten (44,6%) aan het niet eens te zijn met de stelling dat deze middelen volstaan. Iets minder dan 30% had hierover geen uitgesproken mening, en een kwart was het ermee eens. De respondenten uit de hulpdiensten zijn het minst tevreden: 48,4% was het niet eens met de stelling en vindt dus dat de beschikbare middelen onvoldoende zijn. Ook 42,1% van de medische respondenten was het hiermee oneens.

De laatste stelling had betrekking op de noodzaak van een specifiek aanspreekpunt binnen de organisatie voor situaties van agressie. Een duidelijke meerderheid (72,1%) gaf aan (helemaal) akkoord te zijn met deze

stelling. 21,2% was neutraal ("noch akkoord, noch niet akkoord"), en slechts 6,7% gaf aan een dergelijk aanspreekpunt niet wenselijk te vinden. De analyse per profiel toont significante verschillen: 75,1% van de respondenten uit de medische sector blijkt voorstander van een aanspreekpunt, tegenover 66,4% bij de brandweerprofielen. Ook is het percentage tegenstanders hoger bij deze laatsten (9,1% tegenover 5,1% bij de medische profielen). De resultaten van de brandweerprofielen komen overeen met die uit het onderzoek van 2021.

Tabel 28. « Kan u telkens aanduiden in welke mate u al dan niet akkoord gaat met de stelling? »— Algemeen (N= 1.350).

	Akkoord tot helemaal wel akkoord	Noch Akkoord, noch niet akkoord	Helemaal niet akkoord tot niet akkoord
Het aanbod aan voortgezette opleidingen tegen agressie is voldoende	28.1%	29.6%	42.4%
De opleiding 'omgaan met agressie' helpt mij om te gaan met agressieve situaties	36.4%	36.7%	26.8%
De middelen die mij ter beschikking worden gesteld, volstaan om mijn veiligheid te waarborgen	26.1%	29.3%	44.6%
Een aanspreekpunt in de organisatie voor agressie is wenselijk	72.1%	21.2%	6.7%

Voor deze verschillende stellingen worden statistisch significante verschillen (met p -waarden tussen $< 0,05$ en $< 0,001$) gevonden tussen de drie gewesten, in het bijzonder tussen Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en tussen Vlaanderen en Wallonië.

- In Vlaanderen vond een grotere meerderheid dat het opleidingsaanbod rond agressie voldoende is (34,4% tegenover 25,4% in Brussel en 21,8% in Wallonië). 50,2% van de respondenten die in Wallonië werken, is het daar niet mee eens t.o.v. 44,7% in Brussel en 34,9% in Vlaanderen.
- Wat de tweede stelling betreft ("De opleiding 'omgaan met agressie' helpt mij om met agressieve situaties om te gaan"), is men het opnieuw het meest eens in Vlaanderen (44,2%) tegenover 31,1% in Brussel en 29,5% in Wallonië.
- Wat de beschikbare middelen betreft, worden die vooral in Wallonië en Brussel als onvoldoende beschouwd: in Wallonië is 51,3% het oneens met de stelling dat de beschikbare middelen volstaan om de veiligheid te garanderen, tegenover 49,5% in Brussel. In Vlaanderen is dat 37%, terwijl 32% het daar wel mee eens is (25% in Brussel en 19,4% in Wallonië).
- De meeste respondenten, ongeacht hun regio van tewerkstelling, vinden het wenselijk dat er een aanspreekpunt voor agressie is. Vooral in Vlaanderen (75,9%) en Brussel (73,6%) wordt dit duidelijk ondersteund.

4.7.6.2 Kennis van procedures

De respondenten werden vervolgens gevraagd of zij op de hoogte zijn van de noodprocedures (zoals het oproepen van hulp): 75,6% van de ondervraagden gaf aan deze te kennen (77,9% bij de "medische" profielen en 72,8% bij de brandweerprofielen), en ongeveer een vierde (24,3%) kende deze procedures niet. 65,4% beschouwt deze noodprocedure als voldoende, terwijl 34,5% ze niet als voldoende inschat.

OKTer afsluiting van de bevraging kregen de respondenten een reeks algemene vragen over het melden van feiten en de bijbehorende procedures. Hieruit bleek dat 15,7% van de respondenten niet weet bij wie ze binnen de organisatie terecht kunnen voor ondersteuning bij een geweldsincident, en gaf 6,8% geen antwoord. Op de vraag of het aangeven van geweld en agressie op de werkvloer wordt aangemoedigd, antwoordde 66% bevestigend, terwijl 21% "nee" antwoordde. 17,7% wist het niet of gaf geen antwoord. 74,8% gaf aan dat er procedures bestaan om geweld en agressie op het werk te melden, terwijl 17,5% aangaf dat dit niet het geval is. Ook hier wist 17,7% het niet of antwoordde niet. Wat betreft het feit of men al gebruik heeft gemaakt van

dergelijke procedures, antwoordde 38,2% van de respondenten bevestigend, 53,6% gaf aan dit nog nooit gedaan te hebben, en 8,2% wist het niet of gaf geen antwoord.

Tabel 29. « (...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer. » - Algemeen (N= 1.344).

	Weet niet/geen antwoord	Nee	Ja
Ik weet waar ik terecht kan in de organisatie voor ondersteuning indien ik slachtoffer word.	6.8%	15.7%	77.5%
Wordt het rapporteren van geweld en agressie bij u op de werkvloer aangemoedigd?	13.0%	21.0%	66.0%
Zijn er bij u op het werk procedures voor het rapporteren van geweld en agressie op de werkvloer?	17.7%	7.5%	74.8%
Maakte u, indien nodig, al eens gebruik van deze procedures?	8.2%	53.6%	38.2%

Binnen de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" gaf een zeer grote meerderheid (79,6%) aan te weten bij wie ze binnen de organisatie terecht kunnen voor ondersteuning in geval van geweld of agressie. Daarentegen gaf 13,6% aan dit niet te weten, terwijl 6,9% geen antwoord gaf of onzeker is. Wat het aanmoedigen van het melden betreft, was 66,2% van mening dat hun organisatie dergelijke stappen ondersteunt. Toch deelt een vijfde van de respondenten deze mening niet (21%), en bijna 13% sprak zich hier niet over uit.

Wat betreft het bestaan van formele procedures om geweld of agressie te melden, verklaarde 70,1% van de respondenten dat die binnen hun structuur bestaan. Bijna één op de vijf (20,2%) gaf echter aan niet te weten of dergelijke procedures bestaan, en 9,7% meende dat deze niet bestaan. Tot slot blijft het daadwerkelijke gebruik van deze procedures relatief beperkt: slechts 26,2% van de brandweerlieden gaf aan er gebruik van te hebben gemaakt, terwijl 63,9% dit nog nooit heeft gedaan. Bijna 10% sprak zich hier niet over uit.

Deze resultaten tonen aan dat hoewel de interne contactpunten en procedures bij de meerderheid bekend zijn, ze zelden gebruikt worden. Een aanzienlijke groep respondenten weet ook niet zeker of dergelijke procedures bestaan.

Tabel 30. « (...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer. » - "brandweerlieden-ambulanciers-PIT" (N= 568).

	Weet niet/geen antwoord	Nee	Ja
Ik weet waar ik terecht kan in de organisatie voor ondersteuning indien ik slachtoffer word.	6.9%	13.6%	79.6%
Wordt het rapporteren van geweld en agressie bij u op de werkvloer aangemoedigd?	12.9%	21.0%	66.2%
Zijn er bij u op het werk procedures voor het rapporteren van geweld en agressie op de werkvloer?	20.2%	9.7%	70.1%
Maakte u, indien nodig, al eens gebruik van deze procedures?	9.9%	63.9%	26.2%

Bij de professionals in de medische sector zijn de resultaten sterk vergelijkbaar met die van de profielen "brandweerlieden-ambulanciers-PIT": 75,5% van de respondenten gaf aan te weten bij wie ze binnen hun organisatie terecht kunnen voor ondersteuning in geval van geweld of agressie. Daarentegen stelde 17,7% dit niet te weten, terwijl minder dan 10% onzeker is of geen antwoord gaf. Wat het aanmoedigen tot het melden van dergelijke feiten betreft, is 66,2% van mening dat hun organisatie deze stap ondersteunt. Toch deelt ongeveer een vijfde deze mening niet, en 12,8% sprak zich hier niet over uit. Wat het bestaan van formele meldprocedures betreft, gaf een grote meerderheid (78,3%) aan dat zulke procedures bestaan, hoewel 15,9% aangaf hier niet van op de hoogte te zijn. Tot slot, wanneer gevraagd wordt naar het daadwerkelijke gebruik van deze procedures, zei 46,9% van de respondenten er al gebruik van te hebben gemaakt, terwijl een vergelijkbaar aandeel (46,2%) aangaf dit nog nooit gedaan te hebben.

De meerderheid van de professionals in de medische sector lijkt dus op de hoogte te zijn van de ondersteunings- en meldprocedures, en de organisaties lijken het melden van dergelijke feiten te ondersteunen — al ontbreekt deze steun volgens een aanzienlijk deel van de respondenten nog steeds.

Tabel 31. "(...) Enkele algemene vragen over de rapportering van dergelijke incidenten op de werkvloer." - Medisch (N=710).

	Weet niet/geen antwoord	Nee	Ja
Ik weet waar ik terecht kan in de organisatie voor ondersteuning indien ik slachtoffer word.	6.8%	17.7%	75.5%
Wordt het rapporteren van geweld en agressie bij u op de werkvloer aangemoedigd?	12.8%	21.0%	66.2%
Zijn er bij u op het werk procedures voor het rapporteren van geweld en agressie op de werkvloer?	15.9%	5.8%	78.3%
Maakte u, indien nodig, al eens gebruik van deze procedures?	6.9%	46.2%	46.9%

5 Discussie

Van de 1.711 eerstelijns werkers die aan deze enquête hebben deelgenomen, gaven 1.543 aan dat ze in het voorbije jaar minstens één keer slachtoffer waren van een vorm van geweld of agressie. Dit komt overeen met 90% van de respondenten. De frequentie van deze voorvallen geeft zicht op het spanningsklimaat waarin deze werknemers hun beroep uitoefenen – een klimaat dat een cascade-effect voedt met menselijke en organisatorische gevolgen.

De resultaten weerspiegelen waarschijnlijk slechts een deel van de werkelijkheid, slechts een fractie van wat zichtbaar is, zoals de literatuurstudie heeft aangetoond. Gezien de omvang van het fenomeen is het essentieel om dit geweld in kaart te brengen om zichtbaar te maken wat vaak onzichtbaar blijft of wat nog te vaak wordt beschouwd als “part of the job”. Deze studie beoogt bij te dragen aan de wetenschappelijke kennis over dit probleem en aan een beter begrip van de omvang ervan.

Deze studie betrof eerstelijns werkers uit twee sectoren: de hulp- en nooddiensten, en de gezondheidszorg (medische en paramedische profielen in klinieken en ziekenhuizen). Vooraleer de gegevens per profiel te analyseren en te vergelijken met internationale resultaten, is het aangewezen een globaal beeld te schetsen van het gerapporteerde geweld in beide sectoren. **Onder de gemelde geweldsvormen komt verbale agressie het vaakst voor:** 83,5% van de respondenten geeft aan het afgelopen jaar minstens één keer met geschreeuw te zijn geconfronteerd, waarvan 45,6% met een frequentie variërend van dagelijks tot maandelijks. Daarnaast meldt 73,7% dat ze uitgescholden zijn, waarbij één op de zeven wekelijks met dergelijke scheldpartijen te maken krijgt.

Fysiek geweld is evenzeer een vaak gerapporteerde vorm van geweld, met hogere prevalenties in Vlaanderen en Brussel dan in Wallonië. Onder de fysieke agressie: 47,2% heeft het gooien of vernielen van voorwerpen meegemaakt, 43,7% kreeg duwen of schoppen, en ongeveer een derde werd geconfronteerd met vastgrijpen, spugen of fysiek hinderen. Het veroorzaken van lichamelijke verwondingen is de minst voorkomende vorm. Vrouwen geven aan vaker slachtoffer te geweest zijn van fysiek geweld dan mannen: 52,1% van de vrouwelijke respondenten tegenover 46,6% van de mannen verklaarden meer dan eens in het jaar slachtoffer te zijn geweest. Deze resultaten bieden hiermee een andere kijk dan sommige eerdere studies, waarin mannen – met name in de spoeddiensten – vaker fysiek geweld zouden ondervinden dan vrouwen (zie o.a. Boyle et al., 2007; De Jager, 2017). Toch is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie, aangezien gendergegevens vaak beïnvloed worden door meldingsbias en sterk afhankelijk zijn van de professionele context en de uitgeoefende functie (Maguire et al., 2017; Taylor et al., 2016; Acquadro Maran et al., 2019).

Intimidatie en bedreigingen vormen evenzeer een vaak voorkomende geweldsvorm: bijna twee derde werd het afgelopen jaar bedreigd, bijna de helft werd onder druk gezet, en 22,3% kreeg bedreigingen gericht op familieleden. Daarnaast meldde 16,3% van de deelnemers blootstelling aan cyberbedreigingen, zoals het ongewenst verspreiden van beeld of tekst via sociale media.

De meest voorkomende discriminatiegronden zijn: gender (19,4%), huidskleur (18,9%) en leeftijd (18,5%). Tot slot, met betrekking tot seksueel geweld: 31,8% van de respondenten meldt te zijn blootgesteld aan seksueel getinte opmerkingen of blikken (waarvan 5,8% maandelijks), en 13,7% rapporteert ongewenste aanrakingen.

Wat de regionale spreiding betreft, zijn de percentages gemeld verbaal en fysiek geweld, intimidaties en discriminaties het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daartegenover staat Wallonië als de regio waar deze feiten het minst vaak voorkomen in meerdere categorieën, met name fysiek en seksueel geweld. Vlaanderen bevindt zich op een niveau daartussen, al wordt discriminatie er minder vaak gerapporteerd dan in Brussel. Deze resultaten moeten evenwel met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, rekening houdend met de methodologische beperkingen van de studie – met name de uiteenlopende grootte van de regionale steekproeven – en zouden in verband moeten worden gebracht met contextuele indicatoren zoals criminaliteitscijfers of lokale socio-demografische kenmerken. Niettemin wijzen de resultaten op de noodzaak om preventieve maatregelen af te stemmen op de regionale realiteit. In Brussel, waar het geweld het sterkst aanwezig is, zou dit kunnen betekenen: een versterking van de beveiliging, het standaardiseren van specifieke opleidingen in het omgaan met conflictsituaties – met name tegenover bepaalde doelgroepen – en het

systematisch aanbieden van psychologische ondersteuning. Het is overigens veelzeggend dat in Brussel ook de werkontevredenheid na agressie het hoogst is, wat het belang onderstreept van gerichte ondersteuning voor professionals die met geweld worden geconfronteerd.

Er werd ook een verband vastgesteld tussen blootstelling aan geweld en de anciënniteit van de respondenten. De resultaten per anciënniteitsgroep suggereren dat de blootstelling aan verschillende vormen van geweld afneemt vanaf 10 tot 15 jaar ervaring. Deze tendens zou kunnen samenhangen met de evolutie in functies, betere omgang met moeilijke situaties door ervaring, een selectie-effect (de groep "meer dan 20 jaar ervaring" is het meest vertegenwoordigd), of een meldingsbias.

Er komen significante verschillen naar voren naargelang het gender van de respondenten, zowel wat betreft het profiel van de daders als de context waarin het geweld plaatsvindt. Mannelijke respondenten worden vaker geconfronteerd met jongere daders (25,8% is tussen 18 en 30 jaar en 28,4% tussen 31 en 40 jaar), voornamelijk mannen (85,1%), die vaak onder invloed zijn van psychoactieve stoffen (39,2% van de respondenten vermoedde dat de dader onder invloed van alcohol was) en afkomstig zijn uit de directe omgeving van de interventie (59,8% betreft patiënten en 19,8% familieleden of naasten van de patiënt). Deze profielen sluiten aan bij de kenmerken van de daders die doorgaans worden gerapporteerd door hulp- en noodverleners, waarvan het merendeel mannelijk is. Vrouwelijke respondenten daarentegen rapporteren vaker agressie gepleegd door oudere personen, door vrouwen, en door collega's of naasten van patiënten. Dit wijst op verschillende interactiedynamieken. Bovendien, hoewel in mindere mate aanwezig, wordt agressie waarbij hiërarchische figuren betrokken zijn, vaker gemeld door vrouwen (3,7% tegenover 2%), wat vragen kan oproepen over machtsverhoudingen en organisatorische omstandigheden in bepaalde werkomgevingen. De respondenten uit de gezondheidszorgsector zijn overwegend vrouwen.

5.1 Zorg onder druk: geweld op het terrein

In totaal namen 910 respondenten uit de gezondheidszorg (medisch en paramedisch personeel uit ziekenhuizen en klinieken) deel aan dit onderzoek. Deze steekproef bestaat voor 75,2% uit vrouwen, met een evenwichtige verdeling tussen Franstalige en Nederlandstalige respondenten. Daarnaast gaf 22,1% aan werkzaam te zijn op spoeddiensten, gevolgd door 11,4% werkenden in een dagziekenhuis.

De literatuurstudie bracht reeds aan het licht dat de gezondheidszorg bijzonder blootgesteld is aan geweld: wereldwijd wordt bijna 62% van de zorgverleners geconfronteerd met gewelddaden tegen hen (Liu et al., 2019). Deze prevalentie sluit aan bij andere studies uitgevoerd in de Verenigde Staten, Australië en Europa, waaronder België, waar ongeveer 80% van de artsen aangeeft slachtoffer te zijn geweest van een vorm van agressie of geweld in de uitoefening van hun functie, met name binnen de arts-patiëntrelatie. De resultaten van de huidige studie sluiten aan bij de Europese en internationale gegevens: verbale agressie is de meest voorkomende vorm van geweld in de medische sector. Gemiddeld wordt 68,4% van de respondenten hiermee geconfronteerd, een proportie die ook in andere landen waargenomen wordt (zoals in Spanje – Sahebi et al., 2022 – en in Frankrijk – Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023), zonder echter het niveau te bereiken dat in Duitsland vastgesteld wordt (waar tot 94% van het zorgpersoneel geconfronteerd wordt met verbale agressie, zie Schablon et al., 2018; Vorderwülbecke et al., 2015).

Fysiek geweld is de tweede meest gerapporteerde vorm van geweld in deze studie: 57,3% van de ondervraagde professionals aan het doelwit te zijn geweest van het gooien of vernielen van voorwerpen, en 54,3% meldt te zijn geduwd of geschopt. Ook hier zijn de waargenomen cijfers consistent met andere bevindingen (internationaal – Liu et al., 2019 – en in België – Orde der artsen, 2023), maar ze liggen hoger dan die in Vlaanderen (Stichting Innovatie & Arbeid, 2024), de VS (Gupta et al., 2023), Spanje (Sahebi et al., 2022), en aanzienlijk lager dan in Duitsland (Schablon et al., 2018), wat deels verklaard kan worden door verschillen in methodologie en tijdsperiodes.

Meer dan twee derde van de zorgverleners is het doelwit van bedreigingen (12% van hen wordt wekelijks bedreigd). Bedreigingen tegen familieleden werden gemeld door 25,8% van de deelnemers. Vergelijkbare prevalentiecijfers werden ook waargenomen in Duitsland en Frankrijk (tot 73% van de gevallen). Daarnaast rapporteerde bijna twee derde van de respondenten in de medische sector dat ze wel eens onder druk gezet zijn, met de hoogste prevalenties op wekelijkse en maandelijkse basis. Dergelijke druk (met name door gebrek aan middelen en personeel) kan een trigger zijn voor geweld (Duesberg, 2022). Onder de verschillende vormen van bedreiging, waren die via sociale media niet opgenomen in de literatuurstudie (de ouderdom van bepaalde

studies en de keuze van gewelddaden in eerdere enquêtes verklaren dit gedeeltelijk), maar toch gaf bijna 15% van de zorgverstrekkers aan slachtoffer te zijn geweest van het ongewenst verspreiden van beeld of tekst via sociale media. Toekomstige onderzoeken zullen dit type geweld dus moeten integreren om de evolutie ervan te kunnen inschatten.

Seksuele agressie en intimidatie, hoewel uitvoerig gedocumenteerd in de literatuur, komen relatief minder vaak voor dan andere vormen van geweld. Toch vertegenwoordigen ze gelijkaardige proporties als die in andere landen — met als opvallende uitzondering Frankrijk, waar de prevalentiecijfers volgens de geraadpleegde studies significant hoger liggen. In onze studie gaf 16,4% van de zorgprofessionals aan het voorbije jaar slachtoffer te zijn geweest van een seksuele agressie of seksuele intimidatie. Daarnaast is het van cruciaal belang om te benadrukken dat zes personen hebben gemeld het afgelopen jaar op het werk slachtoffer te zijn geweest van verkrachting. Deze cijfers onderstrepen de dringende noodzaak om preventiecampagnes te ontwikkelen die specifiek gericht zijn op seksueel en seksistisch geweld, evenals het versterken van de ondersteuningsmechanismen voor slachtoffers — in het bijzonder met betrekking tot meldingsprocedures en de mogelijkheid tot het indienen van een klacht.

Wat betreft discriminatie gaf gemiddeld 20% van de zorgverstrekkers aan geconfronteerd te zijn geweest met een vorm van discriminatie. Gendergerelateerde discriminatie komt het vaakst voor: bij tot 26,5% van de respondenten. Discriminatie tegen zorgverleners wordt, voor zover ons bekend, relatief weinig behandeld in de literatuur als vorm van geweld (terwijl discriminatie in toegang tot gezondheidszorg wél goed gedocumenteerd is in de wetenschappelijke en grijze literatuur, zie o.a. Unia²², FRA – Bureau van de Europese Unie voor de Grondrechten²³).

Wie zijn de plegers van dit geweld? In meer dan twee derde van de gevallen zijn het de patiënten zelf, gevolgd door hun naasten. In meer dan 75% van de gevallen gaat het om een man. In vergelijking met de profielen “brandweerlieden-ambulanciers-PIT” worden bij de medische profielen relatief weinig plegers geïdentificeerd als onder invloed van middelen. Onze bevraging omvatte geen specifieke factoren die in de literatuur benoemd worden als risicofactoren voor geweld — zoals emotionele of psychologische nood en fysieke pijn (Chappell & Di Martino, 2006; Drew, 2023; Murray et al., 2019). In de toekomst zouden deze kenmerken van de patiënt geïntegreerd kunnen worden als variabelen bij het meten van oorzaken van geweld. De kenmerken van plegers vormen immers cruciale indicatoren om bewustmakings- en preventiecampagnes op te zetten, zowel gericht naar slachtoffers als naar daders.

Agressieve incidenten vinden voornamelijk plaats in publieke gebouwen (ziekenhuizen) en op de locatie waar de patiënt zich bevindt, zoals een kamer of een consultatieruimte. De huidige resultaten tonen aan dat zorgverstrekkers in de frontlinie worden blootgesteld aan risico's op geweld tijdens de uitvoering van hun functie, en op de plaats waar die functie wordt uitgeoefend. De inrichting van de ruimten en de aard van de interacties kunnen bijdragen aan het ontstaan van agressief of gewelddadig gedrag. De nabijheid tussen zorgverstrekkers en patiënten in de zorgomgeving vereist dat preventieve maatregelen specifiek gericht worden op deze risicovolle ruimtes.

Deze resultaten zetten niet alleen aan tot reflectie over de omvang van het fenomeen, maar ook over de gevolgen ervan voor degenen die ons verzorgen en, breder bekeken, over de organisatie van de gezondheidszorg: bijna 80% van de zorgverstrekkers gaf aan stress te ervaren, meer dan de helft is minder tevreden op het werk en heeft slaapstoornissen, en 40% overweegt van job te veranderen. Daarnaast gaf 6,5% van de respondenten aan arbeidsongeschikt te zijn geweest na het meest ingrijpende incident (waarvan één persoon voor onbepaalde duur). De zorgsector, die reeds onder druk staat door beperkte middelen, riskeert geconfronteerd te worden met een personeelsschaarste, die de kwaliteit en de duurzaamheid van de zorg in gevaar kan brengen. Deze situatie vereist dringende, structurele en organisatorische maatregelen (zoals blijkt uit studies rond seksueel en seksistisch geweld in Frankrijk), zowel om geweld te voorkomen als om zorgverstrekkers in hun dagelijks werk te ondersteunen (en uiteindelijk ook de patiënten).

5.2 Hulpverlening onder druk: Geweld tijdens noodinterventies

Brandweerlieden, hulpverleners en in ruimere zin de medische en hulpdiensten, bevinden zich in de frontlinie tijdens noodsituaties en reddingsoperaties. Net op die momenten, terwijl ze hun taken uitoefenen, worden zij blootgesteld aan geweld en agressie. In de afgelopen jaren werd in de media en in institutionele rapporten herhaaldelijk gewezen op een duidelijke toename van dergelijke agressie tegenover medewerkers van

²² <https://www.unia.be/nl/actua/racisme-gezondheidszorg?lang=nl>

²³ https://fra.europa.eu/sites/default/files/factsheet-inequalities-discrimination-healthcare_nl.pdf

openbare diensten. Internationale studies bevestigen de omvang van het fenomeen: 65% van de professionals in medische urgentiediensten is slachtoffer geweest van geweld (Maguire et al., 2018), en in sommige landen ligt deze prevalentie zelfs boven de 70% (Boyle et al., 2007; Bigham et al., 2014).

De resultaten van onze studie tonen enkele evoluties in de vormen van geweld waarmee professionals uit de nood- en interventiediensten geconfronteerd worden, in vergelijking met de gegevens die in 2021 verzameld werden door Verwee et al. (2022). Wat de steekproef betreft: in 2024 namen 723 respondenten uit de hulpdiensten (brandweer, ambulancier, PIT) deel aan het onderzoek, tegenover 836 in 2021. In deze editie werd een nagenoeg evenwichtige taalkundige verdeling verzekerd, terwijl de steekproef van 2021 hoofdzakelijk uit Nederlandstalige respondenten bestond. Opgemerkt dient te worden dat het aandeel vrouwelijke deelnemers in 2024 is gedaald (10,2% tegenover 17% in 2021).

Wat de gerapporteerde feiten betreft, is verbale agressie – vooral geschreeuw en scheldpartijen – de meest voorkomende vorm van geweld bij brandweerlieden en hulpverleners. Slagen en bedreigingen volgen, maar met lagere prevalenties. De analyse van de verschillende geweldsvormen toont een grote variabiliteit in frequentie. De literatuur wijst eveneens op verbale agressie als meest voorkomende vorm van geweld binnen de werkomgeving van de hulp- en nooddiensten; sommige studies rapporteren cijfers van meer dan 70% (Wang et al., 2019; Boyle et al., 2017; Bigham et al., 2014). Deze tendens wordt bevestigd door onze enquête: bijna 80% van de respondenten geeft aan slachtoffer te zijn geweest in de laatste 12 maanden van geschreeuw, en bijna 70% van scheldpartijen. Deze resultaten komen overeen met die van 2021, hoewel de prevalenties toen lichtjes hoger lagen. De frequentie en het herhaaldelijk voorkomen van verbale agressie roepen vragen op over de korte- en langetermijngevolgen voor de slachtoffers, met name op psychologisch vlak (Chappell en Di Martino, 2006; DSP, 2011).

Hoewel het minder vaak voorkomt dan verbale agressie, is fysieke agressie ook een realiteit voor hulpverleners: 36,4% van de respondenten werd het doelwit van gegooide of vernielde voorwerpen, 35,4% werd fysiek gehinderd, er werd op 34,7% gespuugd en 32,5% geschopt of geduwd. Daarnaast gaf 12,4% aan gewond te zijn geraakt. Hoewel de cijfers in 2024 iets lager liggen dan die van 2021, blijven ze grotendeels in lijn met gegevens uit andere landen zoals Australië (Boyle et al., 2007), Canada (Bigham et al., 2014) en Nederland (Drew, 2023).

Bedreigingen vormen eveneens een terugkerend fenomeen binnen de nood- en hulpdiensten: meer dan de helft van de respondenten werd hiermee geconfronteerd in de afgelopen 12 maanden. Onder de vormen van intimidatie blijkt druk uitoefenen een veelvoorkomende realiteit, die ongeveer een derde van de respondenten treft. Cyberbedreigingen, die in 2021 nog door meer dan 20% van de respondenten werd gerapporteerd, dalen in deze editie licht tot bijna 18%.

Seksuele agressie en intimidatie, hoewel minder frequent, blijven significant: ongeveer één op de zeven respondenten verklaart opmerkingen of blikken met seksuele connotatie te hebben ondergaan, en bijna één op de dertien was slachtoffer van gefluit. In 2021 gaf 10% van de respondenten aan aangerand te zijn geweest; dat percentage is gedaald tot 6,8% in 2024. Deze cijfers liggen globaal in lijn met de prevalenties in de literatuur.

Hoewel relatief weinig behandeld in wetenschappelijke publicaties, verdient het thema discriminatie evenzeer aandacht. Discriminatie kan zowel intern (binnen de dienst) als extern (van buitenaf) plaatsvinden. Ongeveer één op de zeven respondenten rapporteert discriminatie op basis van huidskleur, 12% op basis van leeftijd en 10% op basis van geloofsovertuiging. Gendergerelateerde discriminatie wordt door iets minder dan 9% gemeld. Deze proporties zijn vergelijkbaar met die van 2021.

Wie zijn de pleger. Ook personen die aanwezig zijn op de plaats van interventie, evenals naasten van de patiënt, worden als daders geïdentificeerd. In bijna de helft van de gevallen was de dader van het meest ingrijpende incident vermoedelijk onder invloed van alcohol – een prevalentie die iets gedaald is ten opzichte van 2021. In lijn met wat in 2021 werd vastgesteld, zijn de daders meestal mannelijke patiënten tussen 18 en 50 jaar oud.

Agressie vindt hoofdzakelijk plaats op de interventielocatie, tijdens de uitvoering van de opdracht van brandweerlieden en hulpverleners, wat de aanpak ervan bemoeilijkt en de kwetsbaarheid van de betrokkenen vergroot. Op het vlak van preventie stelt zich een drievoudige uitdaging: de noodzaak om de-escalatiestrategieën en beschermingsmaatregelen te ontwikkelen die aangepast zijn aan onvoorspelbare en vaak instabiele situaties; het opzetten van opleidings- en ondersteuningsmechanismen voor hulpverleners om hun vermogen tot anticipatie, melding en zelfbescherming te versterken; en ten slotte een sterke coördinatie met andere diensten (politie, ziekenhuizen, sociale diensten) om een coherente en veilige reactie te waarborgen, vooral wanneer het gaat om personen in zware nood of onder invloed.

De gevolgen van deze gewelds- en agressiefeiten zijn zowel individueel als organisatorisch: meer dan de helft van de brandweerlieden en hulpverleners geeft aan zich gestresseerd of onder spanning te voelen, vier op

tien rapporteren een vermindering van hun werktevredenheid en meer dan een derde lijdt aan slaapproblemen. Ook op organisatorisch niveau blijven de gevolgen niet uit: vijf personen waren langer dan drie maanden afwezig, en twee meldden een arbeidsongeschiktheid van onbepaalde duur. Deze langdurige afwezigheden, gecombineerd met een wijdverspreid onbehagen, kunnen de werking van de hulpdiensten ondermijnen en de continuïteit van de interventies in gevaar brengen (met name wat betreft personeelsmiddelen en de kwaliteit van noodhulp).

5.3 Hulpbronnen en ondersteuning

Agressie en geweld hebben gevolgen voor slachtoffers. Bepaalde vormen van agressie kunnen zelfs leiden tot psychische trauma's (Zhang et al., 2020). De literatuur toont aan dat de impact varieert naargelang het type geweld en de frequentie en herhaling ervan. Zo blijkt dat verbale agressie diepgaandere en ernstigere negatieve effecten kan hebben dan andere vormen van geweld. Dat valt deels te verklaren door het herhaaldelijk en frequent voorkomen van deze vorm van agressie (Brough, 2005; Chappell & Di Martino, 2006; Schablon et al., 2018). Het is precies deze verbale agressie die het vaakst wordt gerapporteerd door de respondenten in deze studie. Het is dan ook essentieel om structurele maatregelen te treffen op het vlak van preventie, ondersteuning en begeleiding.

De gevolgen van geweld kunnen zich op lange termijn ook uiten in vermijdingsgedrag: één op drie brandweerlieden geeft aan soms risicovolle situaties te vermijden uit vrees opnieuw geconfronteerd te worden met agressie of geweld; bij professionals in de zorgsector gaat het om vier op tien. Voor de brandweer ligt dit percentage hoger dan in 2021 (22%). Dit is een belangrijk signaal: steeds meer brandweerlieden vertonen dit soort vermijdingsgedrag, en hetzelfde geldt in toenemende mate voor het zorgpersoneel.

Na een incident van geweld wenden respondenten zich tot verschillende personen, afhankelijk van hun profiel. In de medische sector blijken collega's een cruciale rol te spelen: twee op drie respondenten geeft aan na een incident steun te zoeken bij collega's. Daarna volgt de leidinggevende (één derde van de respondenten). Bij een iets kleinere groep wordt een debriefing na de situatie georganiseerd. Toch is het opvallend dat meer dan één op vijf medische respondenten (23,9%) na een incident helemaal niemand aanspreekt.

Bij de brandweerlieden-ambulanciers-PIT profielen wordt een vorm van isolement vastgesteld: 43,9% van de brandweerlieden geeft aan na een incident geen enkele persoon te contacteren. Dit wijst, zoals reeds aangegeven in 2023 door de commandant van de Antwerpse hulpverleningszone (Blue Talks, 2023), op een onderrapportering van incidenten en op het ontstaan van een cultuur of gewoonte van "dat hoort nu eenmaal bij het werk" binnen de hulpdiensten. De stabiliteit van deze cijfers tussen 2021 en 2024 lijkt deze tendens te bevestigen.

Deze resultaten moeten in verband gebracht worden met de gevoelens van de deelnemers: meer dan twee op drie respondenten uit zowel de hulpdiensten als de gezondheidszorg geven aan het gevoel te hebben dat er meer geweld is in hun werkomgeving. De COVID-19-crisis lijkt die geweldervaringen vooral in de medische sector te hebben versterkt. Dat betekent dat het, naast preventie en opleiding in het herkennen en de-escaleren van agressie, het ook noodzakelijk is om een cultuur van preventie en ondersteuning te versterken. Justitie en politie hebben hier ook een rol: het ondersteunen van meldingen en het daadwerkelijk bestraffen van daders. Want de voornaamste reden waarom respondenten geen klacht indienen, is de overtuiging dat de dader toch niet gesanctioneerd zal worden.

5.4 Beperkingen

Zoals bij elke methodologische benadering in onderzoek moesten er bepaalde keuzes gemaakt worden, wat onvermijdelijk gepaard gaat met beperkingen en mogelijke vertekeningen. Of het nu gaat om de selectie van de vormen van geweld en agressie die in de studie zijn opgenomen, de gebruikte verspreidingskanalen en de periodiciteit van de bevraging, of de antwoordopties die aan de deelnemers werden voorgelegd – elk van deze elementen kan een invloed gehad hebben op de resultaten. Zo behandelt deze studie mogelijk ook bepaalde vormen van indirect of direct geweld waarvan eerstelijns werkers het slachtoffer kunnen zijn niet. Eveneens werden bepaalde kenmerken van de plegers, zoals een toestand van psychische ontreddering of een acute emotionele crisis, niet in de survey opgenomen. Deze zouden nochtans kunnen bijdragen tot een verfijndere profilering van de daders.

We moeten ons ten slotte bewust zijn van het feit dat slachtoffers zich misschien meer aangesproken voelden tot dit onderzoek en deze vragenlijst vaker invulden in vergelijking met niet-slachtoffers.

6 Preventie en begeleiding – denkpistes

De ernst van gewelddaden en agressie waar noodhulpverleners en zorgverstrekkers het slachtoffer van worden, wordt vergroot door de toenemende frequentie en het repetitieve karakter ervan, waardoor een cumulatief fenomeen ontstaat met meerdere gevolgen. Geweld laten insijpelen in ziekenhuizen, klinieken en bij hulpdiensten houdt een reëel risico in voor de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de hulpverlening. De vorige editie van dit onderzoek wees al op de ernst van de situatie met de conclusie: "Iedere geweldpleging is er één te veel en ieder gevolg van een geweldpleging is er ook één te veel." (Verwee et al., 2022). De dreiging van een "geweldpleging te veel" is reëel. En hoewel de overheid zich steeds meer bewust is van het probleem – zoals blijkt uit de recente campagne "Not funny - Niet om te lachen" van de FOD Binnenlandse Zaken (2023-2024) – maken de hier gepresenteerde resultaten duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is om een einde te maken aan het geweld tegen zij die ons verzorgen, redden en bijstaan.

Al in 2022 werd in de studie bij hulp- en noodverleners het volgende aangetoond: (1) het gebrek of de afwezigheid van vorming in agressiebeheersing, waardoor werknemers niet de nodige vaardigheden kunnen ontwikkelen om effectief met agressieve situaties om te gaan; (2) het gebrek aan middelen en procedures om personeel te beschermen bij een gewelddadig incident; en (3) de beperkte ondersteuning na incidenten. De huidige studie bevestigt deze vaststellingen en vult ze aan met gegevens uit de medische sector, waar de nood aan opleiding, middelen en beschermingsmechanismen minstens even zorgwekkend is.

Op basis van de resultaten formuleren we een aantal aanbevelingen en acties. Die zijn gestoeld op het drietrapsmodel van preventie. Deze benadering maakt het mogelijk een preventieprogramma uit te werken dat zowel voorbereiding en anticipatie omvat, als risicoreductie en herstel. De drie niveaus van preventie kunnen als volgt worden samengevat:

- (1) Primaire preventie heeft als doel het ontstaan van gewelddadig gedrag te voorkomen door in te grijpen op de oorzaken en door middel van sensibiliseringsmaatregelen. Het gaat om proactieve interventies die willen vermijden dat schadelijke effecten of fenomenen ontstaan (IAO, 2024).
- (2) Secundaire preventie detecteert beginnende situaties en grijpt snel in om escalatie van geweld en de schadelijke effecten ervan te beperken.
- (3) Tertiaire preventie is herstelgericht en heeft als doel de negatieve gevolgen van een incident te beperken, met name door slachtoffers en daders te begeleiden na een gewelddaad (IAO, 2024).

Deze drie niveaus kunnen benaderd worden in de vorm van een cyclus (vergelijkbaar met de risicocyclus die wordt toegepast in crisisbeheer²⁴), waarbij de continue kringloop gericht is op een permanente verbetering van het risicobeheer, gebaseerd op risico-identificatie en -analyse, voorbereiding en herstel.

Net zoals aanbevolen door de Occupational Safety and Health Administration (OSHA) in de handleiding *"Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers"*, bevelen wij een actieplan in vijf stappen aan voor de implementatie van een geweldpreventieprogramma: (1) betrokkenheid van het management en participatie van de werknemers; (2) analyse van de werkplek en identificatie van risico's; (3) risicopreventie en -beheersing; (4) opleiding rond veiligheid en gezondheid; en (5) registratie en evaluatie van het programma (OSHA, 2016).

Daarnaast maken de resultaten van ons onderzoek het mogelijk om dit gestructureerde kader aan te vullen met vijf transversale aandachtspunten die de aanpak verrijken en aanpassen aan onze specifieke context:

- de expliciete erkenning van het bestaan van geweld en de verschillende vormen ervan;
- de ondersteunende en beveiligende maatregelen die ter beschikking staan;
- communicatie, sensibilisering en informatie;
- re-integratie van getroffen personen en het versterken van individuele en collectieve veerkracht;
- vervolging en sancties

Deze aandachtspunten vormen aanvullende hefboomen om geweldpreventie duurzaam te verankeren in een samenhangend en contextueel afgestemd beleid.

²⁴ Zie hierover de website van het Nationaal Crisiscentrum: <https://crisiscentrum.be/nl/wat-doen-overheden/risicocyclus>

(1) Geweld op het werk definiëren, identificeren en erkennen

Inzicht in een fenomeen begint met het benoemen ervan en het afbakenen van de grenzen. Identificeren wat onder agressie, intimidatie of discriminatie valt – of het nu binnen het team, de dienst of door derden gebeurt – laat toe om deze feiten te erkennen en beter te voorkomen. Deze verduidelijking is essentieel om alle onduidelijkheid weg te nemen en een collectief bewustzijn te stimuleren.

Het begrijpen en benoemen van dergelijke ongewenste gedragingen stelt zowel medewerkers als leidinggevenden in staat ze tijdig te herkennen, waardoor sneller gepaste maatregelen of meldingen kunnen volgen. Door de verschillende vormen expliciet te benoemen, wordt het mogelijk om effectieve preventie-, interventie- en ondersteuningsprotocollen op te stellen. De sleutel tot het beperken van de risico's van geweld op de werkvloer is immers het herkennen en erkennen van waarschuwingssignalen, die zich op uiteenlopende manieren kunnen manifesteren. Daarom is waakzaamheid cruciaal om deze signalen correct te interpreteren (Muñoz, 2023).

Bovendien verhoogt deze erkenning de sensibilisering van alle betrokkenen en versterkt ze een cultuur van respect en bescherming binnen teams en ten aanzien van externe partners. In de praktijk spelen het bedrijfsbeleid en de erkenning van geweld door het management een sleutelrol in de preventie van geweld op het werk.

(2) Analyseren, registreren, monitoren en evalueren

Risicoanalyses moeten de werknemers betrekken (en ook ondersteunende diensten zoals dispatching en administratieve afdelingen), aangezien zij over diepgaande kennis beschikken van het werk, de taken, de locaties en de interventiesituaties. Zij staan op de eerste lijn bij geweldsincidenten en spelen een sleutelrol bij het identificeren van risicopatronen, zoals gevoelige geografische zones, risicovolle tijdstippen of situaties die aanleiding geven tot agressie (zoals bepaalde medische onderzoeken).

Een doeltreffende analyse is gebaseerd op overleg met de teams via bevestigingen, een grondige taakstudie per functie en een gedetailleerde beoordeling van de interventie- of zorglocaties, in overeenstemming met de aanbevelingen van OSHA (2016). Het betrekken van patiënten en bezoekers in dit proces is evenzeer essentieel, want hun feedback kan helpen bij het opsporen van situaties die frustratie of onveiligheid oproepen, wat de praktijk kan verbeteren en een veiligere zorgomgeving voor iedereen creëert. Wat hulpverleners of zorgverstrekkers misschien niet als geweld ervaren, kan dat voor patiënten wel zijn (zoals moeten wachten zonder informatie over het tijdstip van de beurt, of geen uitleg krijgen over handelingen die gesteld worden om te helpen of te redden).

Data zijn voor de analyse van geweld cruciaal: ze maken het mogelijk om de omvang van het fenomeen te meten, de evolutie ervan te begrijpen en de doeltreffendheid van de genomen maatregelen te beoordelen. Data ontbreken echter vaak wanneer het over geweld gaat. Ze zijn nochtans onmisbaar voor de identificatie, opvolging en evaluatie.

Dataverzameling kan niet plaatsvinden zonder meldingsprocedures en zonder steun om meldingen effectief te doen (zodat dit niet langer als "part of the job" beschouwd wordt). Het bijhouden van registers waarin alle gewelddaden worden opgenomen, ongeacht of ze gepleegd werden door derden of collega's, maakt het mogelijk om de aard, frequentie, daders en betrokken beroepen op te volgen. Deze gegevens kunnen werkgevers en overheden helpen om de omvang van het probleem in te schatten, trends te identificeren voor bepaalde locaties, functies of instellingen, de effectiviteit van preventiemaatregelen te analyseren, opleidingsnoden te bepalen en oplossingen te ontwikkelen voor een doeltreffend programma (OSHA, 2016). Melden en aangeven moeten zowel gestimuleerd worden op organisatie- als op politieel niveau. Enkel als een politieke melding gebeurt, kan een juridisch gevolg gegeven worden. Tot slot moeten de gegevens en de analyses openbaar gemaakt worden, zodat bevoegde instanties en instellingen gepaste, op feiten gebaseerde maatregelen kunnen treffen. Om deze gegevens te verrijken, moeten slachtoffers (en getuigen) gesteund en aangemoedigd worden om feiten te melden. Melding en aangifte moeten vergemakkelijkt en mogelijk gemaakt worden via toegankelijke kanalen (zie ook punt 6 hieronder).

(3) Voorkomen, beveiligen en controleren

Preventie is eveneens cruciaal. Dit moet toegepast worden vóór de eerste signalen (sensibilisering, informatie...) én zodra eerste signalen optreden. Vroege detectie van geweld beperkt de escalatie en de negatieve gevolgen. Zo'n detectie moet gepaard gaan met beschermingsmaatregelen zoals alarm- en meldsystemen, om slachtoffers aan te moedigen niet alleen te blijven (bij een potentiële gevaarlijke situatie).

Vergeet ook niet dat preventie ook ná het incident plaatsvindt, via begeleiding, ondersteuning, opvolging en sancties.

Preventie vereist een gecoördineerd programma met beschikbare middelen. In Ierland werd in 2012 bijvoorbeeld het "Employee Support Policy"-plan ingevoerd door de National Ambulance Service, om geweld tegen werknemers te beheersen. Via het controlepersoneel voor de ambulances (dispatchers) werden maatregelen genomen om risicogebieden te identificeren en het uitsturen van personeel te anticiperen. Enkele maatregelen:

- Duidelijke communicatie bij noodoproepen die mogelijk geweld aankondigen;
- Informatie over risicogebieden of risicopersonen;
- Het aanmerken van oproepen rond huiselijk geweld als zeer risicovol, met verbod op solo-interventie;
- Vermijden van stand-by plaatsen in risicogebieden voor ambulanciers;
- Informatieoverdracht aan leidinggevendenden bij reëel (of mogelijk) geweldsrisico op locatie.

Voor hulp- en noodwerkers kunnen deze maatregelen aangevuld worden met andere preventieve acties. Zoals door de IAO (2022) aanbevolen voor openbaar vervoer, kunnen volgende maatregelen als voorbeeld dienen:

- Installatie van beveiligingscamera's rond en in voertuigen (met duidelijke en zichtbare communicatie);
- Ingebouwde alarmsystemen om hulp in te roepen;
- Voertuigvolgsystemen om locatie van voertuigen en personeel te traceren;
- Vergrendelingssystemen op voertuigen;
- Verlichting rond het voertuig om de interventiezone te verlichten;
- ...

Vandaag getuigen veel hulpverleners van grote moeilijkheden om hun werk nog op een rustige manier te kunnen uitvoeren, door almaar meer gespannen arbeidsomstandigheden. Als antwoord op deze geweldstoename zijn verschillende initiatieven opgestart: de wet van 21 februari 2024 die het gebruik van bodycams in ambulances toelaat, diverse sensibiliseringscampagnes, en een verstrenging van de straffen voor plegers van geweld tegen zorg- en hulpverleners.

Het gebruik van *bodycams* (of individuele, aan het lichaam gebonden of gedragen camera's) wekt steeds meer belangstelling, vooral bij politiediensten (Seron, 2024), waar ze gezien worden als beschermingsmiddel, middel tot de-escalatie en gedragsregulering (Goyvaerts, Maesschalck & Seron, 2021). Het basisprincipe is dat het filmen van interacties ongepast gedrag langs beide kanten ontmoedigt, en de relaties verbetert door wederzijdse verantwoordelijkheid (Gerressu et al., 2023). Toch zijn de effecten binnen de politie gemengd: sommige studies wijzen op geen effect, of zelfs escalatie van geweld (Goyvaerts et al., 2021). Een erkend voordeel blijft de mogelijkheid om interventies te documenteren, processen-verbaal te verrijken en bewijs te versterken (bijv. bij misdrijven of huiszoekingen).

Bij eerstelijns werkers (brandweerlieden, ambulanciers, hulpverleners) wordt het gebruik van bodycams ook besproken, zeker bij risicovolle interventies. Een pilootstudie van Gerressu et al. (2023) in Engeland, uitgevoerd bij ambulanciers en leidinggevendenden, toont diverse effecten. Positieve effecten zijn o.a.: bewijsverzameling bij agressie (voor vervolging), bescherming tegen valse beschuldigingen en zelfregulatie bij stressvolle situaties. Er worden ook beperkingen gemeld: twijfel over afschrikkend effect, risico op escalatie, fysiek ongemak en extra administratieve last (opleiding, activering, rapportage). Gerressu et al. (2023) wijzen ook op het gebrek aan robuust bewijs voor effectieve daling van geweld. Evaluaties blijven vaak methodologisch beperkt of gebaseerd op interne data (Gerressu et al., 2023; Seron, 2024).

In de zorgsector kan een risicoanalyse helpen om afdelingen of zones te identificeren waar het geweldsrisico groter is. Die analyse moet vergezeld gaan met preventieve maatregelen, zowel op het vlak van materiaal en technieken (camera's – zonder het beroepsgeheim te schenden –, intercoms, alarmknoppen bij consultatiekamers, met badge beveiligde uitgangen...) als op het vlak van procedures (interne noodnummers, waarschuwingssysteem met vlaggen...).

(4) Opleiden in preventie en het omgaan met geweld

Bijna 40% van de respondenten aan de huidige enquête gaf aan te hebben overwogen van werk te veranderen na het meest ingrijpende incident. Dit percentage ligt bijzonder hoog bij de zorgverstrekkers (42,3%) en lager bij het personeel van de hulpdiensten (25,8%). Deze cijfers zijn belangrijke indicatoren: ze tonen aan dat het essentieel is om maatregelen te treffen die niet alleen geweld helpen verminderen, maar ook om te leren ermee om te gaan. Deze maatregelen moeten afgestemd worden op en toegankelijk zijn voor alle beroepscategorieën die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij het omgaan met geweld. Voor de

hulpdiensten betekent dit bijvoorbeeld dat zowel professionele als vrijwillige brandweerlieden en ambulanciers toegang moeten hebben tot deze maatregelen/tools. In de medische sector moeten alle medewerkers die in contact staan met het publiek op gelijke wijze toegang hebben tot deze voorzieningen.

Opleiding en informatie moeten vanaf de start van de loopbaan van nood- en zorgpersoneel worden aangeboden, en vervolgens continu worden voortgezet. Permanente vorming speelt een essentiële rol in het verminderen van het risico op geweld tegen brandweerpersoneel en dringende medische hulpverlening (DMH) (LEXIPOL, 2024). Deze opleiding moet betrekking hebben op alle aspecten van geweld: van preventie, over conflictbeheer (de-escalatie), tot re-integratie, en moet ook communicatie omvatten. De doelgroepen van deze opleidingen zijn zowel medewerkers als leidinggevendenden (managers, supervisors, directie) en de opleidingen moeten onderdelen bevatten die:

- informeren over geweld, de oorzaken en gevolgen ervan, en bijdragen aan een risicocultuur;
- helpen bij het herkennen van signalen van geweld: *"The key to mitigating risks associated with workplace violence is understanding and recognizing the early warning signs"* (Muñoz, 2023);
- conflicten of situaties helpen beheersen via de-escalatie en het omgaan met vijandige profielen;
- de veiligheid van plaatsen en betrokkenen bevorderen;
- het melden van incidenten ondersteunen, onder andere door te informeren over de meldingsprocedures en het intern beleid rond geweld (zoals disciplinaire maatregelen of sancties);
- slachtoffers ondersteunen of begeleiden: in beide onderzochte sectoren blijken collega's de belangrijkste ondersteuningsfiguren, gevolgd door leidinggevendenden. Daarom is het essentieel om ook hen op te leiden.

Wat betreft de kennis over risicofactoren die verband houden met geweld, vormen wetenschappelijke en officiële gegevens – zowel intern als extern aan de organisatie – een essentiële basis om de situatie accuraat in kaart te brengen. Deze informatie stelt de betrokken actoren in staat om risicofactoren (zoals kenmerken van het publiek, middelengebruik of specifieke omgevingsfactoren) nauwkeurig te identificeren. Ze bevorderen bovendien de integratie van deze factoren in het ontwerp en de aanpassing van opleidingsinhoud, waardoor de relevantie en effectiviteit van opleidingen wordt versterkt.

Zelfverdedigingselementen (*self-defense*) zouden overwogen kunnen worden voor situaties waarin sprake is van fysiek geweld, met name om te leren hoe men aan een gewelddadige situatie kan ontsnappen (O'Meara, Maguire, O'Neill, 2019). De OSHA-gids (2016) benadrukt overigens het belang van het opleiden van supervisors en managers in het herkennen van risicosituaties, om te verzekeren dat medewerkers niet in gevaarlijke omstandigheden worden geplaatst.

Waarom permanente opleiding? Enerzijds laat dit toe om handelingen en procedures regelmatig te herhalen (via *drills*), wat leidt tot automatismen. Regelmatig oefenen en bespreken helpt ook om nieuwe dreigingen en vormen van geweld te identificeren, die veranderen met de samenleving. Volgens LEXIPOL zijn situationeel bewustzijn, incidentbeheer en technieken voor de-escalatie sleutelementen in opleidingen rond geweld. Al deze factoren kunnen bijdragen aan het verminderen van geweld tegen brandweer-, DMH- en zorgpersoneel en maken interventies uiteindelijk veiliger voor iedereen.

Voor wie in contact komt met derden, zoals in ziekenhuizen en klinieken, is het belangrijk dat de preventieve activiteiten rond geweld en intimidatie geïntegreerd worden in de dagelijkse werking, onder andere via controle van preventiemateriaal (deurvergrendeling, toegang met badge, bewakingscamera's) (IAO, 2022) en het toepassen van preventiemaatregelen.

Een laatste belangrijk aspect is communicatie. Opleiden betekent ook leren communiceren over de handelingen die men stelt tijdens zorg of interventie, en over de missies. Enerzijds gaat het om de handelingen zelf. In een context van intense stress, zoals patiënten of personen in nood kunnen ervaren, is het essentieel om te begrijpen wat er gebeurt. De meeste mensen hebben weinig of geen ervaring met de ziekenhuis- of hulpverleningswereld en weten vaak niet wat te verwachten of begrijpen de codes niet. Deze situaties kunnen ook bijzonder intimiderend zijn voor patiënten en hun naasten.

Anderzijds zijn er de missies van spoed- en zorgprofessionals. Verwee et al. (2022) en Bergman et al. (2013) stelden vast dat plegers van geweld niet altijd weten wat het mandaat van openbare diensten inhoudt en hoe deze werken. In Zweden werd zelfs vastgesteld dat sommige burgers brandweerlieden verwarren met politieagenten (Scandella, 2012). Deze vaststelling kan uitgebreid worden naar zorgverstrekkers. De verwachtingen tegenover professionals in beide sectoren zijn hoog: "Een persoon die een noodnummer belt, moet weten welke vragen gesteld worden door die dienst, om een gepaste behandeling te kunnen garanderen. Dat kan bijvoorbeeld door de bevolking goed te informeren. Wie een noodnummer belt, verwacht soms dat

de patiënt niet ter plaatse behandeld wordt, maar rechtstreeks naar het ziekenhuis gebracht wordt. Het is belangrijk om de beller goed te informeren.” De auteurs wijzen ook terecht op de rol “van de betrokkenen en omstaanders die zich bewust moeten zijn van hun rol in het hulpverlenersproces. Soms kunnen ze de hulpverleners hinderen of ervaren hulpverleners het als intimiderend als ze dichtbij komen.” Ze zijn zich vaak niet bewust van hun rol in het zorgverleningsproces door hun fysieke en verbale aanwezigheid. Uit betrokkenheid, nieuwsgierigheid, hang naar sensatie en/of andere redenen kunnen zij zo, veelal onbewust, de hulpverlening hinderen”, wat kan leiden tot conflicten tussen omstaanders en hulpverleners (Bergman, Valk en de Vries, 2013 in Verwee et al., 2022).

(5) Werkgevers, medewerkers ... en derden betrekken en verantwoordelijk maken

Wat geweld op het werk betreft, verklaart de IAO dat: “De hoogste leiding van een organisatie die geweld en intimidatie tolereert, moet in de eerste plaats verantwoordelijkheid nemen om die cultuur te veranderen. Het succes van de geleverde inspanningen weerspiegelt de wil van deze leidinggevenden om negatieve gedragingen proactief en doortastend aan te pakken.” (IAO, 2022). Een sterk, zichtbaar en actief engagement van werkgevers en leidinggevenden (en bijgevolg ook van de bevoegde autoriteiten in het hier bestudeerde geval) is een essentiële voorwaarde voor een doeltreffende bestrijding van geweld. Dit engagement moet zich op twee niveaus situeren:

- a) Een zichtbaar en concreet engagement via een interne beleidsverklaring waarin geweld op het werk wordt erkend als een kwestie van veiligheid en gezondheid, en via de implementatie van een coherent preventiebeleid dat bijdraagt tot een positieve bedrijfscultuur;
- b) Een engagement door de erkenning van slachtoffers. Indien de hiërarchie of het management slachtoffers niet erkent als dusdanig, leidt dit tot een nieuwe vorm van victimisatie. Deze erkenning houdt in dat men het bestaan van geweld erkent, het melden ervan aanmoedigt (onder andere door de nodige middelen beschikbaar te stellen om feiten te melden), dat er geluisterd wordt naar slachtoffers, en dat er concrete acties worden ondernomen. In onze studie wezen zowel respondenten uit de medische sector als uit de hulpdiensten op hiaten op dit vlak (slechts een derde van de respondenten gaf aan de feiten te hebben gemeld bij zijn/haar leidinggevende, met nog lagere aantallen bij de hulpdiensten, en bijna de helft ondernam geen verdere actie na het incident).

Binnen dit organisatorisch engagement zijn afstemming en steun van de personeelsdienst en de preventiedienst eveneens van essentieel belang. Deze actoren moeten waken over de communicatie van het interne beleid, de toepassing ervan en de beschikbaarheid van instrumenten die het melden van geweld faciliteren en aanmoedigen. Deze instrumenten kunnen bestaan uit informatieve en vormende inhoud, online meldformulieren, vertrouwenspersonen of “goede praktijken” met betrekking tot bijvoorbeeld hoe te reageren op ongepast gedrag²⁵.

De betrokkenheid van medewerkers is de tweede voorwaarde voor een preventiebeleid. Deze betrokkenheid komt tot uiting via de erkenning van hun feedback en ervaringen bij de opmaak van het preventieprogramma, de aanpassing of inrichting van infrastructuur, de identificatie van risicotaken of risicogebieden... (OSHA, 2016). Deze betrokkenheid betekent ook dat zij zich engageren tot vorming en het naleven van het interne beleid inzake geweldbestrijding, en tot het melden van geweld waarvan zij getuige of slachtoffer zijn – ongeacht of het gaat om geweld van derden of collega’s – en tot het niet minimaliseren (of belachelijk maken) van de feiten.

Ook derden (patiënten, bezoekers, leveranciers, enz.) moeten verantwoordelijk worden gehouden voor hun gedrag en de gevolgen ervan. Dit engagement is essentieel om de strijd tegen geweld te versterken. Daarom is het cruciaal hen duidelijk te informeren over wat al dan niet toegelaten is ten opzichte van medewerkers van openbare diensten en zorgprofessionals.

Zorginstellingen zoals ziekenhuizen en klinieken zijn sleutelplaatsen voor de verspreiding van dit interne beleid naar zowel derden als medewerkers. Een doeltreffende communicatie kan gebeuren via gerichte affichecampagnes in patiëntenkamers, wachtzalen, liften, en zelfs op de deuren van toiletten, evenals op schermen in gemeenschappelijke ruimtes en in de informatiebrochures die worden meegegeven aan patiënten en hun familie (zo zou men bijvoorbeeld een charter voor “wederzijds respect” kunnen laten ondertekenen).

²⁵ Als voorbeeld heeft de website van “Défenseur des droits” een pagina gewijd aan seksuele intimidatie op het werk. Deze behandelt zowel de sleutels om deze vorm van agressie te herkennen als drie kernacties die men kan ondernemen:
<https://information.defenseurdesdroits.fr/unefemmesurcing/>

Deze acties moeten kaderen in een nultolerantiebeleid ten aanzien van elke vorm van geweld. Wat intern geweld betreft, d.w.z. tussen medewerkers onderling, is het essentieel dat de procedures en vertrouwenspersonen/preventieadviseurs duidelijk bekendgemaakt worden (bijvoorbeeld via een QR-code).

Voor professionals van de nood- en hulpdiensten moet de communicatie rond het betrekken van burgers buiten de muren van de kazerne of het ziekenhuis plaatsvinden, omdat het geweld zich hoofdzakelijk voordoet op interventieplaatsen, waar directe communicatie moeilijker is. In deze context is het essentieel dat sensibiliseringscampagnes worden verspreid op nationaal en lokaal niveau (zoals de campagne "Not funny – Niet om te lachen" van de FOD Binnenlandse Zaken, of de Britse en Australische campagnes "Zero Tolerance – No excuse for Abuse" die getuigenissen van hulpverleners na geweldsincidenten verspreiden²⁶) via de media, sociale netwerken, politiediensten en gemeentelijke overheden, en via gerichte preventieacties. Het doel is de gehele bevolking verantwoordelijk te maken en een duidelijk institutioneel ondersteuningssignaal te geven aan professionals die worden blootgesteld aan deze risico's.

(6) Melden, ondersteunen en re-integreren

Agressie en geweld zijn mogelijke en vaak onvrijwillige reacties op een stressvolle of angstige situatie. Geweld fungeert dan als uitlaatklep voor frustraties. Zelfs als het niet de bedoeling is om zich persoonlijk tegen hulpverleners of zorgverstrekkers te keren, is dat vaak wel het resultaat. Hoe dan ook moeten hulpverleners en medisch personeel deze incidenten verwerken en daarna weer aan het werk. De eerste acties die na een incident worden ondernomen, hebben onmiskenbaar gevolgen voor het emotionele, psychische en fysieke evenwicht van de betrokken werknemer(s).

Binnen een re-integratiegerichte aanpak is het melden van de feiten een van de eerste stappen. Medewerkers aanmoedigen om de feiten te melden, dient drie doelen:

- Strijden tegen de straffeloosheid van de daden en de daders;
- Geschikte ondersteuningsmaatregelen opzetten;
- Een preventiecultuur opbouwen.

Meldingen moeten anoniem kunnen gebeuren, zowel via online tools als via brievenbussen (beveiligd) of rechtstreeks bij een vertrouwenspersoon. Bij een melding moeten er onmiddellijk procedures opgestart worden: kennisgeving aan de directie, de preventieadviseur en andere aanspreekpunten, activering van ondersteuningsmechanismen (debriefing, psychologische ondersteuning...) en, indien nodig, het nemen van beschermingsmaatregelen.

De tweede stap is de opzet van luister- en ondersteuningsmechanismen (meldpunten, hulplijnen, psychologen, vertrouwenspersonen, leidinggevendenden...), die essentieel zijn na een gewelddadig incident. Een meerderheid van de respondenten uit de hulpdiensten gaf aan dat ze het geweld dat hen werd aangedaan aan "niemand" melden. Het is dus noodzakelijk om deze structuren en actoren te mobiliseren. Leidinggevendenden en supervisors spelen een sleutelrol in de activering van deze steunmaatregelen, bijvoorbeeld wanneer zij getuige zijn van geweldsituaties tijdens interventies of signalen van opkomend geweld opmerken. Deze luisterstructuren en de inzet van sleutelfiguren zijn ook krachtige signalen aan medewerkers dat ze er niet alleen voor staan en dat deze daden ernstig genomen worden (ter herinnering: slechts een derde van de respondenten meldde de feiten aan hun leidinggevende of binnen de organisatie).

Voor een doeltreffende opvang van medewerkers die met gewelddadige incidenten worden geconfronteerd, moet een volledig medisch en psychologisch ondersteuningsprogramma worden opgezet, met debriefingsessies en toegang tot gepaste traumazorg (OSHA, 2016). In de praktijk betekent dit: verspreiding van contactpersonen (preventieadviseurs, vertrouwenspersonen, psychologische bijstand...), actieve deelname van het management en het versterken van netwerken met institutionele actoren zoals justitie en politie, evenals samenwerking tussen vertegenwoordigers van publieke en private functies – de Commissie Agressie²⁷, die 18 sectoren verenigt, is hiervan een voorbeeld.

Deze mechanismen moeten idealiter gecombineerd worden met bemiddeling en conflictbeheersing (voordat situaties escaleren) en versterking van meldings- en alarmeringssystemen om slachtoffers en getuigen aan te moedigen zich uit te spreken (noodnummers, online meldplatforms).

²⁶ Meer informatie: <https://www.nwas.nhs.uk/get-involved/campaigns/stop-abuse/>

²⁷ Meer informatie over de betrokken actoren: <https://www.agressiecommissie.com/>

Medewerkers die slachtoffer zijn van geweld moeten ook bijkomende ondersteuning krijgen op volgende punten:

- Reactie en steun van het management op gewelds- of misbruikincidenten;
- Schadevergoeding bij beschadigde persoonlijke of professionele bezittingen;
- Juridische ondersteuning;
- Toegang tot psychologische en medische bijstand;
- Opstart van een re-integratieprogramma na afwezigheid door arbeidsongeval;
- ...

(7) Communiceren, informeren en sensibiliseren

Zoals reeds eerder aangehaald, zijn communicatie, informatie en sensibilisering niet zomaar ondersteunende instrumenten, maar de pijlers van een echte preventiestrategie. Om doeltreffend te zijn, moeten deze acties op elk niveau van de organisatie geactiveerd worden en uitstralen naar alle betrokkenen, zowel naar potentiële slachtoffers als naar potentiële daders.



Steun tijdens het eindejaar de mensen die hun leven riskeren om ons te beschermen.
Onderteken de Muur van Respect op notfunny.ibz.be



Figuur 29 Affiche van de sensibiliseringscampagne georganiseerd door de Civiele Veiligheid in 2023 ©

•Op **maatschappelijk** niveau is de centrale boodschap van sensibiliseringscampagnes dat geweld onaanvaardbaar is, ongeacht de context of situatie. Met behulp van empirische gegevens, zoals verzameld in deze studie, kunnen deze campagnes beter worden gericht op specifieke doelgroepen.

•Voor **toekomstige professionals** is anticipatie essentieel. Hen al tijdens hun opleiding informeren over psychosociale risico's en de realiteit op het terrein, bereidt hen beter voor. Brandweerman zijn betekent soms omgaan met nood, agressie of extreme situaties. Werken in de zorg betekent werken in een veeleisende, emotioneel en fysiek belastende omgeving. Deze beroepen gaan gepaard met blootstelling, spanningen en geweld (ook intern). De informatie is belangrijk bij sensibilisering over het herkennen van geweld en agressie en de beschikbare middelen binnen de organisatie om dit te voorkomen of aan te pakken.

•Voor **medewerkers die reeds actief zijn**, is continue sensibilisering nodig. Ze herinnert hen aan hun rechten, beschikbare middelen, en reflexen om zichzelf en anderen te beschermen, aan aanspreekpunten en aan alle procedures om feiten te melden en steun te krijgen. Boodschappen van preventie moeten ook gericht zijn op risicogroepen en focussen op de meest voorkomende vormen van geweld. Zo is er nood aan gestructureerde communicatie naar vrouwen rond verbaal en seksueel geweld.

- **Voor leidinggevenden** moet de communicatie over geweld resulteren in een duidelijke houding: nultolerantie, sterk engagement, concrete acties. Hun rol is cruciaal om een cultuur van veiligheid en steun te creëren. Zij zijn de voorbeelden en spreekbuizen van hun medewerkers.
- **Voor de samenleving** is het belangrijk bepaalde percepties te doorbreken: hulpverleners en zorgverstrekkers zijn geen emotionele uitlaatkleppen. Het publiek informeren, betekent ook een klimaat van wederzijds respect creëren, duidelijk maken dat elk geweld onaanvaardbaar is en dat het tot sancties leidt. Deze studie werpt licht op de plaatsen waar agressie het vaakst voorkomt (zoals interventieplaatsen en ziekenhuisinstellingen), evenals op het profiel van de plegers (personen onder invloed, in de leeftijd van 18 tot 50 jaar). Deze gegevens maken het mogelijk om gerichte boodschappen te formuleren op basis van de meest blootgestelde profielen en risicofactoren.

Preventie begint bij het eerste woord, bij het eerste luistermoment. Het draait om een gedeelde cultuur die we samen vormgeven, waarbij elke betrokken persoon zijn of haar verantwoordelijkheid opneemt.

(8) Vervolging en sancties

Er werd reeds gewezen op het belang van melding en aangifte in de organisatie maar er kan enkel een juridisch gevolg gegeven worden aan geweld of agressie, als dit ook gemeld wordt bij politie en justitie. Op basis van onze bovenstaande cijfergegevens zien we dat slechts 14,5% het feit rapporteerde aan de politie. Redenen zoals "ik vind het incident niet ernstig genoeg", "het is part of the job" en "de dader wordt toch niet gestraft" worden gegeven om de meest ernstige feiten niet te melden. Het is zaak om als familie, vrienden, collega's, leidinggevende en organisatie slachtoffers zo veel mogelijk te stimuleren om aangifte te doen op politieel niveau.

Organisaties die zich zelf burgerlijke partij stellen of pleiten voor een anonieme aangifte (Blue Talks, 2023) zijn praktijken die steeds meer mogelijk gemaakt worden voor slachtoffers. Dit is niet alleen om de bereidheid tot politieke aangifte te verhogen maar heeft uiteraard als ultieme reden om een justitieel gevolg te breien aan de geweldsdaad.

In het rapport van 2022 (Verwee et al.) gingen we reeds in op de vervolging en bestrafing van de dader. Het aantal klasseringen zonder gevolg daalt, aldus De Valkeneer, Procureur (Knack, 2020). Het aantal seponeringen om opportuniteitsredenen was 55% in 2010 en 40% in 2019. Als we specifiek inzoomen op slagen en verwondingen, smaad en weerspanning dan doet zich een daling in het aantal seponeringen voor bij smaad en weerspanning, wat volgens De Valkeneer aantoont dat het Openbaar Ministerie een sterk antwoord wil bieden op dergelijke feiten. Bij smaad daalde het percentage van 65% naar minder dan 50% en bij weerspanning van 55% naar 40%. Bij slagen en verwondingen is het anders, met een constante seponeringsgraad van 30%. De seponeringsgraad stuit echter op kritiek want heel wat beleidsmakers vinden dat het aantal seponeringen – in hoofdzaak om opportuniteitsredenen (bijvoorbeeld een beperkte maatschappelijke weerslag, nadeel is gering, afwezigheid van voorgaanden, toevallige omstandigheden, jeugdige leeftijd, de houding van het slachtoffer...) – voor geweld en agressie ten aanzien van deze beroepen nog steeds bijzonder hoog ligt (Knack, 2020).

De vraag naar een beleid van nultolerantie ten aanzien van plegers van geweld is bij meerdere organisaties die publieke functies vertegenwoordigen aanwezig, zo staat dit ook verwoord in het Federaal Regeerakkoord 2025.

In meerdere paragrafen wordt geweld en agressie vermeld:

- Algemene maatschappelijke afkeuring voor geweld en agressie in onze samenleving en tegen specifieke groepen
- Tegen overheidsdiensten waarbij aanspraak moet kunnen gemaakt worden op kosteloze rechtshulp en psychologische begeleiding (p.71)
- Een hart voor zorgverleners: "voor geweld hanteren we nultolerantie" (p.111)
- *"Respect voor hen die ons helpen en beschermen (P.134)*
 - *We stellen het nultolerantiebeleid verder op scherp zodat geen enkele daad van geweld of bedreiging tegen mensen met een maatschappelijke functie zoals bv: brandweer, politie, leerkracht, ambulancier ... zonder gevolg blijft. Een seponering van dergelijke feiten omwille van opportuniteitsredenen wordt onmogelijk zelfs wanneer er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid.*
 - *Er moet werk gemaakt worden van centrale aanspreekpunten en procedures binnen de operationele veiligheidsdiensten voor slachtoffers van geweld. Deze centrale aanspreekpunten moeten een proactief contact verzorgen met het slachtoffer(s), duidelijke en eenduidige procedures en communicatie ontwikkelen en dit uitdragen binnen hun organisatie. Hulp- en politiepersoneel dat slachtoffer wordt van agressie of geweld tijdens de uitoefening van beroepsactiviteiten moet steeds aanspraak kunnen maken op kosteloze rechtshulp en kosteloze psychologische begeleiding, behoudens in situaties waarin een rechter definitief geoordeeld heeft dat er sprake was van uitlokking door de desbetreffende politiemensen en/of hulpverleners. Partners en directe familieleden van individuen die tijdens de uitvoering van hun functie om het leven komen, moeten aanspraak kunnen maken op juridische en psychologische bijstand evenals een financiële vergoeding (in parallel met de vergoeding voor slachtoffers van terreur). We zorgen er daarnaast voor dat de toegang tot verzekeringen en medische vergoedingen voor dienst gerelateerde verwondingen vereenvoudigd wordt.*

- *We zorgen voor de anonimisering van de gegevens van zij die ons beschermen en helpen doorheen de volledige juridische procedure. Enkel de code of het postadres van de politiezone of de hulpverleningszone of het rijksregisternummer of ander uniek identificatienummer (BIS-nummer, paspoortnummer, ...) wordt opgenomen in de juridische documenten. De betrokken personen moeten voor de overheid steeds identificeerbaar blijven.*
- *We breiden de wettelijke mogelijkheden inzake het gebruik van camera's verder uit. Zo zorgen we ervoor dat onze hulpdiensten, de openbare vervoersdiensten (De Lijn, TEC, MIVB) en treinbegeleiders op de lijnen met de meeste incidenten na een degelijke opleiding en binnen een welomlijnd kader met respect voor de privacywetgeving ook gebruik kunnen maken van bodycams of toezichtcamera's."*
- *Strafrechtelijk beleid: "We stellen het nultolerantiebeleid verder op scherp zodat geen enkele daad van geweld of bedreiging tegen mensen met een maatschappelijke functie zoals bv: brandweer, politie, leerkracht, ambulancier ... zonder gevolg blijft. Een seponering van dergelijke feiten omwille van opportuniteitsredenen wordt onmogelijk zelfs wanneer er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid." (p.149)*

Er is een sterk pleidooi voor een nultolerantie. De dader van geweld of agressie wil men op deze wijze duidelijk maken dat dit op geen enkele manier wordt getolereerd in de samenleving. Bovendien pleiten sommigen om een strengere bestraffing te realiseren. Anderen pleiten niet zozeer voor hogere maximumstraffen - omdat men minder gelooft in het afschrikkend effect van de hogere straffen - maar voor het opleggen van een snelle en effectieve minimumstraf. Dit is het zogenaamde lik-op-stukbeleid.

Tot slot moet de straf in proportie staan ten opzichte van de feiten. Voor minder ernstige daden en voor daders met schuldinzicht kan bijvoorbeeld een vrijwillige leermaatregel worden toegepast als alternatieve straf. Iemand die een levenslange arbeidsongeschiktheid bij het slachtoffer teweegbracht door geweld/agressie moet uiteraard op een andere en strengere manier bestraft worden.

Het uitblijven van sancties creëert straffeloosheid en een gevoel van straffeloosheid, en in de huidige studie diende 24,6% geen klacht in omdat men denkt dat de dader niet vervolgd zal worden. Toch zijn vervolging en sanctie onderdelen van de erkenning van het slachtofferschap en dragen zij bij aan de rehabilitatie en re-integratie van het slachtoffer. Bovendien helpt het openbaar communiceren van gerechtelijke sancties om het bewustzijn in de samenleving te vergroten.

(9) Agressiecommissie

Tot slot wensen we het belang van de agressiecommissie aan te kaarten. De agressiecommissie werd enkele jaren geleden in het leven geroepen vanuit de vaststelling dat er een toename is aan verbaal geweld, fysiek geweld, ongewenst seksueel gedrag, intimidatie en bedreiging in onze samenleving en tegenover beroepsgroepen met publieke functies zoals brandweer en ambulanciers, zorgpersoneel, openbaar vervoer, openbare besturen, ... De nood drong zich op vanuit verschillende organisaties²⁸ om deze vormen van geweld en agressie preventief aan te pakken, beheersbaar te houden, beste praktijken uit te wisselen, beleidsmatige aanbevelingen te formuleren. De agressiecommissie spreekt vanuit 1 stem te spreken met de overheden.

Er werd een memorandum opgesteld door deze commissie waarin gepleit wordt voor een structurele inbedding van een nationale agressiecommissaris als beleidsmatig orgaan waarbij alle noden en behoeften inzake agressie en geweld bij de publieke functies in kaart worden gebracht en er duurzame beleidsadviezen worden geformuleerd. Heel wat werkgroepen worden immers opgericht, vaak vanuit een specifieke discipline, en zij delen allen dezelfde bekommernissen: Hoe geweld voorkomen? Welke cijfers hebben we? Hoe kunnen we als organisatie reageren? Wat verwachten van politie? Wat verwachten we van justitie? Welke (technologische) hulpmiddelen kunnen worden ingezet? Deze vragen waren meermaals onderdeel van gesprek tijdens de agressiecommissies. Een structurele inbedding van dit orgaan, geleid door een agressiecommissaris dringt zich op. Agressie overschrijdt immers heel wat bevoegdheidsdomeinen waardoor een structurele inbedding, en de vastlegging ervan in het regeerakkoord, is aangewezen. Het voorstel van een nationaal agressiecommissariaat is geïnspireerd op het voorbeeld van een Taskforce 'onze hulpverleners veilig' uit Nederland (Memorandum agressiecommissie 2024).

²⁸ De leden van de Agressie Commissie zijn: Netwerk Brandweer, Kenniscentrum Vias institute, VUB, werkgroep agressie in de zorg, de ambulanciersunie, het ambulancecentrum, De Lijn, Bpost, Belgiantrain, Securail, PSA Group, Domus Medica, I.K.W.V., FBAA, Le TEC, IDEWE, Brussels Airport, huisartsenpraktijk, BBHA-APBS, Ambuce Rescue-Team, Arxia. Meer informatie op: <https://www.agressiecommissie.com>

Referenties

- Aarten, P., Hudepohl, M., Van Lakerveld, J., Matthys, J., & Buiskool, B. (2020). Agressie en geweld in het veiligheidsveld.
- Acquadro Maran, D., Cortese, C. G., Pavanelli, P., Fornero, G., & Gianino, M. M. (2019). Gender differences in reporting workplace violence: A qualitative analysis of administrative records of violent episodes experienced by healthcare workers in a large public Italian hospital. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031546>
- Benham, M., Tillotson, R.D., Davis, S.M., Hobbs, G.R. (2011). Violence in the emergency department: A national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J. Emerg Med.*, 40 (5), 565-79.
- Bergman, E., Valk, H. & de Vries, M. (2013). Agressie tegen publieke dienstverleners. Hilversum.
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>
- Bigham, Blair & Jensen, Jan & Tavares, Walter & Drennan, Ian & Saleem, Humaira & Dainty, Katie & Munro, Glenn. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 18. 10.3109/10903127.2014.912703.
- Blue Talks (2023). Endiguer la violence pour continuer à prêter assistance... *Blue Minds : Agression contre les prestataires des services publics : « not part of our job »*. 16 Novembre 2023, 2023/04 : 16-19.
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 24(11), 760–763. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.046789>
- Brough, P. (2005). Workplace violence experienced by paramedics: Relationships with social support, job satisfaction, and psychological strain. *Australasian journal of disaster and trauma studies*, 2005, ISSN: 1174-4707. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/29456191_Workplace_violence_experienced_by_paramedics_Relationships_with_social_support_job_satisfaction_and_psychological_strain
- Budin, W. C., Brewer, C. S., Chao, Y., & Kovner, C. (2013). Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 45(3), 308–316. <https://doi.org/10.1111/jnu.12033>
- Bureau of Justice Statistics, & Harrel, E. (2013). Workplace Violence Against Government Employees, 1994-2011. Geraadpleegd van https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/key_workplace/1052/
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). Violence at work. In I. L. O.- Geneva (Ed.), *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) (Third Edit, Vol. 12, Issue 5). <https://doi.org/10.7748/ns.12.5.22.s38>
- CTIF - International Association of Fire and Rescue Services (2025). <https://www.ctif.org/news/three-quarters-german-firefighters-experienced-violence-public-growing-problem-world-wide> consulté le 17 mars 2025
- Conseil de l'Europe (n.d.). Qu'est-ce que la violence fondée sur le genre : <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>
- Conseil National de l'Ordre des médecins (2023). Observatoire de la sécurité des médecins 2023 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/observatoire-securite-medecins-2023#:~:text=Le%20Conseil%20national%20de%20,de%20violence%20envers%20les%20m%C3%A9decins> consulté le 29 avril 2025
- Conseil National des Médecins (2024). Enquête sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-violences-sexistes-sexuelles-vss> consulté le 21 mars 2025
- Courcy, F., & Chamberland, L. (2004). Violence au travail : individus, relations et organisations à risque. *Interactions*, 8(1), 23-37.
- De Jager, L. (2017). Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiënt relatie. Een cross-sectioneel onderzoek in België. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- De Jager, L., Deneyer, M., Buyl, R., Roelandt, S., Pacqueu, R., & Devroey, Di. (2019). Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: Physician characteristics and aggression types. *BMJ Open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025942>
- De Wree, E., Vermeulen, G. & Christiaens, J. (2006). "Aanpak op het juiste spoor: (strafbare) overlast door jongerengroepen in het kader van openbaar vervoer, Panopticon, 7-16.
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. In *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (European F).
- Distexhe, A. (2024). Violence contre les policiers, pompiers et ambulanciers, gardiens de la paix et gardiens de parcs en Région bruxelloise. Sentiment d'insécurité et victimation. Cahier N°5 de l'Observatoire. Safe.Brussels.
- Duesberg, C. (2022). La gestion de la violence envers les professionnels de la santé dans les services de médecine aiguë. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. Prom. : Hesbeen, Walter. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:33630>
- Drew, P. E. (2023). Occupational violence against paramedics: Hostility, mitigation practices, and the insight of practice theory. Queensland University of Technology.

- DSP. (2011). Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak. https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/11sfvpt2 Onderzoeksrapport_Agressie_en_geweld_Publieke_Taak_DSP-groep.pdf
- Equal Times (2024). Violence against healthcare workers is on the rise – what’s behind this social ill?. 25 Novembre 2024 (consulté le 04 avril 2025).
- Eslton, M. A. & Gabe, J. (2015). Violence in general practice: a gendered risk? *Sociology of Health & Illness* Vol. 38 No. 3 2016 ISSN 0141-9889, pp. 426–441. doi: 10.1111/1467-9566.12373
- Federaal Regeerakkoord 2025-2029 (2025). http://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart_De_Wever_nl.pdf
- Garcia, A., Hacourt, B., & Bara, V. (2005). Harcèlement moral et sexuel. Stratégies d'adaptation et conséquences sur la santé des travailleurs et des travailleuses. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(3), 1-10.
- Geldolf, M., Tjtgat, J., Dewulf, L., Haezeleer, M., Degryse, N., Pouliart, N., & Keygnaert, I. (2021). Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. *BMC Medical Education*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02531-z>
- Gerressu, M., Newman, M., & Bezemer, J. (2023). Implementing Body Worn Cameras to Reduce Violence Against Ambulance Crew. *International Journal of Paramedicine*, 4, 52–64. <https://doi.org/10.56068/eicw3180>
- Goyvaerts, V., Maesschalck, J., & Seron, V. (2021). Mogelijkheden en uitdagingen bij het gebruik van de bodycam door de geïntegreerde politie. 1–209.
- Gupta, I., Eid, S. M., Harris, C. M., Kauffman, R., Washburn, C., Singh, A., Gundareddy, V., & Kisuule, F. (2023). Prevalence of Workplace Violence and Effects of De-escalation Training Among Hospitalists: A pilot study. *Journal Of Community Hospital Internal Medicine Perspectives.*, 13(3). <https://doi.org/10.55729/2000-9666.1189>
- Hinsenkamp, M. (2013). Violence against healthcare workers. *International Orthopaedics*, 37(12), 2321–2322. <https://doi.org/10.1007/s00264-013-2129-5>
- Hinsenkamp, M. (2014). SICOT Declaration of hyderabad on violence against healthcare workers. *Int. Orthop.* 38 (4), 685–7.
- Home Office. (2017). Statistics on the number of incidents involving an attack on firefighters: England. In Home Office. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82cf53ed915d74e3403af7/incidents-involving-attack-on-firefighters-1617.pdf>
- ICRC. (2012). Violent incidents affecting healthcare: healthcare in danger. <https://elearning.icrc.org/healthcareindanger/wp-content/uploads/2018/10/Violent-incidents-report.pdf>
- IDEWE. (2019, 7 maart). 1 Belgische werknemer op 9 ervaart agressie op het werk. <https://www.idewe.be/-/1-belgische-werknemer-op-9-ervaart-agressie-op-het-werk>
- IDEWE. (2022). Nazorg na agressie-incidenten in de Zorg. <https://www.idewe.be/-/zorg-onder-druk>
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, & Di Martino, V. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf?sequence=1>
- International Labour Organisation. (2021). Experiences of violence and harassment at work: A global first survey. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_863095.pdf
- IPSOS (2023). Donner des ELLES à la santé. Vague 4. Mars 2023 https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-05/Donnez%20des%20Elles_Vague%204_rapport.pdf consulté le 27 mars 2025
- Knack (2020). Politiechefs geen voorstander van hoge straffen voor geweld tegen politie. <https://www.knack.be/nieuws/belgie/politiechefs-geen-voorstander-van-hogere-straffen-voor-geweld-tegenpolitie/article-news-1617969.html>. [07/07/2020]
- La Libre (23 janvier 2025). Le TEC déplore le nombre d'agressions sur son réseau, toujours en hausse <https://www.lalibre.be/dernieres-depeches/2025/01/23/le-tec-deploire-le-nombre-dagressions-sur-son-reseau-toujours-en-hausse-JWOIONHYCFA4FCOW53S33YU6KI/> consulté le 17 mars 2025
- Labour Research Department. (2005). Attacks on firefighters. https://www.fbu.org.uk/sites/default/files/publications/attackreport_lr.pdf
- LEXIPOL (2024, 13 septembre). Violence Against Fire and EMS — Understanding and Mitigating Risks
- Le Monde (8 octobre 2024). Violences envers les soignants : l'ordre des médecins pointe une hausse « inédite » des signalements https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/10/08/violences-envers-les-soignants-l-ordre-des-medecins-pointe-une-hausse-inedite-des-signalements_6346864_3224.html consulté le 21 mars 2025
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lü, K., Yan, S., Opoku, S., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational And Environmental Medicine*, 76(12), 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- Lorion, R.P. (2001). Violence as a problem of health. In: Smelser, N.J., Wright, J. & Baltes, P.B. (Eds.) "International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences", Oxford, Elsevier, 16192-16196.
- Lu, L., Dong, M., Lok, G. K., Feng, Y., Wang, G., Ng, C. H., Ungvári, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *Journal Of Advanced Nursing*, 76(4), 980–990. <https://doi.org/10.1111/jan.14296>

- Lumley, T. (2020). Survey: analysis of complex survey samples. (R package version 4.0). <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>
- Maguire BJ, O'Neill BJ, O'Meara P, Browne M, Dealy MT. (2018). Preventing EMS Workplace Violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury*. 2018;49:1258-1265.
- Maguire, B. (2018). Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. *Public Health Research & Practice*, 28(1), 1. <https://doi.org/10.17061/phrp28011805>
- Maguire, B. J., & O'Neill, B. J. (2017). Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. *American Journal of Public Health*, 107(11), 1770–1775. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.303989>
- Maguire, B. J., & Smith, S. (2013). Injuries and Fatalities among Emergency Medical Technicians and Paramedics in the United States. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(04), 376–382. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1048291119893388>
- Maguire, B. J., Browne, M., O'Neill, B. J., Dealy, M. T., Clare, D., & O'Meara, P. (2018). International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(5), 526–531. <https://doi.org/10.1017/s1049023x18000870>
- Maguire, B. J., O'Meara, P., & O'Neill, B. J. (2019, 10 augustus). Protecting EMS personnel from assault. Geraadpleegd van <https://www.jems.com/2019/10/08/protecting-ems-personnel-from-assault/>
- Memorandum agressiecommissie 2024. Stop agressie tegen publieke functies. Agressiecommissie vraagt een agressiecommissaris. Netwerk Brandweer & Vias institute.
- Miedema, B., Hamilton, R., Lambert-Lanning, A., Tatemichi, S.R., Lemire, F, Manca, D. (2010). Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major or severe problem? *Can Fam Physician*, 56 (3).
- Muñoz, G. (2023). Safe and Secure Addressing Workplace Violence. Institute of Homeland Security. Sam Houston State University, 3.
- Murray, R. M., Davis, A. L., Shepler, L. J., Moore-Merrell, L., Troup, W. J., Allen, J. A., & Taylor, J. A. (2019). A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 29(4), 487–503. <https://doi.org/10.1177/1048291119893388>
- NFPA Journal (2019, 02 janvier). The Toll of Violence : <https://www.nfpa.org/news-blogs-and-articles/nfpa-journal/2019/01/02/the-toll-of-violence> consulté le 29 avril 2025
- NSW Ambulance. (2016). Occupational Violence Prevention Strategic Advisory Group Report. Geraadpleegd van <http://zerotoleranceworldwide.com/wp-content/uploads/2017/02/Occupational-Violence-Prevention-Report-2016.pdf>
- OIT – Organisation Internationale du Travail (2024). Prévenir et combattre la violence et le harcèlement dans le monde du travail par des mesures de sécurité et de santé au travail. Première édition.
- Poilpot-Rocaboy, G. (2010). Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique. *Humanisme et Entreprise*, n° 296(1), 9–24. <https://doi.org/10.3917/hume.296.0009>
- R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. <https://www.r-project.org/>
- Sahebi, A., Golitaleb, M., Moayedi, S., Torres, M., & Sheikhbardsiri, H. (2020). Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.895818/full>
- Scandella, F. (2012). firefighters: feeling the heat. <https://www.etui.org/publications/guides/firefighters-feeling-the-heat>
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., & Steinke, S. (2018). *Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany — A Survey*. 1–18. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (15), 1274. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>
- Seron, V. (2024). L'utilisation de la Bodycam: peut-elle réduire l'agressivité envers la police et les prestataires de soins ? – L'agressivité sous contrôle ? – Des solutions aux agressions internes et externes au travail. Congrès à l'occasion des 25 ans de Crime Control – Tervuren, 12 décembre 2024.
- Steenhout, I. (2024). Persbericht: VUB-onderzoek: toenemende agressie en onderwaarding bedreigen veiligheid van leerkrachten. Online: <https://www.vub.be/nl/nieuws/vub-onderzoek-toenemende-agressie-en-onderwaarding-bedrei>
- Stichting Innovatie & Arbeid (2024). Grensoverschrijdend gedrag op het werk – Werkbaarheidsmonitor 2023. Brussel: SERV – Stichting Innovatie & Arbeid. Disponible en ligne : <https://www.serv.be/publicatie/grensoverschrijdend-gedrag-werk-2023>
- Stinckens, K. & De Mesmaeker, M. (2020). Geweld mag geen 'part of the job' zijn. *Blue Minds*, 1, pp. 9-13.
- Suserud, Björn-Ove & Blomquist, Martin & Johansson, Ingela. (2002). Experiences of Threats and Violence in Swedish Ambulance Service. *Accident and emergency nursing*. 10. 127-35. 10.1054/aaen.2002.0361.
- Taylor, J. A., Barnes, B., Davis, A., Wright, J., Widman, S., & LeVasseur, M. T. (2016). Expecting the unexpected: A mixed methods study of violence to EMS responders in an urban fire department. *American Journal Of Industrial Medicine*, 59(2), 150–163. <https://doi.org/10.1002/ajim.22550>
- Tolhurst, H., Talbot, J., Bell, P., Baker, L., Gillian Murray, McMillan, J., & Sutton, A. (1999). After hours medical care and personel safety needs of rural general practioners. Geraadpleegd van https://www.ruralhealth.org.au/PAPERS/5_ahcare.pdf

- U.S. Fire Administration. (2017). Mitigation of Occupational Violence to Firefighters and EMS Responders. Geraadpleegd van https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/mitigation_of_occupational_violence.pdf
- Van Branteghem, J. M., Truyens, E., Van Altert, K., & Verwee, I. (2014). Wat flik je me nu? Een onderzoek naar geweld
- Van der Burght, S. (2012). Geweld tegen veiligheidspersoneel in de uitoefening van hun beroep: een exploratieve kijk. In: Vynckier, G, De Haan, W., Adang, O. & Goosens, F. (eds) Cahiers Politiestudies "Geweld en politie", Antwerpen: Maklu, n° 23, pp. 117-140.
- Verwee, I., Dormaels, A., & Vermeulen, C. (2022). Violence et agressivité à l'encontre des travailleurs exerçant une fonction publique. Bruxelles: Vias Institute.
- Vorderwulbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians – a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int.*, 112 (10), 159-65.
- Wang, P.-Y., Fang, P.-H., Wu, C.-L., Hsu, H.-C., & Lin, C.-H. (2019). Workplace Violence in Asian Emergency Medical Services: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3936. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203936>
- Ward, M. K., & Meade, A. W. (2023). Dealing with careless responding in survey data: Prevention, identification, and recommended best practices. *Annual Review of Psychology*, 74, 577-596. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-040422-045007>
- World Health Organization (2000). Joint Programme on Workplace Violence in the health sector. Retrieved from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/ [25/09/2020].eal
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health (Summary). Geraadpleegd van https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
- Zhang, J., Zheng, J., Cai, Y., Zheng, K & Liu, X. (2020). Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, September, 28-43. <https://doi.org/10.1111/jocn.15492>
- Zou Al Guyna, L. (2018). Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Île-de-France. 1-88. Sciences de l'Homme et Société. Paris Diderot University, 2018.

Bijlage I – Algemene resultaten met betrouwbaarheidsintervallen

Q15 Verbale agressie

Schreeuwen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A1"))
```

Table 1: Proportions Verbale agressie schreeuwen Q15.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A1
0.08416	0.07189	0.0983	0.006714	Dagelijks
0.18001	0.16250	0.1990	0.009291	Wekelijks
0.19229	0.17428	0.2117	0.009530	Maandelijks
0.13209	0.11684	0.1490	0.008188	Eenmaal per drie maanden
0.12507	0.11021	0.1416	0.008000	Eenmaal per zes maanden
0.12098	0.10635	0.1373	0.007886	Eenmaal per jaar
0.16540	0.14852	0.1838	0.008985	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Vernederen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A2"))
```

Table 2: Proportions Verbale agressie vernederen Q15.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A2
0.02104	0.01521	0.02904	0.003471	Dagelijks
0.07598	0.06433	0.08954	0.006408	Wekelijks
0.10754	0.09370	0.12314	0.007492	Maandelijks
0.08708	0.07461	0.10142	0.006818	Eenmaal per drie maanden
0.09351	0.08059	0.10827	0.007041	Eenmaal per zes maanden
0.10228	0.08878	0.11757	0.007328	Eenmaal per jaar
0.51257	0.48885	0.53623	0.012087	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Pesten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A3"))
```

Table 3: Proportions Verbale agressie pesten Q15.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A3
0.04851	0.03928	0.05978	0.005195	Dagelijks
0.06955	0.05841	0.08263	0.006152	Wekelijks
0.09702	0.08386	0.11199	0.007158	Maandelijks
0.07539	0.06379	0.08891	0.006385	Eenmaal per drie maanden

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A3
0.06780	0.05680	0.08074	0.006079	Eenmaal per zes maanden
0.07715	0.06541	0.09079	0.006453	Eenmaal per jaar
0.56458	0.54094	0.58794	0.011990	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Schelden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A4"))
```

Table 4: Proportions Verbale agressie schelden Q15.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A4
0.06546	0.05466	0.07821	0.005981	Dagelijks
0.15020	0.13403	0.16795	0.008640	Wekelijks
0.17358	0.15635	0.19229	0.009159	Maandelijks
0.11338	0.09919	0.12931	0.007667	Eenmaal per drie maanden
0.11163	0.09754	0.12746	0.007615	Eenmaal per zes maanden
0.12274	0.10800	0.13917	0.007935	Eenmaal per jaar
0.26300	0.24266	0.28441	0.010647	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q16 Fysieke agressie

Spugen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A1"))
```

Table 5: Proportions Fysieke agressie spugen Q16.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A1
0.00526	0.002737	0.01008	0.001749	Dagelijks
0.03214	0.024753	0.04165	0.004265	Wekelijks
0.07072	0.059484	0.08389	0.006199	Maandelijks
0.07130	0.060021	0.08452	0.006223	Eenmaal per drie maanden
0.07423	0.062711	0.08766	0.006339	Eenmaal per zes maanden
0.13209	0.116838	0.14899	0.008188	Eenmaal per jaar
0.61426	0.590932	0.63708	0.011771	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Vastgrijpen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A2"))
```

Table 6: Proportions Fysieke agressie vastgrijpen Q16.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A2
0.009936	0.006182	0.01593	0.002398	Dagelijks

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A2
0.047925	0.038752	0.05914	0.005166	Wekelijks
0.071303	0.060021	0.08452	0.006223	Maandelijks
0.064290	0.053591	0.07695	0.005931	Eenmaal per drie maanden
0.070719	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per zes maanden
0.109293	0.095349	0.12499	0.007545	Eenmaal per jaar
0.626534	0.603322	0.64918	0.011698	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

verwonden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A3"))
```

Table 7: Proportions Fysieke agressie verwonden Q16.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A3
0.001753	0.000565	0.005428	0.001012	Dagelijks
0.009936	0.006182	0.015931	0.002398	Wekelijks
0.021625	0.015702	0.029714	0.003517	Maandelijks
0.032145	0.024753	0.041650	0.004265	Eenmaal per drie maanden
0.040912	0.032483	0.051411	0.004790	Eenmaal per zes maanden
0.102279	0.088775	0.117572	0.007328	Eenmaal per jaar
0.791350	0.771422	0.809969	0.009826	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

fysiek hinderen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A4"))
```

Table 8: Proportions Fysieke agressie fysiek hinderen Q16.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A4
0.009351	0.005734	0.01522	0.002328	Dagelijks
0.040327	0.031964	0.05076	0.004757	Wekelijks
0.053770	0.044022	0.06553	0.005455	Maandelijks
0.070719	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per drie maanden
0.082992	0.070811	0.09705	0.006671	Eenmaal per zes maanden
0.130333	0.115179	0.14715	0.008142	Eenmaal per jaar
0.612507	0.589163	0.63535	0.011781	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Gooien_met_vernielen_van_voorwerpen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A5"))
```

Table 9: Proportions Fysieke agressie Gooien_met_vernielen_van_voorwerpen Q16.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A5
0.01286	0.008477	0.01946	0.002724	Dagelijks
0.05202	0.042437	0.06361	0.005370	Wekelijks
0.08358	0.071353	0.09768	0.006693	Maandelijks
0.09293	0.080043	0.10764	0.007021	Eenmaal per drie maanden
0.09234	0.079499	0.10702	0.007001	Eenmaal per zes maanden
0.13852	0.122929	0.15573	0.008354	Eenmaal per jaar
0.52776	0.504038	0.55136	0.012073	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Duwen_Slaan_Schoppen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A6"))
```

Table 10: Proportions Fysieke agressie Duwen_Slaan_Schoppen Q16.A6

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A6
0.01169	0.00755	0.01806	0.002599	Dagelijks
0.05728	0.04720	0.06935	0.005619	Wekelijks
0.07890	0.06703	0.09267	0.006519	Maandelijks
0.08650	0.07406	0.10080	0.006798	Eenmaal per drie maanden
0.08416	0.07189	0.09830	0.006714	Eenmaal per zes maanden
0.11864	0.10414	0.13486	0.007820	Eenmaal per jaar
0.56283	0.53918	0.58620	0.011995	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A6, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q17 Bedreiging/intimidatie

Bedreigen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A1"))
```

Table 11: Proportions Bedreigen/intimidatie Bedreigen Q17.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A1
0.02455	0.01818	0.03306	0.003742	Dagelijks
0.08884	0.07624	0.10329	0.006880	Wekelijks
0.10345	0.08987	0.11881	0.007365	Maandelijks
0.10637	0.09261	0.12190	0.007456	Eenmaal per drie maanden
0.12566	0.11076	0.14224	0.008016	Eenmaal per zes maanden
0.16306	0.14629	0.18135	0.008934	Eenmaal per jaar
0.38808	0.36523	0.41143	0.011784	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Bedreigen van gezinsleden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A2"))
```

Table 12: Proportions Bedreigen/intimidatie Bedreigen van gezinsleden Q17.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A2
0.006429	0.003562	0.01158	0.001933	Dagelijks
0.022209	0.016196	0.03039	0.003564	Wekelijks
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Maandelijks
0.033898	0.026288	0.04361	0.004376	Eenmaal per drie maanden
0.047925	0.038752	0.05914	0.005166	Eenmaal per zes maanden
0.074810	0.063249	0.08828	0.006362	Eenmaal per jaar
0.777323	0.756969	0.79643	0.010061	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Stalken

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A3"))
```

Table 13: Proportions Bedreigen/intimidatie Stalken Q17.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A3
0.007598	0.004414	0.01305	0.002100	Dagelijks
0.018703	0.013251	0.02634	0.003276	Wekelijks
0.024547	0.018185	0.03306	0.003742	Maandelijks
0.023378	0.017188	0.03173	0.003654	Eenmaal per drie maanden
0.021625	0.015702	0.02971	0.003517	Eenmaal per zes maanden
0.057276	0.047201	0.06935	0.005619	Eenmaal per jaar
0.846873	0.829002	0.86318	0.008708	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Achtervolgen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A4"))
```

Table 14: Proportions Bedreigen/intimidatie Achtervolgen Q17.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A4
0.002338	0.0008768	0.006218	0.001168	Dagelijks
0.010520	0.0066348	0.016643	0.002467	Wekelijks
0.006429	0.0035617	0.011578	0.001933	Maandelijks
0.013442	0.0089450	0.020155	0.002785	Eenmaal per drie maanden
0.015780	0.0108393	0.022921	0.003014	Eenmaal per zes maanden
0.067797	0.0568019	0.080737	0.006079	Eenmaal per jaar
0.883694	0.8676039	0.898058	0.007753	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Chanteren

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A5"))
```

Table 15: Proportions Bedreigen/intimidatie Chanteren Q17.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A5
0.00526	0.002737	0.01008	0.001749	Dagelijks
0.01812	0.012765	0.02566	0.003225	Wekelijks
0.03039	0.023225	0.03968	0.004151	Maandelijks
0.01987	0.014227	0.02769	0.003375	Eenmaal per drie maanden
0.02513	0.018684	0.03373	0.003785	Eenmaal per zes maanden
0.03331	0.025776	0.04296	0.004340	Eenmaal per jaar
0.86791	0.851011	0.88316	0.008188	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Onder_druk_zetten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A6"))
```

Table 16: Proportions Bedreigen/intimidatie Onder_druk_zetten Q17.A6

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A6
0.05786	0.04773	0.06998	0.005646	Dagelijks
0.10403	0.09042	0.11943	0.007383	Wekelijks
0.09994	0.08659	0.11509	0.007253	Maandelijks
0.07189	0.06056	0.08514	0.006246	Eenmaal per drie maanden
0.06604	0.05520	0.07885	0.006006	Eenmaal per zes maanden
0.07773	0.06595	0.09142	0.006475	Eenmaal per jaar
0.52250	0.49878	0.54612	0.012079	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A6, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Ongewenst_beelden_verspreiden_op_sociale_media

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A7"))
```

Table 17: Proportions Bedreigen/intimidatie Ongewenst_beelden_verspreiden_op_sociale_media Q17.A7

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A7
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.013442	0.008945	0.020155	0.002785	Wekelijks
0.022209	0.016196	0.030386	0.003564	Maandelijks
0.030392	0.023225	0.039680	0.004151	Eenmaal per drie maanden
0.033314	0.025776	0.042959	0.004340	Eenmaal per zes maanden
0.064290	0.053591	0.076950	0.005931	Eenmaal per jaar
0.832846	0.814393	0.849803	0.009023	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A7, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Ongewenst_tekst_verspreiden_op_sociale_media

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A8"))
```

Table 18: Proportions Bedreigen/intimidatie Ongewenst_tekst_verspreiden_op_sociale_media Q17.A8

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A8
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.012274	0.008012	0.018758	0.002663	Wekelijks
0.025132	0.018684	0.033727	0.003785	Maandelijks
0.022209	0.016196	0.030386	0.003564	Eenmaal per drie maanden
0.029807	0.022717	0.039022	0.004112	Eenmaal per zes maanden
0.066043	0.055195	0.078845	0.006006	Eenmaal per jaar
0.841029	0.822910	0.857615	0.008842	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A8, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q18 Seksuele intimidatie

Nafluiten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A1"))
```

Table 19: Proportions Seksuele intimidatie Nafluiten Q18.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A1
0.001169	0.000292	0.004668	0.0008263	Dagelijks
0.007013	0.003985	0.012315	0.0020181	Wekelijks
0.020456	0.014718	0.028367	0.0034231	Maandelijks
0.016365	0.011318	0.023608	0.0030681	Eenmaal per drie maanden
0.028638	0.021704	0.037703	0.0040333	Eenmaal per zes maanden
0.039743	0.031445	0.050117	0.0047242	Eenmaal per jaar
0.886616	0.870686	0.900807	0.0076674	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Seksueel_getinte_opmerkingen_of_blikken

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A2"))
```

Table 20: Proportions Seksuele intimidatie Seksueel_getinte_opmerkingen_of_blikken Q18.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A2
0.01110	0.007091	0.01735	0.002534	Dagelijks
0.03799	0.029892	0.04817	0.004623	Wekelijks
0.05903	0.048794	0.07125	0.005699	Maandelijks
0.07072	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per drie maanden
0.07364	0.062172	0.08703	0.006316	Eenmaal per zes maanden
0.06546	0.054661	0.07821	0.005981	Eenmaal per jaar

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A2
0.68206	0.659572	0.70372	0.011261	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Handtastelijkheden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A3"))
```

Table 21: Proportions Seksuele intimidatie Handtastelijkheden Q18.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A3
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.008182	0.004849	0.013775	0.002178	Wekelijks
0.016365	0.011318	0.023608	0.003068	Maandelijks
0.023378	0.017188	0.031725	0.003654	Eenmaal per drie maanden
0.036821	0.028859	0.046872	0.004554	Eenmaal per zes maanden
0.049094	0.039803	0.060418	0.005225	Eenmaal per jaar
0.862653	0.845497	0.878179	0.008324	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Aanranding

Proportions are too low to be able to calculate confidence intervals. So I put here the proportions without confidence intervals.

```
as.data.frame(prop.table(table(Viol_data$Q18.A4, useNA = "ifany"))) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Table 22: Proportions Seksuele intimidatie Aanranding Q18.A4

Var1	Freq
Dagelijks	0.0000000
Wekelijks	0.0005845
Maandelijks	0.0011689
Eenmaal per drie maanden	0.0005845
Eenmaal per zes maanden	0.0005845
Eenmaal per jaar	0.0075979
Niet	0.9894798

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Verkrachting

Proportions are too low to be able to calculate confidence intervals. So I put here the proportions without confidence intervals.

```
as.data.frame(prop.table(table(Viol_data$Q18.A5, useNA = "ifany"))) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Table 23: Proportions Seksuele intimidatie Verkrachting Q18.A5

Var1	Freq
Dagelijks	0.000000
Wekelijks	0.000000
Maandelijks	0.000000

Var1	Freq
Eenmaal per drie maanden	0.000000
Eenmaal per zes maanden	0.000000
Eenmaal per jaar	0.003507
Niet	0.996493

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q19 Discriminatie

Gender

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A1"))
```

Table 24: Proportions Discriminatie Gender Q19.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A1
0.007598	0.004414	0.01305	0.002100	Dagelijks
0.028638	0.021704	0.03770	0.004033	Wekelijks
0.041496	0.033003	0.05206	0.004823	Maandelijks
0.041496	0.033003	0.05206	0.004823	Eenmaal per drie maanden
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per zes maanden
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per jaar
0.805961	0.786514	0.82403	0.009563	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Huidskleur

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A2"))
```

Table 25: Proportions Discriminatie Huidskleur Q19.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A2
0.01052	0.006635	0.01664	0.002467	Dagelijks
0.02455	0.018185	0.03306	0.003742	Wekelijks
0.04968	0.040329	0.06106	0.005254	Maandelijks
0.03741	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per drie maanden
0.03273	0.025264	0.04230	0.004303	Eenmaal per zes maanden
0.03448	0.026801	0.04427	0.004412	Eenmaal per jaar
0.81064	0.791352	0.82853	0.009475	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Niet	1387
-------------	-------------

Geloof

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A3"))
```

Table 26: Proportions Discriminatie Geloof Q19.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A3
0.008182	0.004849	0.01377	0.002178	Dagelijks

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A3
0.013442	0.008945	0.02016	0.002785	Wekelijks
0.034483	0.026801	0.04427	0.004412	Maandelijks
0.024547	0.018185	0.03306	0.003742	Eenmaal per drie maanden
0.025716	0.019185	0.03439	0.003828	Eenmaal per zes maanden
0.030976	0.023734	0.04034	0.004190	Eenmaal per jaar
0.862653	0.845497	0.87818	0.008324	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Leeftijd

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A4"))
```

Table 27: Proportions Discriminatie Leeftijd Q19.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A4
0.005845	0.003146	0.01083	0.001843	Dagelijks
0.021625	0.015702	0.02971	0.003517	Wekelijks
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Maandelijks
0.036821	0.028859	0.04687	0.004554	Eenmaal per drie maanden
0.040912	0.032483	0.05141	0.004790	Eenmaal per zes maanden
0.042665	0.034044	0.05335	0.004887	Eenmaal per jaar
0.814728	0.795589	0.83245	0.009395	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Seksuele_gaardheid

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A5"))
```

Table 28: Proportions Discriminatie Seksuele_gaardheid Q19.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A5
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.007013	0.003985	0.012315	0.002018	Wekelijks
0.016949	0.011799	0.024292	0.003122	Maandelijks
0.012274	0.008012	0.018758	0.002663	Eenmaal per drie maanden
0.008182	0.004849	0.013775	0.002178	Eenmaal per zes maanden
0.017534	0.012281	0.024975	0.003174	Eenmaal per jaar
0.934541	0.921786	0.945339	0.005981	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```



Vias institute.

Chaussée de Haecht 1405
1130 Bruxelles

+32 2 244 15 11

info@vias.be

www.vias.be