



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de handelswetenschappen

Masterthesis

Marketing als medicijn tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg

Anke Raskin

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de handelswetenschappen, afstudeerrichting marketing management

PROMOTOR :

Prof. dr. Koen VAN LAER

BEGELEIDER :

De heer Tim GIELENS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de handelswetenschappen

Masterthesis

Marketing als medicijn tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg

Anke Raskin

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de handelswetenschappen, afstudeerrichting marketing management

PROMOTOR :

Prof. dr. Koen VAN LAER

BEGELEIDER :

De heer Tim GIELENS

Woord vooraf

Deze thesis is de afronding van mijn studie Handelswetenschappen Marketing Management aan de Universiteit Hasselt. Ik koos voor een zeer maatschappelijk actueel onderwerp dat invloed heeft op mijn directe omgeving en dat binnen mijn interesse- en studiegebied valt. Het onderwerp 'destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg' sluit goed aan bij het vak customer experience management waar een gastcollege werd voorzien rond patiëntbeleving. Daarnaast zag ik veel herkenningpunten terugkeren bij de colleges van service management.

Tijdens het schrijven van deze masterproef kreeg ik hulp en bijstand van verschillende personen die ik graag wil bedanken. Op de eerste plaats wil ik mijn copromotor De heer Tim Gielens bedanken die me steeds van kritische feedback voorzag om het beste uit mij en mijn onderzoek te halen. Hij maakte steeds tijd voor mij vrij om het onderzoeksopzet samen te bespreken. Daarnaast bedank ik mijn promotor Prof. dr. Koen Van Laer voor de kans dit onderwerp uitvoerig te onderzoeken.

Tevens wil ik alle respondenten van de kwalitatieve diepte-interviews bedanken voor jullie tijd, bereidwilligheid en openheid in jullie verhalen, perspectieven, inzichten, ervaringen en bevinding. Het waren deze diepte-interviews die de basis vormden voor het gehele onderzoek. Verder gaat mijn dank uit naar Prof. dr. Allard Van Riel die me tijdens een gespreksessie meenam in de meerwaarde van service management voor dit onderzoek.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle motivatie en steun gedurende deze uitdagende periode. Jullie waren er altijd voor mij met meedenkende gedachten en assisterende adviezen.

Ik hoop dat u veel leesplezier beleeft aan mijn masterproef!

Anke Raskin

Nieuwerkerken, juni 2024

Samenvatting

Doel en onderzoeksoptzet

Dit onderzoek richt zich op het begrijpen van de oorzaken, vormen en de gevolgen van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg om via marketingstrategieën effectieve preventie- en beheersmaatregelen te identificeren. De onderzoeksvraag luidt dan ook "Hoe kunnen marketingstrategieën als hefboom gebruikt worden om destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg te voorkomen en te remediëren?"

De methodologie bestaat uit een combinatie van literatuurstudie en kwalitatief onderzoek. De literatuurstudie vormt de basis van het theoretisch kader rond door bestaande kennis en bevindingen samen te voegen in een voorlopig conceptueel framework. Voor het kwalitatieve deel werden 15 semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen met zorgmarketeers, agressie experts in de zorg en zorgverleners verbonden aan het thema destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg, om een breed scala aan perspectieven te verzamelen. Deze interviews waren gericht op het verkrijgen van diepgaande inzichten in persoonlijke ervaringen, meningen en bevindingen. De verzamelde data werd geanalyseerd en samengevoegd met de bevindingen uit de literatuurstudie in een conceptueel framework om een uitgebreid beeld van het probleem te schetsen en om verder praktische aanbevelingen voor de toepassing in de praktijk te formuleren. Mijn onderzoek draagt bij aan academisch onderzoek als praktische toepassing binnen de gezondheidszorg en biedt een nieuwe lens voor het bekijken van zorgkwaliteit en veiligheid van zorgverleners.

Bevindingen

Het onderzoek definieert destructief gedrag als handelingen die fysieke of psychologische schade toebrengen aan zorgverleners en daarmee de zorgverlening hinderen. Dit gedrag varieert van directe fysieke agressie en verbale aanvallen tot subtielere vormen zoals micro-agressies, die vaak voortkomen uit vooroordelen en discriminatie. Seksueel ongewenst gedrag, waaronder ongepaste opmerkingen en fysieke toenaderingen zonder toestemming, is ook geïdentificeerd. Vrouwen worden hierbij disproportioneel vaak het slachtoffer. De literatuur en de interviewdata tonen aan dat deze gedragingen niet alleen variëren in type maar ook in intensiteit en impact, afhankelijk van de context binnen de gezondheidszorg.

De oorzaken van destructief gedrag zijn volgens de Social Cognitive Theory van Bandura (1989) opgedeeld in persoonlijke, omgevings- en gedragsfactoren. Persoonlijke factoren omvatten aspecten zoals consumentisme, waar zorgvragers onrealistische verwachtingen hebben van de zorg, wat frustratie en agressie kan opwekken wanneer deze verwachtingen niet worden ingelost. Ook spelen veranderende sociale machtsverhoudingen een rol, waarbij patiënten minder geneigd zijn om autoriteit van zorgverleners te accepteren. Verder zien we dat kennistransparantie, waarbij zorgvragers steeds meer op de hoogte zijn van hun zorgproces, gedrag niet altijd positief beïnvloedt. Omgevingsfactoren zoals communicatieproblemen, hoge werkdruk en stressvolle afdelingen waar wachttijden hoog kunnen oplopen dragen eveneens bij aan het ontstaan van destructief gedrag. Tot slot kan destructief gedrag gepleegd door zorgvragers, andere aanzetten om op dezelfde manier te reageren

De impact van destructief gedrag is aanzienlijk en veelzijdig. Zorgverleners geven inbreuk op privacy aan als gevolg van destructief gedrag door zorgvragers en ervaren ook emotionele en psychologische schade, waaronder angst voor de werkplek, zelfverwijt, schaamte en ontkenning wat zelfs kan leiden tot een posttraumatische stressstoornissen en burn-out. Wat ons brengt tot het probleem van hoge uitval onder zorgpersoneel. Maar niet alleen zorgverleners dragen krijgen te maken met zulk negatief gedrag, iedere werknemer actief binnen een zorginstelling komt er mee in aanraking en draagt de gevolgen. Daarnaast beïnvloedt destructief gedrag andere zorgvragers binnen de zorgomgeving en wordt de agressor zelf slachtoffer van zijn eigen daden doordat zorgverleners niet meer de zorg kunnen bieden zoals gewoonlijk.

Het Gaps model of service quality (Zeithaml et al., 2004) en het SERVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991) boden een veelzijdige aanpak gericht op verbeteren van de servicekwaliteit binnen zorginstellingen. Dit door het adresseren van specifieke verwachtingen en percepties van zorgverleners en zorgvragers, waarin nu nog een kloof bestaat, die door de vijf clusters opgevuld kunnen worden door preventieve maatregelen en beleidsontwikkelingen die instaan om destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg tegen te gaan of te remediëren. Zo kwam in het onderzoek naar voren dat het aanmoedigen van regelmatige trainingen en educatie voor zorgpersoneel essentieel is, wat betreft vaardigheden in het herkennen van en omgaan met destructief gedrag door zorgvragers. Daarnaast zijn Meldpunten voor incidenten cruciaal om incidenten van destructief gedrag te rapporteren en te analyseren. Verder is er nood aan een sterker veiligheidsbeleid waarin veiligheidssystemen, politie en bewakingssamenwerkingen worden in opgenomen. Tot slot is het essentieel persoonsgerichte zorg en educatieve communicatie te kunnen aanbieden aan zorgvragers en in te staan voor een sterke employer branding voor zorgverleners en werknemers als zorginstelling, waarin omgeving nu al naar voren kwam ter optimalisatie.

Ter preventie onderstreept dit onderzoek het belang van bewustwording van de problematiek rond destructief gedrag door zorgvragers binnen de gezondheidszorg bij de bevolking om gedragsverandering te realiseren via het Hierarchy of effects Model van Kotler (1989). Hierin benadrukt men het belang van herhalende communicatie door overheden en zorginstellingen via massamedia en invloedrijke personen binnen de sector waarin het belang van het welzijn van zowel zorgvragers als zorgverleners naar voren dient te komen. Daarnaast kunnen interactieve nudging technieken ingezet worden om zorgvragers subtiel aan te moedigen tot gepast gedrag over te gaan. Anderzijds dient media op te passen met zogenaamde fear appeals, ook wel angstopwekkende informatie genoemd, die het beeld van destructief gedrag in de gezondheidszorg kunnen veralgemenen en een omgekeerd effect van positieve gedragsverandering kunnen veroorzaken.

Kritische beschouwing

Deze masterproef toont aan dat destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg een brede en complexe problematiek is, wat de noodzaak onderstreept om psychologische theorieën en marketingstrategieën te integreren binnen zorgmanagement.

De praktische implicaties zijn gericht op de aanbevelingen naar stakeholders, zoals naar zorgverleners, zorginstellingen en overheden toe. Waaronder de verdere ontwikkeling van trainings- en onderwijsprogramma's, het inzet van technologie voor real-time ondersteuning en communicatie. Op het gebied van ondersteuning, privacy en veiligheid zou er meer bescherming moeten komen voor zorgverleners. Tot slot zijn Publieke bewustwordingscampagnes essentieel om respect voor zorgverleners te verhogen en gedragsverandering te stimuleren.

Terwijl het onderzoek een stevig fundament legt voor praktische interventies, benadrukt het ook de noodzaak voor aanhoudende inspanningen in onderzoek en beleidsontwikkeling om de effectiviteit van marketingstrategieën in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg te maximaliseren. Zo zou er onderzoek gevoerd kunnen worden naar destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg vanuit het zorgvragersperspectief, of het geheel aan medewerkers binnen een zorginstelling. Men zou daarnaast dieper kunnen in gaan op het seksueel wangedrag, dat vaker blijkt voor te komen bij vrouwen of zich kunnen richten op de vooroordelen naar culturele verschillen in ras of geloof. Verdere onderzoeken stimuleren een breder maatschappelijk gesprek over respect en ondersteuning van destructief gedrag in de gezondheidszorg, wat essentieel is voor een gezonde toekomst van onze zorgsystemen.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Samenvatting.....	2
Doel en onderzoeksopzet	2
Bevindingen	2
Kritische beschouwing	4
Inhoudsopgave.....	5
Lijst met figuren	6
Lijst met tabellen.....	6
Probleemstelling	9
Literatuurstudie.....	12
Destructief gedrag	12
1 Vormen.....	12
2 Oorzaken	14
3 Gevolgen	18
4 The gap model of service quality	21
5 Bewustwording creëren	35
Methodologie	40
Literatuurstudie.....	40
Kwalitatief onderzoek	40
Grounded theory	43
Resultaten	44
Destructief gedrag	44
Oorzaken	45
Gevolgen	50
Omkadering in preventie en beheer	55
Door zorginstelling	55
Door overheden	67
Door basisopleidingen	70
Door zorgverleners.....	72
Door de media	75
Implementatie van marketing.....	77
Discussie	80
Theoretische implicaties.....	81
Implicaties voor praktijk	82
Beperkingen en verder onderzoek	84
referenties.....	85
Bijlage	95
Interviewleidraad	95
expert agressie	95

Zorgverleners	97
Zorgmarketeers	99
Informatieblad voor deelnemers.....	100
Geïnformeerd toestemmingsformulier	101

Lijst met figuren

Figuur 1. Oorzaken gebaseerd op Social Cognitive Theory (Bandura, 1989).....	14
Figuur 2: Preventie en beleid gebaseerd op Gaps model of service quality (Zeithaml et al., 2004) toepassen met SERVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991).....	34
Figuur 3: Van bewustwording naar gedragsverandering gebaseerd op het Hierarchy-of-Effects Model (Kotler, 1989).....	37
Figuur 4: Voorlopig Conceptueel framework.....	39
Figuur 5: Conceptueel framwork	

Lijst met tabellen

Tabel 1. Overzicht respondenten.....	42
Tabel 2. Oorzaken in persoonlijke factoren, consumentisme volgens respondenten.....	45
Tabel 3. Oorzaken in persoonlijke factoren, sociale machtsverhouding volgens respondenten.....	46
Tabel 4. Oorzaken in persoonlijke factoren, kennis volgens respondenten.....	47
Tabel 5. Oorzaken in omgevingsfactoren, communicatie volgens respondenten.....	48
Tabel 6. Oorzaken in omgevingsfactoren, contextuele factoren volgens respondenten.....	49
Tabel 7. Oorzaken in omgevingsfactoren, werkdruk volgens respondenten.....	49
Tabel 8. Oorzaak in destructief gedrag door zorgvragers volgens respondenten.....	50
Tabel 9. Emotionele en psychologische gevolgen voor zorgverleners volgens respondenten.....	51
Tabel 10. Angst voor de werkplek als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten.....	51
Tabel 11. Schuld, zelfverwijt en schaamt als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten.....	51
Tabel 12. Inbreuk op privacy als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten.....	52
Tabel 13. Ontkenning als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten.....	53
Tabel 14. Gevolg voor andere zorgvragers volgens respondenten.....	53
Tabel 15. Gevolg voor de zorgvrager volgens respondenten.....	53
Tabel 16. Gevolgen voor de zorginstelling volgens respondenten.....	54
Tabel 17. Gevolgen van destructief gedrag volgens respondenten.....	55

Tabel 18. Omkadering in preventie en beheer door veiligheidssystemen volgens respondenten.....	56
Tabel 19. Omkadering in preventie en beheer door politie ondersteuning volgens respondenten....	56
Tabel 20. Omkadering in preventie en beheer door bewakingsdiensten volgens respondenten.....	57
Tabel 21. Omkadering in preventie en beheer door ondersteuning zorgverleners volgens respondenten.....	58
Tabel 22. Omkadering in preventie en beheer door onder follow-upprocessen volgens respondenten.....	59
Tabel 23. Omkadering in preventie en beheer door ervaringsuitwisseling tussen zorgverleners volgens respondenten.....	59
Tabel 24. Omkadering in preventie en beheer door meldpunten en -systemen volgens respondenten.....	60
Tabel 25. Omkadering in preventie en beheer persoonlijk menselijk contact in meldpunten en systemen volgens respondenten.....	60
Tabel 26. Omkadering in preventie en beheer door informeren over meldpunten en -systemen volgens respondenten.....	61
Tabel 27. Omkadering in preventie en beheer door aanmoedigen van meldpunten en -systemen volgens respondenten.....	61
Tabel 28. Omkadering in preventie en beheer door tijdsgebrek in trainingen en opleidingen volgens respondenten.....	62
Tabel 29. Omkadering in preventie en beheer door periodieke trainingen en opleidingen volgens respondenten.....	62
Tabel 30. Omkadering in preventie en beheer door rollenspellen met acteurs in trainingen en opleidingen volgens respondenten.....	63
Tabel 31. Omkadering in preventie en beheer door verscheidene vormen van trainingen en opleidingen volgens respondenten.....	63
Tabel 32. Omkadering in preventie en beheer door optimalisatie van trainingen en opleidingen volgens respondenten.....	63
Tabel 33. Omkadering in preventie en beheer in de wachtzaalomgeving volgens.....	64
Tabel 34. Omkadering in preventie en beheer in de zorginstellingomgeving volgens respondenten.....	64
Tabel 35. Omkadering in preventie en beheer door creëren van bewustwording volgens respondenten.....	65
Tabel 36. Omkadering in preventie en beheer door persoonsgerichte communicatie volgens respondenten.....	66

Tabel 37. Omkadering in preventie en beheer ontbreekt door zorginstellingen volgens respondenten.....	66
Tabel 38. Omkadering in preventie en beheer door het zorginstellingsbeleid volgens respondenten.....	67
Tabel 39. Omkadering in preventie en beheer door employer branding volgens respondenten.....	67
Tabel 40. Omkadering in preventie en beheer door het juridisch kader volgens respondenten.....	68
Tabel 41. Omkadering in preventie en beheer door de overheid in bewustwording volgens respondenten.....	68
Tabel 42. Omkadering in preventie en beheer door de overheden in basisopleidingen volgens respondenten.....	69
Tabel 43. Omkadering in preventie en beheer door de overheden in meldpunten volgens respondenten.....	70
Tabel 44. Omkadering in preventie en beheer door basisopleidingen volgens respondenten.....	71
Tabel 45. Omkadering in preventie en beheer met rollenspellen in basisopleidingen volgens respondenten.....	72
Tabel 46. Omkadering in preventie en beheer in persoonsgerichte communicatie door zorgverleners volgens respondenten.....	72
Tabel 47. Omkadering in preventie en beheer in educatieve communicatie door zorgverleners volgens respondenten.....	73
Tabel 48. Omkadering in preventie en beheer door een vertrouwensband volgens respondenten...	74
Tabel 49. Omkadering in preventie en beheer door grenzen stellen van zorgverleners volgens respondenten.....	74
Tabel 50. Omkadering in preventie en beheer door de media volgens respondenten.....	75
Tabel 51. Omkadering in preventie en beheer met mediabeperkingen volgens respondenten.....	76
Tabel 52. Omkadering in preventie en beheer met influencers in de media volgens respondenten.....	77
Tabel 53. Implementatie van marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten.....	77
Tabel 54. Ontbreken van marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten.....	77
Tabel 55. Van bewustwording naar gedragsverandering door marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten.....	78

Probleemstelling

"Bont en blauw naar huis gaan, gewoon omdat je je job doet?" Agressie in ziekenhuizen is dagelijkse kost (Swinnen, 2023). Uit een enquête van Nursing Vlaanderen (Van den Beld, 2021) blijkt dat maar liefst 60% van de verpleegkundigen het afgelopen jaar geconfronteerd werd met fysieke agressie. 90% van de ondervraagde verpleegkundigen gaf aan te maken hebben gehad met verbale agressie. De Internationale Raad van Verpleegkundigen, het Internationale Comité van het Rode Kruis, de Internationale Ziekenhuisfederatie en de World Medical Association voerden in 2021 samen onderzoek waarin naar voren kwam dat 60% van de deelnemende zorgverleners een stijging ervaarden in geweld op de werkvloer sinds de start van de corona pandemie (ICN et al., 2022). Zorgverleners krijgen meer en meer te maken met ongewenst patiëntgedrag en negatief familiaal contact waarbij de gemoederen hoog kunnen opblazen (Terzake, 2024). Uit onderzoek in opdracht van PGGM&CO en het Ministerie van Volksgezondheid gaf 74% van de respondenten, actief als werknemer in de zorgsector, aan het afgelopen jaar te maken hebben gehad met ongewenst of agressief gedrag veroorzaakt door patiënten (PGGM&co, 2021). Patiënten worden consequent geïdentificeerd als de meest voorkomende geweldplegers binnen de sector (Hodgson et al., 2012). 44% van de ondervraagde zorgmedewerkers gaf aan negatieve gedrag te hebben ervaren in contact met familie, vrienden of bezoekers van patiënten. Medewerkers in de gezondheidszorg lopen het grootste risico op mishandeling en verwondingen door gewelddadig gedrag van patiënten, familie en bezoekers (PGGM&co, 2021). Ironisch genoeg zijn degenen die het grootste risico lopen het slachtoffer te worden van geweld en agressie, zij die zich hebben toegelegd op de zorg voor anderen (Moss, 2017).

Angstige, gestresseerde patiënten die pijn ervaren, waar onzekerheid en bezorgdheid meespelen in mentaal stressvolle situaties, uiten hun ongemak steeds vaker op een ongepaste manier (Hastie et al., 2020). Daarnaast is er het feit dat patiënten en familieleden door de jaren heen veeleisender en ongeduldiger geworden zijn (Van Leeuw, 2016). Het werkproces in de gezondheidszorg gaat gepaard met intense sociale interactie, met een complex scala aan behoeften van zowel zorgverleners als zorgvragers (Oliveira et al., 2016). Een groot onderdeel van zorgverleners hun taken omvat het contact met patiënten, familie en bezoekers. De soort interactie die psychosociale belasting veroorzaakt, maakt de sector zeer complex. Dit komt door de afhankelijkheid van wederzijds begrip en respect tussen patiënt, familie en zorgverlener (Rosenstein, 2009).

Het gevoel van algehele moeheid als resultaat van hard werken en aanhoudende stress, zien we vaak terugkomen in de probleemvorming binnen de sector. Zo mogen we niet vergeten dat zo'n 50,7% van de Vlaamse werknemers binnen ziekenhuizen wordt geconfronteerd met een hoge werkdruk, waar in 21,1% van de gevallen zelfs sprake is van een acute 'zeer hoge werkdruk'-situatie (Bourdeaud'hui et al., 2020). Verder hebben zorgmedewerkers in ziekenhuizen het vaakst, ten opzichte van werknemers in andere sectoren, te maken met stressvol werk (CBS, 2020). Asociale patiënten kunnen daarbovenop ernstige onrust veroorzaken, waarvan de impact van hun gedrag op het mentale welzijn en prestaties van personeel vaak onderschat wordt (Daum, 1994). Zo gaf 44% van de Vlaamse zorgmedewerkers, in onderzoek vanuit de Vlaamse werkbaarheidsmonitor, aan geconfronteerd te worden met emotioneel belastend werk, dit zorgt op zijn beurt voor een verhoogde kans op werkstressproblemen. Bij 13% van de ondervraagde Vlaamse zorgverleners is er zelfs sprake

van emotionele overbelasting, wat kan leiden tot burn-out (Bourdeaud'hui et al., 2020). Daarnaast gaf 23% van de medewerkers in de zorg aan psychosociale arbeidsbelasting te ondervinden door hun job (CBS, 2020).

Organisatorisch ontbreken er vaak de juiste processen, structuur, vaardigheden of leiderschap om gedragsproblemen aan te pakken (Rosenstein et al., 2019). In de Vlaamse zorgsector geeft 13,3% van het zorgpersoneel aan dat een gebrek aan voldoende ondersteuning van hun directe leiding een relevant risico vormt voor werkstress, emotioneel (over)belastend werk en psychosociale arbeidsbelasting (Bourdeaud'hui et al., 2020). De uitdagingen van het managen van het destructief gedrag kunnen aangepakt worden door effectieve strategieën uit te werken die storend gedrag van patiënten voorkomen en beheersen (Morrison et al., 2020). Gezien de impact op zowel de eigenlijke zorg, als op degenen die de zorg verlenen en het maatschappelijk belang, is het voorkomen en beheersen van storend gedrag van patiënten een prioriteit geworden bij het bevorderen van de veiligheid van personeel en patiënten (Morrison et al., 2020).

Kunnen we hier spreken over een vicieuze cirkel, een situatie waarin het negatief patroon versterkt met gevolgen die steeds verergeren waardoor het steeds moeilijk wordt het probleem te verhelpen, waar we in terecht kunnen komen als we het beheer en proces van destructief gedrag in de zorgsector niet in kaart brengen? De gezondheidszorg is namelijk zowel op individueel als op gemeenschappelijk samenlevingsniveau van groot belang. Het goed functioneren van het gezondheidssysteem in de maatschappij is van cruciaal belang voor een duurzame ontwikkeling op zowel nationaal als internationaal niveau, wat steeds vaker benadrukt wordt in recente academische literatuur (Popa et al., 2022). De maatschappelijke economische, financiële gevolgen van geweld op de werkplek voor zorginstellingen worden vaak over het hoofd gezien (Moss, 2017). Denk aan re-integratie, werkloosheid, arbeidsongeschiktheidskosten (The International Council of Nurses et al., 2005).

Destructief gedrag, gedefinieerd als elk gedrag dat de patiëntenzorg verstoort (Hastie et al., 2020), is een kenmerkend gevaar in de gezondheidszorg (Hodgson et al., 2012). Het is een belangrijk aandachtspunt geworden voor de mentale en fysieke veiligheid van personeel en heeft ook gevolgen voor het management van de patiënt en het verloop van het ziekenhuisproces (Morrison et al., 2020). Zo beschreef the New England Journal of Medicine het probleem omtrent destructief gedrag als: "Geweld op de werkvloer in de gezondheidszorg is een ondergerapporteerd, alomtegenwoordig en hardnekkig probleem dat wordt getolereerd en grotendeels genegeerd (Phillips, 2016)." Tot voor kort werd dit probleem nooit consistent en op een effectieve manier aangepakt (Rosenstein, 2011). Binnen de gezondheidsliteratuur bestaan er talloze artikelen en onderzoeken over dit gedrag, om deze term te beschrijven, verklaren en in sommige gevallen zelfs oplossingen te zoeken voor dit fenomeen. (Petrovic et al., 2018). Onderzoekers hebben ontdekt dat ongewenst gedrag op de werkplek een probleem blijft omdat instellingen in de gezondheidszorg er niet in slagen om het op de juiste manier aan te pakken (Moss, 2017).

Hoewel marketing zijn plaats en rol in de gezondheidszorg niet makkelijk heeft gevonden, lijkt recente literatuur het eens over het groeiende belang en de voordelen die het kan teweeg brengen (Popa et al., 2022). Kotler, Shalowitz en Stevens (2008) zijn het erover eens dat marketeers een belangrijke rol kunnen spelen in het creëren van een betere gezondheidszorg (Kotler et al., 2008). Marketing

bestaat namelijk uit heel wat meer dan enkel advertenties, relatiemanagement en de organisatie van events (Oyen, 2002). Marketing kan namelijk worden ingezet om programma's en diensten te organiseren om de communicatie en teamsamenwerking te verbeteren en efficiënter te maken. Dit zal op zijn beurt de tevredenheid, de relaties tussen patiënt en zorgverlener en de productiviteit en efficiëntie verhogen en verbeteren (Chrouser et al, 2019).

Men merkt op dat zorginstellingen als organisatie de lat hoger willen leggen op het gebied van patiënt- en werkervaring en daarbij vragen hebben over de organisatie van hun marketingteam (Van Eeckhoudt, 2022). Een preventiebeleid ondersteunt vanuit marketing omtrent destructief gedrag binnen zorginstellingen kan volgens Zuenkova en kicha een positieve impact uitoefenen op medewerkers in de gezondheidssector. Verder kan het een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van waarde gerichte gezondheidszorg, waar de focus ligt op het maximaliseren van de effectiviteit en efficiëntie van patiëntgerichte gezondheidszorg waarbij de kwaliteit en ervaring centraal staan. Deze taak ligt bij de rol als marketeer door zijn actieve interactie met de zorgorganisatie en zijn werknemers patiënten, families en bezoekers (Zuenkova, 2022).

In dit masteronderzoek bekijken we de verschillende vormen van destructief gedrag. De stijging in agressief en ongepast gedrag wordt onder andere toegeschreven aan patiënten en hun naasten (PGGM&co, 2021) die steeds veeleisender en ongeduldiger worden (Van Leeuw, 2016), de druk en stress (Hastie et al., 2020) mede veroorzaakt door de coronapandemie (ICN et al., 2022). Maar welke oorzaken liggen nog aan de kern van het probleem rond destructief gedrag door zorgvragers? Daarnaast zorgt destructief gedrag voor een verhoogde psychosociale arbeidsbelasting en emotionele overbelasting bij zorgmedewerkers, wat de risico's op burn-out verhoogt (Bourdeaud'hui et al., 2020) en de kwaliteit van patiëntenzorg kan aantasten (Morrison et al., 2020) als ook de maatschappij ten slechte kan komen (Moss, 2017). Wat zijn verder de gevolgen veroorzaakt door destructief gedrag door zorgvragers? Ook dit werd tijdens het onderzoek onder de loep genomen. Ondanks het cruciale belang van het gezondheidssysteem voor de samenleving (Popa et al., 2022), ontbreekt het vaak aan behoorlijke processen (Rosenstein et al., 2019) en ondersteuning (Bourdeaud'hui et al., 2020) om dit destructieve gedrag effectief aan te pakken. De inzet van marketingstrategieën binnen zorginstellingen, die nog onderbenut blijven (Van Leeuw, 2016), kan echter een positieve invloed hebben op de tevredenheid, communicatie, en samenwerking in de zorg (Chrouser et al, 2019), en bijdragen aan het verminderen van agressie en het verbeteren van de werk- en patiëntervaring (Zuenkova, 2022). Waarbij we gekomen zijn tot de centrale onderzoeksvraag: "Hoe kunnen marketingstrategieën als hefboom gebruikt worden om destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg te voorkomen en te remediëren?" Dit geheel is samen te brengen in het masterproefonderwerp: "Het beheer van destructief gedrag in de Gezondheidszorg: Een onderzoek naar de preventie en remediëring van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg met de implementatie van marketingstrategieën"

Literatuurstudie

Strategieën voor de bestrijding van destructief gedrag door zorgvragers tegens zorgverleners zijn niet eenvoudig te definiëren. Ze zijn dynamisch, meerlagig en omvatten een verscheidenheid aan complexe sociale, medische en psychologische invloeden (Drew et al., 2021). In de literatuur ontstaat er heel wat begripsverwarring, of men nu spreekt van ongewenst, ongepast, agressief, of storend gedrag. Daarom werd er in dit onderzoek een duidelijk, allesomvattend, beeld geschetst met wat bedoeld wordt met 'destructief gedrag' en in welke vormen dit gedrag voorkomt. Om de oorzaken van het gedrag te onderzoeken werd er gebruik gemaakt van het Social Cognition Theory model (Bandura, 1989), om hierna de gevolgen, gekoppeld aan dit gedrag, te onderzoeken. Voorafgaand het opzetten van preventie en remediëringsactiviteiten (Weinreich, 1995), is het belangrijk om alle noden, behoeften, verwachtingen en percepties van alle betrokken partijen binnen de zorgdiensten in kaart te brengen (Fine, 1981). Dit gebeurde doormiddel van het Gapmodel of service quality (Zeithaml et al., 2004) toe te passen, waarna er bekeken werd hoe deze elementen ingezet kunnen worden om de gap tussen verwachtingen en percepties van zorgvragers te dichten door het SRVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991) toe te passen. Tot slot zien we hoe bewustmaking rond de problematiek gedragsverandering teweeg kan brengen doormiddel van het Hierarchy-effects model (Kotler et al., 1989) als preventieve marketinghefboom. Het geheel van deze literatuurstudie wordt weergegeven in een Conceptueel framework waarin alle effecten op en van destructief gedrag door zorgvragers visueel worden weergegeven.

Destructief gedrag

Destructief gedrag kan worden gedefinieerd als negatief gedrag of handelingen die worden gekenmerkt door agressiviteit die soms herhaaldelijk of onverwacht voorkomt (International Council of Nurses et al., 2005). Destructief gedrag wordt vertoond door patiënten, familieleden, bezoekers en alle andere personen die een bedreiging vormen voor de mentale en/ of fysieke gezondheid of veiligheid van anderen, een belemmering zijn voor een veilige zorgverlening en voor de activiteiten van de instelling (Moss, 2017).

1 Vormen

Destructief gedrag waarmee medewerkers in de gezondheidszorg te maken krijgen, uit zich zowel in de vorm van fysiek als psychologisch geweld. Het varieert van fysieke aanvallen tot verbale beledigingen, seksuele en raciale intimidatie dat vernederend, kleinerend en met gebrek aan respect of waardigheid over kan komen (The International Council of Nurses et al., 2005).

1.1 Agressie

Agressie wordt gedefinieerd als elke verbale, non-verbale of fysieke gedraging die bedreigend is voor de persoon zelf, anderen of goederen (Doedens, 2022). De integriteit en de veiligheid van de zorgverlener en eventuele anderen wordt geschaad door elke vorm van agressie (Van der Jagt, 2003).

Hieronder valt het psychologisch gedrag, non-verbale manieren waarop individuen reageren op stimuli, zonder de intentie om schade aan te richten aan derden (Hastie et al., 2020). Deze vorm van gedrag kan zich daarnaast uiten als verbale uitbarstingen waaronder schelden, roepen, schreeuwen, stemverheffing of vloeken, waarbij de patiënt niet wil meewerken (Moss, 2017). Een bevraging van Nursing uit 2021 wees uit dat 9 op 10 Vlaamse verpleegkundigen in het afgelopen

jaar verbaal belaagd werd (Van den Beld, 2021). Een stap verder zien we pesten en intimidatie in de vorm van kleinerend of bedreigend gedrag dat psychologisch, verbaal en zelfs fysiek kan zijn met de bedoeling om te kwetsen of te vernederen (Hastie et al., 2020). fysieke agressie kan vormen aannemen zoals slaan, schoppen, bijten, voorwerpen gooien, spugen, duwen, enz (Moss, 2017). Bijna 6 op de 10 van de bevraagde verpleegkundigen uit Belgisch onderzoek (Van den Beld, 2021) sprak te maken gehad te hebben met fysieke agressie in het afgelopen jaar.

1.2 Microagressie

Daarnaast is er de microagressie, een kleine subtiele (on)bewuste verbale of non-verbale vorm van pestgedrag op basis van aannames die als kwetsend kunnen worden ervaren (Poerwoatmodjo et al., 2022). Zo kunnen er vooroordelen naar voren komen die gericht zijn op iemands identiteit zoals ras, geslacht, seksuele geaardheid, huidskleur, taal, afkomst of religie (Hastie et al., 2020). Sommige patiënten vertonen gedrag of gebruiken taal die zorgverleners vernedert op basis van hun sociale identiteitskenmerken, sommige patiënten vragen zelfs liever geholpen te worden door een andere zorgmedewerker (Paul-Emile et al., 2020). Culturele en raciale verschillen zijn voor sommige patiënten een aanleiding om agressie te vertonen (Brophy et al., 2018). Het wordt steeds duidelijker dat discriminaties, in alle domeinen van de samenleving voorkomt, zo ook in de zorgsector (Poerwoatmodjo et al., 2022).

Maar ook het passief gedrag valt onder het verstorende probleem van microagressie, zoals het niet opvolgen van medisch advies, het vaak niet komen opdagen op afspraken in de kliniek (Hodgson et al., 2012), weigeren om gevraagde taken uit te voeren of een niet meewerkende houding tijdens nodige activiteiten binnen het zorgproces van de patiënt (Moss, 2017).

1.3 Seksueel wangedrag

Seksueel wangedrag is elke vorm van ongewenste, suggestief, eenzijdige, onbeantwoord gedrag van seksuele aard dat zowel zich fysiek als verbaal kan uiten. Enkele voorbeelden van deze vorm zijn seksueel expliciete opmerkingen of grappen, knipogen, onnodig dichte fysieke toenadering, betasting, verzoeken van seksuele gunsten, enzovoort (The International Council of Nurses et al., 2005). In België kwam seksueel wangedrag in de zorgsector voor het eerst uitgebreid in de media door een reeks verkrachtingen in Brusselse ziekenhuizen (Selleslagh et al., 1995).

Hierin moet de genderdimensie worden erkend waarin vrouwen en mannen beide getroffen worden door agressie door zorgvragers, maar waar vrouwen in het bijzonder vaker worden blootgesteld aan seksuele misdrijven (The International Council of Nurses et al., 2005).

De meeste studies onderzochten de vorm van agressief destructief gedrag, wat fysiek of verbaal geweld tegen een werknemer door een patiënt of familielid is (Brophy et al., 2018). Agressie neemt voornamelijk de vorm aan van verbale agressie (Morczek et al., 2014). Daarna volgt fysieke agressie als vorm van ongewenst gedrag binnen de zorgsector (PGGM&co, 2021). Maar ook vooroordelen en passief gedrag, ook wel micro-agressie genoemd, is een vorm van destructief gedrag die niet vergeten mag worden. Als laatste zien we het seksueel wangedrag tegenover zorgpersoneel (Hastie

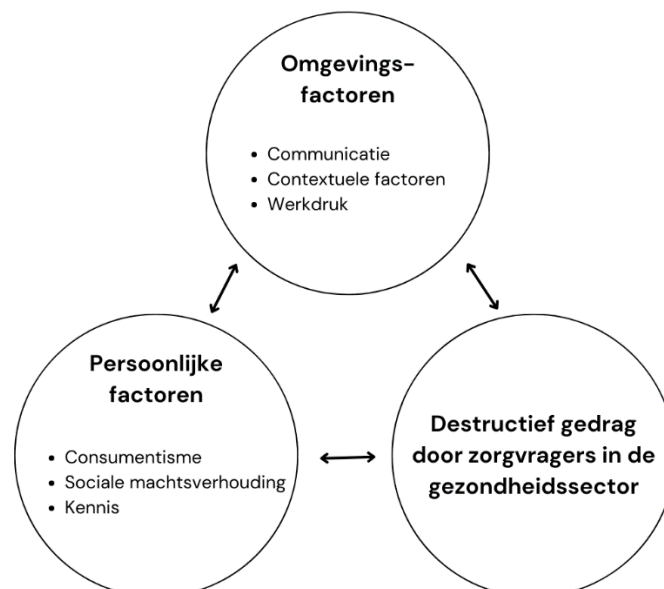
et al., 2020) dat vaker voorkomt bij vrouwelijker zorgverleners dan bij mannelijke collega's (Selleslagh et al., 1995).

2 Oorzaken

Veel vragen over de oorzaken en kenmerken van agressieve incidenten blijven onbeantwoord (James et al., 2006). Het is niet altijd duidelijk welke factoren of triggers bij zorgvragers bepaald negatief gedrag uitlokken. Het is nuttig om inzicht te hebben in de redenen waarom deze gebeurtenissen zich voordoen, om de incidentie van storend gedrag te kunnen verminderen (Rosenstein A., 2011). Het onderzoeken van de oorzaken rond destructief gedrag kan hier vernieuwende inzichten inbrengen. Binnen de studie gebeurde het onderzoeken van de oorzaken aan de hand van het Social Cognitive theory (Bandura, 1989) waarin omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en gedragsfactoren als oorzaken van destructief gedrag door zorgvragers verder worden uitgediept.

2.1 Social Cognitive Theory

De "Social Cognitive Theory" (Bandura, 1989) leert cognitieve, emotionele, gedragsaspecten en gedragsveranderingen te begrijpen en verklaart anderzijds hoe individuen, zorgvragers, gedragspatronen zoals het vertonen van destructief gedrag ontwikkelen en uiten (LaMorte, 2022). De evaluatie van een gedragsverandering hangt af van omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en gedrag waarbij deze elkaar in beide richtingen kunnen beïnvloeden. Daarnaast is het een krachtig model om te gebruiken binnen de context van een zorginstelling waar gedragsverandering een belangrijk onderdeel van het zorgproces is. Het model kan helpen om interventieprocessen rond destructief gedrag door zorgvragers te structureren die niet allen focussen op zorgvragers, maar ook de invloeden van de omgeving en sociale interacties meenemen (Rural Health Information Hub).



Figuur 1. Oorzaken gebaseerd op Social Cognitive Theory (Bandura, 1989)

2.1.1 persoonlijke factoren

Persoonskenmerken beïnvloeden gedrag doordat bepaalde menselijke eigenschappen en individuele kenmerken zoals verwachtingen, overtuigingen, doelen, kennis, attitudes en intentie over de eigen gezondheid of de gezondheid van dierbaren een rol spelen. Daarnaast maken sociale vaardigheden onderdeel uit van persoonlijke factoren, maar ook de emotionele toestand en stemming van de zorgvrager heeft invloed op hoe men denkt en zich voelt. Deze gedachten en gevoelens beïnvloeden op hun beurt het gedrag van mensen, en dus hoe ze handelen en of ze al dan niet destructief gedrag vertonen tegenover zorgverleners (Badura, 1989).

2.1.1.1 Consumentisme

Ziekenhuizen worden in studies ook vaak beschreven als een medisch vangnet voor de gehele samenleving die 24-uur per dag toegankelijk is, waar je in West-Europa kost wat het kost geholpen zal worden (Moss, 2017). Deze mentaliteit kan worden geassocieerd met consumentisme, waarbij de zorgvrager de zorg beschouwt als een product waarvoor betaald is en waar bepaalde verwachtingen over kwaliteit en levering aan verbonden zijn. Zorgvragers nemen vaak de houding aan van 'de klant is koning' en verwachten van zorgverleners een benadering van 'u vraagt, wij draaien'. Sommige patiënten hebben onrealistische verwachtingen van wat hun arts kan en mag doen. Ze zijn zich vaak niet bewust dat artsen zich aan professionele standaarden moeten houden. De wensen van patiënten kunnen in strijd zijn met professionele richtlijnen of afspraken, waardoor zorgverleners niet altijd kunnen voldoen aan de eisen van de patiënt (Van der Jagt, 2003). Zo ook is het weigeren van voorschriften een oorzaak die kan leiden tot agressie. (Selleslagh et al., 1995)

2.1.1.2 Sociale machtsverhouding

Deze factoren hebben betrekking op de emotionele en sociale intelligentie, het empathisch vermogen en de hiërarchische positie van beide partijen. Doelwitten van destructief gedrag zijn meestal individuen met een lagere 'sociale macht', waaronder geslacht, ras, opleidingsniveau of specialisme (Moss, 2017). Zo blijkt uit onderzoek (Bécares et al., 2015) dat minderheidsgroepen en personen met een lagere sociaaleconomische status vaker nadelen ervaren binnen sociale contexten. Arts-assistenten en stagiaires bevinden zich bijvoorbeeld in een positie van lage sociale macht (Moss, 2017). Ondanks dat zorgvragers vroeger alle respect hadden voor de behandelende arts merken we een veranderde houding van patiënten op. Men is namelijk mondiger geworden en de houding van de burger is veeleisend. Men accepteert niet meer zomaar de autoriteit van een hulpverlener. Een verschil van mening over het zorgproces of de werkwijze van de zorgverlener kan zich in agressie uiten (Brackx et al., 1999). Daarnaast gaan zorgverleners minder snel over op zelfreflectie omtrent hun eigen houding en gedrag tegenover zorgvragers. Zij zijn namelijk tijdens hun opleiding gewoon geweest autoritair te moeten zijn en verwachten ze een volgzame houding van de zorgvrager (Van der Jagt, 2003). Er zijn ook bepaalde patiënten waaraan privileges worden gegeven en waaraan meer aandacht aan geschonken wordt door het personeel (Fagan-Proyer et al., 2003). Anderzijds kan het weigeren van iets aan een patiënt al voldoende zijn om agressie op te wekken (Ceulemans, 1998).

2.1.1.3 Kennis

De beperkte transparantie in de zorgverlening en het onvermogen om prestaties te evalueren maken het moeilijk voor zorgvragers om de verwachte kwaliteit van de zorg te beoordelen (Van der Jagt, 2003). Patiënten die weinig kennis of begrip hebben van wat er allemaal komt kijken bij het verlenen van zorg, voelen zich anderzijds vaak onzeker. Deze onzekerheid kan ontstaan door onvoldoende informatie omtrent zorgprocessen, financiële onzekerheid omtrent het kostenplaatje van behandelingen, complexe diagnoses enkel uitgelegd in medisch taaltermen, enz. Dit kan meespelen in het gedrag van zorgvragers naar personeel toe. Familieleden kunnen in sommige gevallen ook een verkeerd beeld hebben van hulpverleners als koud en onverschillig (Moss, 2017).

2.1.2 omgevingsfactoren

De omgeving, alle externe omstandigheden en invloeden, kan ook de persoonlijke factoren van zorgvragers en het gedrag gesteld door zorgvragers beïnvloeden. Mensen ontwikkelen gedachten, emoties en vaardigheden onder invloed van sociale invloeden, zoals informatie en emotionele reacties, attitudes, gedragingen en overtuigingen van andere mensen om ons heen, zoals in deze context andere zorgvragers of zorgverleners kunnen zijn. Maar ook de fysieke ruimte speelt een rol (Bandura, 1989).

2.1.2.1 Communicatie

De dynamiek tussen aanstichters en doelwitten zijn afhankelijk van interpersoonlijke factoren (Hastie et al., 2020). Denk hierbij aan communicatieproblemen tussen zorgverlener en patiënt of familielid. Patiënten verwachten goede en duidelijke informatie, over de behandeling en over praktische zaken zoals wachttijden (Van der Jagt, 2003). Agressie ontstaat vaak wanneer patiënten beperkt worden in het realiseren van hun wensen of iets opgelegd krijgen waar zij niet aan willen mee werken (Doedens, 2022). Maar denk ook aan patiënten die onvrijwillig op spoedeisende hulp binnen worden gebracht of aan wie diensten ontzegd worden waarop men wel gerekend had. Zelfs de poging van de zorgverlener om het destructief gedrag te beperken door het bespreekbaar te maken met de aanstichter, kunnen ook geweld uitlokken (Moss, 2017). Zorgverleners schatten hun eigen empathisch vermogen vaak hoger in dan zorgvragers dat doen (Delnoij, et al., 2003). Communicatievaardigheden zoals actief luisteren in het omgaan met lastige patiënten of familieleden, grenzen stellen en conflictaanpak zijn niet altijd even goed ontwikkeld (Van der Jagt, 2003). Dit wordt ook ondersteund door onderzoek van Ipsos (PGGM&co, 2021) waar 17% van Nederlands zorgpersoneel aangeeft niet voldoende kennis en vaardigheden te hebben om te kunnen omgaan met ongewenst en agressief gedrag door patiënt of familielid.

2.1.2.2 contextuele factoren

Stressvolle en drukke omgevingen verhogen de kans op destructief gedrag (Fagan-Proyer et al., 2003). Deze worden geassocieerd met hogere meldingen van storend gedrag. Denk aan operatiekamers, intensive care afdelingen en spoedeisende hulpafdelingen (Hastie et al., 2020). Daarnaast spelen factoren mee die door patiënten ervaren worden als pijn en ongemak, gebrek aan privacy en krappe ruimtes (Moss, 2017). Ziekenhuizen en andere zorginstellingen kunnen zeer emotionele reacties oproepen. Angst, pijn, trauma en bezorgdheid om de patiënten kunnen agressief gedrag uitlokken (Brophy et al., 2018). Dat men bij het ervaren van pijn minder kan verdragen, sneller gefrustreerd raakt en bijgevolg ook sneller agressief gaat reageren (Braekwell, 2000). Het gebrek aan ruimte, wanneer men dicht op elkaar moet zitten, kunnen daarnaast voor ergernissen

zorgen en dus is de kans dat men gemakkelijker overgaat tot het stellen van destructief gedrag groter (Pieters et al., 2000). Maar ook chaos kan bepaald gedrag in de hand werken, vooral bij mensen die een grote nood hebben aan structuur. Tot slot speelt de rol van alcohol en drugsgebruik mee bij geweld en agressie (Backx et al., 1999) Op spoeddiensten noteert het personeel bij meer dan de helft van de incidenten dat ze dachten dat de aanvaller onder invloed van alcohol was (James et al., 2006).

2.1.2.3 Werkdruk

De gezondheidszorg is een sector waarbij een relatief hoge werkoverbelasting aanwezig is. Werkoverbelasting wordt vaak aangehaald als een van de oorzaken van ongewenste voorvallen in de gezondheidszorg (van der Meer, 2021).

Een vaak gehoorde klacht van zorgverleners is dat de toename van administratieve taken zoveel tijd in beslag neemt, dat er weinig tijd overblijft voor de eigenlijke zorgverlening. Dit door de enorme standaardisering en digitalisering van de afgelopen decennia. Wachlijsten, lange wachttijden (Selleslagh et al., 1995) zijn gevolgen hiervan en kunnen een aanzet voor de zorgvrager om destructief gedrag te vertonen.

Personeelstekort is een van die factoren die de werkdruk doet stijgen. Onderbemand, onvoldoende uitgerust of slecht georganiseerde werkplekken (International Council of Nurses et al., 2005) zorgen voor een gebrek aan tijd waardoor goede informatie en uitleg aan zorgvragers kan ontbreken in het zorgtraject (Van der Jagt, 2003). Wat op zijn beurt kan leiden tot destructief gedrag door de zorgvrager. Omgekeerd kan de frequentie dat destructief gedrag plaatsvindt in verband worden gebracht met personeelsbezetting, werkoverplaatsingen, personeelstekorten en tijdelijk personeel (Wang, 2002). Bedreigingen en geweld zouden voorkomen kunnen worden als de werkomstandigheden voor werknemers verbeterd worden. Meer specifiek, door het verminderen van werkeisen en het vergroten van de controle over het werk, bijvoorbeeld door onderscheid te maken tussen belangrijke en minder belangrijke werkeisen (Andersen et al., 2020).

2.1.3 Destructief gedrag door zorgvragers

Ook destructief gedrag vertoond door een zorgvrager kan de persoonsfactoren van een andere zorgvrager beïnvloeden omdat de resultaten van acties van de ene persoon invloed kunnen hebben op het denkpatronen en emotionele reacties van een andere persoon. Tot slot kan destructief gedrag de omgeving beïnvloeden. Bijvoorbeeld agressief gedrag door een zorgvrager kan leiden tot een vijandige omgeving, terwijl vriendelijk gedrag een positieve sfeer kan creëren voor andere aanwezige zorgvragers. Op zijn beurt beïnvloedt destructief gedrag vertoont door een aanwezige zorgvrager het gedrag van andere aanwezige zorgvragers (Badura, 1989).

We kunnen dus concluderen dat verschillende factoren een rol spelen in het ontstaan van destructief gedrag tegenover hulpverleners en verschillende omstandigheden agressie kunnen uitlokken. De stressvolle omgeving van een zorginstelling, de buitensporige hoge werkdruk in de gezondheidszorg (International Council of Nurses et al., 2005), gebrek aan communicatievaardigheden, ook wel omgevingsfactoren genoemd in het model van SCT. Maar ook de groeiende verwachting van de zorg als een consumentenproduct, de invloed van sociale machtsverhoudingen en veranderende

patiëntattitudes in de zorg, beperkte zorgtransparantie en gebrek aan begrip, zoals besproken onder de persoonlijke factoren van het SCT-model, dragen bij aan de complexiteit van agressieve incidenten. Het begrijpen van deze factoren en de kracht van het herkennen van de complexe interactie tussen persoonlijke, omgevings- en gedragscomponenten van het SCT-model, kan bijdragen aan het ontwikkelen van effectieve preventieve en remediëringmaatregelen en het verbeteren van de algehele veiligheid in de gezondheidszorgomgeving.

Maar wat is nu de impact van zulk destructief patiëntcontact en -gedrag op de gezondheid van medewerkers, de kwaliteit van zorg en onze gehele maatschappij? Daarom is het relevant naast de oorzaken van destructief gedrag ook te kijken naar de gevolgen van destructief gedrag.

3 Gevolgen

De impact van destructief gedrag op het mentale welzijn en prestaties van personeel wordt vaak onderschat (Daum, 1994). Actieve zorgverleners die betrokken raakten met destructieve zorgvragers hebben te maken met een complex netwerk van gevoelens en onderling samenhangende ervaringen met collega's en daarnaast ook met andere patiënten (Needham et al., 2005). Destructief gedrag heeft namelijk niet alleen gevolgen voor de zorgverlener op zich, maar brengt ook de veiligheid van de eigenlijke patiënt, de veiligheid van andere patiënten die aanwezig zijn en de kwaliteit van de eigenlijke zorg in gevaar (Hastie et al., 2020). De maatschappelijke economische, financiële gevolgen van geweld op de werkplek voor zorginstellingen worden tot slot vaak over het hoofd gezien (Moss, 2017).

3.1. gevolgen voor betrokken zorgverleners

Onder de psychologische verschijnselen die voortvloeien uit dergelijk gedrag vallen boosheid, schuldgevoelens, en negatieve stemming. Destructief gedrag veroorzaakt werkstress en in bepaalde gevallen fysieke of psychische schade bij zorgverleners (Van der Jagt, 2003). Slachtoffers van onbeleefd gedrag vertonen vaak symptomen van angst of depressieve gedachten als gevolg van (herhaalde) blootstelling aan stressoren, wat kan leiden tot emotionele uitputting, depressie, burn-out (Bourdeaud'hui et al., 2020) en zelfs suïcidale gedachten.

Door destructief gedrag kan er een angst ontstaan voor de werkplek, de dader of andere patiënten, de belanghebbende families van patiënten en zelfs angst voor collega's of voor de toekomst binnen de job (Morczek et al., 2014). Zo gaven vrouwelijke artsen, in een Belgisch onderzoek (Ceulemans, 1998) aan, zich 's avonds onveilig te voelen wanneer ze van dienst waren in het ziekenhuis. Agressie van de patiënt kan in een minderheid van de gevallen leiden tot PTSS posttraumatische stressstoornis of symptomen hiervan. PTSS is een langdurige angstreactie na een traumatische of catastrofale gebeurtenis en bestaat uit symptomen zoals: aanhoudende herbeleving van de traumatische gebeurtenis in de vorm van beelden, geluiden of dromen, aanhoudende vermijding van trauma-geassocieerde stimuli zoals het mijden van mensen die herinneringen aan het trauma oproepen en aanhoudende symptomen van verhoogde opwindingsniveau's zoals moeite om in slaap te vallen (Needham et al., 2005). Elke vorm van agressief gedrag dat het lichamelijk welzijn beïnvloedt, beïnvloedt ook het psychologisch welzijn en vice versa (International Council of Nurses et al., 2005).

Negatieve copingmechanismen, zoals piekeren en een veranderd zelfbeeld, ondermijnen het gevoel van eigenwaarde van het individu (Hastie et al., 2020). Schuld, zelfverwijt of schaamte is ook een prominente reactie op agressie. Hulpverleners hebben de neiging zichzelf de schuld te geven, de verantwoordelijkheid op zich te nemen en zichzelf vaak onrealistisch hoge normen op te leggen wanneer ze proberen om te gaan met gewelddadige patiënten. Sommige verpleegkundigen voelen zich schuldig omdat ze de situatie niet op een betere manier hebben aangepakt. Schuldgevoelens gaan soms samen met schaamte en kunnen leiden tot aantasting van het zelfvertrouwen. Ontkenning, rationalisatie, ongeloof over het feit dat ze betrokken waren bij het incident kunnen ook voorkomen nadat een zorgmedewerker in contact kwam met destructief gedrag. Aan de andere kant zien sommige slachtoffers zichzelf als niet gerespecteerd, niet gewaardeerd, geschonden, beroofd van hun rechten of vernederd (Needham et al., 2005).

3.2 gevolgen voor de zorgkwaliteit

Destructief gedrag kan inderdaad schade veroorzaken aan de zorgverlener waar tegen de agressie gericht was, maar ook de zorg voor de agressieve patiënt en andere patiënten in het gedrang brengen (Van der Jagt, 2003). Er mag namelijk niet vergeten worden dat blootstelling aan agressie ook een nadelige invloed kan hebben op het functioneren, de veiligheid en het comfort van patiënten en hun zorgproces (Kowalczyk, 2017).

Agressief gedrag roept veel emoties op, die van invloed kunnen zijn op de manier waarop patiënten behandeld worden en het verdere zorgproces (Morczek et al., 2014). Destructief gedrag kan het werk van een zorgkundige beïnvloeden en leiden tot minder gretigheid om tijd door te brengen met patiënten of minder bereidheid om oproepen van verblijvende patiënten te beantwoorden. Sommige verpleegkundigen melden dat ze afstandelijk worden tegenover patiënten (Needham et al., 2005). Destructief gedrag kan de communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager verslechteren en verhoogt de kans op fouten (Chrouser et al., 2019). Onderzoek (Mamede et al., 2017) toont aan dat het gedrag van moeilijke patiënten het redeneren van artsen negatief kan beïnvloeden, waardoor ze diagnostische fouten maken, wat het zorgproces van de patiënt beïnvloedt. Zo stelden Mamede et al. dat minder nauwkeurige diagnoses vast wanneer de patiënt tijdens het contact met zijn arts moeilijk gedrag vertoonde dan wanneer de patiënt neutraal was. Dit door de angst die ze psychologisch kunnen ondergaan, wat leidt tot onzekerheid in contacten met patiënten, wat paradoxaal genoeg kan leiden tot meer agressie van patiënten (Morczek et al., 2014).

3.3 gevolgen voor de zorginstelling

De psychologische veiligheid van hulpverleners kan, door destructief gedrag van patiënten, verminderen, wat op zijn beurt teamwerk en communicatie kan belemmeren. Deze verstoring van teamdynamiek binnen zorgteams vermindert de efficiëntie van het werk (Chrouser et al., 2019). Destructief gedrag heeft verder niet alleen invloed op de direct getroffenen, maar kan ook boosheid teweeg brengen tegens collega's en/of de werkgever (Needham et al., 2005), wat kan resulteren in verminderde werktevredenheid, lagere betrokkenheid bij de medewerkers van de organisatie en een verhoogd verloop van medewerkers (Hastie et al. 2020). Blootstelling aan werkgerelateerd geweld en/ of dreiging met geweld lijkt de kans op ziekteverzuim namelijk te vergroten (Wijkander et al, 2023). Agressie binnen de werkomgeving heeft dan ook een negatieve invloed op de tevredenheid van werknemers ten opzichte van de eigenlijke organisatie of instelling waarvoor zij actief zijn

(Morczek et al., 2014). Sommigen, die in aanraking kwamen met zulk gedrag, twijfelen aan hun veiligheid op of tevredenheid met de werkplek waardoor men zelfs overweegt te veranderen van afdeling of werkgever (Needham et al., 2005) of beslist minder of slechts deeltijds te gaan werken (de Raeve et al., 2023). Maar ook wordt het moeilijker bepaalde vacatures ingevuld te krijgen. Sommigen hulpverleners die te maken kregen met destructief gedrag nemen ontslag of overwegen ontslag te nemen of hun beroep, en de sector op te geven (Brophy et al., 2018). Hogere kosten van het menselijk kapitaal, zoals blijkt uit onderzoek (Sterud et al. 2021), zijn vaak het gevolg van een hoog personeelsverloop en absentisme, waarbij daden van psychologisch en fysiek geweld en seksuele intimidatie belangrijke oorzaken van ziekteverzuim kunnen zijn. Wat op zijn beurt de reputatie van de organisatie in gevaar kan brengen (Haider et al., 2023).

3.4 Gevolgen voor de samenleving

Ook op maatschappelijk niveau zijn er gevolgen toe te schrijven door destructief gedrag gepleegd door zorgvragers. Deze kosten omvatten de kosten voor rehabilitatie, een proces dat als doel heeft de zorgverlener te ondersteunen bij zijn eigen herstelproces na een voorval van destructief gedrag. Daarnaast zijn er kosten op lange termijn voor de re-integratie van slachtoffers. Verder zijn er kosten voor werkloosheid en omscholing voor slachtoffers die hun baan verliezen of verlaten als gevolg van dergelijk geweld. Tot slot zijn er de kosten voor invaliditeit en arbeidsongeschiktheid wanneer de arbeidscapaciteiten van de zorgverlener zou zijn aangetast door patiëntgeweld op werk. Daarnaast zien we grote problemen op vlak van arbeidstekorten binnen de zorgsector, die indirect verbonden kunnen zijn aan het probleem van destructief gedrag. Maar ook de toegang voor de bevolking in de maatschappij tot kwaliteitsvolle diensten wordt bedreigd. (The International Council of Nurses et al., 2005).

In het algemeen suggereren deze bevindingen dat zorginstellingen niet altijd gezonde werkplekken zijn en steeds vaker als stressvol en gevaarlijk worden bestempeld (Duncan et al., 2001). Geweld kan ernstige fysieke en psychologische gevolgen hebben voor de hulpverlener (Brophy et al., 2018). We kunnen concluderen dat gewelddadige voorvallen een aanzienlijk negatief effect hebben op de gezondheid van zorgverleners (de Raeve et al., 2023). Agressie kunnen namelijk het welzijn, als ook de werkresultaten van werknemers aantasten (Sommovigo et al., 2019). Het brengt tevens de goede zorg voor patiënten in gevaar (The International Council of Nurses et al., 2005), en belemmert het leveren van veilige en effectieve zorg (Hodgson et al., 2012). De impact van geweld op de individuele zorgverlener, zorgvrager en zorginstelling vertaalt zich verder in grote kosten voor de gehele gemeenschap (The International Council of Nurses et al., 2005).

Om de gestelde onderzoeksvragen verder te kunnen beantwoorden dienen er vanuit alle relevante gezichtspunten inzichten verkregen te worden. De verwachtingen en percepties van deze belangengroepen binnen de probleemstelling van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg kunnen in The gap model of service quality (Zeithaml et al., 2004) tegenover elkaar gezet worden, waarna de stakeholders kunnen gaan kijken waar verbeteringen kunnen worden doorgevoerd aan de hand van het SERVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991) om zo de patiënttevredenheid te verhogen en de incidenten op destructief gedrag te verlagen.

4 The gap model of service quality

The Gap Model of service Quality is ontwikkeld om problemen in de dienstverlening, zoals de gezondheidszorg, te identificeren door kwaliteit te definiëren aan de hand van patiënttevredenheid. Het idee is om problemen en fouten te identificeren door 'gaps' in het model te herkennen en te proberen ze te vermijden. Het model identificeert vijf 'gaps' die kunnen ontstaan tussen de verwachtingen van patiënten over de kwaliteit van de dienstverlening en de perceptie van dienstverlening door belanggroepen zoals zorgverleners, zorginstellingen en overheidsinstanties (P Zeithaml et al., 2004). Dit model biedt een gestructureerde aanpak om te begrijpen hoe afwijkingen in serviceverlening de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers negatief kunnen versterken. Door deze gaten te identificeren en aan te pakken kunnen stakeholders, waaronder zorginstellingen, zorgverleners, overheidsinstantie en preventiediensten, preventiestrategieën en beleid ontwikkelen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en daarmee potentieel destructief gedrag te verminderen (Quality Gurus).

4.1 Gap 1: De kennisgap

Zorgservice ontstaat enkel door de interactie tussen twee verschillende partijen, namelijk de vraag van de zorgvrager en de aangeboden zorg door de zorgverlener. Het werkproces in de gezondheidszorg gaat namelijk gepaard met intense sociale interactie, met een complex scala aan behoeften van zowel zorgverleners als zorgvragers (Oliveira et al., 2016). Beiden hebben hun eigen subjectieve verwachting en perceptie van kwaliteit binnen de zorgverlening. Gap 1 is dan ook het verschil tussen wat zorgvragers verwachten en wat de zorgverlener denkt dat zorgvragers verwachten (Zeithaml et al., 2004).

4.1.1 verwachtingen zorgvragers

Een zorgvrager is een persoon die om zorg vraagt voor zichzelf, de patiënten of een derden, als familielid of mantelzorger. De positie van de zorgvrager is volledig veranderd. Eind 20^e eeuw waren zij nog geneigd tot het innemen van een bescheiden plek ten opzichten van de zorgverlener, in de loop van de 21^e eeuw zijn zij mondiger en kritischer geworden tegenover de zorg. Redenen hiervoor kunnen zijn de toegenomen individualisering en dalende macht van gevestigde zorginstellingen (Van Leeuw, 2016). Anderzijds is hun gedrag soms te verklaren doordat het voor sommige zorgvragers moeilijk is hun vragen op een duidelijke en redelijke wijze te verwoorden, of om met de zorgverlener te overleggen. Veel hangt namelijk af van het communicatief vermogen van de zorgvrager (Van der Jagt, 2003). Zorgverleners blijken dan ook anders terug te kijken op incidenten met agressief gedrag dan de agressieve zorgvrager. Patiënten en familieleden kunnen immers hun gedrag als gerechtvaardigd beschouwen omdat zij opkwamen voor hun persoonlijke belangen. Zij beschouwen incidenten in de meeste gevallen als minder ernstig dan zorgverleners het aanvoelden (Doedens, 2022).

Patiënten worden consequent geïdentificeerd als de meest voorkomende geweldplegers binnen de sector (Hodgson et al., 2012). Agressief gedrag komt dan weer overwegend vaker, tot wel vier keer meer, tot stand bij mannelijke zorgvragers vergeleken met vrouwelijke zorgvragers (Backx et al., 1999).

4.1.2 Verwachtingen zorgverleners

Vanuit een marketingperspectief draait het bij zorgverlening niet alleen om het aanbieden van medische behandelingen, maar ook om het creëren van maximale waarde voor de zorgvrager. Dit concept impliceert dat elke zorgverlener verantwoordelijk is voor het bijdragen aan een positieve ervaring voor de zorgvrager. Dit betekent niet alleen technische bekwaamheid maar ook aandacht voor de beleving en emotionele behoeften van de patiënt (Oyen, 2002).

Deze verantwoordelijkheid krijgt echter een complexe dimensie wanneer we kijken naar het probleem rondom destructief gedrag in de gezondheidszorg. Er heerst namelijk een cultuur waarin het probleem van agressie en geweld gezien wordt als horende bij het beroep (Phillips, 2016). In de context van de gezondheidszorg vertonen medewerkers vaak een neiging tot empathie, waardoor zij het storende gedrag van kwetsbare patiënten, die te maken hebben met de stress van een ziekenhuisopname, chronische ziekte of kritieke ziekte, minimaliseren (Chrousser et al., 2019). Sommige zorgverleners voelen een "professionele en ethische plicht om patiënten geen kwaad te doen" en beschouwen het misbruik als een symptoom van de ziekte van de patiënt. Daarnaast weten zorgverleners vaak niet wat als geweldpleging moet worden beschouwd en wat niet (Moss, 2017). Voor zorgverleners is het zo namelijk moeilijk grenzen trekken om hij zijn eigen belangen zoals eigen gezondheid en veiligheid, en die van derden betrokkenen, in de gevaar moet brengen om toch de hulp te kunnen bieden (Van der Jagt, 2003). Daarnaast bestaat het fenomeen "gewenning", waar de emotionele reactie op agressie minder sterk wordt bij herhaaldelijk voorvallen van incidenten (Moss, 2017).

De kloof tussen de verwachtingen van zorgvragers en de percepties die zorgverleners hierbij hebben, onderstreept een belangrijke uitdaging binnen de gezondheidszorg. Terwijl zorgvragers mondiger en kritischer zijn geworden, streven zorgverleners ernaar om zowel medische als emotionele waarde te bieden. Een verbeterde afstemming tussen de verwachtingen van zorgvragers en de benadering van zorgverleners, waarbij een evenwicht moet worden gevonden tussen de belangen en veiligheid van zowel zorgvragers als zorgverleners, kan leiden tot een betere zorgervaring voor beide partijen.

4.2 Gap 2: De beleidsgap

Ook al is er erkenning voor de oorzaken en gevolgen van destructief gedrag, toch blijken beleidsmakers er niet in te slagen om deze kennis om te zetten in praktische richtlijnen of standaarden voor het zorgpersoneel. Op die manier wordt gap twee zichtbaar. Gap 2 is dan ook het verschil tussen de perceptie van beleidsmakers van de verwachtingen van zorgverleners en zorgvragers en de vertaling daarvan in het werkelijke beleid en wettelijk kader (Zeithaml et al., 2004).

4.2.1 Zorginstelling

Ziekenhuisbestuurders vermijden vaak het aanpakken van geweld op de werkplek om negatieve publiciteit en het risico op imagoschade en baanverlies te voorkomen. Zo blijkt uit onderzoek van Moss dat zorginstellingen terughoudendheid zijn om de politie of rechtbank te betrekken bij verstorende en gewelddadige gebeurtenissen. Het gebrek aan onmiddellijke maatregelen door zorginstellingen als werkgevers tegen diegenen die geweld plegen of ontwrichtend gedrag vertonen, draagt bij aan een gevoel van verwaarlozing bij de zorgverleners die te maken kregen met destructief gedrag door zorgvragers. Het niet aanpakken van geweld op de werkplek heeft niet alleen invloed op de werkbeleving van de zorgverlener, maar zorgt er ook voor dat de aantrekkelijkheid van het zorgberoep wordt aangetast, wat zich vertaalt naar een gevoel van in de steek gelaten worden (Moss, 2017). In situaties waarin destructief gedrag slecht wordt beheerd, kan emotionele besmetting leiden tot ontevreden werknemers. Wanneer zulk gedrag wordt getolereerd, nemen stagiairs en junior faculteitsleden dit aan als normaal te verdragen gedrag (Hastie et al., 2020).

De zorgorganisatie als werkgever moet in een geweldvrije werkplek voorzien. Men moet incidenten van geweld op de werkplek beheersen door een agressiebeleid en noodzakelijke maatregelen te ontwikkelen en deze routinematig te evalueren in samenspraak met werknemers en hun vertegenwoordigers. Daarnaast dienen ze hulp te bieden aan iedere zorgverlener die getroffen is door agressie op het werk. Het management zou namelijk onmiddellijke en langdurige ondersteuning moeten kunnen bieden aan alle die getroffen zijn door geweld op de werkplek. De vertrouwensmanager, die fungeert als aanspreekpunt voor medewerkers die te maken hebben met werkgerelateerde problemen, waaronder destructief gedrag door zorgvragers, doet er op dat moment alles aan om ervoor te zorgen dat de betrokken zorgverlener niet het gevoel heeft dat hij of zij er alleen voor staat (The International Council of Nurses et al., 2005). Zorgorganisaties moeten daarnaast ook de beschikbaarheid van sociale steun van leidinggevenden, die instaan voor de ondersteuning van hulpverleners die te maken kregen met geweld, vergroten (Andersen et al. 2021). Ondersteuning van personeel dat te maken heeft met geweld is een grote stap die zeker gezet moet worden in de toekomst (Moss, 2017). Het is daarom essentieel voor zorgorganisaties om te zorgen voor een effectieve follow-upproces na een incident van geweld, die de impact op de werknemer minimaliseren en hun herstel bevorderen (Tarquinio et al., 2018).

Zorginstellingen zouden daarom gebonden moeten zijn aan de nodige agressie procedures, waarin de-escalatiestrategieën en conflicthanteringsstrategieën rond potentieel gewelddadige situaties worden uitgeschreven (Wang et al., 2008), om als zorgverlener zelfverzekerd te kunnen reageren in dergelijke situatie, wetende dat hun reactie en handeling wordt ondersteund door het management (The International Council of Nurses et al., 2005). Een duidelijk organisatiebeleid over geweld op het werk is essentieel. Dit beleid moet specifiek ontwikkeld zijn voor elk type geweld. Op die manier zijn zorgverleners goed voorbereid op het omgaan met verschillende soorten geweld. Alleen met zo'n aanpak kan een preventieprogramma maximaal effectief zijn. De aanwezigheid en publicatie/verspreiding van een beleid laat de werknemers weten dat het management zich inzet voor het terugdringen van geweld op de werkplek (Wang et al., 2008).

Voor een goed beleid is het omgaan met behoeften, verwachtingen en percepties van zorgvragers en zorgverleners van belang. Marketing is een discipline die gericht is op het bereiken en bevredigen

van deze menselijke noden. Het komt er verder op aan de mogelijkheden voor de zorginstelling goed in te schatten. Op basis daarvan kan een sterke toekomstgerichte visie groeien waarop het beleid zich baseert. Zorginstellingen, die te maken krijgen met destructief gedrag, hebben de opdracht een nieuwe missie te formuleren en een strategisch plan op te stellen voor een vernieuwd agressiebeleid om zich optimaal te kunnen positioneren voor de toekomst. Belangrijk is dat de totale visie van het agressiebeleid uitgewerkt worden in operationele plannen, zowel voor de korte als middellange en lange termijn. Naast de ontwikkeling van de strategie op verschillende niveaus binnen de organisatie is marketing ook verantwoordelijk voor de implementatie dat beslissend is voor succes of falen (Oyen, 2002).

4.2.1.1 Meldpunten en systemen

Voordat een beleid voor geweld op de werkplek wordt geïmplementeerd, moet een risicobeoordeling worden uitgevoerd. Deze benadrukt het belang van nauwkeurige documentatie van incidenten (Wang et al., 2008). Elke zorginstelling zou een register moeten kunnen bijhouden van ongewenste gedragingen. Dit register kan dienen als bron van kennis om soortgelijke voorvallen in de toekomst te voorkomen, of als bewijsstuk in het van mogelijke rechtszaken in de toekomst (Kowalczyk, 2017). Een prospectief onderzoek met evaluaties na incidenten kan een waardevol inzicht geven in de oorzaken van geweld en agressie (James et al., 2006). Agressiedocumentatie is van onschatbare waarde voor het onderbouwen van de behoefte van het agressiebeleid. De integratie van effectieve dreigings- en risicobeoordelingen zal helpen om ervoor te zorgen dat alle interventies die worden toegepast, het meest geschikt zijn voor de specifieke situatie (Wang et al., 2008).

Sommige zorgprofessionals geloven dat een gebrek aan melding van destructief gedrag binnen de gezondheidszorg voortkomt uit de overtuiging dat melding geen verandering teweeg zal brengen. Uit een onderzoek (Moss, 2017) onder verpleegkundigen blijkt dat meer dan de helft van hen van mening is dat het ondernemen van juridische stappen tegen een agressieve patiënt geen verandering te weeg zal brengen. Dit wordt in het onderzoek gestaafd door een juridische uitspraak in het voordeel van de patiënt, waarin agressief gedrag naar zorgpersoneel niet als ongewoon wordt gepleit in de zorgsector. Het meeste geweld in zorginstellingen wordt dus niet gemeld door het gebrek aan geschikte procedures of het ontbreken van de kennis van dergelijke procedures onder medewerkers (Morczek et al., 2014). Toch weet gemiddeld 95% van het Nederlands zorgpersoneel waar men melding van kan maken van ongewenst of agressief gedrag. Anderzijds is hier gemiddeld maar 59% bereid effectief melding te maken in zulke situaties. Slechts gemiddeld 4% van Nederlandse hulpverleners doet effectief aangifte tegenover een patiënt of familielid die destructief gedrag vertoont (PGGM&co, 2021). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medewerkers het melden van incidenten kunnen zien als een impliciete erkenning van professioneel falen (Wang et al., 2008).

Zorgverleners zouden moeten weten hoe en waar ze destructief gedrag kunnen melden en aangemoedigd en ondersteund moeten worden om dit te doen (The International Council of Nurses et al., 2005). Er moet nagedacht worden over de inrichting van meld- of aanspreekpunten. Algemene meldprocedures zouden kunnen worden opgesteld voor de opvang en begeleiding van slachtoffers van destructief gedrag. Informeer medewerkers over hun rechten en plichten en bekendmaking van deze meldpunten. Verder kunnen er meldpunten voor klachten voorzien worden waar zorgvragers

met hun problemen terecht kunnen (PZvlas,2008). Het moet duidelijk zijn waar en bij wie zij terecht kunnen voor adviezen, verder informatie, ervaringsuitwisseling en ondersteuning (Oyen, 2002).

In 2016 richtte de nationale raad van de Orde der Artsen een meldpunt op om agressie tegen artsen te registreren. Het doel was om specifieke gegevens te verzamelen die, in samenwerking met relevante overheidsinstanties, zouden helpen bij het opstellen van een effectief veiligheidsplan). In het eerste jaar ontving dit meldpunt 69 meldingen van agressie, een aantal dat waarschijnlijk slechts een fractie is van het daadwerkelijke aantal incidenten. (Orde der artsen, 2017). Daarnaast lanceerde Arts in Nood dat zelfde jaar nog een website met bijbehorend telefoonnummer (Arts in nood, 2016).

Het Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag staat open voor iedereen die een melding wil maken van grensoverschrijdend gedrag. Als je een situatie ervaart die als onveilig voelt, zowel psychologisch als fysiek, dan kan dit worden gezien als grensoverschrijdend. Er zijn drie manieren om een melding te doen: telefonisch, via chat of per e-mail. Slachtoffers kunnen anoniem hun verhaal doen bij een medewerker van het meldpunt, waarbij samen naar oplossingen wordt gezocht en uitleg wordt gegeven over de vervolgstappen voor verdere ondersteuning. De beperking bij deze is dat men slechts beperkt bereikbaar zijn van maandag tot en met vrijdag (Vlaams meldpunt grensoverschrijdend gedrag,2023).

Ook door het Ziekenhuis Oost-Limburg, Die reeds een bewustmakingscampagne tegen agressie op poten zetten, werd een webpagina aangemaakt waar patiënten en bezoekers melding kunnen maken van agressief gedrag jegens medewerkers en zorgverleners (ZOL, 2023).

Daarnaast staan ook syndicaten, vakbonden en vzw's in voor meldpunten tegen agressie. Union4u, de Belgische autonome Vakbond van Beoefenaars van de Verpleegkundige – VZW, lanceerde afgelopen jaar een agressiemeldpunt voor zowel snelle individuele meldingen als een meldsysteem voor zorginstellingen (Union4u, 2023).

4.2.1.2 Employer branding

Daarnaast moet de zorginstelling als bedrijf voortdurend zoeken naar processen en systemen om voeling te houden met zijn klant, in dit geval zorgvragers, en zijn werknemers, in dit geval zorgverleners, om die relatie te onderhouden en te verbeteren (Van Leeuw, 2016). Organisaties moeten een actievare rol gaan spelen in personeelsbezetting, werkdruk, werkcultuur en werkklimaat (Wang et al., 2008). Daarbij moet men de mogelijkheden van het wervingsgebied voor de zorginstelling goed inschatten of zelfs opteren het team uit te breiden doordat er ook nieuwe functies zullen moeten ontstaan. Het valt aan te bevelen, vooraf aan het wervingsproces, een goed doordacht strategisch plan op te stellen waarin alle betrokken partijen vervat zitten. Personeelsadvertenties waarin medewerkers gevraagd worden kunnen hierin helpen (Oyen, 2002). Men zal binnen de zorg moeten gaan investeren in kwalitatieve ondersteuning van verpleegkundige teams en deze in staat stellen om zich actief bezig te kunnen houden met hun patiënten en hierdoor de kans op het escaleren van destructief gedrag te verkleinen (Doedens, 2022). Daarnaast de lasten van bureaucratie en productiedruk verlagen zal hierin bijdragen (Van der Jagt, 2003).

Studies, waaronder die van Wang et al, hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen agressieve incidenten en personeelsbeleid. Een toename in vast personeel en het behoud van ervaren werknemers, die vaak een tolerantere houding hebben, kunnen beter omgaan met geweld en

managementvaardigheden (Wang et al., 2008). Daarvoor is er een geloof en enthousiasme nodig in de toekomstgerichte missie van het tewerkgestelde personeel binnen de zorginstelling (Oyen, 2002).

Men kan verder communiceren over een omgeving die diversiteit erkent als sleutelement voor een harmonieuze succesvolle ontwikkeling van een veilige omgeving (The International Council of Nurses et al., 2005).

4.2.1.3 Gamification

Gamification verwijst naar een proces waarbij een dienst wordt uitgebreid met mogelijkheden voor spelervaringen om de algemene waardecreatie van gebruikers te ondersteunen (Huotari, 2017). Het creëert een gegamificeerde ervaring dat gedrag en emoties kan beïnvloeden in traditioneel niet-spelcontexten, zoals in de gezondheidszorg. Bestaande literatuur benadrukt de positieve effecten van gamificatie op de houding van deelnemers, in dit geval zorgvragers, hun ervaring en op hun plezier en betrokkenheid (Hammedi et al., 2017). Bij veel sociale marketeers is er enthousiasme en interesse te horen voor games als sociale marketingpreventietechniek. Zorginstellingen maken steeds meer gebruik van gamification om patiënten en zorgverleners aan te moedigen om betrokken te blijven bij de zorgorganisatie en om onderweg gegevens en inzichten te verzamelen die de zorg kunnen ondersteunen en verbeteren (Vas os, vision 2023). De resultaten uit Nederlands onderzoek (Lohmann, 2018) bewezen dat Gamification voor een hogere algehele tevredenheid over het wachten, bij de tandarts, en voor een lager stressniveau en frustratie zorgen. Op basis van de bevindingen kunnen tandartsen, en dus ook andere zorginstellingen, overwegen om Gamification toe te voegen aan hun wachtproces om de tevredenheid van hun patiënten te verbeteren.

Gamification kan ook worden gebruikt voor educatieve marketing en ondersteuning van zowel zorgvragers als zorgverleners. Het combineren van de inzichten die gamificatie met geavanceerde analysemethoden zoals AI kan helpen bij het identificeren van veranderende behoeften van zorgvragers en zorgverleners (van Os, vision 2030). Het wordt gezien als een hulpmiddel om zorgvragers in een langdurige relatie met zorgverleners en zorginstellingen te ondersteunen (Mohd Tuan, 2018). Het Limburgse "Hostilia" agressieproject, is een coöperatief spel waar zorgverleners als team scenario's doorlopen over hoe te handelen tijdens momenten van agressie door zorgvragers. "Hostilia" biedt trainingen en ondersteuning aan, en werkt samen met partnerhogescholen voor integratie in onderwijs en continue vorming binnen zorginstellingen. Het spel genereert data over de gemaakte keuzes, wat dient als basis voor remediëring en het bespreken van ervaringen en leermomenten.

Als we kijken naar de resultaten van het Nederlandse Zorgmarketingonderzoek, blijkt dat bijna 60 procent van de zorgorganisaties geen marketingexpert betreft bij het bepalen en ontwikkelen van strategieën tegen problemen, zoals destructief gedrag door zorgvragers. Wat betekent dat bij bijna tweederde van de zorgorganisaties marketing op directieniveau ontbreekt. Als er binnen een zorgorganisatie dan al een marketeer actief is, dan heeft slechts één op de zeven van deze zorgmarketeers regelmatig overleg met managers en collega's van de zorgafdelingen (Van Leeuw, 2016). Zorgmarketing vormt voor bijna alle zorginstellingen een nieuwe uitdaging, waarbij het momenteel vaak nog aan de juiste expertise ontbreekt. Veel zorginstellingen wijzen nu zorgmanagers, afdelingen, teams en consultants aan om deze nieuwe marketingfunctie binnen hun organisatie te beheren. Voor deze taken zijn nochtans specifieke vaardigheden vereist, evenals een organisatiebrede benadering en coördinatie. (Management kennisbank).

We besluiten dat zorginstellingen blijken vaak terughoudend te zijn om destructief gedrag door zorgvragers op de werkplek aan te pakken. Zo worden gewelddadige incidenten tegen zorgverleners ondergerapporteerd uit angst voor slachtofferschap, ontmoediging door de werkgever, de perceptie dat rapporteren geen verschil zal maken (de Raeve et al., 2023) of uit vrees voor negatieve publiciteit en imagoschade. Dit leidt tot een gevoel van verwaarlozing bij zorgverleners en ondermijnt de aantrekkelijkheid van het zorgberoep. Daarnaast toont het gebrek aan integratie van marketingexpertise binnen zorgorganisaties aan dat er een kloof bestaat in het onderhouden en verbeteren van relaties met zowel zorgvragers als zorgverleners. De noodzaak voor een geweldvrije werkplek en de implementatie van een effectief agressiebeleid, in samenspraak met werknemers en leidinggevende (Andersen et al., 2019), effectieve meldpunten, employer branding en gamification worden als cruciale stappen gezien om deze gap te overbruggen en te zorgen voor zowel de veiligheid van hun personeel als de kwaliteit van zorg voor patiënten.

4.2.2 Overheid

Regeringen en hun bevoegde autoriteiten, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, zijn verantwoordelijk voor het noodzakelijke wettelijk kader en de handhaving ervan om geweld op de werkplek te bestrijden. Het doel van heel wat onderzoek, op verzoek vanuit de overheid om informatie en statistische gegevens te verzamelen, is om de agressie binnen de zorgsector in kaart te brengen om zo het wettelijk kader rond de probleemstelling verder aan te pakken. Bovendien staat men in om de ontwikkeling van beleid op de werkplek aan te moedigen. Van de overheid wordt door heel wat zorginstellingen gevraagd geld ter beschikking te stellen om maatregelen, gebaseerd op onderzoeksresultaten, te kunnen realiseren. (The International Council of Nurses et al., 2005). Vele organisaties die sociale marketingcampagnes opzetten, werken met fondsen die aan zorginstellingen ter beschikking worden gesteld door overheidssubsidies (Weinreich, 1995).

4.2.2.1 Nationaal wettelijk kader

Aangezien er meer aandacht kwam voor welzijn en de preventie van stress op het werk midden jaren 90, werd de wet inzake gezondheid en de veiligheid van de werknemers van 10 juni 1952 vervangen door de wet tewerkstelling en arbeid van 4 augustus 1996 aangevuld door een collectieve arbeidsovereenkomst, cao 71 in 1999. Welzijn op het werk definieert men hier als het geheel van veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid en psychosociale aspecten van de werknemer met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden waarin het werk wordt uitgevoerd. Elke werkgever wordt

hierdoor verplicht de risico's waaraan de werknemers zijn blootgesteld te analyseren en de nodige maatregelen te treffen met het opstellen van een preventieplan omtrent psychosociale belasting op het werk (Welzijnswet, 1996).

De wet van 20 december 2006 en de wet van 8 maart 2010 ging van kracht om verbale of fysieke agressie tegen openbare beroepsgroepen, waaronder zorgverleners, strenger te kunnen bestraffen. Er werd gehoopt dat deze afschrikkend zouden werken doordat er verzwarende omstandigheden opgelegd kunnen worden, tegen agressors, wanneer er geweld gebruikt wordt tegen zorgverleners. De invoering van deze wetten hadden het doel wettelijk bescherming te bieden.

Op 21 juni 2019 introduceerde de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) Verdrag nr. 190 betreffende geweld en intimidatie. Dat verdrag is het eerste internationale verdrag dat recht geeft op een intimidatie- en geweldloze werkomgeving voor alle werknemers. België ratificeerde het verdrag in 2023 (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2023).

Op dit moment behandelt de Belgische Kamer een wetsvoorstel dat strengere straffen voorstelt voor de eerder genoemde vormen van agressie. Het voorgestelde nieuwe Strafwetboek zou zwaardere sancties opleggen aan diegenen die geweld gebruiken tegen personen in een openbare functie. Dit geweld omvat elke situatie waarbij een werknemer tijdens het werk fysiek of psychisch wordt bedreigd of aangevallen. Onder de beschermende functies vallen onder andere verpleegkundigen en artsen. De lijst van beschermde maatschappelijke functies zal in de toekomst ook uitgebreid worden voor alle gezondheidszorgberoepen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2020).

4.2.2.2 Internationale richtlijnen

Destructief gedrag tegen gezondheidswerkers is niet enkel een Belgisch fenomeen. In het buitenland werden reeds richtlijnen en maatregelen opgericht die de nodige aandacht schenken aan het probleem rondom destructief patiëntgedrag in de zorg.

In de Verenigde Staten worden Disruptive Behavior Committees (DBC) toegepast onder het gezag van de Chief of Staff (COS) die bedreigende patiënten beoordelen en beheersstrategieën aanbevelen. De comités bestaan uit vertegenwoordigers aan een breed scala aan vaardigheden en belanghebbenden, waaronder geestelijke gezondheid, veiligheid, politie en veiligheid, ethiek en patiëntvertegenwoordigers, ombudsman. Ze voeren multidimensionale dreigingsanalyses uit, vaak met gedetailleerde beoordelingen van interne en externe dossiers van en interviews met zorgverleners, familieleden en slachtoffers. Vervolgens doen ze aanbevelingen, geven ze formele training en conferenties die lezingen, actieve patiëntbeoordeling, simulaties en casusvoorbeelden omvatten (Hodgson et al., 2012).

Een behavioral intervention team (BIT) wordt in Amerikaanse zorginstellingen ingezet ter verbetering van de preventie en het beheer van destructief gedrag. Het multidisciplinair team bestaat uit een praktijkverpleegkundige en een klinisch maatschappelijk werker, met waar nodig consultatie van een psychiater kunnen plaatsvinden. Het team biedt ook onderwijs en ondersteuning aan de patiëntenzorgteams (verpleegkundigen, artsen en anderen) en assisteert niet-psychiatrisch personeel (Morrison et al., 2020).

Het kwaliteitsverbeteringsmodel Safewards werd ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk. Het is een pakket van verschillende interventies ter preventie van conflict tussen zorgverlener en patiënt. Intensief contact en wederzijds begrip tussen patiënten en zorgverleners vormen de basis zoals wederzijdse verwachtingen, positieve woorden en elkaar leren kennen. Het personeel van de afdeling, Verpleegkundigen en andere professionals die de directe zorg uitvoeren, spelen hierin een centrale rol (Doedens, 2022).

De NICE-richtlijnen, het onafhankelijke National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Engeland, zorgen voor de beoordeling na een destructief incident. Er wordt ingegaan op wat er tijdens het incident is gebeurd en de factoren en de rol van elke betrokken persoon. Een prospectief onderzoek kan worden opgestart waarbij deze informatie wordt gebruikt om het incident te beoordelen. Wat vervolgens een waardevol inzicht kan geven in de kenmerken en oorzaken van geweld en agressie op de desbetreffende afdeling. (James et al., 2006) Deze richtlijnen zijn gericht op de korte termijn, 72 uur, behandeling van verstoord en gewelddadig gedrag op spoedeisende hulp afdelingen. De richtlijnen stellen dat de aanpak van de beschreven best practices pas overwogen moet worden als andere strategieën hebben gefaald om de patiënt te kalmeren (Dickinson et al., 2009).

Geweld tegen verpleegkundigen is een uiting van een breder probleem dat geworteld is in het falen om geweld te herkennen en te beheersen op het niveau van de organisatie van de gezondheidszorg en het ontbreken van de juiste wetgeving om minimumnormen voor een veilige werkomgeving te handhaven. Dit is gedeeltelijk het resultaat van ontoereikende wetgeving in de hele Europese Unie die geweld op de werkplek in de gezondheidszorg aanpakt (de Raeve et al., 2023). Zo blijft er een kloof bestaan tussen de perceptie van de beleidsmakers van zorgvragersverwachtingen en de daadwerkelijke implementatie van zorgkwaliteit specificaties. Deze kloof wordt nog duidelijker als we naar internationale inspanningen kijken, die specifiek gericht zijn op de preventie en/of remediëring van destructief gedrag in de gezondheidszorg. Inspanningen om geweld op de werkplek aan te pakken moeten rekening houden met onderling samenhangende invloeden van zorgvragers, werknemers, organisaties en de maatschappij als geheel (Vrablik et al., 2020).

4.3 Gap 3: De prestatiegap

Gap 3 wordt gevormd door het verschil in de zorgkwaliteitsnormen en de daadwerkelijk geleverde zorg (Zeithaml et al., 2004). Dit verschil ontstaat wanneer zorgverleners niet naar behoren getraind zijn om met destructief gedrag door zorgvragers om te gaan, ondanks dat er een agressiebeleid binnen de zorginstelling bestaat en normen in de vorm van een wetgevend kader werd uitgewerkt. Maar ook de fysieke omgeving, waar de zorg wordt toegediend, leiden tot een zorgservice die onder de verwachtingen van de zorgvragers valt, wat mogelijk hun frustraties, dat leidt tot destructief gedrag, verergert.

4.3.1 Trainingen en opleidingen

Om effectief te reageren op de groeiende mondigheid van zorgvragers, is het essentieel dat zorgverleners beschikken over diverse communicatievaardigheden. Dit omvat het verhelderen van vragen en problemen, het overbrengen van informatie, het omgaan met emoties, het adresseren van fouten en klachten, en het beheren van conflicten. Het is cruciaal dat zorgverleners duidelijk begrijpen wat hun zorgtaken inhouden en dat ze deze informatie op een assertieve manier aan de zorgvragers kunnen communiceren (Van der Jagt, 2003). Het leggen van contact is een essentiële vaardigheid voor verpleegkundigen in de gezondheidszorg. Daarom is het belangrijk dat verpleegkundigen de mogelijkheid krijgen om deze vaardigheden verder te verbeteren (Doedens, 2022). Het is belangrijk dat zorgverleners voorbereid zijn op agressieve reacties en in staat zijn om te kunnen omgaan met zulke onaangename situaties van destructief gedrag (Morczek et al., 2014). Verpleegkundigen moeten vertrouwen krijgen in hun vermogen om om te gaan met potentieel gewelddadige situaties (Wang et al., 2008). De meeste verbeterruimte ligt daarom binnen training, ontwikkelingsvaardigheden en voorlichting. Voorlichting over het omgaan met en voorkomen van agressie en ongewenst gedrag. Verder heerst er behoefte aan training gericht op gesprekstechnieken tegen negatief gedrag. Mentaal kan een personeelslid sterker worden door beter te leren omgaan met eigen emoties om later beter negatieve emotie te kunnen herkennen bij anderen. Ook wel Emotionele weerbaarheidstrainingen genoemd (PGGM&co, 2021). Training en opleidingen om te leren omgaan met destructief gedrag door zorgvragers moeten worden aangeboden op een continu en periodiek basis, afhankelijk van de specifieke behoeften, van alle werknemers binnen de zorginstelling (The International Council of Nurses et al., 2005).

Onderzoek (Ferrara et al., 2022) benadrukt dat verpleegkunde en arts studenten worden blootgesteld aan het risico op geweld, wat hun risicoperceptie, op het in aanraking komen met destructief gedrag in hun toekomstige job, vergroot. Daarnaast zien we dat jonge, onervaren zorgverleners het meeste risico lopen om met geweld op de werkplek te maken te krijgen (Laadraoui et al., 2022). De opleidingsinstituten zullen daarom ook hun opleidingsprogramma's moeten aanpassen. Deze zullen niet alleen op het geven van zorg gericht moeten zijn, maar ook kennis en informatie moeten aanbieden over destructief gedrag dat in de gezondheidszorg kan voorkomen (Oyen, 2002). Onderzoek (Nau et al., 2010) levert het bewijs dat een trainingsprogramma in agressiebeheersing een positief effect kan hebben op de prestaties van (afgestudeerde) studenten bij het escalerende gedrag van agressieve patiënten. In opleidingsrichtlijnen voor scholen is er daarom ook meer aandacht nodig voor verschillende communicatievaardigheden en het omgaan met agressie. Om zo bij de start van de carrière binnen de zorgsector te kunnen inspelen op deze zwakte. Men kan studenten leren omgaan met emoties, klachten en conflicthantering (Van der Jagt, 2003). Casussen met storytelling ervaringen (Hutcheson & Lux, 2010), maar ook rollespellen (Patel et al., 2011) kunnen in de praktijk gebruikt worden om studenten in staat te stellen om storend gedrag te herkennen en er mee te leren omgaan op de juiste manier. Verder zijn er inspanningen nodig om studenten ervan bewust te maken dat moeilijk gedrag van patiënten het diagnostisch redeneren kan verstoren, waardoor klinische oordelen negatief beïnvloed worden (Mamede et al., 2017). Het zou onjuist zijn om ervan uit te gaan dat agressiebeheersing tijdens het werken wordt aangeleerd. Het zo snel mogelijk aanbieden van trainingprogramma's in de opleidingen zal ervoor zorgen dat men beter bewapend is in uit de hand lopende situaties. Men raadt aan, omtrent de

communicatievaardigheden in de huidige opleidingsonderdelen, niet alleen in de psychiatrische vakken lesinhouden worden toegevoegd, omdat uit onderzoek blijkt dat agressie geen probleem is dat specifiek beperkt is tot de psychiatrie (Nau et al., 2010).

Hierbij moeten we wel vermelden dat getrainde mensen er niet altijd in slagen om escalerende agressie van patiënten onder controle te krijgen. Nieuwe onbekende situaties brengen altijd uitdaging met zich mee zelfs als er training werd gegeven (Nau et al., 2010).

4.3.2 Omgeving

Een verbeterde omgeving van de zorg, met meer aandacht voor zorgvragers en hun behoeften en noden, zou bij kunnen dragen aan het preventief oplossen van de problemen van destructief gedrag (Van der Jagt, 2003).

De fysieke omgeving van wachtruimtes kunnen het wachten ook aangenamer en comfortabeler maken. Dit door het creëren van overzicht en het vermijden van dode hoeken: gebruik spiegels, aangepaste verlichting zowel buiten als binnen, aangename inrichting en meubilair, groenvoorzieningen, enz. (PZvlas, 2008). Verder kan er gewerkt worden met grote ramen die naar buiten uitgeven. Patiënten en medebezoekers zien dus wat er gebeurt en kunnen artsen en verpleegkundigen zien langslopen. Daarnaast zorgt het voor veel natuurlijke lichtinval. Verdere inrichting kan gebeuren met frisse kleuren die ontspannend en kalmerend aanvoelen (The International Council of Nurses et al., 2005). Ook behandelzones kunnen doordacht ingericht worden. Deze liggen best buiten de hoofdzone om als patiënt niet met iemands geroep of ellende geconfronteerd te moeten worden. Geluidsniveaus worden best tot een minimum beperkt om irritatie en spanning bij bezoekers en patiënten uit te sluiten. Geluidsabsorberende materialen gebruik bij de inrichting van ruimtes kunnen hierin helpen (The International Council of Nurses et al., 2005). Acting out rooms, waar je als patiënt of familielid even tot rust kunt komen (Zorgmagazine, 2023). Denk aan duidelijke bewegwijzering en geleiding van bezoekers. Wachttijden zijn er nu eenmaal, maak deze aangenamer door bijvoorbeeld TV, speelruimtes voor kinderen of magazines (PZvlas, 2008).

Ook de omgevingsondersteuning voor zorgverleners speelt een rol. Op heel wat afdelingen en praktijken zijn alarminstallaties bevestigd onder de bureaus, zodat in geval van fysiek geweld snel hulp kan worden ingeroepen. Ook worden er tips verstrekt aan artsen en verpleegkundigen om ervoor te zorgen dat men altijd eerder dan de patiënt een veilige vluchtweg kan nemen, in geval van nood (Van der Jagt, 2003). Zo worden er veiligheidszones, nooduitgangen of schuilplaatsen voorzien. Daarnaast is er vaak bewakingscameratoezicht aanwezig dat potentieel geweld afschrikt (PZvlas, 2008). Maar ook kwam er naar aanleiding van Belgisch onderzoek (Backx et al., 1999) een wettelijk kader voor politiebegeleiding bij risico-oproepen. Daarnaast staan zorginstellingen vandaag de dag rechtstreeks in contact met politie eenheden en interne bewakingsdiensten ter bescherming van agressie. Verder wordt er tegenwoordig gewerkt met personeelsbadges die de toegang beperken tot bevoegde medewerkers (Ceulemans, 1998).

Ondanks de ontwikkeling van agressiebeleid en wetgevende kaders, blijft de daadwerkelijke zorg vaak achter bij de verwachtingen, mede door onvoldoende training van zorgpersoneel en suboptimale fysieke omgevingsfactoren. Trainingen gericht op communicatie, omgaan met emoties, en conflictbeheersing zijn cruciaal, maar moeten continu en specifiek afgestemd zijn op de behoeften van het personeel. Even belangrijk is de aanpassing van de fysieke zorgomgeving om zowel zorgvragers als zorgverleners te ondersteunen en frustraties die kunnen leiden tot destructief gedrag, te minimaliseren.

De onderzoeksresultaten uit Amerikaans onderzoek (Spelten et al., 2022) ondersteunen de verschuiving van de focus op de individuele werknemer, die het slachtoffer is van destructief gedrag, naar een alomvattende aanpakstelsel om destructief gedrag tegen zorgverleners in de gezondheidszorg te helpen verminderen en minimaliseren. Om een effectief stelsel gebaseerde strategie te laten werken, dient deze geïmplementeerd te worden door de zorginstelling als organisatie, ondersteund te worden door externe partijen zoals onderwijsinstellingen en gelegitimeerd te worden door de overheidsregelgeving. Verschillende actoren zijn dus bij de preventie en remediëring van geweld en destructief patiëntgedrag binnen de gezondheidszorg betrokken. Ondanks verschillende belangen, moeten ze niet geïsoleerd met de probleemstelling aan de slag gaan, maar moeten ze hun inzichten en inspanningen bundelen om het maximale resultaat te kunnen bereiken. Alle partijen spelen een actieve rol in het uitvoeren van initiatieven tegen destructief patiëntgedrag (The International Council of Nurses et al., 2005).

4.4 Gap 4: De communicatiegap

De communicatiekloof is het verschil tussen dat wordt beloofd en dat wat daadwerkelijk wordt geleverd aan en ervaren door de zorgvrager (Zeithaml et al., 2004). Persoonsgerichte zorg zou ervoor kunnen zorgen deze gap te dichten, waarbij marketingcommunicatie gericht op de behoefte en wensen van de zorgvrager, maar waar realistische verwachtingen gecreëerd kunnen worden, waardoor frustraties, die kunnen leiden tot destructief patiëntgedrag, verminderd kunnen worden.

4.4.1. Persoonsgerichte zorg

Een toenemend aantal onderzoekers, praktijkmensen en beleidsmakers roept op tot persoonsgerichte zorg waarbij zorgvragers zich geen nummer voelen en ervaren dat zorgverleners rekening houden met hun individuele wensen, voorkeuren en behoeften (Balint, 2002). Goede marketing heeft de verdienste dat zijn 'klant', of in dit geval, de zorgvrager centraal wordt gesteld (Oyen, 2002).

Het aanpassen van het zorgaanbod aan de individuele voorkeuren, wensen en behoeften van de klanten draagt bij aan het bereiken van het maximale potentieel van persoonsgerichte gezondheidszorg (Sharma et al., 2016). Bij het formuleren van een veilige individuele, organisatorisch en maatschappelijke toekomst visie, moet men ook durven keuzes te maken. Dat kan inhouden bestaande activiteiten afstoten of nieuwe diensten opstarten. Het is mogelijk te streven naar een volledig geïntegreerd aanbod van zorg, zodat de patiënt tijdens zijn geheel zorgproces gevolgd kan worden door het zelfde team. Marketing kan het aanbod van zorginstellingen helpen herdefiniëren, herprofilering, verder aanscherpen en verfijnen (Oyen, 2002).

Het opbouwen van vertrouwensrelaties en het waarborgen van continuïteit tijdens het gehele zorgproces kunnen daarnaast een positieve invloed hebben op het gedrag van zorgvragers en een preventieve oplossing vormen voor mogelijke destructieve situaties doordat zorgverleners beter rekening kunnen houden met hun individuele wensen, voorkeuren en behoeften (Balint, 2002).

Persoonsgerichte zorg is ook het tegemoetkomen aan de informatie behoeften van zorgvragers. Informatie is een belangrijk sleutelwoord voor een succesvol ziekenhuisbeleid. Hoeveel patiënten weten precies wat er met hen gaat gebeuren? Waarom zijn ze eigenlijk in het ziekenhuis terecht gekomen? Zorginstellingen zullen merken dat informatie uitwisseling tussen zorgvrager en zorgverlener steeds meer tijd en inzet zullen vergen (Oyen, 2002). Men zou vroegtijdige preventie van agressief gedrag kunnen bieden door intensief contact tussen zorgvrager en zorgverlener (Doedens, 2022). Verbeterde communicatie tussen personeel en patiënt agressie zou helpen destructief gedrag te verminderen (Fagan-Pryor et al., 2003). Het tijdig verstrekken van informatie aan patiënten, hun vrienden en familieleden, is van cruciaal belang om het risico op agressie en verbaal geweld te doen afnemen (The International Council of Nurses et al., 2005). Een goede communicatie door zorgverleners over heldere omschrijvingen van het zorgaanbod, duidelijk aangeven van grenzen en wat mogelijk is, zodat zorgvragers hier in hun verwachtingen en tijdens het zorgproces rekening mee kunnen houden. Vooral betere informatie aan patiënten meedelen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de zorgcapaciteit en -mogelijkheden (Van der Jagt, 2003).

De aanpak van het communicatiegat tussen de beloofde en werkelijk geleverde zorg kan effectief worden aangepakt door de implementatie van persoonsgerichte zorg. Dit door het verstrekken van tijdige informatie aan zorgvragers wat ervoor zorgt dat zorgverleners hun hulp beter afstemmen op de individuele wensen en behoeften van zorgvragers. Wat helpt bij het scheppen van realistische verwachtingen en het verminderen van mogelijke frustraties die tot destructief gedrag kunnen leiden.

4.4 Gap 5: De ervaringsgap

Gap vijf is de som van gap één tot en met vier en is gelijk aan het totale verschil tussen wat patiënten ontvangen en wat ze verwachten van de gehele zorgverlening (Zeithaml et al., 2004). Als hun verwachtingen dus groter zijn dan de effectieve zorgverlening, waar de bovenstaande partijen mee verantwoordelijk voor zijn, is de kans op destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg groter dan wanneer hun verwachtingen gelijk zijn dan of zelfs overtroffen worden door de werkelijke zorgverlener.

Uit onderzoek (A'aqoulah et al., 2022) blijkt dat ziekenhuisinstellingen de nodige acties moeten ondernemen gericht op het verkleinen van de kloof tussen de verwachtingen en percepties van patiënten met betrekking tot zorgdienstverlening. Het onderzoek toonde aan dat de verwachtingen van wat er in een zorgdienst beschikbaar zou moeten zijn, door zorgvragers, veel hoger zijn dan hun ervaringen met zorgdiensten. SERVQUAL (Parasuraman et al., 1991), ook wel de vijf dimensies van service kwaliteit genoemd, biedt een ideaal framework om te evalueren in hoeverre de zorg voldoet aan de verwachtingen en percepties van zijn zorgvragers. Dit is essentieel in de gezondheidszorg, waar patiënten interacties met zorgverleners en het zorgsysteem vaak interpreteren op basis van

hun verwachtingen en eerdere ervaringen. Daarnaast kan het model toegepast worden om de zorgkwaliteit te analyseren, waarbij specifiek kan worden gekeken naar hoe de omgeving, voor zowel zorgvragers als zorgverleners kan worden beheerd en verbeterd.

De vijf dimensies van het SERVQUAL-model bestaan als eerst uit de tastbare zaken waaronder het uiterlijk van fysieke faciliteiten, apparatuur en communicatiematerialen vallen. Daarnaast zien we het belang van betrouwbaarheid om de beloofde service nauwkeurig te kunnen uitvoeren. Verder moet er responsiviteit en bereidheid aanwezig zijn om zorgvragers te helpen en snelle service te verlenen. Ook is er kennis bij zorgverleners nodig om zekerheid uit te stralen. Tot slot is het belangrijk om empathische zorgzame, individuele aandacht aan zorgvragers te kunnen bieden (Parasuraman et al., 1991).



Figuur 2. Preventie en beleid gebaseerd op Gaps model of service quality (Zeithaml et al., 2004) toepassen met SERVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991)

5 Bewustwording creëren

Het is noodzakelijk om het niveau van de agressie op zorgafdelingen te verminderen, en dit door gedragsverandering van zorgvragers (Kowalczyk et al., 2017). Welke middelen zijn in te zetten om zorgvragers aan te moedigen om wangedrag achter wegen te laten (Van der Jagt, 2003)? Om te beginnen zou het wereldwijd probleem rond destructief patiëntgedrag in de zorg meer onder de aandacht moeten komen (International Labour office et al., 2002). Maar hoe zorg je voor aandacht en bewustwording rond een topic zoals destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg? Enkele zorginstellingen, maar ook overheden, kwamen reeds met bewustmakingsinitiatieven tegen destructief gedrag op de markt.

5.1 Hierarchy-of-effects

In verscheidene studies wordt vaak verwezen naar de nood aan bewustwording, zodat zorgverleners de schuld niet steeds bij zichzelf zouden leggen maar bijkomende hulp zoeken wanneer nodig. Nieuwe sensibiliseringscampagne zijn dan ook noodzakelijk om het respect voor zorgverstrekkers op te krikken en hun veiligheid te beklemtonen. De Hierarchy-of-effects model (Kotler, 1989) biedt een waardevol raamwerk ter preventie en remediëring van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg. Om te beginnen zou het wereldwijd probleem rond destructief patiëntgedrag in de zorg meer onder de aandacht moeten komen (International Labour office et al., 2002). Het initiëren van verandering van gedrag begint met het creëren van bewustzijn rondom destructief gedrag. Dit is de eerste stap om de doelgroep, in dit geval zorgvragers en zorgverleners, te bereiken en hun aandacht te vestigen op het probleem. Vervolgens is het vergroten van kennis over de negatieve gevolgen voor zorgverleners van dergelijk gedrag cruciaal (Kotler, 1989). Men zou ervoor moeten zorgen dat de gemeenschap zich meer bewust wordt van de gevolgen van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg (Moss, 2017). Na de kennisverhoging volgt de ontwikkeling van een negatieve houding ten opzichte van destructief gedrag tegens zorgverleners en positieve houding ten opzichte van verandering (Kotler, 1989). Dit is waar de complexiteit van de rationeel denken van mensen een uitdaging vormt, maar waar sociale marketingtools kunnen worden ingezet, niet alleen om te informeren, maar ook om te motiveren en te overtuigen (Maibach, 2003). Sensibiliseringscampagnes kunnen oproepen zorgvragers respect te hebben voor de zorgverlener (Ceulemans, 2019).

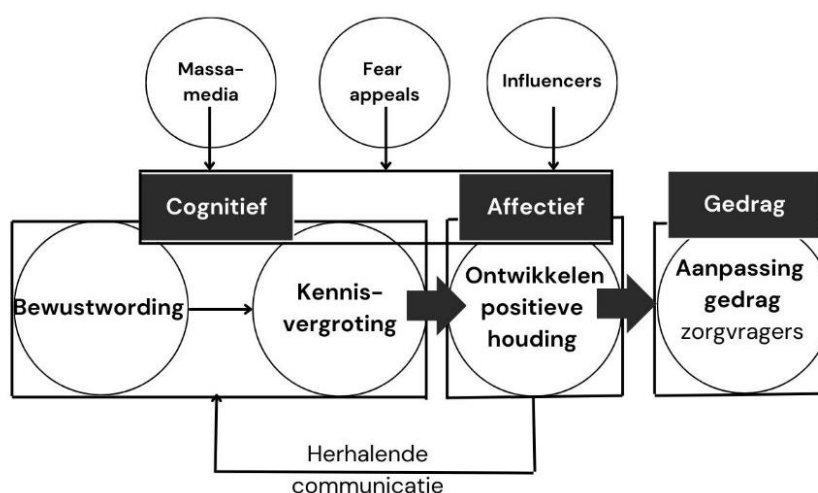
Dit door middel van communicatie richting zorgverleners en zorgvragers door zowel zorginstellingen zelf als de overheid op verscheidene mediaplatformen (BVAS, 2012). Dit met als doel zich als zorgverlener gehoord te voelen en het gedrag van zorgvragers te doen aanpassen. Ideale promotiekanalen om op een effectieve manier een sociale marketingboodschap tot het doelpubliek te brengen is de massamedia zoals tv, radio, websites en sociale media (Lagasse, 2004). Contento et al. (1995) hebben vastgesteld dat campagnes die over meerdere jaren lopen effectiever zijn dan die welke slechts enkele weken of maanden duren.

In sociale marketing worden angst en dreiging regelmatig ingezet met de hoop dat deze emoties het beoogde gedrag stimuleren. Het concept is gebaseerd op het idee dat 'fear appeals' een emotionele disbalans en spanning veroorzaken, wat leidt tot een onplezierig gevoel. Dit ongemak motiveert mensen vervolgens om het gewenste gedrag te vertonen om zo het oncomfortabele gevoel te

verminderen en de waargenomen dreiging te elimineren. (Brennan et al., 2010; Easterling et al., 1989).

De effectiviteit van een bewustmakingscampagne hangt sterk af van de geloofwaardigheid van de persoon die de boodschap overbrengt. Deze geloofwaardigheid, ook bekend als 'source credibility', is afhankelijk van factoren zoals de expertise, objectiviteit, geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van de boodschapper (Solomon, 2010). Influencers zouden volgens Booth et al. de perfecte boodschapper zijn om een bewustmakingscampagne op te zetten. Een sociale media-influencer is iemand die, door een authentiek persoonlijk merk te creëren en erkenning te krijgen, aandacht en sociaal kapitaal op sociale media verzamelt. Volgens Booth et al. (2011), bestaat het sociaal kapitaal van influencers uit een uitgebreide groep volgers, die verder reikt dan enkel familie en vrienden. Dit kapitaal en het persoonlijke merk dat ze hebben opgebouwd, kunnen door bedrijven en marketeers gebruikt worden om specifieke doelgroepen, zoals zorgvragers, te bereiken (Booth et al., 2011). Influencers fungeren als een soort 'third party endorser', die volgens Freberg et al. (2010) in staat zijn de houding van hun publiek via sociale media te beïnvloeden (Freber et al., 2010). Dit door een hoge mate aan geloofwaardigheid en betrouwbaarheid die beide zorgen voor een hoge mate van acceptatie over de gecommuniceerde informatie (Kim et al., 2018) en dus een positief effect heeft op de attitude van de zorgvrager (Dou et al., 2012; Hsu et al., 2013). Influencers kunnen, via hun sociale media posts, zo meningen van consumenten vormen (De veirman et al., 2017). Ze kunnen via hun boodschap, gestuurd door de zorginstelling of overheid, een aanzienlijke positieve invloed uitoefenen op de maatschappij (Gamayanto et al., 2020).

Het "Hierarchy-of-effects model" laat zien dat het voor campagnes een flinke uitdaging is om gedragsveranderingen te realiseren via massacommunicatie. De doelgroep dient namelijk eerst een heel proces te doorlopen vooraleer de campagneboodschap hen aanzet tot een gedragsverandering. Daarnaast moet men kort na de lancering van de campagne zich al bewust zijn van de boodschap en deze zich enkele dagen later nog herinneren, personen die geen bewustwording creëren voor de boodschap, stappen anders vanaf het begin al uit het proces. Enkel diegenen die zich de campagne nog herinneren, kunnen hier tegenover een attitude en intentie ontwikkelen om het aanbevolen gedrag aan te nemen (Kotler et al., 1989).



Figuur 3. Van bewustwording naar gedragsverandering gebaseerd op het Hierarchy-of-Effects Model (Kotler, 1989)

5.1.1 Initiatieven door zorginstellingen

Op korte termijn kan agressie aangepakt worden met postercampagnes waarvoor eigen medewerkers model staan. Getuigenissen van slachtoffers die zelf in aanraking kwamen met agressie op de werkvloer geven een menselijke toon aan de campagne. (ZOL, 2023) Deze worden opgehangen in wachtzalen en zijn rechtstreeks gericht aan prikkelbare patiënten.

Het ziekenhuis Oost-Limburg pakte agressie aan in 2023 met postercampagnes waarvoor eigen medewerkers model stonden en getuigden zelf als slachtoffer van agressie op de werkvloer door zorgvragers (ZOL, 2023). De poster roept hen op respect te hebben voor de zorgverlener (Ceulemans, 2019).

Ook in Nederlandse zorginstellingen bundelen ze hun krachten in het opzetten van campagnes tegen destructief gedrag in de zorg. Maar liefst 14 Twentse zorgorganisaties werkten samen. Voor de sensibiliseringscampagne, genaamd #SamenTegenAgressieInDeZorg is gekozen voor een vorm die binnenkomt en confronterend kan overkomen. Vijf zorgcollega's vertellen over hun ervaring met agressie en worden als silhouetten in beeld gebracht. De campagne is te zien op bussen in de regio en social media (Medisch centrum Twente, 2023).

5.1.2 Nationale initiatieven door overheden

In 1999 startte de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk de Zero Tolerance-campagne tegen geweld gericht op zorgverleners, onder het motto: "We don't have to take this". Het doel van deze campagne was om bewustzijn te creëren dat geweld binnen de NHS onacceptabel is en niet getolereerd wordt (National health service, 1999).

Spanje heeft sinds 2009 een nationale dag, Día Nacional contra las Agresiones, gericht op het verhogen van het publieke bewustzijn over agressie in de gezondheidszorg door middel van gerichte campagnes rond de problematiek van agressie op gezondheidsgebied. Het doel is om de overheidsdiensten, professionals en burgers bewust te maken van de gevolgen die destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg met zich meebrengen (medicos pacientes, 2017).

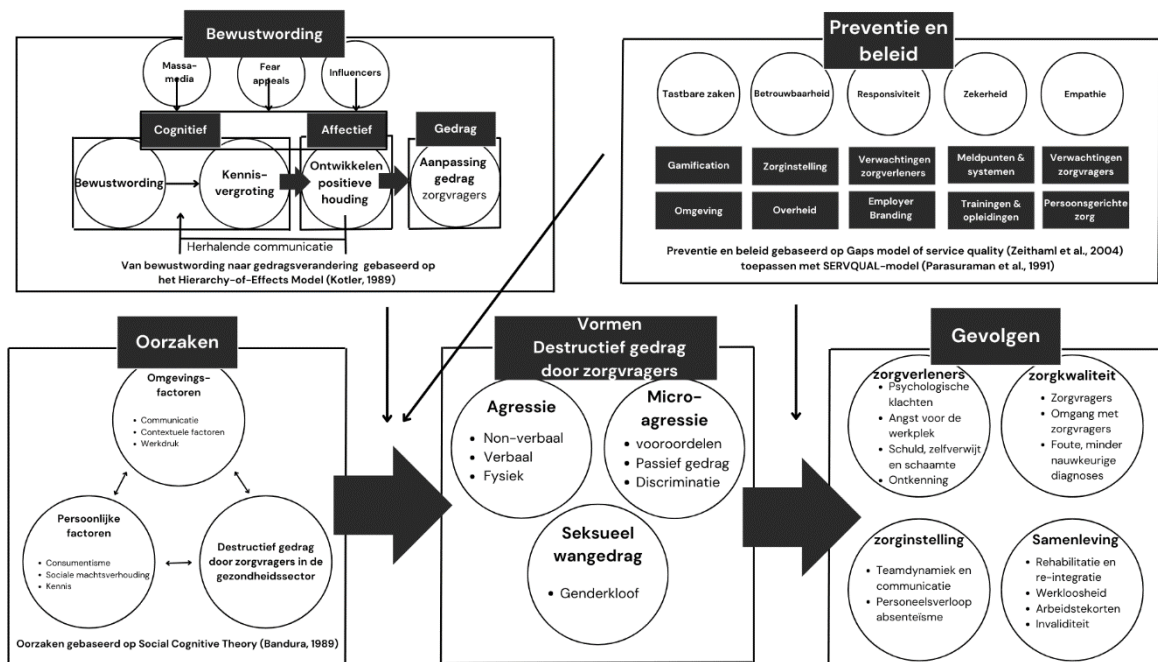
In 2012 startten de Belgische federale Overheidsdiensten Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid de campagne 'Wederzijds respect zorgt voor een gezonde relatie', met de slogan: "Respecteer de veiligheid van uw arts". Ze verspreidden een brochure en stuurden posters naar huisartsen om in hun wachtkamers op te hangen. Artsen werden bovendien aangemoedigd om agressie bij de politie aan te geven (BVAS, 2012).

In 2012 initieerde de Nederlandse overheid samen met diverse belangenorganisaties een bewustwordingscampagne onder de naam "wees duidelijk over agressie". Deze campagne was onderdeel van het actieplan "Veilig Werken in de Zorg" en richtte zich op zorgmedewerkers met de slogan 'Altijd melden, Altijd bespreken, Altijd handelen'. Het doel was om zorginstellingen te ondersteunen bij het invoeren van een anti-agressiebeleid. In het kader van deze campagne werden verschillende bijeenkomsten georganiseerd waar zorgmedewerkers elkaar konden inspireren en van elkaar konden leren. (VNG, 2015).

Het publieke bewust maken over deze kwestie kan daarnaast bevorderd worden door pakkende PR artikels in de media (The International Council of Nurses et al., 2005).

Zowel lokale zorginstellingen als nationale overheden ontplooiden reeds initiatieven om destructief gedrag binnen de zorgsector aan te pakken. Dit met een persoonlijke benadering om bewustwordingen te creëren en respect voor zorgverleners te stimuleren door beleidsmaatregelen te introduceren.

Het geheel van de literatuurstudie werd samengebracht in een conceptueel framework waarin oorzaken van destructief gedrag door zorgvragers gebaseerd op het social cognitive Theory model van Bandura op een positieve manier beïnvloed worden door bewustmakingsstrategieën gebaseerd op het Hierarchy-of-effects model van Kotler en preventiestrategieën gebaseerd op het Gaps model of service quality volgens Zeithaml et al. Toegepast met het SERVQUAL-model volgens Parasuramen et al. Vormen van destructief gedrag door zorgvragers resulteren in gevolgen voor verschillende partijen maar kunnen positief beïnvloed worden door beleidsstrategieën op het Gaps model of service quality volgens Zeithaml et al. Toegepast met het SERVQUAL-model volgens Parasuramen et al.



Figuur 4. Voorlopig conceptueel Framework

Methodologie

Om de onderzoeksvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden werd er een literatuurstudie in combinatie met een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In het kwalitatieve onderzoek zullen diepte-interviews worden gebruikt om de context, die eerder in de literatuurstudie is geschetst, te verifiëren en om nieuwe inzichten te verkrijgen. De resultaten van het kwalitatief onderzoek werden geanalyseerd, samengevoegd en vergeleken met de literatuurstudie en samengevoegd in de resultatensectie. Hierdoor kon het voorlopige conceptuele raamwerk uit de literatuur aangevuld worden met inzichten uit het kwalitatieve onderzoek op basis van de grounded theory. Verder konden er aanbevelingen uitgeschreven worden, onder de discussiesectie, op basis van de inzichten uit dit gehele onderzoek, die in de praktijk kunnen worden ingezet of in verder onderzoek verder onderzocht kunnen worden. Op die manier is het gehele resultaat van deze masterproef direct inzetbaar in de praktijk.

Literatuurstudie

Het doel van een literatuurstudie is om de huidige stand van zaken omtrent het thesisonderwerp diepgaand te begrijpen en hieromtrent een theoretisch kader te ontwikkelen als basis voor deze masterproef als vernieuwend onderzoek. Dit hielp in het onderzoek bij het definiëren van het specifieke onderwerpsprobleem en het formuleren van onderzoeksvragen waar bestaande antwoorden op te vinden zijn. Er werd gebruik gemaakt van secundaire gegevens, data die eerder verzameld en geanalyseerd werd door andere onderzoekers. Papers en wetenschappelijke artikelen werden gezocht via de databank van UHasselt, Google scholar en PubMed via Engels zoektermen zoals: 'disruptive patient behaviour', 'negative disruptive behaviour', 'marketing healthcare', 'Healthmarketing' en 'service management'. Ook werd er in het Nederlands gezocht met zoektermen zoals: 'agressief patiëntgedrag', 'destructief patiëntgedrag' en 'marketing zorgsector'. Daarnaast werden er professionele vaktijdschriften en websites van zorginstellingen geraadpleegd. De gevonden bevindingen en informatie uit de geselecteerde bronnen werden in een samenhangend geheel als literatuurstudie neergeschreven.

Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek steunde op een kwalitatieve onderzoeksmethode waarin diepte-interviews werden afgenomen met respondenten verbonden aan de probleemstelling van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg (n=15). Er werd gebruik gemaakt van twee soorten non-probability sampling techniques, namelijk een doelgerichte steekproef in combinatie met een sneeuwbalsteekproef. Om tot deze respondenten te komen werd er enerzijds gewerkt met doelgerichte steekproeftrekking, waarbij er doelgericht gezocht werd, via LinkedIn, in zorgtijdschriften en de media, naar respondenten die als expert een relevante bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek. Daarnaast werden er zorgverleners die ervaring hebben met de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers gezocht. Dit binnen de vooropgestelde criteria van interne en externe respondenten die samen een zo breed mogelijke schaal aan functies bekleden, om zo alle relevante aspecten, besproken binnen de literatuurstudie, af te dekken. Gaande van respondenten die werkzaam zijn binnen een zorginstelling of de gezondheidssector (Intern) tot respondenten die onrechtstreeks verbonden zijn aan een zorginstelling of de gezondheidszorg, maar actief zijn in een functie die verband houdt met de probleemstelling van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg (Extern). Anderzijds werden tijdens het afnemen van interviews,

door sommige respondenten, mogelijke andere respondenten aangehaald die als expert een meerwaarde kunnen bieden binnen dit onderzoek. Het was namelijk niet altijd even eenvoudig om zelf experts in dit studiegebied te vinden, en verder om met hen in contact te kunnen komen. We kunnen hier spreken dat in dit onderzoek snowball sampling werd toegepast.

De respondenten werden per mail of LinkedIn gecontacteerd. Bij het contacteren werd het onderzoeksopzet gekaderd en werd er voorgesteld een opstartgesprek in te plannen om verdere in gesprek te kunnen rond het masterproefonderwerp en af te toetsen wat we voor elkaar kunnen betekenen. Tijdens het opstartgesprek werd er een verdere afspraak vast gelegd voor het afnemen van een diepte-interview om diepgaande inzichten, meningen en bevindingen te verkrijgen. Om het onderzoek te kunnen aanvullen met diepte-interviews door zorgverleners, ben ik in mijn sociale omgeving en persoonlijk netwerk op zoek gegaan. Bij het kiezen van de zorgverleners voor dit onderzoek is gestreefd naar een breed scala aan profielen om een dieper inzicht te verkrijgen in de diverse ervaringen met destructief gedrag van zorgvragers. Er zijn variaties waargenomen in zowel functie als geslacht van de deelnemers. In tabel 1 is een schematisch overzicht van de geselecteerde respondenten opgenomen. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de namen van de respondenten weggelaten.

Er werden 15 semi-gestructureerde interviews, waarbij de belangrijkste vragen vastliggen maar er een mogelijkheid is om bijvragen te stellen, afgenomen tussen maart 2024 en april 2024, die minimaal 43 minuten 23 seconden en maximaal 56 minuten 34 seconden duurden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van drie interviewleidraden, te vinden in bijlage, gebaseerd op de theorie verkregen uit de literatuurstudie. enerzijds een voor experts agressie gekend met de problematiek rond destructief gedrag door zorgvragers, anderzijds een voor experts die onderzoek voeren naar zorgmarketing en tot slot een voor zorgverleners actief in de gezondheidszorg. In de interviewleidraad werd er gewerkt met clusters om tijdens de diepte-interviews op een structuur te kunnen steunen gelinkt aan de uitgevoerde literatuurstudie.

Er werden open vragen gesteld, waarbij aan het begin van de interviews vermeld werd dat er geen juist of foute antwoorden mogelijk zijn, om de complexe en multifactoriële van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg beter te kunnen begrijpen. Daarbij komend was het noodzakelijk om nieuwe inzichten te komen in waarom marketing nog niet, en hoe marketing ingezet kan worden binnen deze problematiek. Verder werd er dieper ingegaan op de antwoorden van de respondenten door aansluitende vragen te stellen om het onderzoek steeds meer te onderbouwen. Dit leidt tot diepgaande verklaringen en inzichten die niet gemakkelijk kunnen worden verkregen via kwantitatieve methoden. Ze kunnen namelijk de "waarom"-vragen van een onderzoek beantwoorden dat een kwantitatief onderzoek niet kan. Daarnaast stelde het me in staat de complexiteit van menselijke gedachten, emoties, gevoelens, gedachten en daden te begrijpen. Kwalitatief onderzoek kan namelijk de nadruk leggen op de emotionele en sociale dimensie die nodig is binnen deze problematiek.

Met een informed consent, te vinden in bijlage, was de respondent op de hoogte van zijn rechten als deelnemer aan dit onderzoek. Verder werd er, voorafgaand het interview, bij elke respondent benadrukt dat de anonimiteit en vertrouwelijkheid ten alle tijden zal bewaard worden. Het onderwerp van dit onderzoek kan namelijk ethisch en gevoelig liggen voor de eigenlijke persoon en zijn of haar

vertrouwelijkheid tot de job. Dit zorgt ervoor dat de respondenten vrij kunnen spreken in een veilige omgeving.

Respondent	Geslacht	Functie	Relatie tot zorgsector
1.	Vrouw	Verpleegkundige coördinerende waak op spoed en intensieve zorg	Intern
2.	Man	HBO 5 student verpleegkunde Actief geweest als opvoeder bij mensen met fysieke en mentale beperkingen	Extern
3.	Vrouw	Onderzoeker marketing binnen de gezondheidszorg Actief geweest als vroedvrouw	Extern
4.	Man	Gezondheidsprofessional als campaign developer	Extern
5.	Man	Voorzitter Vlaamse zorgorganisatie werkzaam als psychiatrisch hoofdverpleegkundige	Intern
6.	Vrouw	Spoedverpleegkundige	Intern
7.	Vrouw	Bachelorstudent verpleegkunde actief als verpleegkundige ziekenhuis	Intern
8.	Man	Hoofdverpleegkundige spoedgevallen bejegenaar agressie in de zorg	Intern
9.	Man	Zelfstandige verpleegkundige	Intern
10.	Vrouw	Zelfstandige Huisarts	Intern
11.	Vrouw	Trainings- en consultancy manager gericht op ongewenst gedrag	Extern
12.	Man	Hajo huisarts in opleiding	Extern
13.	Man	Auteur, acteur en verpleegkundige	Intern
14.	Man	Adviseur bij zorgorganisatie	Extern
15.	Man	Adviseur bij zorgorganisatie	Extern

Tabel 1. Overzicht respondenten

Grounded theory

Er werd gewerkt met de grounded theory (Glaser et al., 1967) onderzoeksmethode om het voorlopige conceptuele model verkregen uit bestaande theorieën beschreven in de literatuurstudie te kunnen aanvullen met de resultaten verkregen uit het kwalitatieve onderzoek en zo een theorie te ontwikkelen voor het sociaal onderzoekonderwerp. Doordat er nog relatief weinig onderzoek gebeurde naar de rol van marketing in de strijd tegen een sociale problematiek binnen de gezondheidssector, blijkt de Grounded Theory de beste onderzoeksmethode voor dit onderzoek (Bryant et al., 2007; Payne, 2007).

Na de transcribeerfase, waarin elk interview letterlijk werd uitgeschreven, werd er overgegaan tot het coderingsproces. De data werd op een systematische manier verzameld en geanalyseerd in drie fases: open, axiaal en selectief coderen (Strauss et al., 1998). Eerst werden de letterlijke citaten van respondenten als codes gebruikt waaraan korte woorden of combinaties van woorden werden toegekend. In een verdere fase werd er op zoek gegaan naar overeenkomsten tussen de eerste codes en toegewezen aan gerelateerde clusters gelinkt aan de literatuurstudie (Saunders et al., 2015). Deze konden bevindingen uit de literatuur bevestigen, tegenspreken of aanvullen zoals verwerkt in de resultatensectie. Tot slot werden de onderlinge relaties tussen de clusters geïdentificeerd om patronen en verklaringen te vinden voor de problematiek en opgestelde onderzoeksvragen van dit onderzoek om uiteindelijk een samenhangend conceptueel framework te kunnen vormen in de discussie.

Resultaten

In de resultatensectie worden de bevindingen uit de literatuurstudie gekoppeld aan de inzichten gehaald uit de diepte-interviews. Hiervoor wordt de structuur uit de clusters van de interviewleidraden gebruikt, die werd opgesteld vanuit de structuur van de literatuurstudie. Deze wordt visueel weergegeven onder de codeboom figuur 5. Hierop bouwend kunnen in de discussie sectie aanbevelingen geformuleerd worden voor de betrokken partijen van de probleemstelling rond destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg.

Destructief gedrag

Uit de literatuur blijkt dat werd Destructief gedrag in de gezondheidszorg afgebakend als agressieve handelingen die zowel fysiek als psychologisch van aard kunnen zijn. Dit gedrag vormt een bedreiging voor de veiligheid en het welzijn van zorgverleners en belemmert de zorgverlening (International Council of Nurses et al., 2005; Moss, 2017) dat zich manifesteert zich in diverse vormen. In de praktijk, zowel door experts agressie en zorgmarketing als zorgverleners, blijkt niet iedereen dezelfde beschrijving te geven van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg.

Destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg manifesteert zich in diverse vormen zoals agressie dat zich uit in fysieke en verbale uitbarstingen (Doedens, 2022; Van der Jagt, 2003) en ondersteunt wordt door respondent 2, 3, 4, 6 en 14. Daarnaast zien we de micro-agressie, een subtielere, vaak onbewuste vorm van agressie gebaseerd op vooroordelen of discriminatie (Poerwoatmodjo et al., 2022; Hastie et al., 2020). Respondent 2, 6, 7, 9, 10 en 12 benoemde deze vorm. Tot slot werd het ongewenst seksueel wangedrag besproken waaronder seksuele opmerkingen en fysieke toenadering zonder toestemming vallen (The International Council of Nurses et al., 2005; Selleslagh et al., 1995). Respondent 2, 7, 9, 10 en 14 haalde deze vorm van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg aan. Uit de literatuur bleek reeds dat vrouwen in het bijzonder vaker worden blootgesteld aan seksuele misdrijven (The International Council of Nurses et al., 2005), wat respondent 2, 7, 9, 10 en 12 ondersteunen.

We kunnen wel afleiden dat destructief gedrag in de praktijk nog verder kan gaan, dat tot nu toe in de literatuur werd beschreven. Zo werd veeleisendheid, stalking, verliefde gevoelens, opstandigheid, manipulatief gedrag, onaangename sfeer, maar ook agressie naar de eigen persoon aangehaald.

Opvallend is dat experts in het vak, zoals respondent 4, 8 en 11, oorzaken en vormen van destructief gedrag direct aan elkaar linken door vakjargon te gebruiken zoals instrumentele agressie, frustratieagressie emotionele en pathologische agressie.

"Beschadigend gedrag, gepercipieerd door de betrokken persoon. Wanneer het slachtoffer zelf vindt dat het gedrag beschadigend voor hem of haar is. Zelf onderscheid ik altijd vier vormen. Als eerst de instrumentele agressie of de frustratieagressie. Deze komt voor bij degenen die de zorg moeten opnemen of afdwingen voor de zwakkere, zoals kinderen en ouderen, die dan heel bewust proberen agressie te hanteren om hun doel te bereiken. Daarnaast heb je ook nog de grensoverschrijdende gedragingen. Tot slot is er ook nog de agressie ten gevolgen van een pathologie." (Respondent 8)

"Agressie of destructief gedrag is breder dan enkel en alleen gedrag gericht om iemand anders schade toe te brengen. Het is elk gedrag dat jezelf ongemakkelijk laat voelen. Wij

maken het onderscheid altijd met vier vormen. Als eerst de frustratie-agressie, komt vanuit mensen die uit eigen onmacht en emotie bepaald gedrag gaan stellen, waarbij men niet plant zo een gedrag te stellen. instrumentele agressie is veel doelbewuster waar de agressie gericht is op een andere persoon. emotionele agressie zien we vaak terug komen bij mensen die zich in een moment van zinsverbijstering bevinden en pathologische agressie is dan weer heel onvoorspelbaar omdat dit ligt aan de staat waarin mensen zich bevinden. elk gedrag dat je zelf ongemakkelijk doet voelen. Ik vind het echt wel belangrijk dat mensen herkennen met welke vormen ze geconfronteerd worden. Want elke vorm vraagt ook een andere aanpak.” (Respondent 11)

Oorzaken

In de literatuur werden de oorzaken van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg getoetst aan de hand van de Social Cognitive Theory (Bandura, 1989) waarin deze werden opgesplitst in persoonlijke factoren, omgevingsfactoren en destructief gedrag zelf. Respondenten merken zelf ook op waar de oorzaken van destructief gedrag zouden kunnen liggen, verspreid over deze drie factorgebieden.

Persoonlijke factoren

In de literatuur (Bandura, 1989) werden persoonlijke factoren als oorzaak van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg opgesplitst in consumentisme, sociale machtsverhouding en kennis. Alle drie deze factoren werden door respondent aangehaald als mogelijke oorzaak van destructief gedrag waar men zelfs andere verklaringen kon geven dan werden aangehaald in de literatuurstudie.

Consumentisme binnen de gezondheidszorg beschrijft dat zorgvragers de zorg zien als een verplicht recht, en dit in een 'klant is koning'-houding, waarbij zorgvragers onrealistische verwachtingen hebben van wat zorgverleners aan moeten voldoen. Deze gedachtegang kan leiden tot destructief gedrag (Moss, 2017; Van der jagt, 2003; Selleslagh et al.,1995).

Respondent 1.	<i>"Elke mens denkt dat zijn pathologie het allerergste is die er bestaat."</i>
Respondent 6.	<i>"Een van de grootste misvattingen is, dat als je op spoedgevalle aankomt, dat men binnen de tien minuten geholpen zijn."</i>
Respondent 8.	<i>"Mensen hebben alsmaar minder geduld en willen alsmaar meer en sneller geholpen worden."</i>
Respondent 11.	<i>"We zijn allemaal individualistischer geworden."</i>
Respondent 12.	<i>"Ik denk dat er onder de standaardpopulatie een gigantische blinde vlek is in kennis over wat we allemaal doen als huisarts en voor welke uitdagingen ij iedere dag opnieuw voor komen te staan. Mensen zijn niet beschaamt om op een dag drie keer te bellen voor een pruts."</i>
Respondent 13.	<i>"Ik spreek over de bol.com-maatschappij waar we nu inzitten. Mijn problemen zijn de ergste van iedereen en ik wil onmiddellijk geholpen worden. Mensen kunnen niet meer wachten, ze hebben geen geduld meer. Ze schuiven vooral de verantwoordelijkheid naar een ander."</i>

Respondent 14.	<i>"Wij verwachten nu dat we op spoed terechtkomen en ze gaan ons helpen, en heel snel zelfs, met alles."</i>
----------------	---

Tabel 2. Oorzaken in persoonlijke factoren, consumentisme volgens respondenten

Daarnaast spelen sociale machtsverhoudingen een rol in het ontstaan van destructief gedrag door zorgvragers binnen de gezondheidszorg. Uit de literatuur (Moss, 2017; Bécares et al., 2015) blijkt de hiërarchische positie mee te spelen. Zo zou medisch personeel in een lagere positie, zoals stagiaires, vaak het doelwit zijn van dergelijk gedrag, zoals respondent 12 aangeeft. Maar ook vrouwelijke collega's die, volgens respondent 10 en 12, niet als hiërarchische gelijken worden beschouwd. Verder zien we een veranderende houding van zorgvragers, waarbij men mondiger en veeleisender geworden is, zoals respondent 2, 7, 9 en 11 ondersteunen. Zo accepteren zorgvragers niet langer de superieure autoriteit van zorgverleners (Brackx et al., 1999), zoals respondent 3, 8 en 11 aangeven.

Respondent 2.	<i>"Mensen hebben veel meer noten op hun zang."</i> <i>"Mensen durven veel meer voor zichzelf opkomen."</i>
Respondent 3.	<i>"Ik denk dat wachten een heel moeilijke is, zeker bij geplande afspraken en dan soms toch een uur of langer moet wachten. Je geeft als zorgverlener het teken alsof jouw agenda belangrijker is dan de agenda van de zorgvrager. Ik denk dat dat vroeger werkte toen meneer dokter heel hoog stond, maar tegenwoordig kunnen mensen daar minder mee om. Dat is gewoon slechte service management."</i> <i>"De rechtlijnige regels van een ziekenhuis, zoals tijdens corona, na een kunstmatige coma of bij complicaties tijdens een bevalling, missen soms een menselijke kant of persoonsgerichte aanpak."</i>
Respondent 7.	<i>"Verbale agressie komt vooral voor bij mensen die van karakter gejaagd zijn."</i> <i>"Mensen zijn niet meer op een mondje gevallen. Die zullen wel zeggen wat ze willen en wat ze vinden."</i>
Respondent 8.	<i>"verloedering van waarden en normen en respect."</i>
Respondent 9.	<i>"Iedereen is gewoon mondiger geworden. We durven sneller iets zeggen tegenover vroeger."</i>
Respondent 10.	<i>"Jammer genoeg zitten we ook nog altijd met het gendergegeven dat een man sneller als dokter wordt aanzien dan een vrouw."</i>
Respondent 11.	<i>"Intensivering, we hebben een korter lontje, zowel zorgvragers als zorgverleners."</i> <i>"Vroeger hadden wij bang van een dokter, iedereen schrok bij wijze van spreken als de dokter binnen liep, die gewijzigde machtsverhouding hoort bij mij onder informalisering."</i>
Respondent 12.	<i>"Als Hajo mis je soms het gebrek aan vertrouwen door patiënten. Ik merk dat men soms wel cynisch kan zijn als je als nieuwkomer iets zegt ten opzichte van wanneer een oudere collega iets zegt."</i>

	<i>"Mensen zullen een mannelijke dokter vaker als autoriteitsfiguur accepteren ten opzichte van vrouwelijke collega's."</i>
--	---

Tabel 3. Oorzaken in persoonlijke factoren, sociale machtsverhouding volgens respondenten

Een gebrek aan kennis en transparantie in de zorgverlening kan leiden tot onzekerheid en frustraties bij zorgvragers, wat kan resulteren in destructief gedrag. De moeilijkheid om de kwaliteit van de zorg te beoordelen wordt versterkt door een gebrek aan duidelijkheid over zorgprocessen (Van der Jagt, 2003). Respondent 4 en 7. Toch blijkt uit het kwalitatief onderzoek, volgens respondent 2,11 en 12, dat zorgvragers vandaag de dag veel meer toegang hebben tot hun medische kennis. Anderzijds zorgt dit ervoor dat de sociale machtsverhouding, zoals hierboven besproken, naar voren komt als oorzaak van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg.

Respondent 2.	<i>"Patiënten hebben de laatste jaren veel meer rechten gekregen, zoals inzage in hun eigen medische dossiers. Patiënten kunnen ook meer second opinions opvragen. Je geeft hen veel meer vrijheid om dingen in twijfel te trekken, terwijl er soms niks in twijfel te trekken valt. Ze hebben ervoor gezorgd dat patiënten hun eigen zorgtraject in handen kunnen nemen. Dat is natuurlijk een mes dat langs twee kanten snijdt."</i>
Respondent 4.	<i>"Angst voor eigen medische problemen of medische problemen van familieleden."</i>
Respondent 7.	<i>"Familie wil altijd alles weten, terwijl je als verpleegkundige niet zomaar alles mag meedelen, dat is de taak van de dokter. Maar de dokter is ook niet altijd aanwezig. Het is vaker zijn assistent die aanwezig is, die ook niet altijd direct tijd hebben om familie te woord te staan."</i> <i>'Soms is de taalbarrière wel heel moeilijk omdat de patiënt geërgerd raakt, omdat hij of zij niet verstaan wordt in het probleem.'</i>
Respondent 11.	<i>"Met informatisering bedoel ik dat we op het internet veel meer zelf gaan opzoeken en vinden."</i>
Respondent 12.	<i>"Vaak komen patiënten al op consultatie met een bepaalde behandeling of diagnose in hun hoofd. Dat gedachtenpersoon van het is dat en niets anders, is moeilijk te verleggen."</i>

Tabel 4. Oorzaken in persoonlijke factoren, kennis volgens respondenten

Omgevingsfactoren

In de literatuur (Bandura, 1989) werden omgevingsfactoren als oorzaken van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg opgesplitst in communicatie, contextuele factoren en werkdruk. Alle drie deze factoren werden door respondenten aangehaald als mogelijke oorzaken van destructief gedrag.

gebrekkige communicatie, zoals onvoldoende actief luisteren naar zorgvragers door zorgverleners en onduidelijke informatie over behandelingen en wachttijden kunnen leiden tot destructief gedrag bij zorgvragers (Van der Jagt, 2003; Doedens, 2022), zoals respondent 3, 4, 6 en 11. Toch zou de communicatie, volgens deze respondenten, verder moeten gaan dan slechts informatie over behandelingen of wachttijden. Daarnaast zouden pogingen van zorgverleners om destructief gedrag

te bespreken en te beheersen, door een tekort aan effectieve conflicthantering, destructief gedrag kunnen uitlokken (Moss, 2017), zoals respondent 11 aanhaalt.

Respondent 3.	<i>"Ik denk dat agressie vaak samen gaat met communicatieproblemen. Dat mensen soms niet begrijpen waarom ze moeten wachten, of de taal misschien niet machtig genoeg zijn om te begrijpen wat er gezegd wordt."</i> <i>"Ik denk soms dat het eten ook een trigger kan zijn. Wanneer mensen een speciaal dieet moeten hebben, ze dat heel vaak moeten herhalen en vaak nog niet klopt."</i> <i>"Soms hoor je als zorgvrager, zorgverleners in pauze lachen of plezier maken, terwijl jij zit te wachten. Als patiënt weet je natuurlijk niet dat de zorgverleners uit een drukke shift kunnen komen."</i>
Respondent 4.	<i>"Uit onderzoek blijkt dat mensen die zich niet gezien voelen, toegeeft agressief te kunnen zijn. De groep die zegt nooit agressief te zijn staat in relatie met het gevoel gezien te worden. Waardoor het gevoel niet gezien te worden een potentieel trigger kan zijn om naar agressie over te gaan."</i> <i>"Je kan niet alleen zeggen dat het probleem vanuit zorgvragers komt. Het kan alleen maar werken wanneer alle groepen onderling een goede sfeer en interactie geven. Dat werkt verstekend voor alle groepen."</i>
Respondent 6.	<i>"Meestal gedragen mensen zich zo doordat ze zich niet geholpen voelen, maar ook niet goed begrijpen wat wij doen op spoed."</i>
Respondent 9.	<i>"Ik denk dat zorgvragers nog opstandiger en verbaalsterker kunnen zijn binnen een ziekenhuiscontext tegenover de thuiszorg. Wij zijn wat betuttelend in onze aanpak, we hebben een grotere vertrouwensband met onze patiënt. In een ziekenhuis moet het meer vooruitgaan."</i>
Respondent 11.	<i>"Maar wat ik wel denk, wat er nog extra kan triggeren, is gewoon de tegenreactie dat je krijgt van je gesprekspartner."</i> <i>"Zorgverleners, vooral op spoed kunnen de patiënt niet altijd de herkenning geven die men verwachtte. Bijvoorbeeld ik heb in mijn vinger gesneden en die ligt volledig open. Ik heb nog nooit iets medisch erg meegemaakt en zou me zorgen maken over mijn vinger. Zorgverleners op spoed zouden hier wel een opmerking over durven maken: zeg, het is maar een vinger, we zien hier wel ergere dingen binnenkomen."</i>

Tabel 5. Oorzaken in omgevingsfactoren, communicatie volgens respondenten

Stressvolle en drukke omgevingen zoals operatiekamers, intensive care en spoedeisende hulpafdelingen zijn geassocieerd met een hogere incidentie van destructief gedrag (Fagan-Proyer et al., 2003; Hastie et al., 2020), waarmee respondent 3 en 4 instemmen. Bovendien kan de invloed van alcohol en drugsgebruik een rol spelen bij het verhogen van geweld en agressie in zorginstellingen (Backx et al., 1999; James et al., 2006), wat respondent 1, 5 en 14 bevestigen. Daarnaast kunnen emotionele reacties zoals angst, pijn, trauma en bezorgdheid, die vaak voorkomen

in ziekenhuizen, destructief gedrag verder verergeren (Brophy et al., 2018), zoals respondent 3 en 9 aanhalen. Anderzijds blijkt ook in crisis, zoals de coronapandemie, destructief gedrag door zorgvragers aan te wakkeren volgens respondent 8 en 9.

Respondent 1.	<i>"In het begin van mijn carrière werd er op de spoed bijna nooit iemand binnengebracht onder invloed van drugs of alcohol. Nu zijn deze middelen zo bereikbaar en sociaal aanvaard."</i>
Respondent 3.	<i>"Wees er van bewust dat zorgvragers drukte op een afdeling of als er ergernissen zijn onder zorgverleners opmerken wat voor extra onzekerheid kan zorgen."</i> <i>"Ik denk aan spoed dat veel onzekerheid met zich meebrengt, wanneer je heel lang niks hoort hoe het met je familie is kan ik me voorstellen dat dat enorm frustrerend is."</i>
Respondent 4.	<i>"Angst voor een ziekenhuisomgeving."</i>
Respondent 5.	<i>"Middelenmisbruik maakt mensen soms bovenmenselijk."</i>
Respondent 8.	<i>"In de ontwikkeling van de covid, zagen wij toch wel dat er een stijging was van de agressie door zorgvragers."</i>
Respondent 9.	<i>"Tijdens de coronaperiode zijn er veel frustraties bij zorgvragers ontstaan doordat men heel geïsoleerd in huis leefde. Wij waren de enige die aan huiskwamen, waardoor wij hen aanspreekpunt werden en men ook meer van ons verwachtte."</i> <i>"Fysieke incidenten komen bij ons eigenlijk alleen maar voor bij zorgvragers in een onrustige fase, zoals tijdens het toedienen van palliatieve zorg."</i>
Respondent 14.	<i>"We zien ook dat heel veel agressie incidenten met middelenmisbruik, drugs of alcohol gerelateerd zijn. Daarin zien we een stijging de laatste jaren."</i>

Tabel 6. Oorzaken in omgevingsfactoren, contextuele factoren volgens respondenten

Personeelstekort draagt bij aan de hoge werkdruk in de gezondheidszorg is een prominente factor die bijdraagt aan voorvallen destructief gedrag door zorgvragers. Rechtsreeks zorgt dit voor minder tijd voor patiëntenzorg, wat vaak resulteert in lange wachttijden en groeiende wachtlijsten (van der Meer, 2021; Selleslagh et al., 1995; International Council of Nurses et al., 2005; Van der Jagt, 2003). Dit blijkt ook uit de antwoorden van de ondervraagde respondenten.

Respondent 1.	<i>"Op de spoed zijn de wachttijden een prikkel voor mensen. Wij horen vaak, is dat hier spoed? De mensen denken altijd, ik kom binnen op spoed, ik ben hier direct geholpen."</i>
Respondent 3.	<i>"Door besparingen in de zorg, kunnen zorgverleners niet meer zorgen zoals ze zouden willen. Ik denk dat de meeste zorgverleners heel persoonsgericht willen zijn voor hun patiënt, maar dat het soms gewoon niet lukt omdat het te druk is en er te weinig tijd voor is."</i>
Respondent 5.	<i>"De personeelsproblematiek op heel wat afdelingen zorgt ervoor dat pas afgestuurde jonge mensen er soms helemaal alleen instaan voor dertig patiënten."</i>
Respondent 6.	<i>"wachten, wachten, wachten, wachten, dat is de voornaamste ergernis bij mensen op spoed."</i>

Respondent 7.	<i>"De grootste uitdaging binnen mijn job is leren omgaan met de druk, waardoor je alles toch goed moet plannen om het rond te krijgen en tijd te kunnen maken voor patiënten. Nu als het druk is ben je zelf ook gejaagder en korter in je communicatie, patiënten voelen dat."</i>
Respondent 8.	<i>"Een heel belangrijke factor in het uitlokken van agressie is de overbevraagde zorgstructuur dat zich uit in lange wachttijden."</i>
Respondent 10.	<i>"Op dit moment zitten we met zo'n huisartsentekort dat ik veel patiënten moet weigeren en er ook relatief lange wachttijden zijn om binnen mijn praktijk een afspraak vast te krijgen ondanks het soms om dringende zaken gaat."</i>
Respondent 13.	<i>"We weten dat de wachttijden gewoon heel lang zijn op spoed. 75% van de patiënt die zich aanmeldt op spoed, moet zich hier niet melden maar bij de huisarts of een andere zorgafdeling."</i>
Respondent 14.	<i>"We merken dat veertig procent, of zelfs meer, van de mensen die naar de spoedafdeling gaan, niet op de spoed moeten zitten. Dat creëert een wachtlijst. Dat creëert ook verkeerde verwachtingen."</i>
Respondent 15.	<i>"Je hebt ook het probleem van personeelstekorten, dat geeft enorme druk. We zien mensen uitvallen, het stressniveau stijgt. Dat doet natuurlijk ook niet te goed aan de werkvreugde."</i>

Tabel 7. Oorzaken in omgevingsfactoren, werkdruk volgens respondenten

Destructief gedrag door zorgvragers

Zoals uit de literatuur (Badura, 1989) bleek kunnen de acties en het gedrag van één persoon, het gedrag van anderen beïnvloeden. Agressief gedrag van een zorgvrager kan bijvoorbeeld leiden tot een gespannen en vijandige omgeving, wat de algemene sfeer negatief beïnvloedt en stress verhoogt bij andere aanwezige zorgvragers. Ook enkele respondenten uit dit onderzoek is deze oorzaak van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidssector opgevallen.

Respondent 1.	<i>"Als er een patiënt soms begint te roepen en te tieren. Gaat dat vlug over naar nog een volgende die ook niet content is."</i>
Respondent 6.	<i>"Eigenlijk begint de ergernis van zorgvragers al samen in de wachtzaal. Dat is een en al geklaag en gezaag tegen elkaar. Ik zit hier al twee uur, hoelang zit jij hier al?"</i>
Respondent 11.	<i>"Wanneer een zorgvrager aan het roepen is in de wachtzaal, zijn er nog mensen die dat horen, dan heeft die andere persoon misschien ook zoiets van nu gaat die sneller geholpen worden. Het gevolg is dat deze persoon ook heviger zal reageren tegen een verpleegkundige."</i>

Tabel 8. Oorzaak in destructief gedrag door zorgvragers volgens respondenten

Gevolgen

In de literatuurstudie werden de gevolgen van destructief gedrag opgesplitst in gevolgen voor de zorgverlener, zorgkwaliteit, zorginstelling en de samenleving. Alle vier deze clusters kwamen naar voren tijdens het kwalitatief onderzoek.

Zorgverlener

In het conceptueel framework werden gevolgen voor zorgverleners die te maken kregen met destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg opgesplitst in emotionele en

psychologische klachten, angst voor de werkplek, schuld schaamte en zelfverwijt en ontkenning. Deze vier overkoepelende factoren kwamen ook uit het kwalitatief onderzoek naar voren.

Gevolgen voor zorgverleners na incidenten van destructief gedrag door zorgvragers kunnen zich uiten in angst en depressieve gedachten die kunnen leiden tot emotionele uitputting zoals respondent 1 aanhaalde. Wat een verhoogde kans geeft op de ontwikkeling van een posttraumatisch stressstoornis (PTSS) of burn-outs (Van der Jagt, 2003; Bourdeaud'hui et al., 2020; Needham et al., 2005; International Council of Nurses et al., 2005), beide kwamen naar voren in de diepte-interviews bij respondent 2, 5, 6 en 8.

Respondent 1.	<i>"Het psychische en sociale welzijn is een grote factor als gevolg van destructief gedrag."</i>
Respondent 2.	<i>"Ik denk ook aan burn-outs als gevolg."</i>
Respondent 5.	<i>"Een agressie incident, zowel verbaal als fysiek, kan een traumatiserende ervaring zijn, dat tot post-traumatische stress kan leiden. "</i>
Respondent 6.	<i>"We hebben mensen met burn-outs."</i>
Respondent 8.	<i>"PTSS, posttraumatische stresssedroom"</i>

Tabel 9. Emotionele en psychologische gevolgen voor zorgverleners volgens respondenten

De angst om naar het werk te gaan of om te gaan met bepaalde patiënten en hun families in contact te komen, kan ook een gevolg zijn van eerdere gebeurtenissen van destructief gedrag (Morczek et al., 2014), zoals respondent 1, 3, 6, 9 en 10 aangeeft.

Respondent 1.	<i>"Sommige collega's durven niet meer binnen bij bepaalde patiënten"</i>
Respondent 3.	<i>"Ik was heel bang om de patiënt ooit zou tegenkomen. Die angst en schrik heeft heel lang op mij gehangen."</i>
Respondent 6.	<i>"We hebben allemaal wel al eens een collega zien geslagen worden. Dat is soms om schrik van te krijgen op je eigen job."</i>
Respondent 9.	<i>"Een collega heeft door zo'n gedrag angst en trauma ontwikkeld voor de job als verpleegkundige. Ze werd tijdens haar werk constant geconfronteerd met het voorval dat ze nu niet meer werkt als verpleegster."</i>
Respondent 10.	<i>"Ik heb heel lang bang gehad dat die persoon bij mij in de praktijk ging langskomen."</i>

Tabel 10. Angst voor de werkplek als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten

Ervaringen van destructief gedrag kunnen ook leiden tot een veranderd zelfbeeld, wat het gevoel van eigenwaarde verder ondermijnt (Hastie et al., 2020). Respondent 10 kan bijvoorbeeld niet meer volledig zichzelf zijn tijdens haar job, naar aanleiding van voorvallen van seksueel wangedrag. Zorgverleners kunnen zich schuldig voelen of zichzelf de schuld geven van dergelijke situaties zoals respondent 3 en 10 aanhaalden, wat kan leiden tot schaamte waarin respondent 5 zich in kan vinden en een verminderd zelfvertrouwen.

Respondent 3.	<i>"Ik legde de schuld bij mij zelf."</i>
Respondent 5.	<i>"Heel wat verpleegkundige minimaliseren naar de buitenwereld toe wat er allemaal kan gebeuren omdat men beschaamd is "</i>

Respondent 10.	<i>"Bij een voorval bij een collega huisarts, maakte ze zich zelf zorgen dat ze in fout was."</i> <i>"Ik moet zeggen dat ik me door het seksueel wangedrag bewust anders kleeed op het werk dan dat ik me in mijn privé kleeed. Omdat ik weet op dagen dat ik me 'normaal' kleeed, dat er soms veel gekeken en opmerkingen gemaakt wordt."</i>
----------------	--

Tabel 11. Schuld, zelfverwijt en schaamt als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten

Een opvallend resultaat uit het kwalitatief onderzoek benadrukt het belang van privacy voor zorgverleners in verband met destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg. Een belangrijk onderdeel waar voor zorginstellingen aandacht aan besteed moet worden wat niet eerder in de literatuur bleek naar voren te komen.

Respondent 1.	<i>"Vroeger hadden wij een badge waar je voornaam en naam op stonden. Ze hebben de badges aangepast met enkel je voornaam."</i> <i>"Het internet heeft er ook geen beterschap aan gedaan want alles wordt getoond en alles wordt ook gefilmd. Dat zeg ik altijd tegen mijn jonge collega's, opgepast. Want er staan er altijd mensen klaar met hun gsm voor bepaalde dingen te filmen."</i>
Respondent 2.	<i>"Ik kan me inbeelden dat niet elke zorgverlener het aangenaam vindt om rond te lopen met een naambadge. Ik ken gevallen waarbij zorgvragers de zorgverlener willen toevoegen op Facebook of Instagram, of zelfs worden opgebeld. Als alleen de voornaam op de badge zou staan, zou ik hier al meer vrede mee hebben. Ik vind dat niet iedereen mijn achternaam hoort te weten."</i>
Respondent 3.	<i>"Na een geval van extreem destructief gedrag door een patiënt ging het zo ver dat deze persoon me opzoekt op mijn afdeling. Ze wist mijn naam niet meer dus ging ze op het openbare dienstregelingsbord kijken waar een foto van mezelf bijstond."</i>
Respondent 9.	<i>"Ik voelde dat de privacy van mijn gezin werd aangetast. Mijn partner voelde zich ook aangevallen."</i> <i>"Ik heb bewust geen sociale media, ik weet dat als ik daarop iets zou plaatsen, dat dat tegen je gebruikt wordt als zorgverlener."</i>

Tabel 12. Inbreuk op privacy als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten

Ontkenning, rationalisatie, ongeloof over het feit dat ze betrokken waren bij het incident kunnen ook voorkomen nadat een zorgmedewerker in contact kwamen met destructief gedrag (Needham et al., 2005). Respondent 3 geeft bijvoorbeeld aan op dat moment niet bewust beseft te hebben dat het om een voorval van destructief gedrag ging. Veel zorgverleners weten namelijk niet precies wat als destructief gedrag moet worden beschouwd en hebben moeite met het stellen van grenzen die nodig zijn om hun eigen welzijn en dat van anderen te beschermen (Van der Jagt, 2003), wat respondent 15 ondersteunt. Respondent 7 geeft toe seksuele opmerkingen wel eens weg te lachen. Anderzijds wordt destructief gedrag door patiënten soms beschouwd als inherent aan het beroep (Phillips, 2016;

Chrousser et al., 2019), waar respondent 2 zich in kan vinden. Daarnaast speelt de perceptie van de zorgverlener (Moss, 2017), volgens respondent 12 en 13 ook een belangrijke rol.

Respondent 2.	<i>"Nadat je enkele gevallen van verbale agressie hebt meegemaakt wordt je dat als zorgverlener wel wat gewoon. Wanneer er zo'n voorvallen plaatsvinden ga je er ook gewoon niet meer echt bijilstaan en dit niet gaat delen met collega's of je omgeving."</i>
Respondent 3.	<i>"Zelf zag ik dit voorval toen niet als destructief gedrag"</i>
Respondent 7.	<i>"Ik probeer seksuele opmerkingen altijd lachend weg te schuiven."</i>
Respondent 12.	<i>"Ik ben er van overtuigd dat dat wat inherent is aan je persoonlijkheid. Sommige mensen lijken sterker in hun schoenen te staan, een ander zal sneller dichtslaan."</i>
Respondent 13.	<i>"Uw weerbaarheid en draagkracht als zorgverlener speelt daar een grote factor in."</i>
Respondent 15.	<i>"normvervaging, grensverschuiving, waardoor misschien sommige zorgverleners denken, onterecht, van dit is onderdeel van de job."</i>

Tabel 13. Ontkenning als gevolg voor zorgverleners volgens respondenten

Zorgkwaliteit

In het conceptueel framework werden gevolgen voor de zorgkwaliteit voor zorgvragers door destructief gedrag in de gezondheidszorg opgesplitst in de gevolgen voor zorgvragers, de omgang van zorgverleners met zorgvragers en foute of mindere nauwkeurige diagnoses door zorgverleners.

Destructief gedrag door zorgvragers binnen de gezondheidszorg raakt ook andere zorgvragers in de omgeving. Agressie kan leiden tot verstoringen in het zorgproces en heeft invloed op de veiligheid en het comfort van alle patiënten (Van der Jagt, 2003; Kowalczyk, 2017). Enkel respondent 4 haalde dit gevolg aan.

Respondent 4.	<i>"Agressie kan ook naar andere patiënten toe impact hebben die daar ook aanwezig zijn."</i>
---------------	---

Tabel 14. Gevolg voor andere zorgvragers volgens respondenten

Daarnaast is er impact van destructief gedrag dat de wijze waarop zorgverleners patiënten behandelen beïnvloeden, vaak met minder interactie en afstandelijkheid als gevolg (Needham et al., 2005). De communicatie kan namelijk moeilijk verlopen tussen zorgverlener en zorgvrager, na een voorval van zulk gedrag (Chrousser et al., 2019). Wat kan leiden tot diagnostische fouten (Needham et al., 2005). Wat gelinkt kan worden aan de antwoorden van respondent 2, 3 en 8.

Respondent 2.	<i>"Als verpleegkundige creëren we wel vooroordelen bij moeilijkere patiënten of mensen, waardoor die zorg niet altijd is zoals dat we eigenlijk aangeleerd krijgen. Je hebt voor jezelf al uitgemaakt dat het een moeilijkere situatie gaat zijn waardoor de zorg niet 100% verloopt zoals het zou moeten."</i> <i>"Als stagiair dien je het vertrouwen te winnen van de zorgvrager. Wanneer een zorgvrager met vragen zit kan ik hier niet altijd op antwoorden. Ik krijg dan soms het antwoord: 'Ben je wel zeker dat je dat gaat kunnen.' Dit kan voor nog meer</i>
---------------	--

	<i>aarzeling zorgen. Het maakt het zorgen moeilijker omdat je extra op de vingers wordt gekeken en aan jezelf begint te twijfelen of blokkeert."</i>
Respondent 3.	<i>"Het is een uitdaging om een agressieve zorgvrager nog te zien als een persoon, en niet als iemand die heel vervelend is."</i>
Respondent 8.	<i>"Ik zie minder inzetbereidheid vanuit zorgverleners naar zorgvragers toe na destructief gedrag zich heeft voorgedaan."</i>

Tabel 15. Gevolg voor de zorgvrager volgens respondenten

Zorginstelling

Respondent 4 geeft aan dat zorginstellingen inderdaad getroffen kunnen worden. Volgens respondent 14 moeten we binnen die zorginstelling niet alleen kijken naar de gevolgen voor zorgverleners maar naar iedereen tewerkgesteld binnen de zorginstelling die slachtoffer zou kunnen zijn van destructief gedrag door zorgvragers.

"Ik denk dan vooral aan de impact dat destructief gedrag heeft op de werking van het ziekenhuis." (Respondent 4)

"Het raakt alle medewerkers die in de zorg in contact komen met zorgvragers en naasten. Dat kan iemand in de cafetaria zijn, een onthaalmedewerker, dat raakt iedereen" (Respondent 14)

In het conceptueel framework werden gevolgen voor de zorginstelling door destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg opgesplitst in teamdynamiek en communicatie, en personeelsverloop en absenteïsme.

Agressie en geweld op de werkvloer dragen bij aan een lagere betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie en kunnen boosheid jegens collega's en werkgevers teweegbrengen wat de efficiëntie van het werk kan verminderen (Chrouser et al., 2019; Needham et al., 2005). Dit werd niet opgemerkt door de respondenten.

Blootstelling aan werkgerelateerd geweld verhoogt de kans op ziekteverzuim en kan medewerkers ertoe bewegen om van afdeling of werkgever te veranderen, minder of deeltijds te gaan werken, of zelfs het beroep volledig te verlaten (Wijkander et al., 2023; de Raeve et al., 2023; Needham et al., 2005). Dit kan ook de invulling van vacatures bemoeilijken en sommige hulpverleners nemen ontslag of overwegen om ontslag te nemen (Brophy et al., 2018).

Respondent 1.	<i>"Sommige collega's blijven ziek thuis na een voorval van destructief gedrag door een zorgvrager." "Je hebt ook mensen die veranderen van werk door zulke voorvallen."</i>
Respondent 2.	<i>"Ondanks dat we nu al met immense tekorten zitten, snap ik dat mensen het moeilijk hebben om op een plek te blijven werken waar je verweten wordt of een pak slaag krijgt."</i>
Respondent 5.	<i>"Ik ben ervan overtuigd dat er heel wat hulpverleners uit het beroep stappen, mede door die problematiek van agressie."</i>

Tabel 16. Gevolgen voor de zorginstelling volgens respondenten

Samenleving

In het conspetueel framework worden gevolgen voor de samenleving door destructief gedrag in de gezondheidszorg opgesplitst in Rehabilitatie en re-integratie, Werkloosheid, Arbeidstekorten en Invaliditeit (The International Council of Nurses et al., 2005). Het lijkt erop dat de respondenten minder stilstaan bij de kosten voor de samenleving als gevolg van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg. Toch geeft respondent 6 en 10 inzichten mee die aan deze cluster verbonden kan worden.

Respondent 6.	"We hebben mensen die door fysieke agressie, werkombekwaam verklaard werden." "Ik denk wel na over, wat als ik later kinderen zou krijgen. Ik wil hun veiligheid niet in gevaar brengen. Daarnaast zou ik het ook niet willen uitleggen waarom mama met een blauwog van haar werk thuiskomt."
Respondent 10.	"Consumentisme kost de maatschappij enorm veel."

Tabel 17. Gevolgen van destructief gedrag volgens respondenten

Omkadering in preventie en beheer

In het kader van de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers binnen de gezondheidszorg, blijkt uit de literatuurstudie (The International Council of Nurses et al., 2005; Quality Gurus), dat samenwerking van verschillende belanghebbende essentieel is en dat men hun krachten moet bundelen. Zo werd ondersteund door respondent 8.

Door zorginstelling

Zorginstellingen kunnen de nodige omkadering in preventie en beheer bieden door de nodige veiligheidssystemen (Van der Jagt, 2003; PZvlas, 2008; Ceulemans, 1998) en ondersteuning door de politie (Moss, 2017; Backx et al., 1999) en bewakingsdiensten (Backx et al., 1999; Ceulemans, 1998). Daarnaast dient men de nodige ondersteuning te bieden, door een zorgbeleid, aan zorgverleners die te maken kregen met destructief gedrag door zorgvragers (Andersen et al., 2021; Moss, 2017; The International Council of Nurses et al., 2005; Tarquinio et al., 2018; Oyen 2020). Dit ondersteuningsproces, en het beheer van destructief gedrag, kan efficiënter en effectiever verlopen na de nodige melding (Morczek et al., 2014). Verder dient een zorginstelling preventief aan de slag te gaan door het consistent aanbieden van trainingen en opleidingen voor hun medewerkers in het verbeteren van verbale vaardigheden en persoonsgerichte communicatie (Wang et al., 2008; The International Council of Nurses et al., 2005; Van der Jagt, 2003). Tot slot speelt de omgeving (The International Council of Nurses et al., 2005; Van der Jagt, 2003) van de zorginstelling, de communicatie (Doedens, 2022; Fagan-Pryor et al., 2003; The International Council of Nurses et al., 2005) en agressiebeleid (Wang et al., 2008) vanuit de zorginstelling een rol in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers.

Veiligheidsondersteuning

In de literatuur (Van der Jagt, 2003; PZvlas, 2008; Ceulemans, 1998) werden heel wat omgevingsondersteundesystemen aangehaald zoals alarminstallaties, vluchtwegen, veiligheidszones, nooduitgangen, bewakingscameratoezicht, personeelsbadges en schuilplaatsen. Enkel dit eerste systeem, alarminstallaties, worden door respondent 1, 2, 5, 6, 7 en 12 aangehaald

met daarnaast personeelsbadges met noodnummers waar respondent 7 van spreekt, maar waarvan de meerderheid niet tevreden blijkt te zijn met de huidige ondersteuning ervan. Zo blijkt dat je als zorgverleners niet in elke situatie gebruik kan maken van deze systemen of dat het gebruik ervan achterwegen wordt gelaten.

Respondent 1.	<i>"Gelukkig hebben wij een agressieknop op ons telefoon staan, waardoor bij melding het agressieteam van het ziekenhuis verwittigd wordt."</i>
Respondent 2.	<i>"Ik weet dat ze in ziekenhuizen werken met een alarm. Maar als je in een situatie zit waarin iemand je vastheeft, kan je niet aan die knoppen. Ik denk dan direct aan pols of halsalarmen als oplossing."</i>
Respondent 5.	<i>"We hebben een noodoproepsysteem. Op sommige afdelingen waar een hoog risico op agressie is, hebben we detectie apparaatjes bij die precies kunnen situeren waar je bent."</i>
Respondent 6.	<i>"We hebben badges die we aan ons moeten hangen, als je daarop duwt, krijg iedereen een melding. Maar heel vaak wordt daar perongelijk geduwd. Ondertussen, als die melding afgaat, kijkt niemand meer op. Dus niemand heeft die badges nog aan hun hangen, omwille van het feit dat er toch niet meer naar geluisterd wordt."</i>
Respondent 7.	<i>"Op onze badge hebben we nummers staan. Daar staat standaard security op. Maar als je vast zit, kan je niet bellen. Zij komen s' nachts ook wel regelmatig langs om te vragen of alles oké is. We hebben ook biepers om Collega's te verwittigen."</i>
Respondent 10.	<i>"De bel buiten is met camera. Zo kan ik altijd met zekerheid weten ie hier binnenkomt."</i> <i>"Ik ben aan het kijken naar alarmsystemen en apps die in noodgevallen mijn partner en/of nooddiensten contacteren."</i>
Respondent 12.	<i>"In de spreekkamer hebben we een panic button, waar we op kunnen drukken als er iets scheelt. Dan wordt zowel de politie als collega's verwittigd."</i>

Tabel 18. Omkadering in preventie en beheer door veiligheidssystemen volgens respondenten

Verder werd er in de literatuur (Moss, 2017; Backx et al., 1999) een kader geschetst rond het rechtstreeks contact van politiebegeleiding. Zo blijkt uit onderzoek (Moss, 2017) dat zorginstellingen terughoudendheid zijn om de politie te betrekken bij verstorende en gewelddadige gebeurtenissen. Hier blijken de meningen en bevindingen verdeeld in te zijn onder respondent. Zo geeft respondent 5 en 8 aan dat politie met een andere insteek als zorgverleners te werk gaan. Net als uit onderzoek (Backx et al., 1999) blijkt politiebegeleiding bij risico-oproepen een meerwaarde te hebben volgens respondent 1, 10 en 12.

Respondent 1.	<i>"Wij hebben een zeer goed contact met de politie. Als wij hen verwittigen, komen wij met vier combi's, zodanig dat er vier politiemensen meekunnen. Het verschijnen van een politie-uniform doet nog altijd iets voor veel mensen."</i>
---------------	--

Respondent 5.	<i>"Ik werk het liefst zonder tussenkomst van politie, omdat mijn ervaringen met politie niet steeds positief zijn. Met alle respect voor hun werk, maar die mensen hebben een andere insteek en vanuit een andere machtspositie vertrekken."</i>
Respondent 8.	<i>"Optreden van politie in gevallen van agressie bij ons op spoed, helpt vaak. En we zijn blij dat we die mogelijkheid hebben. Maar soms gaat dat ook escaleren doordat ze dan vaak nog erger problemen riskeren te bekomen als ze daar niet omzichtig mee omgaan. Maar ook politioneel neemt men daar rond op dit moment initiatieven. Om medewerkers ook politioneel daarvan te overtuigen en aan te leren om daar op een meer de-escalerende manier mee om te gaan."</i>
Respondent 10.	<i>"Als we door bepaalde adressen worden opgebeld om op huisbezoek te gaan, is het geweten hier de politie mee te vragen. Zelf heb ik dit nog niet moeten doen."</i>
Respondent 12.	<i>"Bij huisbezoeken waar we ons niet veilig voelen mogen we altijd de politie bellen, ze zijn verplicht om ons dan te begeleiden. Maar vaak weet je op voorhand natuurlijk niet waar je terecht gaat komen, totdat je binnen bent."</i>

Tabel 19. Omkadering in preventie en beheer door politie ondersteuning volgens respondenten

Daarnaast staan zorginstellingen vandaag de dag Volgens onderzoek (Backx et al., 1999; Ceulemans, 1998) rechtstreeks in contact met interne bewakingsdiensten ter bescherming van agressie. In de praktijk blijkt dit toch anders te zijn, zo geeft respondent 6, 13, 15 aan dat deze vaak ontbreken. Verder blijkt dat huisartsen, zoals respondent 10, deze diensten ook niet kunnen inroepen.

Respondent 6.	<i>"We hebben heel lang gewerkt met security, maar op dit moment hebben we die rol van security terug zelf moeten opnemen als zorgverlener."</i>
Respondent 10.	<i>"Bij huisbezoeken geef ik mijn partner altijd het adres door voor ik binnen ga, hij weet als hij na een half uur niets gehoord heeft, hij even moet bellen. Op die manier weet toch iemand waar ik ben. Op dit moment is er geen centrale. Als ik die veiligheidssteuning van mijn partner niet zou hebben zou ik niet weten hoe ik veilig op huisbezoek kan gaan."</i>
Respondent 13.	<i>"In het ziekenhuisnetwerk waarvoor ik werk heeft niet elk ziekenhuis een veiligheidsagent. Die persoon moet rondrijden tussen ziekenhuizen. Wij hebben welagressieknoppen maar er is dus niet altijd een veiligheidsagent aanwezig."</i>
Respondent 15.	<i>"Het belang van het inzetten van bewakingsagenten, dus profielen die specifiek instaan voor het verhaal van veiligheid, ontbreekt nu vaak nog binnen zorginstellingen."</i>

Tabel 20. Omkadering in preventie en beheer door bewakingsdiensten volgens respondenten

Ondersteuning voor zorgverleners na destructief gedrag

Zoals eerder in de resultaten besproken, zijn de gevolgen van destructief gedrag door zorgvragers naar zorgverleners in de gezondheidszorg niet te onderschatten. In de literatuur (Andersen et al.,

2021; Moss, 2017; The International Council of Nurses et al., 2005) kwam naar voren dat zorgorganisaties moeten zorgen voor onmiddellijke en langdurige ondersteuning voor alle getroffen medewerkers. Hierbij speelt de vertrouwenspersoon een cruciale rol als aanspreekpunt voor medewerkers die te maken krijgen met geweld. Uit het kwalitatief onderzoek kwam naar voren dat zorgverleners hiervoor terecht kunnen bij hun psychologe of leidinggevende. Hierin blijkt de vertrouwensband en de nodige opleiding in ondersteuning een belangrijke rol te spelen. Voor studenten in de zorgcontext en zelfstandige huisartsen of verpleegkundige blijkt dit anders te liggen. Zo geeft respondent 2 en 10 aan die ondersteuning te missen. Toch zijn er studenten, zoals respondent 10 en 12, die vertrouwen kunnen vinden bij de praktijk begeleider of stagecoördinator.

Respondent 1.	<i>"Wij hebben een psychologe in het ziekenhuis die ter beschikking staat voor het personeel. Ieder personeelslid krijgt ook een vertrouwenspersoon toegewezen. Als je nadelen ondervindt door de gevolgen van een incident op het werk, kan je bij hen terecht voor een gesprek of om je hart te luchten en je verhaal te doen."</i>
Respondent 2.	<i>"Ik merk dat er wel nog een grote drempel is om voorvallen van destructief gedrag tijdens stages aan te halen. Meestal wordt dit pas aangehaald in de vertrouwelijke klasgroep."</i>
Respondent 7.	<i>"In gevallen van agressie vanuit een zorgvrager is de vertrouwensband met je mentor heel belangrijk."</i> <i>"Iedere afdeling zou een referentie verpleegkundige agressie moeten hebben die specifiek voor deze rol wordt opgeleid en zo bereikbaar is voor collega's."</i>
Respondent 10.	<i>"Tijdens mijn stages kon ik altijd terecht bij mijn praktijkbegeleider waar er verder kan gepraat worden na incidenten van destructief gedrag door zorgvragers. Anderzijds heb ik ook al meegemaakt dat er snel werd overgegaan."</i> <i>"Binnen mijn solopraktijk heb ik niemand om eens mee te praten na een voorval van destructief gedrag."</i>
Respondent 11.	<i>"Wij raden ook altijd aan om leidinggevende extra sessies te laten volgen om communicatietechnieken ook over te brengen aan het zorgpersoneel. De tips rond wat kun je doen als je ziet dat het mijn medewerker moeilijker gaat, hoe kun je zorgverleners bijsturen en hoe kun je hen gaan aanspreken."</i> <i>"Het gaat denk ik vooral om de mentale gemoedsrust bij zorgverleners die geconfronteerd worden met agressie en dat zij wel het gevoel hebben van: Ik word hier gehoord."</i>
Respondent 12.	<i>"Na een voorval van destructief gedrag zou ik terecht kunnen bij mijn praktijkbegeleider en stagecoördinator."</i>

Respondent 13.	<i>"We hebben een soort team ter beschikking waarvan je ondersteuning kan krijgen. Daarnaast kan je ook ondersteuning krijgen van een psychologe. Bij hen kan je altijd terecht voor een gesprek of om te ventileren."</i>
----------------	--

Tabel 21. Omkadering in preventie en beheer door ondersteuning zorgverleners volgens respondenten

Bovendien is het essentieel dat er een follow-up proces is gekoppeld aan incidenten van destructief gedrag door zorgvragers. Dit proces moet duidelijk maken waar medewerkers terecht kunnen voor advies en verdere informatie (Tarquinio et al., 2018). Geen enkele respondent blijkt volledig op de hoogte te zijn van het gehele proces. Toch zijn enkele onderdelen duidelijk zoals briefings, ombudsdiensten en preventiediensten.

Respondent 1.	<i>"Bij ieder zwaar incident van destructief gedrag volgt er een briefing binnen het team."</i> <i>"Om de drie maanden komt er een externe preventieadviseur langs binnen het ziekenhuis. Men luistert naar de problemen of voorvallen van agressie."</i> <i>"Blijf je bij een probleem zitten en lukt het op lange termijn niet om een incident van agressie achter je te laten en je blijft hiervan klanten ondervinden. Kan je ook altijd terecht bij een arbeidsgeneesheer van de preventiedienst IDEWE."</i>
Respondent 3.	<i>"Structureel werden wij in zo'n gevallen ondersteund door de ombudsdienst die steeds begripvol waren."</i>
Respondent 5.	<i>"Eigenlijk zou er na ieder agressie incident een briefing moeten plaatsvinden. Waar je nagaat wat anders kan verlopen en wat er goed is verlopen. Het is een lerend proces."</i>

Tabel 22. Omkadering in preventie en beheer door onder follow-upprocessen volgens respondenten

Daarnaast blijkt ervaringsuitwisseling en sociale steun een cruciaal facet in die ondersteuning door zorginstellingen (Tarquinio et al., 2018; Oyen, 2002). Respondent 2, 5 en 8 versterken deze stelling.

Respondent 2.	<i>"Mijn ervaring met destructief gedrag zou ik willen delen en vertellen met anderen die dat ook hebben meegemaakt. Ik denk dat je daar veel steun uit kan halen en deze situaties een betere plaats zou kunnen geven."</i>
Respondent 5.	<i>"Het is belangrijk dat we binnen de zorginstelling een netwerk hebben van mensen die bij elke ernstig agressie incident een traject opzetten voor slachtoffers."</i>
Respondent 8.	<i>"Wanneer er zich een case voordoet waarin iemand binnen een zorginstelling geagresseerd is geworden, dat we daar minstens met meerdere betrokkenen, zonder die groep te groot te maken, maar meestal is dat twee tot drie mensen die die case bekijken en dan proberen daarrond in communicatie en dialoog te treden."</i>

Tabel 23. Omkadering in preventie en beheer door ervaringsuitwisseling tussen zorgverleners volgens respondenten

Meldpunten en -systemen

Volgens onderzoek (PGGM&co,2021) en uit de diepte-interviews blijkt dat de meerderheid van de ondervraagde zorgverleners op de hoogte is, hoe melding te maken van destructief gedrag. Toch blijkt, net als uit onderzoek (PGGM&co,2021), dat slechts een klein percentage daadwerkelijk melding maakt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medewerkers het melden van incidenten kunnen zien als een impliciete erkenning van professioneel falen (Wang et al., 2008), wat respondent 1, 2, 8 ondersteunt. Andere redenen zoals de tijdsintensieve factor, zoals respondent 1 aangeeft of de twijfel of men geloofd gaat worden, zoals respondent 2 aangeeft, spelen hierin ook een rol.

Respondent 1.	<i>"Normaal gezien moeten wij elke vorm van agressie melden in een soort mailsysteem waar alle meldingen binnen komen op de dienst kwaliteit. Hier kruipt natuurlijk veel tijd in, waardoor er een heel stuk verloren gaat. Daarnaast zijn er ook altijd mensen die zeggen: 'oh, het is niet de moeite om dat te melden'. Ik ben er zeker van dat de statistieken uit meldingen nooit de realiteit weergeven."</i>
Respondent 2.	<i>"In alle stages, die ik heb gedaan, wordt er wel gezegd dat als er iets scheelt dan moet je dat komen melden. Maar toch denk ik dat het als stagiair moeilijk is effectief de stap te zetten om het te durven melden."</i> <i>"Ik denk dat mensen destructief gedrag ook niet melden omdat men denkt, dat is toch woord tegen woord. Wat destructief gedrag voor de een is, is dat niet voor een ander."</i>
Respondent 8.	<i>"Er zijn ook duidelijk meerdere cases bekend waarin dat mensen die in het begin heel contentieus melding maken, na een aantal meldingen ook niet meer durven gaan te melden omdat blijkbaar zij vooral melden en hun collega's minder melden, niet willen melden of totaal niet melden. Meldingmakers zullen dan eerder als probleem worden beschouwd dan de omgeving of de andere partijen."</i>

Tabel 24. Omkadering in preventie en beheer door meldpunten en -systemen volgens respondenten

Daarnaast geven respondent 2 en 7 aan dat men eerder zou melden aan een vertrouwenspersoon dan via een platform, persoonlijk menselijk contact blijkt hier belangrijk te zijn.

Respondent 2.	<i>"Bij online meldpunten vind ik het belangrijk om niet behandeld te worden als een nummer. Wanneer je een online formulier invult zou het fijn zijn een bevestigingsmail te ontvangen met daarin dat de registratie goed ontvangen werd, waarna het over gaat naar menselijk contact."</i>
Respondent 7.	<i>"Ik denk dat ik eerder melding zou maken van destructief gedrag bij mijn diensthoofd dan via een meldpunt of -systeem. Het persoonlijk contact bij iemand die je kent vind ik belangrijk omdat dat veiliger voelt."</i>

Tabel 25. Omkadering in preventie en beheer persoonlijk menselijk contact in meldpunten en -systemen volgens respondenten

Daarom is het cruciaal zorgverleners te blijven informeren over waar en hoe incidenten gemeld kunnen worden (Morczek et al., 2014). Respondent 1 geeft aan dat dit nu al gebeurt via Intranet. Toch blijkt dit voor respondent 3 en 11 nog niet voldoende.

Respondent 1.	<i>"We werken binnen het ziekenhuis met Intranet. Hierop is verschillende informatie te vinden. Zo ook tot wie je je kunt wenden in gevallen van destructief gedrag. Daar staat een melding-mailadres en telefoonnummers."</i>
Respondent 3.	<i>"Ik denk dat het heel goed zou zijn om startende verpleegkundige in te leiden zodat ze goed weten wat destructief gedrag inhoudt, waar men melding kan maken en ook waar men terecht kunnen bij het verwerken."</i>
Respondent 11.	<i>"Vaak weten zorgverleners niet welk gedrag men nu juist moet melden omdat de protocollen van zorginstellingen hier vrij algemeen over blijven. Als je heel duidelijk uitschrijft van dat en dat gedraag aanvaarden we niet binnen onze organisatie en we willen dat dit zo gemeld wordt."</i>

Tabel 26. Omkadering in preventie en beheer door informeren over meldpunten en -systemen volgens respondenten

Verder is het actief aanmoedigen belangrijk (The International Council of Nurses et al., 2005), bijvoorbeeld via banners en posters zoals respondent 3 aangeeft. Tot slot is de ondersteuning van belang (Oyen, 2020). Respondenten 1, 3 en 8 geven aan dat dit kan door slachtoffers die destructief gedrag meldden, op de hoogte te houden van wat er met hun melding gebeurden.

Respondent 1.	<i>"Op de dienst kwaliteit van het ziekenhuis wordt samen met een preventieadviseur elke melding van destructief gedrag onderzocht. Samen bekijkt men wat kunnen we doen? Waar kunnen we meer op letten wat moet er meer beveiligd worden? Wat moet er voor handen zijn in het geval dat destructief gedrag plaats vindt?"</i>
Respondent 3.	<i>"Op Intranet zou men een banner kunnen laten voorbij komen of posters in de verplegingspost om zorgverleners te laten herinneren aan meldpunten."</i> <i>"Misschien dat de dienst kwaliteit de verslagen uit meldpunten kan delen met het personeel. Men kan inlezen hoeveel meldingen er gebeurden en of dat een beetje klopt met wat we denken dat er speelt, of verwachten we eigenlijk veel meer meldingen waardoor er onderrapportering plaatsvond. Dit kan ook visueel in de vorm van een flowchart."</i>
Respondent 8.	<i>"Het probleem is daar ook heel vaak dat men de betrokkenen niet motiveert om nog te melden in de toekomst doordat men ook niet daadwerkelijk met meldingen aan de slag gaat en dat ook niet terugkoppelt."</i>

Tabel 27. Omkadering in preventie en beheer door aanmoedigen van meldpunten en -systemen volgens respondenten

Training en opleidingen

De literatuur (Wang et al., 2008; The International Council of Nurses et al., 2005) benadrukt het belang van periodieke opleidingen en training door zorginstellingen voor hun medewerkers omtrent het omgaan met destructief gedrag. Deze trainingen zouden zich moeten richten op essentiële

vaardigheden zoals het omgaan met agressie, emotionele weerbaarheid en assertieve communicatie (Van der Jagt, 2003).

In de diepte-interviews haalden respondenten aan wel opleidingen en trainingen aangeboden te krijgen rond omgaan met destructief gedrag door hun werkgever, natuurlijk ligt dit bij respondent 9 en 10 anders doordat zij op zelfstandige basis hun beroep uitvoeren, en zelf instaan voor opleidingen en trainingen.

Waar het in de praktijk al vaak misgaat blijkt het probleem van hoge werkeisen (Andersen et al., 2020), waardoor er niet echt tijd lijkt te zijn om opleidingen en trainingen rond destructief gedrag optimaal in te richten en te volgen.

Respondent 1.	<i>"Nieuwe collega's hebben bij ons twee opleidingsdagen. Maar dat is een heel groot gamma die op die twee dagen erdoor moet. Dan wordt er ook een keer een puntje van agressie vernoemd. Ook een puntje van de vertrouwenspersonen. Maar dat is in een heel snel tempo."</i>
Respondent 11.	<i>"We bieden e-learnings aan rond agressie waarbij er aan de hand van verfilmde scenario's voorafgaand aan de training deze video's te bekijken. Maar we merken dat dat heel moeilijk is voor medewerkers om dan effectief vooraf de e-learning te bekijken."</i>

Tabel 28. Omkadering in preventie en beheer door tijdsgebrek in trainingen en opleidingen volgens respondenten

Daarnaast is het voor respondent 1, 3, 7, 11 en 13 van belang opleidingen rond destructief gedrag periodiek te herhalen.

Respondent 1.	<i>"Bij ons werkt men met e-learnings, die elke medewerker in het ziekenhuis om de zoveel maanden moet volgen waaronder ook thema's zoals agressie. Ik ben blij dat dat regelmatig herhaald wordt. Dat is altijd een goede opfrissing, en weet je waarop je de volgende keer kan letten."</i>
Respondent 3.	<i>"Workshops over geweldloze communicatie of hoe om te gaan met moeilijke zorgvragers zou jaarlijks herhaald moeten worden. Net zoals reanimatietraining een jaarlijkse terugkerende opleiding is."</i>
Respondent 7.	<i>"Ik denk wel dat het belangrijk is dat zo'n cursussen regelmatig aan bod zouden komen om te leren hoe met zo een gedrag om te gaan of je hoe je het zelfs zou kunnen vermijden dat een zorgvrager agressief wordt."</i>
Respondent 9.	<i>"We moeten op jaarbasis zoveel bijscholingsuren halen. Men zou hierin kunnen zeggen x aantal uur in dit thema, x aantal uur in dat thema en x aantal uur rond het thema omgaan met destructief gedrag cursussen moet volgen. Op die manier komt het voor iedere zorgverlener aan bod."</i>
Respondent 11	<i>"Een zorginstelling is zo groot dat je je wel kan afvragen of iedere zorgverlener terugkerend opleiding krijgt rond agressie."</i> <i>"vaak wordt er vergeten te beschrijven door wie en hoe vaak deze groepen deze trainingen moeten volgen."</i>

Respondent 13.	<i>"De opleidingen en trainingen die wij rond agressie krijgen zijn zeer beperkt. Zo zijn niet verplicht waardoor je dit soms pas om de vijf jaar aangeleerd krijgt."</i>
----------------	---

Tabel 29. Omkadering in preventie en beheer door periodieke trainingen en opleidingen volgens respondenten

Verder worden deze trainingen vaak ingericht in de vorm van rollenspelen (Patel et al., 2011) met acteurs. Toch geeft respondent 1, 8 aan dit niet de meest effectieve manier te vinden.

Respondent 1.	<i>"In opleidingen worden er vaak cases van destructief gedrag door zorgvragers geoefend met een professionele acteur. Maar er is nog altijd zo'n gevoel bij ons als zorgverleners, dat is toch nog altijd gespeeld is."</i>
Respondent 8	<i>"Sommige externe opleidingscentra werken zelfs met professionele acteurs. Dat is allemaal heel mooi. Maar goed, of dat daarom zo performant is als dat zou moeten zijn, dat is een andere vraag."</i>

Tabel 30. Omkadering in preventie en beheer door rollenspellen met acteurs in trainingen en opleidingen volgens respondenten

Andere vormen van trainingen en opleiding zoals personal coaching, webinars, mystery calls en visits blijken in de praktijk ook voor te komen.

Respondent 11.	<i>"Soms gebeurt het dat we werken met een personal coaching op de werkvloer. Meestal is dit waar het omgaan met agressie moeilijker verloopt. Waar we dan tips meegeven."</i> <i>"We werken ook aan de hand van mystery calls of mystery visits. Maar ethisch gezien gaan we natuurlijk niet heel agressie gaan doen. Om dan te gaan kijken, hoe gaan ze daarmee om? Hoe reageren ze daarop? Wat is voor ons agressiever ogend? Het is de bedoeling om te zeggen, die verpleegkundige doet dat goed en dat niet, dat is zeker niet de bedoeling. We nemen deze valkuilen mee om te gebruiken tijdens opleidingen."</i> <i>"Wij geven ook webinars van anderhalf uur omtrent agressie in de zorg."</i>
----------------	--

Tabel 31. Omkadering in preventie en beheer door verscheidene vormen van trainingen en opleidingen volgens respondenten

Tot slot kwamen er heel wat verbeterpunten naar voren tijdens het kwalitatief onderzoek hoe deze trainingen en opleidingen beter georganiseerd kunnen worden. Respondenten haalde benchmarking aan uit andere afdelingen en sectoren. Verder blijkt het belang van het wetenschappelijk onderbouwen van deze trainingen en opleidingen.

Respondent 3.	<i>"Het lijkt me perfect te organiseren ziekenhuis breed. Het is misschien wel eens goed om ook andere afdelingen hun ervaringen te horen. Misschien kom je dan op voorbeelden van best practices vanuit andere afdelingen, die ook op de eigen afdeling geïmplementeerd kunnen worden."</i>
---------------	--

	<i>"Misschien kan men ook eens gaan kijken in de profitsector. Ik denk dat men daar ook getraind wordt op destructief gedrag. Zoals in een Callcentrum of helpdesks. Ik denk dat die op trainingen leren om te communiceren en tot constructieve oplossingen te komen."</i>
Respondent 8.	<i>"Ik miste de evidence-based, dus de wetenschappelijke basis in deze opleidingen."</i>

Tabel 32. Omkadering in preventie en beheer door optimalisatie van trainingen en opleidingen volgens respondenten

Omgeving

Uit de literatuur (Van der Jagt, 2003) kwam naar voren dat een goed ontworpen fysieke omgeving in zorginstellingen, die aandacht schenkt aan de behoeften van zorgverleners en zorgvragers, destructief gedrag kan voorkomen. Specifieke aanpassingen in de fysieke omgeving van wachtruimtes (PZvlas, 2008; The International Council of Nurses et al., 2005) zoals respondent 3, 6, 7 en 13 aangeven kunnen hier bepalend in zijn.

Respondent 3.	<i>"De omgeving kan agressie misschien ook verminderen. Ik denk wanneer je toegang zou hebben tot een tuintje of een park, dat dat veel kan doen."</i> <i>"In sommige ziekenhuizen werken ze met een centraal wachtpunt waar men iets kan drinken of eten. Op die manier moet niet elke afdeling een eigen wachtzaal hebben."</i> <i>"Ook de parking van een zorginstelling is vaak een pijnpunt. Als mensen al moeilijk de parking of een parkeerplaats kunnen vinden, zorgt dit ook voor onnodige extra stress."</i>
Respondent 6.	<i>"We hebben een hele kleine spoed, dus zorgvragers en zorgverlener zitten allemaal heel kort op elkaar. Ik zou zelf geen vier uur op dat stoeltje in de wachtzaal kunnen zitten wachten. De spoed is eigenlijk ook een plaats buiten spoed, in een aparte ruimte waar je niemand ziet of hoort. Buiten dat er af en toe een zorgverlener voorbijkomt om een blikje cola aan de automaat te komen halen. Dus dat is absoluut niet goed ingericht."</i>
Respondent 7.	<i>"Een ziekenhuiswachtzaal is niet warm of huiselijk aangekleed. Ik denk dan aan kleuren die men zou kunnen gebruiken op de muren"</i>
Respondent 13.	<i>"De infrastructuur van de wachtzaal heeft ook invloed op de rust van een afdeling."</i>

Tabel 33. Omkadering in preventie en beheer in de wachtzaalomgeving volgens respondenten

De indeling van behandelzones speelt ook een cruciale rol, deze moeten idealiter zo ingedeeld worden dat patiënten niet ongewild blootgesteld worden aan stressvolle situaties (The International Council of Nurses et al., 2005). Uit het kwalitatief onderzoek, zoals respondent 1 en 7 aangeven, is dit nog niet optimaal in zorginstellingen.

Respondent 1.	<i>"Kamers op spoed zijn allemaal met schuifdeuren waardoor je deze niet volledig kan afsluiten. Een isolatiecel ligt wel ergens in een hoekje apart, maar"</i>
---------------	---

	<i>natuurlijk hoor je nog altijd het gebonk op de muren en wat geschreeuw. Natuurlijk heb je altijd zorgvragers die gevallen van destructief gedrag door andere patiënten zien of horen gebeuren wat ongepast gedrag kan uitlokken."</i>
Respondent 7.	<i>"Twee persoonskamers zijn ook niet altijd even handig. Je hebt daar enkel een gordijntje, voor de rest hoor je alles. Terwijl er wel vaak privé conversaties gevoerd moeten worden. Of je slaapt met een snurker. De badkamer moet ook gedeeld worden."</i>

Tabel 34. Omkadering in preventie en beheer in de zorginstellingomgeving volgens respondenten

communicatie

Het stimuleren van gedragsverandering bij zorgvragers begint met communicatiestrategieën en bewustmakingscampagnes (International Labour Office et al., 2002; Kowalczyk et al., 2017). Het Hierarchy-of-effects model, zoals voorgesteld door Kotler (1989), werd in de literatuurstudie gebruikt om het proces van bewustwording tot de uiteindelijke gedragsverandering weer te geven. Daarnaast werden er ook al enkele initiatieven door zorginstellingen, zoals deze van het ZOL en Medisch Centrum Twente, voorgesteld. Respondenten vulde deze kennis aan.

Respondent 1.	<i>"De afdeling PR werkt met affiches en flyers om geweldpleging tegen zorgverleners tegen te gaan. Deze zie je als je op spoed binnenkomt maar hangen ook op in de toiletruimtes."</i>
Respondent 3.	<i>"Misschien is het ook goed om als zorginstelling te werken met een thema zoals: een maand tegen agressie zoals men nu ook een maand heeft voor goede handhygiëne."</i>
Respondent 4.	<i>"Flyers, posters, maar ook video en digitale beelden die op schermen van ziekenhuizen tonen om meer awareness te creëren rond het probleem van destructief gedrag."</i>
Respondent 7.	<i>"Ons ziekenhuis is actief op Facebook en Instagram waar men wel regelmatig communiceert over zo'n thema's."</i> <i>"Ik denk als binnen iedere afdeling een paar mensen zouden kunnen meewerken aan een campagne tegen destructief gedrag, dat dat een enorme meerwaarde kan creëren."</i>
Respondent 13.	<i>"Iedere zorginstelling heeft een communicatiedienst en woordvoerder, maar zorgverleners worden niet aan het woord gelaten. Er wordt echt wel expliciet vaak gevraagd, zwijg hierover. Daar ben ik niet altijd akkoord mee."</i> <i>"Ik vraag ook voor real-time informatieborden. Waar er op kan verschijnen hoe druk het is, of de ambulance en mug is moeten uitrijden en bepaalde regels in de vorm van filmpjes worden getoond over bezoeksregels, enz.."</i>

Tabel 35. Omkadering in preventie en beheer door creëren van bewustwording volgens respondenten

Persoonsgerichte communicatie is volgens de literatuur (Doedens, 2022; Fagan-Pryor et al., 2003; The International Council of Nurses et al., 2005) gericht op effectieve informatie-uitwisseling en het

creëren van duidelijke verwachtingspatronen bij patiënten door hen te informeren over de mogelijkheden en beperkingen binnen de zorginstelling. Effectieve communicatie kan helpen om onzekerheid en frustraties te verminderen.

Respondent 1.	<i>"Iedere patiënt die op spoed binnen komt krijgt een kleur toegekend. In de wachtzaal hangt een grote affiche welke kleurcode, welke wachttijd betekent. Maar de mensen lezen dat niet. Plus die wachttijden zijn puur informatief. Als de spoed overvol is, lopen deze tijden natuurlijk op."</i>
Respondent 2.	<i>"Het is me opgevallen dat wanneer er slecht nieuws gebracht moet worden aan een patiënt of familieleden, dan wordt er een overleg ingepland. Dan wordt er stilgestaan welke boodschap er op welke manier moet overgebracht worden en op welk moment dit zal gebeuren."</i>
Respondent 3.	<i>"Het zou fijn zijn als je als zorgvrager een idee zou hebben van hoelang het ongeveer zou kunnen duren. Ik denk aan een systeem zoals nu ook in pretparken wordt gebruikt."</i> <i>"Als patiënt ben je even alle controle kwijt, als zorginstelling heb je een impact in hoe een zorgvragers zich voelt."</i>

Tabel 36. Omkadering in preventie en beheer door persoonsgerichte communicatie volgens respondenten

Beleid

Uit de literatuur (Moss, 2017) bleek dat Zorginstellingen vaak worstelen met het adequaat aanpakken van destructief gedrag door zorgvragers, uit angst voor negatieve publiciteit en imagoschade. Respondent 1, 5, 6 en 9 bevestigen dit.

Respondent 1.	<i>"Het ziekenhuis kan nooit klacht indienen, of verdere stappen ondernemen tegen een patiënt die in het kader van zijn ziekteproces agressie pleegt tegen een zorgverlener. Maar bij sommige patiënten hebben wij toch onze bedenkingen. Het was de eerste en de laatste keer niet, en men blijft het uithangen."</i>
Respondent 5.	<i>"Ik sprak vorige week nog met een veiligheidsagent van een Vlaams ziekenhuis dat vorig jaar 23 500 incidenten van destructief gedrag registreerde. De directie maakte daar 450 incidenten van. Dat blijft een taboe en een denkfout vanuit de directie. Dit geeft geen positief beeld aan het personeelsrecht."</i>
Respondent 6.	<i>"Door de zorginstelling waar ik werk wordt het probleem van destructief gedrag erg geminimaliseerd ondanks we allemaal regelmatig aan de alarmbeltrekken. Ik vind niet dat ik volledig gesteund voel door mijn werkgever."</i>
Respondent 9.	<i>"Maar dat moest stilgehouden worden, men zou dat nooit publiek aanpakken."</i>

Tabel 37. Omkadering in preventie en beheer ontbreekt door zorginstellingen volgens respondenten

Zorginstellingen staan voor de uitdaging om effectieve agressieprocedures en -beleid te ontwikkelen die de-escalatiestrategieën en conflicthanteringsstrategieën omvatten (The International Council of Nurses et al., 2005). Respondent 11 en 12 merkten enkele ontbrekende elementen op binnen beleid.

Respondent 11.	<i>"Men steekt heel veel tijd in het uitschrijven van een agressiebeleid. Vaak is dit puur schriftelijk wel in orde maar blijven deze vrij algemeen, maar ik vind dat ze het misschien beter zouden gebruiken om stroomschema's in te steken. Op die manier gaan mensen praktisch nut hebben van je protocol."</i> <i>"Wanneer een zorginstelling concreet is over het niet aanvaarden van agressie in haar protocollen door ombudsdienst en directie, kan duidelijk gemaakt worden aan een agressor dat zo'n gedrag naar zorgverleners niet aanvaard wordt."</i>
Respondent 12.	<i>"Als Hajo sta je onder contract met het stagebureau. Ik heb dit contract al een paar keer doorgenomen, maar over agressie is daarin eigenlijk niets opgenomen."</i>

Tabel 38. Omkadering in preventie en beheer door het zorginstellingsbeleid volgens respondenten

Slechts enkele respondenten waren op de hoogte van wat er reeds in zo een beleid wordt opgenomen. Toch benadrukt de literatuur (Wang et al., 2008) dat een agressiebeleid gecommuniceerd en verspreid moet worden onder het personeel, wat het vertrouwen van de werknemers in de inzet van het management om destructief gedrag aan te pakken, zou versterken.

Het is namelijk cruciaal dat zorginstellingen inspelen op de behoeften, verwachtingen, en percepties van hun werknemers binnen hun functie als zorgverlener (Oyen, 2002). Dit vereist het onderhouden van een gezonde werkcultuur (Van Leeuw, 2016). Studies hebben aangetoond dat er een direct verband bestaat tussen personeelsbeleid en het voorkomen van incidenten van destructief gedrag (Wang et al., 2008).

Respondent 3.	<i>"Het management en cultuur van de zorginstelling moet per afdeling afgestemd zijn om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden als zorgverlener en te kunnen krijgen als zorgvrager."</i>
---------------	--

Tabel 39. Omkadering in preventie en beheer door employer branding volgens respondenten

Door overheden

Regeringen en relevante autoriteiten, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, spelen een cruciale rol in het ontwikkelen van een wettelijk kader en de handhaving ervan om geweld op de werkplek te bestrijden (The International Council of Nurses et al., 2005). In België heeft de wetgeving (Welzijnswet, 1996) zich ontwikkeld om welzijn op het werk te verbeteren. Verder werden de straffen voor verbale en fysieke agressie tegen zorgverleners sterker door wetgeving in 2006 en 2010. Daarnaast werd in 2023 verdrag nr. 190 geïntroduceerd dat streeft naar een werkomgeving vrij van intimidatie en geweld voor alle werknemers (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2023). Tot slot bespreekt De Belgische kamer momenteel een wetsvoorstel dat de straffen voor geweldpleging op personen in een openbare functie, inclusief zorgverleners, verder verzwaren (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2020). Toch gaven heel wat respondenten aan het huidige juridisch kader niet toereikend genoeg te vinden.

Respondent 2.	<i>"De zorg is eigen in België. Ik vind dat de overheid verantwoordelijk is voor de nodige ondersteuning van de problematiek rond destructief gedrag in de vorm van rechten."</i>
Respondent 3.	<i>"Misschien moet de wetgeving strenger worden voor agressie. Dat zijn dingen die men niet zou mogen tolereren dat je in je job belaagd wordt door iemand, zowel fysiek als verbaal. Misschien moeten er gewoon strengere straffen komen. Ik denk dat daar heel duidelijk in gemaakt kan worden, dat kan niet. Iedere zorgverlener moet zich veilig en gesteund voelen. Ik hoop dat zo'n zaken via snelrecht veel rapper bestraft kunnen worden. Misschien kan een werkstraf of meedraaien met zorgverleners als vrijwilligerswerk veel doen."</i>
Respondent 5.	<i>"De overheid is verantwoordelijk voor een strengere wetgeving. Men zou een proces-verbaal moeten kunnen opstellen in zo'n gevallen, wat maakt dat de gegevens van daders gekend zijn bij het gerecht."</i>

Tabel 40. Omkadering in preventie en beheer door het juridisch kader volgens respondenten

Daarnaast werd in de literatuur (The International Council of Nurses et al., 2005) aangehaald dat financiering van marketingcampagnes, om bewustzijn te verhogen rond de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidzorg, een belangrijk onderdeel is in de strijd. De overheid staat namelijk in voor het stimuleren van gedragsverandering bij zorgvragers. Dat kan met communicatiestrategieën en bewustmakingscampagnes (International Labour Office et al., 2002; Kowalczyk et al., 2017). Het Hierarchy-of-effects model, zoals voorgesteld door Kotler (1989), werd in de literatuurstudie gebruikt om het proces van bewustwording tot de uiteindelijke gedragsverandering weer te geven. Zo werd er in 2012 een campagne opgezet door de Belgische overheid (BVA, 2012). Daarnaast werden er ook al enkele initiatieven door buitenlandse overheden, zoals deze van het UK National health service (1999) Nederlandse VNG (2015) en Spaanse medicos pacientes (2017), voorgesteld. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat respondenten de huidige inspanningen omtrent bewustmaking van de problematiek vanuit de overheid niet voldoende vinden.

Respondent 4.	<i>"Wij kunnen het volledige probleem niet alleen oplossen, er zijn veel meer middelen nodig vanuit de overheid. Ik denk dat de overheid daarin moet schakelen om een oplossing voor het probleem van destructief gedrag haalbaar te maken."</i> <i>"De laatste campagne vanuit de overheid tegen destructief gedrag in de zorg dateerde van begin 2000. Die campagne heette 'Hou het hoofd koel'. Volgens ons, en wat wij horen van zorginstellingen, niet de campagne die het meeste impact gemaakt heeft."</i>
Respondent 8.	<i>"Voor de bewustwording onder de bevolking zijn informatiecampagnes heel belangrijk, maar daar zitten we, zeker voor het federale volksgezondheidsniveau en de Vlaamse gemeenschap, met een serieus structureel probleem. Bijvoorbeeld de laatste informatiecampagne vanuit de federale overheid is geleden van 2008. Hierin geldt de kwestie van prioriteiten en middelen."</i>

Respondent 10.	<i>"Ik denk aan een sensibiliseringscampagne vanuit de overheid waarin duidelijk wordt gemaakt aan zorgvragers wanneer je je meld bij een huisarts, wanneer bij een wachtpost, wanneer op spoed, en wanneer in het ziekenhuis destructief gedrag door zorgvragers zou kunnen verminderen."</i>
Respondent 15.	<i>"Ik denk aan BOB campagnes die invloed hebben op die grote groep mensen die vatbaar zijn voor maatschappelijke bewustmaking en gedragsverandering."</i>

Tabel 41. Omkadering in preventie en beheer door de overheid in bewustwording volgens respondenten

Verder koppelde heel wat respondenten deze problematiek aan de hervormingen in het onderwijs, dat onrechtstreeks in verband staat met de werkdruk in de sector. Daarnaast geeft een respondent aan dat er richtlijnen zouden kunnen komen vanuit de overheid omtrent de bijscholing rond destructief gedrag in de gezondheidssector.

Respondent 5.	<i>"De hervormingen van de verpleegkunde opleidingen kwam er op vraag van Europa. De nadruk ligt voor hun op de technische, medische handelingen. Mensen in het onderwijs zijn zeer gemotiveerd, maar staan te ver weg van de werkvloer. Minsister van onderwijs, Ben Weyts, speelt daar een grote rol in, zij keuren het curriculum voor scholen goed."</i>
Respondent 7.	<i>"De overheid zou de zorg weer aantrekkelijk moeten maken, zodat er minder werkdruk op zorgverleners hun schouder ligt. Want als ik nu terug opnieuw zou mogen kiezen, zou ik iets helemaal anders kiezen. Er wordt steeds meer draagkracht verwacht, het werk wordt steeds zwaarder, de draaglast wordt ook steeds groter."</i> <i>"Men zou de opleiding verpleegkunde ook gewoon aantrekkelijker moeten maken. Er is nu zo'n soep rond dat graduaat en bachelor. Gooi het gewoon samen, alsjeblieft. Want om heel eerlijk te zijn, stel ik zou opnieuw kunnen kiezen, ik zou geen graduaat gaan doen doordat men er basis verpleegkundige heeft van gemaakt. De bacheloropleiding is nu ook vier jaar. Als je het in een gewoon traject doet, is het lang, Terwijl een gewone bachelor drie jaar is. Ik denk dat dat is wat veel mensen tegen houdt."</i>
Respondent 12.	<i>"Ik denk als de druk op de zorg een beetje mindert, dat wij vaker onze tijd kunnen nemen voor problemen op te lossen, waardoor de arts minder spanning kan overbrengen naar zijn patiënt en waardoor er meer ruimte zou zijn om met vragen van zorgvragers om te gaan. Dit is rechtsreeks verbonden aan het motiveren en aanwerven van zorgverleners om voor een studie in de zorg te kiezen."</i>

Tabel 42. Omkadering in preventie en beheer door de overheden in basisopleidingen volgens respondenten

Om de meldingen van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg te verbeteren, werden er reeds verschillende initiatieven opgezet (Orde der Artsen, 2016; Vlaams meldpunt grensoverschrijdend gedrag, 2023). Toch kwam in de analyse van het kwalitatief onderzoek naar voren dat er nood zou zijn aan een centraal meldpunt of -systeem waar gevallen van destructief gedrag gemeld kunnen worden, onafhankelijk van welke job je als zorgverlener in de gezondheidszorg , of je nu arts, zelfstandige

verpleegkundige zoals respondent 2 aanhaalt, of verpleegkundige in dienstverband bent. Toch zijn respondent 14 en 15 hier sceptisch over. Door een algemene documentatie van incidenten van destructief gedrag door zorgvragers om patronen van geweld te identificeren en te begrijpen, wat cruciaal is voor het ontwikkelen van gerichte preventieve maatregelen (Wang et al., 2008). Daarvoor is het opzetten van eenduidige meldprocedures van belang voor dat beheer (The International Council of Nurses et al., 2005), dat respondent 5, 8 en 13.

Respondent 2.	<i>"Voor zelfstandige verpleging zie ik niet direct waar je destructief gedrag kunt melden."</i>
Respondent 5.	<i>"Een centraal meldpunt waar incidenten van destructief gedrag gemeld kunnen worden en waar met de gegevens wetenschappelijke studies kunnen mee gebeuren in plaats dat iedere zorginstelling het voor zichzelf moeten oplossen, vindt ik de verantwoordelijkheid van de overheid."</i>
Respondent 8.	<i>"naar het in kaart brengen van het probleem, in kaart brengen van gegevens, ook daadwerkelijk feedback daar rond opvolgen de optimalisatie daar rond zou de sociale inspectie vanuit het ministerie ter werkstelling een belangrijke rol moeten spelen door de meldgegevens die per zorginstelling binnenkomen te overkoepelen. Die meldpunten zouden meer moeten zijn dan enkele meldpunten. Daar zou ook moeten werk kunnen gemaakt worden in bredere zin van een steunpunt waar dat ondersteunden informatie beschikbaarheid is "</i>
Respondent 13.	<i>"De melding en het kunnen opvolgen van een agressiedossier moet eenvoudiger."</i>
Respondent 14.	<i>"ik denk dat we heel goed moeten opletten als er nieuwe meldsystemen komen, dat die compatibel zijn met de bestaande systemen en ook dat er goed het vragen aanbod moet afgetoetst worden. Want ik kan begrijpen voor zelfstandige thuisverpleegkundige, dat dat een heel ander verhaal is dan in op. voorzieningsniveau."</i>
Respondent 15.	<i>"Veel partijen pleiten dat er naast het meldsysteem van de zorginstelling als werkgever daarnaast ook nog een bijkomende meldsystemen moeten zijn, waar dat een persoon onafhankelijk van de werkgever ook nog eens kan melden. Daar zijn wij toch wel wat meer terughoudend in, dan creëer je namelijk een systeem waarbij het proces vanaf het moment dat het incident plaatsvindt tot de nazorg nog niet efficiënt kan verlopen. Want wie gaat dat opvolgen, bij welke instantie kom je al zorgverlener terecht, wie is verantwoordelijk voor dat systeem, enz."</i> <i>"Er zijn nu al heel wat meldpunten omtrent grensoverschrijdend gedrag of geweld, maar deze zijn niet afgestemd op elkaar. Er zijn partijen die kunnen pleiten om nog een meldpunt erbij te doen. Op die manier dien je bij wijze van spreken 7 keer gaan registreren."</i>

Tabel 43. Omkadering in preventie en beheer door de overheden in meldpunten volgens respondenten

Door basisopleidingen

Vanuit de overheid wordt de omkadering in basisopleidingen van zorgverleners (verpleegkundigen en artsen) in opleiding, ook een belangrijk element in de preventie en beheer van destructief gedrag

door zorgvragers. Uit de literatuur (Nau et al., 2010; Mamede et al., 2017) blijkt dat trainingsprogramma's in agressiebeheersing en communicatievaardigheden cruciaal zijn om studenten voor te bereiden op destructief gedrag door zorgvragers in de praktijk, waarbij ze leren omgaan met emoties, klachten en conflictbeheersing. Respondenten onderstrepen de noodzaak voor opleidingsinstituten om hun programma's aan te passen, niet alleen met focus op zorgverlening, maar ook op het herkennen, begrijpen en hanteren van destructief gedrag. Heel wat respondenten geven aan dat het vakaanbod hierin zeker nog niet voldoende toereikend is.

Respondent 2.	<i>"We krijgen het vak wetgeving, waarin we wel leren wat uw rechten zijn als zorgverlener binnen de omgeving waarin je werkt, maar heel verdiepend vind ik dit niet. Dat is voorlopig nog heel sec en heel droog."</i>
Respondent 5.	<i>"Het is zo dat onze beroepsgroep te weinig wordt opgeleid om preventief te leren omgaan met destructief gedrag door zorgvragers."</i>
Respondent 6.	<i>"Ik vind dat ze het allemaal wat verbloemde tijdens mijn opleiding terwijl ik denk dat ze op de schoolbanken die agressieve patiënt wat vaker kan aanhalen. Tijdens je stages kan je je verschuilen achter je stagementor, maar nu heb ik wel de eindverantwoordelijkheid"</i>
Respondent 7.	<i>"Tijdens stages zou men ook wel meer met dit thema bezig kunnen zijn dan alleen tijdens de les."</i>
Respondent 8.	<i>"Ik vind dat er in de basisopleiding het minimum instructiepakket wat afgestemd is, men zou moeten krijgen. Wat nu zeker nog niet zo is, maar er zijn er zeker die dat al behoorlijk waarmaken. En dan zou het vervolgens periodiek, minstens om de twee jaar herhaald moeten worden waarbij er geschakeld wordt tussen de verschillende inhouden van die opleidingen. Fysiek, psychisch, emotioneel en andere facetten daarvan. Daarnaast zou dat voldoende wetenschappelijk onderbouwd moeten worden. Wat ook bij de portfolio's, de overzichten van de opleidingen moeten mee opgevolgd kunnen worden, wat ik vermoed nu nog niet altijd het geval is."</i>
Respondent 10.	<i>"Ik weet dat we wel geleerd hebben om te leren omgaan met destructief gedrag tijdens de opleiding, maar misschien dat het op een verkeerd moment in de opleiding was. Misschien was het veel nuttiger geweest als we dat in de laatste jaren hadden gehad. Ik denk dat het niet slecht zou zijn om dat jaarlijks te laten terugkeren."</i> <i>"Destructief gedrag door zorgvragers kwam eerder aan bod in de vorm van besprekingen en van elkaar leren. Dus als een bepaald kritiek voorval niet zou plaatsvinden kan die informatie ook niet gedeeld worden. Het zou daarom nuttig zijn hieromtrent echt een verplicht leerkader rond omgaan met agressie te introduceren."</i>
Respondent 11.	<i>"Vaak zie ik bij jong afgestudeerde dat men na de training binnen de tewerkgestelde zorgorganisatie aangeeft dat dat eigenlijk al in de basisopleiding had moeten zitten."</i>

	<i>Daar is dat vaak maar een klein onderdeelje, dat zo eens één keer aan bod komt. Daar zie ik zeker mogelijkheid tot groei."</i>
Respondent 12.	<i>"Ik denk dat er in de opleiding tot arts veel aandacht is voor communicatie, maar ik weet niet of die aandacht op een juiste manier wordt gegeven. Ik denk dat het nog veel te theoretisch is. Ik mis vooral die praktijkervaring hierin. Omdat je pas in je vijfde jaar de eerste langdurige praktijkstage krijgt, dat is pas de eerste keer dat je met zo een situaties geconfronteerd wordt."</i>

Tabel 44. Omkadering in preventie en beheer door basisopleidingen volgens respondenten

Uit de literatuur (Hutcheson & Lux, 2010; Patel et al., 2011) blijkt dat casusonderwijs, storytelling ervaringen, en rollenspellen worden aanbevolen als effectieve methoden om studenten praktische ervaringen te bieden in het herkennen en adequaat reageren op storend gedrag. Dergelijke interactieve onderwijsmethoden kunnen helpen om het leerproces te verrijken en studenten beter voor te bereiden op realistische scenario's. Toch geven respondent 2 en 7 aan dat rollenspellen, volgens hen, niet zo doeltreffend en effectief zijn.

Respondent 2.	<i>"Tijdens communicatie- en praktijklessen leer je omgaan met moeilijke zorgvragers dat vaak gebeurt in de vorm van rolspelen, maar dat gaat enkel over verbale agressie, niet over fysieke agressie. Daarnaast gebeurt dit natuurlijk in een veilige omgeving met een leerkracht erbij en met klasgenoten die je kent. Dus ik vind dat nogal dubbel. Je leert dus wel die technieken, maar toch is het niet volledig hetzelfde in de praktijk. Ik denk dat men de realiteit beter zou kunnen nabootsen met een professionele acteur van buitenaf. Vanuit de opleiding verpleegkunde gaat men ook niet echt uit dat fysieke agressie zou voorvallen."</i>
Respondent 7.	<i>"Je speelt gewoon een casus na, wat soms meer acteren was dan iets anders. Ik denk dat het misschien beter zou zijn als men professionals laten komen die de casussen zouden voordoen. Om dan te zien, zo kan ik ermee omgaan."</i>

Tabel 45. Omkadering in preventie en beheer met rollenspellen in basisopleidingen volgens respondenten

Door zorgverleners

Zorgverleners kunnen hun steentje bijdragen in de preventie en beheer van destructief gedrag door communicatieve vaardigheden te ontwikkelen en grenzen te stellen.

Communicatie

In de gezondheidszorg draait zorgverlening niet alleen om medische behandelingen, maar ook om het creëren van een positieve, waardevolle ervaring voor zorgvragers, waarbij aandacht besteed wordt voor de emotionele behoeften en persoonsgerichte zorg essentieel is (Balint, 2002; Oyen, 2002). Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat al heel wat respondenten deze vorm van zorg proberen toe te passen door zich op gelijke voet te plaatsen met de zorgvrager, hun communicatie aan te passen aan de verwachtingen en emotionele behoefte van de zorgvrager.

Respondent 5.	<i>"Je mag als zorgverlener nooit de ambitie hebben om boven een ander te staan. Soms hebben we als zorgverlener het idee dat we het allemaal beter weten dan een ander en te weinig oog hebben om te luisteren naar de frustraties van de persoon. Je moet de ambitie hebben om te luisteren waarom iemand kwaad of agressief is."</i>
---------------	---

Respondent 7.	<i>"Ik probeer altijd rustig en vriendelijk te blijven in mijn communicatie. Want wat je geeft krijg je terug. "</i>
Respondent 9.	<i>"Ik probeer altijd eerst na te denken hoe ik nieuws zal aanbrengen."</i>
Respondent 10.	<i>"Laat het vooraf gemaakte idee van de patiënt ook altijd open en geef hen het gevoel dat je luistert naar wat zij denken."</i>
Respondent 12.	<i>"Ik heb de indruk dat jongere artsen wel iets meer opgeleid zijn dan oudere artsen om aan shared decision making te doen. Naar de toekomst toe zal het minder zijn van de dokter zegt dat het zo moet, dus het zal zo zijn, maar eerder ik heb nu dat en dat gezien bij u, ik hoor nu dat en dat van u, we zouden dit en dit kunnen doen, wat denkt u er zelf over. Ik probeer altijd de verwachtingen van de patiënt te peilen en daarop te anticiperen."</i>
Respondent 13.	<i>"Als zorgverlener moet je communicatief kunnen schakelen in verschillende momenten en verschillende emoties zoals verdriet, wanhoop, ongerustheid, slecht nieuws, maar gelukkig ook genezing en herstel."</i> <i>"Probeer altijd aan te voelen hoe de prikkelbaarheid van de zorgvrager is, en daarop juist te reageren en een correcte houding tegenover te stellen. Er zijn mensen die je met humor kunt behandelen, bij andere mensen moet je zeer gereserveerd zijn, bij anderen dan weer heel kortdaat."</i>

Tabel 46. Omkadering in preventie en beheer in persoonsgerichte communicatie door zorgverleners volgens respondenten

Cruciaal voor persoonsgerichte zorg is effectieve communicatie. Het verstrekken van duidelijke, volledige informatie aan zorgvragers draagt namelijk bij aan het verminderen van onzekerheid en potentieel destructief gedrag (Oyen, 2002; Van der Jagt, 2003; Fagan-Pryor et al., 2003; The International Council of Nurses et al., 2005). Wat de meerderheid van de respondenten tijdens de diepte-interviews bevestigden.

Respondent 1.	<i>"Als je mensen, vanaf het begin bij inschrijving, uitlegt hoe lang het ongeveer zal duren, heeft men wel meer begrip. Communicatie naar patiënten toe, doet veel. Valt destructief gedrag toch nog voor is het belangrijk altijd in dialoog gaan met je patiënt. Proberen te vragen waarom, ben je zo boos of ik zie dat je nogal zenuwachtig bent, is er iets gebeurd, wat was de aanleiding? Probeer nooit bedreigend over te komen."</i>
Respondent 2.	<i>"Ik probeer altijd goed uit te leggen welke medische handeling ik zal uitvoeren en hoe dat gaat verlopen. Daarnaast leg ik in mijn uitleg altijd de nadruk op de veiligheid van de patiënt."</i>
Respondent 5.	<i>"We geven te weinig uitleg. We motiveren niet waarom iets een regel is. Leg goed uit wat de stappen zijn die een patiënt zal volgen."</i>
Respondent 6.	<i>"We proberen zoveel mogelijk educatie op het moment zelf mee te geven aan de zorgvrager. Dat is eigenlijk van moment één al zeggen kijk, dit gaat er gebeuren. En daarnaast ook de tijden meegeven."</i>
Respondent 10.	<i>"Ik leg altijd uit waarom ik iets wel of niet voorschrijf."</i>

Respondent 12.	<i>"vooral proberen te staven waarom je een bepaalde beslissing maakt."</i> <i>"als je alles op een beleefde, rustige manier uitleggen, en je merkt dat ze snappen wat je hebt uitgelegd, gaat dat meestal allemaal vrij goed."</i>
----------------	--

Tabel 47. Omkadering in preventie en beheer in educatieve communicatie door zorgverleners volgens respondenten

Het opbouwen van vertrouwensrelaties kunnen daarnaast een positieve invloed hebben op het gedrag van zorgvragers en een preventieve oplossing vormen voor mogelijke destructieve situaties doordat zorgverleners beter rekening kunnen houden met hun individuele wensen, voorkeuren en behoeften (Balint, 2002). Respondent 7 en 9 ondersteunen deze stelling.

Respondent 7.	<i>"Een vertrouwensband opbouwen met een patiënt kan destructief gedrag al snel reduceren."</i>
Respondent 9.	<i>"Als zelfstandige thuisverpleegkundige bouwen wij een sterke band op met onze patiënten. In dat opzicht denk ik dat wij wel een voordeel hebben ten opzichten van verpleegkundige in het ziekenhuis."</i>

Tabel 48. Omkadering in preventie en beheer door een vertrouwensband volgens respondenten

Grenzen stellen

Duidelijk aangeven van grenzen blijkt zowel uit de literatuur (Van der Jagt, 2003) als uit het kwalitatief onderzoek belangrijk te zijn in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg. De meerderheid van de respondenten doet dit communicatief door letterlijk aan te halen dat zo een gedrag niet gepast of niet getolereerd wordt. Respondent 10 doet dit aan de hand van non-verbale communicatie, terwijl respondent 1 fysieke grenzen stelt.

Respondent 1.	<i>"Fysieke afstand bewaren tot patiënten is heel belangrijk. Laat een patiënt niet te dicht naderen. Komen ze toch dichterbij? Dan steek ik mijn arm uit en vraag ik vriendelijk of men iets achteruit kan gaan. Veel mensen zijn er van vershoten hoe dicht ze in de persoonlijke ruimte van een zorgverlener kunnen binnen dringen. Ik heb wel collega's die hierin durven meegaan. Ik ga liever een stap achteruit dan dat ik er een vooruit zet."</i>
Respondent 2.	<i>"Je moet als zorgverlener kunnen aangeven aan een zorgvrager wanneer zijn of haar gedrag niet oké is. Je merkt dan al snel dat hun gedrag veranderd."</i>
Respondent 5.	<i>"Ik moet respect hebben voor mijn cliënt-patiënt, en mijn cliënt-patiënt moet respect hebben voor mij. De momenten dat zorgvragers gaan roepen, zeggen ze wel, kijk, zo gaan we hier niet beginnen werken. We gaan hier heel rustig blijven. Ik zeg niet dat het altijd makkelijk is om dat te doen, maar ik denk wel dat dat een goede manier is om agressie en dat gedrag een beetje tegen te gaan."</i>
Respondent 6.	<i>"Er zijn collega's die ook niet over hun heen laten lopen, maar die in het begin heel snel hun grenzen durven aangeven."</i>
Respondent 9.	<i>"Ik heb op dat moment, wanneer het helemaal uit de hand liep, mijn grenzen moeten stellen en duidelijk moeten maken dat de zorg zou stoppen als zulk gedrag niet zou stoppen."</i>

Respondent 10.	<i>"Ik merk dat er vaak, door andere zorgverleners, zo eens gelachen wordt bij ongepaste opmerkingen. Ik doe dat bewust niet omdat je hen de indruk geeft dat je het leuk vind, dat helemaal zo niet is. Meestal negeer ik het gewoon. Het feit dat ik er niet op reageer, geeft een teken dat het niet zo gepast is. Als men het blijft doen, zal ik altijd zeggen dat het niet gepast is, steeds op een vriendelijke manier."</i>
Respondent 11.	<i>"Tijdens opleidingen wijzen we de zorgverleners op het belang van eigen grenzen bewaken."</i> <i>"Als die niet duidelijk te horen krijgen van dat is het oké of dat is niet oké. Gaan die ook blijven verder doen."</i>

Tabel 49. Omkadering in preventie en beheer door grenzen stellen van zorgverleners volgens respondenten

Door de media

Het inzetten van massamedia, waaronder televisie en radio, is een bewezen effectieve methode om sociale marketingboodschappen te verspreiden en een breed publiek te bereiken (Lagasse, 2004). Ze kunnen een significante rol spelen in het bevorderen van het publieke bewustzijn op actuele problematieken, zoals die van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg, wat bijdraagt aan een dieper begrip en grotere betrokkenheid (The International Council of Nurses et al., 2005). Op die manier kan men ervoor zorgen dat gemeenschap zich meer bewust wordt van de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg (Moss, 2017) om zo tot een maatschappelijke gedragsverandering te kunnen overgaan (Kotler, 1989). Die bewustmaking van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg onder de bevolking via media lijkt voor respondenten vandaag de dag nog niet voldoende naar voren te komen.

Respondent 2.	<i>"Ik denk dat veel mensen in België wel bewust zijn van de problematiek, maar dat er altijd eerst iets moet gebeuren voor het echt doordringt. Maar dan komt dat eens een keer in het nieuws, is dat besef er even, maar dat is ook even snel weer weg. Terwijl het veel vaker gebeurt dan in het nieuws komt."</i> <i>"Ik denk dat we de bewustwording van destructief gedrag kunnen vergroten door zorgverleners hun verhaal te laten doen in bijvoorbeeld een talkshow."</i>
Respondent 8.	<i>"agressieproblematiek speelt in weinig andere sectoren zo een sterke rol als in de zorg. Toch zijn er sectoren waar de hedendaagse berichtgeving prominenter aanwezig is. Bijvoorbeeld binnen het openbare vervoerssector is dat heel actueel en hot op dit moment. Of Kijk bijvoorbeeld naar het gevangeniswezen."</i>
Respondent 13.	<i>"Ik heb een theatervoorstelling waarmee ik door Vlaanderen tour met hetzelfde mechanisme als destructief gedrag dor zorgvragers in de gezondheidszorg. Je probeert door het medium theater mensen aan te zetten tot zelfreflectie en gedragswijziging te creëren."</i>

Tabel 50. Omkadering in preventie en beheer door de media volgens respondenten

Toch hebben heel wat respondenten bemerkingen op de manier waarop de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg vandaag in de media aan bod komt. Zo

merkt men teveel agressie op, dat genormaliseerd lijkt te worden. Daarnaast is belangstelling van nieuws rond een maatschappelijke problematiek, zoals deze, meestal maar van korte duur. Tot slot maakt respondent 10 de opmerking dat niet alle vormen van destructief gedrag naar voren komen in de media.

Respondent 4.	<i>"Ik vind wel dat er al veel wordt gesproken in de media over agressie. Maar door altijd gewoon de incidenten aan te halen, wat natuurlijk de meest voor de hand liggende manier is om nieuws naar buiten te brengen, maar je creëert een norm dat het heel normaal is agressie te vertonen in de zorg. Anderzijds genereert het wel awareness rond dat probleem. Maar het zal waarschijnlijk weinig effect hebben op mensen die agressie veroorzaken, doordat men zichzelf niet ziet als deel van het probleem. Terwijl ze dat misschien wel zijn als ze een keer agressie vertonen door frustraties."</i>
Respondent 8.	<i>"Voor de bewustmaking in media moeten we ook een beetje voorzichtig in zijn dat het niet te zeer gepolariseerd wordt."</i>
Respondent 9.	<i>"Nieuws komt alleen naar buiten op een hoogtepunt, zowel bij positief als negatief nieuws. Zo werden we als zorgverleners in de coronaperiode allemaal opgehemeld, daar merk ik nu niets meer van. Maar zo ook in het geval door van destructief gedrag door zorgvragers."</i>
Respondent 10.	<i>"Agressie naar zorgverleners komt af en toe in het nieuws. Seksuele intimidatie naar zorgverleners zie ik nog niet in het nieuws verschijnen."</i>
Respondent 11.	<i>"Die internationalisering die we dagelijks op het nieuws opdoen. Het enige wat we zien op het nieuws is agressie, waardoor je het gevoel hebt dat er meer agressie is omdat je het constant ziet."</i>
Respondent 13.	<i>"In televisieprogramma's en fictiereeksen komen zorgverleners altijd over als heldhaftig, de realiteit wordt soms vergeten."</i> <i>"We komen via de media dagelijks in contact met extreme agressie, we worden er bijna immuun tegen of beschouwen dat als normaal. Ik vind dat ze duidelijker moeten benoemen dat dat niet oké is en met foute doelen, nu wordt dat gewoon getoond."</i>

Tabel 51. Omkadering in preventie en beheer met mediabeperkingen volgens respondenten

De effectiviteit van bewustmakingscampagnes hangt sterk af van de geloofwaardigheid van de boodschapper. Deze wordt bepaald door factoren zoals de expertise, objectiviteit, betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de boodschapper (Solomon, 2010). Respondent 5 geeft hier een interessante opmerking over. Daarnaast worden bekende personen steeds vaker erkend als krachtige boodschappers vanwege hun vermogen om aanzienlijke sociale invloed uit te oefenen (Booth et al., 2011). Ze hebben de unieke capaciteit om de houdingen en percepties van hun publiek te vormen (Freberg et al., 2010; Kim et al., 2018), wat kan leiden tot positieve maatschappelijke veranderingen en verhoogde bewustwording over kretieke onderwerpen zoals destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg (Gamayanto et al., 2020; Dou et al., 2012; Hsu et al., 2013). Respondent 1 geeft hier een uitstekend voorbeeld in.

Respondent 1.	<i>"De problematiek komt zeker meer in de media. Ik denk wel dat ze er meer mee kunnen doen. Ik denk aan een nationale spot op tv. Zo heb je nu die reclame van Pommeliën Thijs met de GSM achter het stuur. Dat heeft een enorme impact. Een pakkend liedje in combinatie met een bekende persoon over agressie in het ziekenhuis, denk ik dat impact kan maken bij een groot deel van de bevolking."</i>
Respondent 5.	<i>"De Pano-reportage rond de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers was een goede stap. Toch vond ik het jammer dat het enkel artsen waren die daar zaten, dat het niet ook experts waren die daar zat. Die ondertussen zeer veel informatie beschikbaar hebben."</i>

Tabel 52. Omkadering in preventie en beheer met influencers in de media volgens respondenten

Implementatie van marketing

Effectieve marketingstrategieën kunnen, volgens de literatuur (Chrouser et al, 2019; Zuenkova, 2022), bijdrage aan het aanpakken van destructief gedrag en bijdragen aan een waardegerichte gezondheidszorg, wat respondent 4 en 5 mee in stemmen.

Respondent 4.	<i>"Die frustraties of tevredenheid van zorgvragers, en zelfs de kwaliteit van de zorg kan gelinkt worden aan marketing."</i>
Respondent 5.	<i>"Ik denk dat het goed zou zijn moesten er hulpverleners van alle slag en soorten, los van organisaties, een keer in een bepaalde setting, die niet eigen is aan wat we gewoon zijn, samen zitten om na te denken wat marketing binnen hun beroep kan betekenen."</i>

Tabel 53. Implementatie van marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten

Toch ontbreekt dit belangrijk vakgebied nog binnen de sector (Van Leeuw, 2016). waarbij de academische achtergrond, zoals respondent 3 en 4 aanhalen, van belang zijn maar volgens respondent 4 de juiste profielen nog voor ontbreken. Verdere oorzaken kunnen zijn dat het gebruik van vakjargon ter discussie valt, zoals respondent 3 aangeeft. Daarnaast blijkt dat zorgverleners vaak vergeten worden als belangrijke actoren in het ontwikkelen van marketingstrategieën.

Respondent 3.	<i>"Ik had zoiets van, marketing in de zorg, dat hoort daar echt niet thuis. Mijn idee is daar over veranderd. Marketing houdt zoveel meer in dan je producten op de juiste schapjes plaatsen om mensen te verleiden en ervoor te zorgen dat veel mensen je product kopen. Dat is heel verrijkend geweest."</i> <i>"Als afdeling hadden we een slechte ervaring met een marketing team, waarbij ze heel oppervlakkig en commercieel keken naar wat er speelde en wat belangrijk was. We hadden toen zoiets van, dat is niet de manier waarop wij te werk willen gaan. Ieder ziekenhuis en iedere afdeling is anders, waardoor men op maat zou moeten werken. Men moet gaan kijken naar de noden van zorgverleners en zorgvragers en deze zo goed mogelijk tegemoet komen. Daarvoor is het belangrijk om te luisteren naar zorgverleners en zorgvragers en met hen te praten in de vorm van een focusgroep."</i>
---------------	---

	<i>"Ik zou marketing binnen de gezondheidszorg ook niet als marketing benoemen. Marketing wordt namelijk heel veel gelinkt aan winst maken."</i>
Respondent 4.	<i>"Literatuur en modellen blijven belangrijk in het opzetten van een campagne. Daarvoor werken wij samen met de onderzoeksgroep communicatie vanuit de Universiteit van Antwerpen om te kunnen blijven uptoetsen omdat zij rond het thema agressie ook projecten hebben lopen. Een theoretische basis blijft belangrijker dan trends op te nemen voor gedragsveranderingsdoeleinden."</i> <i>"In ziekenhuizen zien we regelmatig campagnes rond dit thema lopen, maar deze worden gevoerd door hen die de skills er eigenlijk niet voor hebben. Denk aan agressiecoördinatoren binnen een zorginstellingen die hier een paar uur per maand voor kan vrij maken. Terwijl hier toch ten minste een halftijdse betrekking voor nodig is. In eerste instantie komt er gewoon altijd andere profielen in een ziekenhuis terecht. Ik denk dat er gewoon echte marketingprofessionals die de juiste theoretische achtergronden hebben, in die ziekenhuizen moeten terechtkomen."</i> <i>"Ze spreken niet van marketing binnen een zorgcontext. Verder is de communicatie nooit marketing gericht en eerder rechtlijnig. Ik denk dat er vooral in de functie van informeren wordt gedacht, terwijl dat veel breder kan zijn."</i>

Tabel 54. Ontbreken van marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten

Verder is het belangrijk om na te denken over de bewustwording die leidt tot gedragsverandering die moet plaatsvinden, net zoals in de literatuur werd onderbouwd met hierarchy of effects model (Kotler, 1989) en respondent 4 en 15 aangeven. Sensibiliseringscampagnes kunnen oproepen zorgvragers respect te hebben voor de zorgverlener (Ceulemans, 2019), wat volgens respondent 3 en 11 kan door menselijkheid en weerbaarheid van zorgverleners naar voren te laten komen. Verder kwam in het kwalitatief onderzoek naar voren, door respondent 4, dat het gehoord en gezien worden van zowel zorgvragers als zorgverleners, door een marketingcampagne, de problematiek van destructief gedrag kan voorkomen. Tot slot stemmen respondent 4 en 13 het erover eens dat korte krachtige boodschappen hierin een positieve rol kunnen spelen.

Respondent 3.	<i>"In campagnes is het belangrijk om zowel de menselijkheid van zorgvragers als zorgverleners naar voren laat komen. Dat werkt in twee richtingen."</i>
Respondent 4.	<i>"In de ontwikkeling van een campagne tegen destructief gedrag door zorgvragers moet er naar het gedragsprobleem en de gedragsverandering gekeken worden. Hierbij kan je natuurlijk niet inspelen op de pathologische agressie of mensen die onder invloed agressie vertonen, maar focussen we echt op de frustratie agressie."</i> <i>"Ik denk dat nudging en korte triggers eerder kan werken, dan grote verhalen te gaan vertellen. Kleine korte boodschappen die een concrete handeling uitlokken zoals knik eens naar de eerstvolgende persoon die je tegenkomt of glimlach nu even naar de persoon in de wachtzaal waarvoor een reeks ondersteunende boodschappen en verhalen voor ontwikkeld worden."</i>

	<i>"De campagne moet stimuleren dat mensen zich gezien voelen binnen een zorginstelling. Niet alleen door zorgverleners maar ook door andere patiënten. Concreet wil dat zeggen dat we gaan proberen te stimuleren dat alle groepen in het ziekenhuis. Patiënten, zorgverleners, begeleiders onderdenken. Alle relaties, zorgverleners onderling. Dat die meer gaan interageren op een positieve manier met een soort micro-interactie. We gaan stimuleren dat zij een knikje of glimlach geven als iemand voorbij loopt. We proberen mensen het gevoel te geven dat ze gezien worden, in de hoop dat die frustratie die je opbouwt als zorgvrager zou stopzetten, en zo minder incidenten van agressie hebt."</i>
Respondent 11.	<i>"Ik vind wel dat ze in campagnes meer de weerbaarheid van zorgverleners mogen tonen, dat men in hun job niet uitgescholden moeten worden, en dat ze het recht voelen om te kunnen reageren en hun grenzen te stellen als zo'n gedrag zich voordoet."</i>
Respondent 13.	<i>"short content met een duidelijke boodschap of podcasts zouden kunnen helpen binnen deze problematiek."</i>
Respondent 15.	<i>"Een bewustwordingscampagne die zich focust op welzijn, maatschappelijke normen en gedragsverandering binnen een cultuur, waarmee we twee derde van de groep zorgvragers die destructief gedrag zou plegen ten opzichte van een zorgverleners bereiken, kan via marketing."</i>

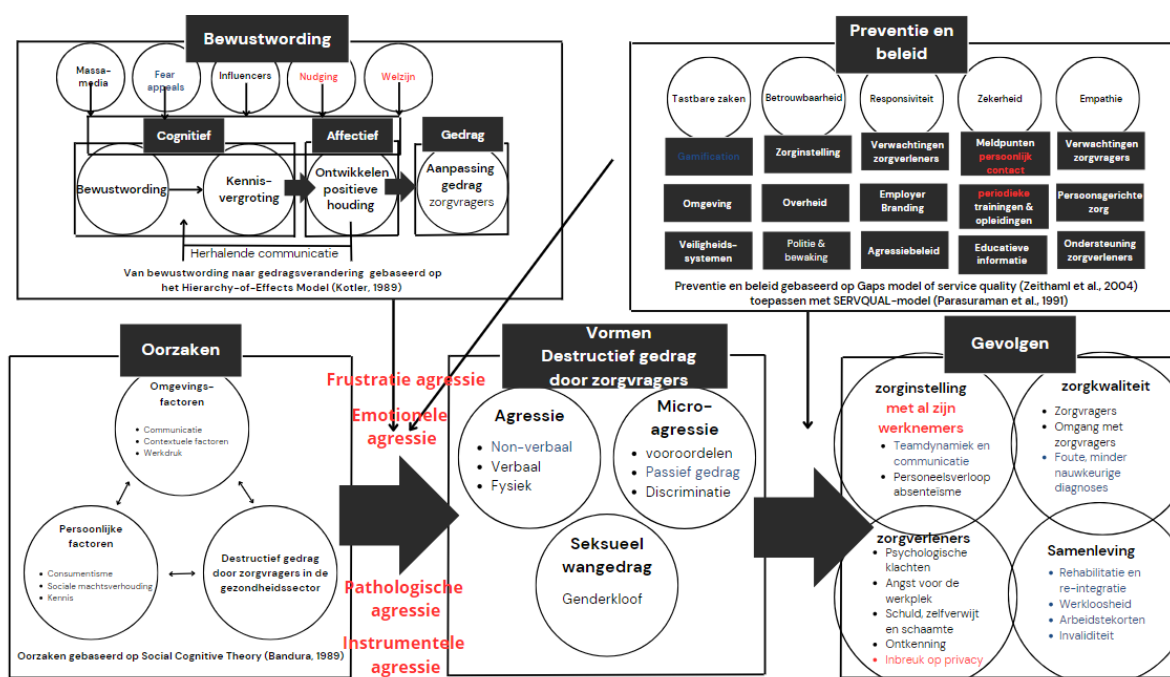
Tabel 55. Van bewustwording naar gedragsverandering door marketing binnen de gezondheidszorg volgens respondenten

Discussie

Deze masterthesis onderzoekt hoe marketing als hefboom ingezet kan worden om destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg te voorkomen en te remediëren. Zo werd er in dit onderzoek een voorlopig conceptueel framework gevormd aan de hand van de literatuurstudie, waarin oorzaken van destructief gedrag door zorgvragers gebaseerd op het social cognitive Theory model van Bandura op een positieve manier beïnvloed worden door bewustmakingsstrategieën gebaseerd op het Hierarchy-of-effects model van Kotler en preventiestrategieën gebaseerd op het Gaps model of service quality volgens Zeithaml et al. Toegepast met het SERVQUAL-model volgens Parasuramen et al. Vormen van destructief gedrag door zorgvragers resulteren in gevolgen voor verschillende partijen maar kunnen positief beïnvloed worden door beleidsstrategieën op het Gaps model of service quality volgens Zeithaml et al. Toegepast met het SERVQUAL-model volgens Parasuramen et al.

Het voorlopig conceptueel framework werd aangevuld met inzichten uit het kwalitatief onderzoek, aangegeven in het rood in het conceptueel framework. De rode aanvullingen, die in verband staan met oorzaken en vormen van destructief gedrag in het conceptueel framework, benadrukken dat het gedrag van zorgvragers niet enkel een reactie is op externe prikkels, maar ook beïnvloed kan worden door hun persoonlijke en medische achtergrond, en rechtstreeks in contact staat in het uiten van een bepaalde vorm destructief gedrag. Daarnaast werd het framework aangevuld met het risico op inbreuk op privacy van zorgverleners na destructief gedrag door zorgvragers. Een opvallende aanvulling op gevolgen is het inzicht dat niet enkel zorgverleners in de gezondheidssector slachtoffer worden van destructief gedrag door zorgvragers maar iedere werknemer binnen de zorginstelling gevolgen van destructief gedrag kan ervaren. Preventie en beleid werden aangevuld met meldpunten waarin aandacht besteed wordt voor persoonlijke nazorg en het periodiek laten terug keren van trainingen en opleidingen. Bewustwording kan verder gestimuleerd worden met korte triggers en het oog voor maatschappelijk welzijn van zowel zorgverleners als zorgvragers, om zo gedragsverandering te stimuleren.

Anderzijds werden er onderdelen van het conceptueel framework niet ondersteund door het kwalitatief onderzoek, aangegeven in het blauw in het conceptueel framework. Zo bleken vormen van non-verbale agressie of passief gedrag niet naar voor te komen in de praktijk. Daarnaast werd de slechte teamdynamiek en communicatie tussen zorgverleners als gevolg van destructief gedrag door zorgvragers in het onderzoek volledig weerlegt, net het omgekeerde bleek uit de praktijk naar voren te komen. Gevolgen van destructief gedrag door zorgvragers voor de samenleving werden opgemerkt maar niet in de diepte besproken. Preventie en beleid werden dan weer wel uitgebreid besproken, toch bleef gamification als preventie of remediëringstrategie nog achterwegen in de resultaten van het kwalitatief onderzoek. Tot slot blijkt er ook een omgekeerde mening over fear appeals te ontstaan, waarbij men net agressiever gedrag zou triggeren in plaats van te reduceren.



Figuur 5. Conceptueel Framework

Theoretische implicaties

Het onderzoek onderstreept dat er breed scala aan gedragingen is die als destructief kunnen worden bestempeld, van fysieke en verbale agressie tot micro-agressie en ongewenst seksueel gedrag. Maar waarin ook naar voren kwam dat destructief gedrag voor ieder individu iets anders kan betekenen, zowel onder zorgverleners, als voor zorgvragers naar zorgverleners toe. Dit benadrukt de complexiteit van het probleem.

De diverse oorzaken van destructief gedrag en de complexe interactie van deze, bieden een basis voor het integreren van psychologische theorieën, zoals de social cognitive theory (Bandura, 1989). Deze bevindingen impliceren dat marketingstrategieën zich moeten richten op een breed scala aan interventies om deze gedragingen en oorzaken effectief te kunnen aanpakken.

Destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg brengt significante uitdagingen met zich mee in de dagelijkse praktijk van zorginstellingen en raken zowel zorgverleners als patiënten waarin geheel de maatschappij de gevolgen zal dragen. Marketing zou een essentiële rol kunnen spelen in het beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg, door de focus te leggen op de preventie en beheer van gedrag binnen de zorgcontext door zowel zorgvragers, zorgverleners, zorginstellingen en de overheid.

Preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers dient multidisciplinaire aangepakt te worden, waarbij zorginstellingen en overheden agressiebeleid dienen te ontwikkelen om aan de verwachtingen van zorgvragers en zorgverleners kunnen voldoen door het SERVQUAL-model (Parasuraman et al., 1991), in een persoonsgerichte zorgcontext. Wat verwezenlijkt kan worden door het inzetten van marketingstrategieën zoals gamification, employer branding, veiligheidssystemen waaronder politie en bewakingsveiligheid, omgeving aanpassingen, meldpunten en het ondersteunen van zorgverleners, trainingen en opleidingen, die samen de kloven van het gaps model kunnen dichten (Zeithaml et al., 2004)

Marketingstrategieën zoals massamedia, nudging en influencers waarbij er gefocust wordt op het herhaaldelijk wijzen op het welzijn van zorgverleners en zorgvragers in het overbrengen van de bewustmakingsboodschap, kunnen gebruikt worden om gedragsverandering bij zorgvragers te verwezenlijken. Dit sluit aan bij het Hierarchy-of-Effects Model van Kotler (1989), dat benadrukt hoe bewustmaking, kennis en houding kunnen leiden tot een verandering in gedrag.

Uit het onderzoek blijkt dat gezondheidszorgmanagement baat zou hebben bij een bredere interdisciplinaire benadering waarbij psychologie en marketing worden gecombineerd. Deze velden kunnen samen instaan in voor de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg, waarbij elke discipline unieke strategieën en perspectieven kan aanbrengen.

Implicaties voor praktijk

De resultaten geven weer dat er een significante behoefte is aan trainingen en opleidingen door zorginstellingen voor zorgverleners en binnen basisopleidingen om effectief om te leren gaan met destructief gedrag door zorgvragers. Marketing kan hierin een rol spelen door het ontwikkelen van materialen die educatie kan ondersteunen, zoals het implementeren van gamification elementen. Verder zou er binnen opleidings- en trainingsprogramma's zorgverleners aangeleerd moeten worden hoe en waar ze incidenten van destructief gedrag kunnen melden. Anderzijds zou er met een kritisch oog gekeken moeten worden naar de inrichting van huidige trainingen en opleidingen. Zo bestaat er discussie over de effectiviteit van rollenspellen en kan de vorm waarin trainingen en opleidingen worden aangeboden meer variëren door webinars, e-learnings, mysterie calls en visits, wat kan bijdragen aan de vraag van het consistent en periodiek herhalen van deze trainingen. Bovendien is het van belang deze trainingen zo in te richten dat (toekomstige) zorgverleners specifieke vormen van agressie leren herkennen en hier per vorm leren mee omgaan. Maar waar ook het belang en correct gebruiken van veiligheidssystemen aan bod komt. Waarnaast het omgaan met persoonsgerichte communicatie en het stellen van grenzen zeker een onderdeel moet zijn binnen deze trainingen en opleidingen. Tot slot is het samenwerken met verschillende opleidingsinstituten, zowel op de privé als de publieke markt en met basisopleidingsinstituten, sterk aan te raden.

Marketing kan ingezet worden om communicatiestrategieën te ontwerpen die de voordelen van het melden benadrukken, waarbij melders worden geïnformeerd over de uitkomsten van het geheel aan meldingen. Daarnaast blijkt uit de resultaten het belang van het creëren van meldsystemen waarbij persoonlijk contact mogelijk, wat op zijn beurt zo gekoppeld kan worden aan het ondersteunen van zorgverleners na een incident van destructief gedrag. Zo kan Marketing instaan voor het ontwerpen van toegankelijke en begrijpelijke communicatiematerialen die zorgverleners informeren over de beschikbare ondersteuningsdiensten, na een incident van destructief gedrag zich heeft voorgedaan. Daarnaast kan het ontwikkelen van digitale platformen of apps die zorgverleners direct toegang geven tot psychologische ondersteuning of communicatie met vertrouwenspersonen een volgende stap zijn. Verder bleek uit het onderzoek dat er nood is aan het uitwisselen van ervaringen een vorm van ondersteuning kan bieden. Marketing kan helpen peer support netwerken of bijeenkomsten organiseren ondersteuning van zorgverleners die met destructief gedrag door zorgvragers in aanraking kwamen.

publieke bewustwordingscampagnes die gericht zijn op het verhogen van het respect voor zorgverleners en het bewustzijn over de impact van destructief gedrag, helpen om gedragsveranderingen in de maatschappij te stimuleren. Waarin zorgverleners betrokken dienen te worden en de boodschap deels mee kunnen overbrengen. Hiervoor kunnen communicatiestrategieën ingezet worden zoals het delen van verhalen en getuigenissen die de menselijke kant van zorgverleners belichten. Wat kan gedeeld worden via diverse media zoals posters, tv en radio, digitale content en sociale media, om zo de doelgroep te bereiken via verschillende contactpunten. Binnen campagnes is het van belang zorgvragers te segmenteren op basis van hun persoonlijke en omgevingsfactoren die instaan voor de verscheidene oorzaken van het plegen van destructief gedrag tegens een zorgverlener, om zo specifiek campagnes en communicatie te richten op een bepaalde doelgroep. Verder kan het inzetten van experts, bekend personen of influencers in deze campagnes de impact vergroten door hun vermogen om aandacht te trekken en de boodschap geloofwaardig over te brengen op een herhalende manier. Daarnaast blijkt dat interactieve content, zoals het bevorderen van respectvolle communicatie en het aangeven van persoonlijke grenzen op een assertieve manier, te helpen om gedragsverandering te bereiken.

De resultaten tonen aan dat privacy en bescherming van zorgverleners kritische onder de loep dienen genomen te worden. Zorginstellingen staan in voor het ontwikkelen van een beleid waarin richtlijnen omtrent privacy van zorgverleners dient in opgenomen te worden zoals bijvoorbeeld de omgang met sociale media en het ontwikkelen van geanonimiseerde badges. Wat de inbreuk op privacy van zorgverleners na destructief gedrag door zorgvragers kan verkleinen. Zorginstellingen dienen namelijk een ondersteunende werkomgeving te vormen waar daarnaast een cultuur van openheid en transparantie geldt en waar problemen bespreekbaar zijn zonder het gevoel van professioneel falen te creëren voor zorgverleners of aan imago schade als organisatie te leiden. Gezien de beperkingen van de huidige veiligheidssystemen, kan marketing bijdragen in het ontwikkelen van nieuwe technologieën die in noodsituaties effectief ingezet kunnen worden door zorginstellingen. Niet alleen dient technologie in deze vorm ingezet te worden maar zijn digitale informatieschermen of apps die realtime updates geven over wachttijden of andere relevant informatie noodzakelijk. Daarnaast blijkt er een hoge nood aan investeringen in architectuur en interieurdesign die rust en privacy binnen zorginstellingen bevorderen waarin zorgvragers en zorgverleners betrokken kunnen worden om hun zorg- en werkomgeving fysiek aangenamer te maken en destructief gedrag door zorgverleners te herleiden.

Beleid moet niet alleen op papier bestaan, maar ook actief worden ondersteund en ingebed in de dagelijkse praktijk. Het onderzoekskader benadrukt dan ook de noodzaak van samenwerking tussen overheid en zorginstelling om beleidsmaatregelen en strategieën te ontwikkelen die destructief gedrag kunnen voorkomen en beheren. Voortdurende monitoring van het beleid en de praktijken rond destructief gedrag is cruciaal. Dit omvat het regelmatig herzien van incidentrapporten en feedback van personeel om het beleid te verfijnen en de effectiviteit van de huidige maatregelen te evalueren. Maar dit kan evengoed in de vorm van het promoten van feedbackmechanismen waar zowel zorgvragers als zorgverleners op een constructieve wijze hun ontevredenheid kunnen uiten, en wat meegenomen kan worden in het agressiebeleid.

Beperkingen en verder onderzoek

Een belangrijke beperking is dat dit masteronderzoek zich enkel richt op destructief gedrag door zorgvragers vanuit het perspectief van de zorgverlener en andere stakeholders verbonden aan het probleem. Daarom kan toekomstig onderzoek baat hebben met een perspectief vanuit de zorgvrager onder de loep te nemen. Maar ook werknemers, niet specifiek zorgverleners, actief binnen zorginstellingen kunnen te maken krijgen met destructief gedrag door zorgvragers. Denk aan onthaalmedewerkers, cafetariamedewerkers of poetsmedewerkers.

In dit onderzoek werd het probleem rond destructief gedrag sector breed bekeken. In verder onderzoek kan men meer specifiek binnen de gezondheidszorg gaan afbakenen. Men zou de problematiek per ziekenhuisafdeling, binnen de ouderenzorg of op het niveau van huisartsen of thuisverpleegkundigen onder de loep kunnen nemen. Daarnaast kan de vertaling ook zeker gemaakt worden naar andere sectoren. We weten dat destructief gedrag ook voorkomt bij bijvoorbeeld het personentransport. Maar ook kan deze studie doorgetrokken worden naar het buitenland, binnen en buiten Europa.

De genderkloof, waarbij vrouwelijke zorgverleners meer in aanraking komen met seksueel wangedrag door zorgvragers, zoals bewezen in dit onderzoek zou verder onderzocht kunnen worden. Daarnaast zou men ook kunnen kijken naar culturele aspecten van destructief gedrag, die kort naar voren kwamen als vooroordelen in de vorm van micro-agressie, waarbij men onderzoekt hoe onderliggende oorzaken van raciale en geloofsdiscriminatie effectief aangepakt kan worden.

Verder moet aangehaald worden dat dit onderzoek een beperkte onderzoek tijd kende die liep van november 2023 tot begin juni 2024. In dit onderzoek werden 15 respondenten ondervraagd, wat een beperkte steekproefgrootte inhoudt. Verder onderzoek kan focusgroepen organiseren die een bredere steekproef die verschillende zorgverleners uit verschillende zorginstellingen en verschillende agressie adviseurs en verschillende zorgmarketing professionals kan bevragen. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij het verzamelen van data tijdsintensiever is waardoor de steekproefgrootte automatisch kleiner is dan data verzameling via kwantitatief onderzoek

Dit onderzoek is cross-sectioneel, het onderzoek gebeurde slechts over een tijdperiode van acht maanden, wat het ontdekken van causale relaties mogelijk maakte. Longitudinaal onderzoek zou nodig moeten zijn om de effectiviteit van marketingstrategieën in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg over een langere tijd te kunnen beoordelen. Dit zou inzichten geven in de lange termijn voordelen van de implementatie van marketing binnen de gezondheidszorg. Hierbij zou het interessant zijn marketingvariabelen in de context van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg zoals meldpunten en -systemen, gamification, sociale media marketing, persoonsgerichte zorg, enz. specifiek onder de loep te nemen.

referenties

- Andersen, L. P., Biering, K., Hogh, A., Gadegaard, C. A., & Conway, P. M. (2020). The Demand-Control model and work-related threats and violence: Short-and long-term associations. *Work*, 65(3), 573-580.
- Andersen, Lars Peter Sønderbo, et al. "Employees exposed to work-related threats and violence in human services sectors: Are any employees members particularly exposed to violence and threats and what role do supervisors play?." *Work* 63.1 (2019): 99-111.
- Andersen, L. P., Elklit, A., & Pihl-Thingvad, J. (2021). Work-related violence and organizational commitment among health care workers: does supervisor's support make a difference?. *International archives of occupational and environmental health*, 94(7), 1645-1657.
- Arts in nood [Internet]. 2016 [geciteerd 18 februari 2024]. Beschikbaar op: <https://www.artsinnood.be/>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Backx P, Ceulemans F, Roelandt P, Pacqueu R. Arts en agressie. *Artsenkrant*. 1999;20(1163):2- 4-21.
- Bair, B., Toth, W., Johnson, M. A., Rosenberg, C., & Hurdle, J. F. (1999). Interventions for disruptive behaviors: use and success. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(1), 13-21. (niet kunnen downloaden)
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), p. 122-147
- Bécares L, Priest N (2015) Understanding the Influence of Race/Ethnicity, Gender, and Class on Inequalities in Academic and Non-Academic Outcomes among Eighth-Grade Students: Findings from an Intersectionality Approach. *PLoS ONE* 10(10): e0141363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141363>
- Brennan, L., & Binney, W.(2010). Fear, guilt, and shame appeals in social marketing. *Journal of Business Research*, 63(2), 140-146.
- Blow, F. C., Barry, K. L., Copeland, L. A., McCormick, R. A., Lehmann, L. S., & Ullman, E. (1999). Repeated assaults by patients in VA hospital and clinic settings. *Psychiatric Services*, 50(3), 390-394.
- Booth, N. & Matic, J.A. (2011). Mapping and leveraging influencers in social media to shape corporate brand perceptions. *Corporate Communications: An International Journal*, 16(3), 184-191.

- Breakwell, G. M. (1997). *Coping with aggressive behaviour*. Universities Press.
- Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., & Vanderhaeghe, S. (2020). Werkbaarheidsprofiel zorg- en welzijnssector 2019 Sectorale analyse op de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004–2019. Brussel: Stichting Innovatie en Arbeid.
- Brophy, J. T., Keith, M. M., & Hurley, M. (2018). Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*, 27(4), 581-606.
- CBS, G. M., CBS, J. K., CBS, M. R., & CBS, B. J. (2023). NATIONALE ENQUÊTE ARBEIDS OMSTANDIGHEDEN 2020.
- Ceulemans F. domus medicatie: Campagne tegen agressie [Internet].2019 [geciteerd 28 december 2024] beschikbaar op: <https://www.domusmedica.be/actueel/campagne-tegen-agressie>
- Ceulemans F. Exclusieve Intra Muros enquête. Intra-Muros. 1998;2(19):4–6
- Chrouser, K. L., & Partin, M. R. (2019). Intraoperative disruptive behavior: the medical student's perspective. *Journal of surgical education*, 76(5), 1231-1240.
- COMMISSIE, F. (2011). RECHTEN VAN DE PATIENT. *Advies: Aanwijzing van de*.
- Contento, I., Balch, G. I., Bronner, Y. L., Lytle, L. A., Maloney, S. K., Olson, C. M., & Swadener, S. S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research.
- Daum, A. L. (1994). The disruptive antisocial patient: Management strategies. *Nursing Management*, 25(8), 46.
- Delnoij, D.M.J., et al. Botsingen in de spreekkamer. *Medisch Contact* 58, 2003, no. 11, p. 419-422.
- de Raeve, P., Xyrichis, A., Bolzonella, F., Bergs, J., & Davidson, P. M. (2023). Workplace Violence against nurses: challenges and solutions for Europe. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 24(4), 255-264.
- Dickinson, T., Ramsdale, S., & Speight, G. (2009). Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*, 24(7).
- Doedens, P. (2022). Agressief gedrag en separatie in de GGZ–Invloed van verpleegkundigen en patiënten. *GGZ Vaktijdschrift*, 5(1), 2-14.
- Dou, X., Walden, J. A., Lee, S., & Lee, J. Y. (2012). Does source matter? Examining source effects in online product reviews. *Computers in Human Behavior*, 28(5), 1555-1563.
- Drew, P., Tippet, V., & Devenish, S. (2021). Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker prevention strategies and experiences for use in prehospital care. *Occupational and environmental medicine*, 78(11), 841-848.

- Duncan, S. M., Hyndamn, K., Estabrooks, C. A., Hesketh, K., Humphrey, C. K., Wong, J. S., ... & Giovannetti, P. (2001). Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*.
- Easterling, D.V., & Leventhal, H.(1989). Contribution of concrete cognition to emotion: Neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 787-796.
- Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: A gendered risk? *Sociol Heal Illn*. maart 2016;38(3):426-41.
- Fagan-Pryor, E. C., Haber, L. C., Dunlap, D., Nall, J. L., Stanley, G., & Wolpert, R. (2003). Patients' views of causes of aggression by patients and effective interventions. *Psychiatric Services*, 54(4), 549-553.
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (2023). *Verdrag 190*. [geciteerd 13 april 2024] beschikbaar op: <https://werk.belgie.be/nl/verdrag190>
- Ferrara, P., Terzoni, S., Destrebecq, A., Ruta, F., Sala, E., Formenti, P., & Maugeri, M. (2022). Violence and unsafety in Italian hospitals: experience and perceptions of nursing students. *Work*, 73(1), 211-217.
- Fine, S. (1981). *The marketing of social issues*. New York, Praeger.
- Freberg, K., Graham, K., McGaughey, K., & Freberg, L. A. (2010). Who are the social media influencers? A study of public perceptions of personality. *Public Relations Review*, 37(1), 90-92.
- Gamayanto, I., Alzami, F., & Novianto, S. (2020, November). Guidelines of influencer intelligence: Positive & negative impact of influencer to community. In *2020 International Conference on Decision Aid Sciences and Application (DASA)* (pp. 90-94). IEEE.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Haider, S., & Yean, T. F. (2023). Workplace deviance among healthcare professionals: The role of destructive leadership behaviors and citizenship pressure. *Asian Journal of Business Ethics*, 1-26.
- Hammedi, W., Leclerq, T., & Van Riel, A. C. (2017). The use of gamification mechanics to increase employee and user engagement in participative healthcare services: A study of two cases. *Journal of Service Management*, 28(4), 640-661.
- Hastie, M. J., Jalbout, T., Ott, Q., Hopf, H. W., Cevasco, M., & Hastie, J. (2020). Disruptive behavior in medicine: sources, impact, and management. *Anesthesia & Analgesia*, 131(6), 1943-1949.
- Hodgson, M. J., Mohr, D. C., Drummond, D. J., Bell, M., & Van Male, L. (2012). Managing disruptive patients in health care: Necessary solutions to a difficult problem. *American journal of industrial medicine*, 55(11), 1009-1017.

- Hostilia. Een edugame die (zorg)teams ondersteunt in het omgaan met agressie [internet], 2020 [geciteerd 22 maart 2024] beschikbaar op: <https://www.hostilia.be/project>
- Huotari, K., & Hamari, J. (2017). A definition for gamification: anchoring gamification in the service marketing literature. *Electronic markets*, 27(1), 21-31.
- Hsu, C. L., Lin, J. C. C., & Chiang, H. S. (2013). The effects of blogger recommendations on customers' online shopping intentions. *Internet Research*.
- Huisartsenvereniging Gent. Verslag veiligheidsenquête. 2016.
- Hutcheson, J., & Lux, K. (2010). Reader's theater: A teaching strategy to help students respond to disruptive behavior. *Educational education*, 294-297.
- ICN, ICRC, IHF and WMA. Impact of COVID on violence against healthcare [Internet]. 2022 [geciteerd 15 maart 2024] beschikbaar op: <https://www.icn.ch/news/impact-covid-violence-against-healthcare-report-published-icn-icrc-ihf-and-wma#:~:text=Survey%20results%20show%20that%20the,all%20regions%20of%20the%20world.>
- James, A., Madeley, R., & Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 23(6), 431.
- Kim, S., Kandampully, J., & Bilgihan, A. (2018). The influence of eWOM communications: An application of online social network framework. *Computers in Human Behavior*, 80, 243-254.
- Kotler, P., & Roberto, E. L. (1989). *Social marketing: Strategies for changing public behavior*.
- Kotler, P., Shalowitz, J. I., & Stevens, R. J. (2008). *Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system*. John Wiley & Sons.
- Kowalczyk, K., & Krajewska-Kulak, E. (2017). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 24(1).
- Laadraoui, F., & Zeggwagh, A. A. (2022). Prévalence et facteurs favorisant la violence à l'encontre du personnel paramédical des services des urgences d'un hôpital universitaire marocain. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 83(3), 193-200.
- Lagasse, L. (2004). Sociale marketing: Instrument voor duurzame gedragsveranderingen bij grote groepen. *Overheidscommunicatie in België: een overzicht*, 95.
- Lohmann, C. A. M. (2018). *As long as they play, they are happy: The Effect of Gamification and Emotional Framing on the Overall Satisfaction of Waiting at a Dentist* (Master's thesis, University of Twente).
- Maibach, E.W. (2003). Recreating communities to support active living: A new role for social marketing. *American Journal of Health Promotion*, 18 (1), p.114-119

- Mamede, S., Van Gog, T., Schuit, S. C., Van den Berge, K., Van Daele, P. L., Bueving, H., ... & Schmidt, H. G. (2017). Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 13-18.
- LaMorte, W. W. (2022). Social Cognitive Theory. Boston University School of Public Health. Geraadpleegd op [18 mei 2024], van <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories5.html>
- Management kennisbank. Zorgmarketing noodzakelijk voor zorginstellingen [Internet]. 2017 [geciteerd 21 december 2023] beschikbaar op: <https://www.managementkennisbank.nl/zorg/zorgmarketing/noodzaak/>
- Medicos pacientes. El 16 de marzo la OMC conmemora el 'Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario' [Internet]. 2017 [geciteerd op 22 februari 2024] beschikbaar op : <https://www.medicosypacientes.com/articulo/el-16-de-marzo-la-omc-conmemora-el-dia-nacional-contra-las-agresiones-en-el-ambito/#:~:text=Newsletter-.El%2016%20de%20marzo%20la%20OMC%20conmemora%20el%20'D%C3%ADa%20Nacional,Agresiones%20en%20el%20%C3%81mbito%20Sanitario'>
- Medisch centrum Twent. Regionale campagne tegen agressie in de zorg : 'samen tegen agressie in de zorg' [internet]. 2023 [geciteerd op 28 februari 2024] Beschikbaar op: <https://www.samentegenagressieindezorg.nl/>
- Mohd Tuah, N. (2018). *The framework of anthropomorphic interface in gamification application for transitional healthcare* (Doctoral dissertation, University of Southampton).
- Moss, K. (2017). Disruptive patient behavior: balancing patient rights and protection for California emergency workers. *Journal of Health Care Finance*, 44(2).
- Morrison, J., Hasselblad, M., Kleinpell, R., Buie, R., Ariosto, D., Hardiman, E., ... & Vanderbilt Learning Healthcare System Investigators, Vanderbilt University. (2020). The Disruptive bEhavior manageMENT ANd prevention in hospitalized patients using a behaviORal intervention team (DEMEANOR) study protocol: a pragmatic, cluster, crossover trial. *Trials*, 21, 1-8.
- Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2010). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest-posttest intervention study. *International journal of nursing studies*, 47(6), 699-708.
- Nazionale E. 4 op 10 artsen slachtoffer van seksueel ongewenst gedrag [Internet]. 2017 [geciteerd 21 februari 2024]. Beschikbaar op: <http://www.artsenkrant.com/actueel/4-op-10- artsen-slachtoffer-van-seksueel-ongewenst-gedrag/article-normal-26763.html>
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 49(3), 283-296.

- National Health Service. We don't have to take this: resource pack. London: Great Britain. Department of Health. National Health Service; 1999.
- O'Connell P, Bury G. Assaults against general practitioners in Ireland. *Fam Med*. mei 1997;29(5):340-3.
- Oliveira, R. M., Silva, L. M. S. D., Guedes, M. V. C., Oliveira, A. C. D. S., Sánchez, R. G., & Torres, R. A. M. (2016). Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0695-0704.
- Orde der artsen. Oprichting van een nationaal meldpunt van agressie tegen artsen - Advies [Internet]. 2016 [geciteerd 18 februari 2024]. Beschikbaar op: <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/oprichting-van-een-nationaal-meldpunt-vanagressie-tegen-artsen>
- Orde der Artsen. Statistieken Agressie tegen Artsen. 2017.
- Oyen, F. G. (2002). *Marketing voor de zorg*. Reed Business.
- Patel, P., Robinson, B. S., Novicoff, W. M., Dunnington, G. L., Brenner, M. J., & Saleh, K. J. (2011). The disruptive orthopaedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *The journal of bone and joint surgery*.
- Paul-Emile, K., Critchfield, J. M., Wheeler, M., de Bourmont, S., & Fernandez, A. (2020). Addressing patient bias toward health care workers: recommendations for medical centers. *Annals of internal medicine*, 173(6), 468-473.
- Petrovic, M. A., & Scholl, A. T. (2018). Why we need a single definition of disruptive behavior. *Cureus*, 10(3).
- PGGM&co. Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer: Rapportage totale sector zorg en welzijn [internet]. 2021 [geciteerd 2 december 2023]. Beschikbaar op: https://www.pggmenco.nl/media/3dvjg3ko/agressie-op-de-werkvloer_-rapportage-totale-zorgsector_pggmenco.pdf
- Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *N Engl J Med* 2016; 374: 1661-1669.
- Pieters, G., & Gerits, P. (2000). De gedragstherapeutische behandeling van agressief gedrag. *Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen*, 51-66.
- Poerwoatmodjo, J., & Bakens, P. (2022). " Beschikt u wel over de juiste diploma's?" Het is hoog tijd voor een serieuze aanpak van discriminatie in de zorg. *Denkbeeld*, 34(5), 26-28.
- PZVLAS. Handleiding voor een programma voor preventie van agressie in ziekenhuizen: stop agressie in ziekenhuizen [internet]. 2008 [geciteerd 28 december 2023]. Beschikbaar op: <https://www.pzvas.be/fileadmin/media/diensten/preventie/Ziekenhuizen-agressie.pdf>

- Popa, A. L., Țarcă, N. N., Sasu, D. V., Bodog, S. A., Roșca, R. D., & Tarcza, T. M. (2022). Exploring Marketing Insights for Healthcare: Trends and Perspectives Based on Literature Investigation. *Sustainability*, 14(17), 10499.
- Quality Gurus. The Servqual Model – The Gap Model of Service Quality. Geraadpleegd op [18 mei 2024], van https://www.qualitygurus.com/the-servqual-model-the-gap-model-of-service-quality/#google_vignette
- Rosenstein, A. H. (2011). Managing disruptive behaviors in the health care setting: focus on obstetrics services. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(3), 187-192.
- Rosenstein, A. H. (2011). The quality and economic impact of disruptive behaviors on clinical outcomes of patient care. *American Journal of Medical Quality*, 26(5), 372-379.
- Rosenstein, A. (2009). Managing disruptive behaviors in the health care setting: process, policy, prevention and intervention. *Adv Psychol Res*, 72, 1-14.
- Rosenstein, A. H. (2010). Measuring and managing the economic impact of disruptive behaviors in the hospital. *Journal of Healthcare Risk Management*, 30(2), 20-26.
- Rural Health Information Hub. (z.d.). Social Cognitive Theory. Geraadpleegd op [18 mei 2024], van <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/social-cognitive>
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., Borggreve, A., Booy, A., & Beltman, S. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek (Vol. 7)*. Amsterdam: Pearson Benelux bv.
- Selleslagh P, Avonts D. Portrait de la violence. *Le J du Médecin*. 1996;17(929):5,9-25
- Sharma, S. & Conduit, J. (2016), Co-creation culture in health care organizations. *Journal of Service Research*, 19(4), 438-457.
- Solomon, M. R. (2010). *Consumer behaviour: A European perspective*. Pearson education.
- Sommovigo, V., Setti, I., Argentero, P., & O'Shea, D. (2019). The impact of customer incivility and verbal aggression on service providers: A systematic review. *Work*, 62(1), 59-86.
- Spelten, E., van Vuuren, J., O'Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., ... & Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?. *BMC emergency medicine*, 22(1), 1-11.
- Sterud, T., Degerud, E., Skare, Ø., Hanvold, T. N., & Christensen, J. O. (2021). Adverse social behaviour at the workplace and subsequent physician certified sick leave: a three-wave prospective study of the general working population in Norway. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(8), 576-582.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Swinnen Steven. Agressie in ziekenhuizen dagelijkse kost [Internet]. 2023 [geciteerd 15 maart 2024]. Beschikbaar op: <https://www.hln.be/binnenland/agressie-in-ziekenhuizen-is-dagelijkse-kost-bont-en-blauw-naar-huis-gaan-gewoon-omdat-je-je-job-doet~a847c50e/>
- Tarquinio, C., Machado, J., Tarquinio, P., Fayard, A. M., Tragno, M., & Auxéméry, Y. (2018). La prise en charge psychologique de salariés victimes d'une agression au travail. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 63-70.
- The International Council of Nurses (ICN), the World Health Organization (WHO) Public Services International (PSI) and the ILO jointly. "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector" [Internet]. 2005 [geciteerd 22 februari 2024]. Beschikbaar op: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_108542.pdf
- Tweede kamer der staten generaal. Wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met het beperken van de mogelijkheden om een taakstraf op te leggen bij geweld tegen personen met een publieke taak (Wet uitbreiding taakstrafverbod) [internet]. 2020 [geciteerd 18 januari 2024]. Beschikbaar op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35528-4.pdf>
- Union4u. Agressie [internet].2023 [geciteerd 28 februari 2024]. Beschikbaar op: <https://union4u.be/agression>
- Van den Beld Hugo. Agressie tegen verpleegkundigen piekt [internet]. 2021 [geciteerd 15 maart 2024]. Beschikbaar op: <https://www.nursing.be/werk/de-verpleegkundige/agressie-tegen-verpleegkundigen-piekt/>
- van der Jagt, E. J. (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. Rapport signalering ethiek en gezondheid 2003.
- van der Meer MSc, S. (2021). Ongewenste voorvallen in de gezondheidszorg; De invloed van werkoverbelasting en stress.
- Van Eeckhoudt. (2022). Customer Collective health.
- Van Leeuw.S. Waarom stagneert de marketing binnen de zorg? [internet].2016 [geciteerd 22 februari 2024]. Beschikbaar op: <https://www.frankwatching.com/archive/2016/02/04/invoering-van-marketing-in-de-zorg-stagneert/>
- van Os, S., & Walburn, J. Vision 2030: patient services and support in the healthcare market of the future.
- Vlaams meldpunt grensoverschrijdend gedrag. Melding doen van grensoverschrijdend gedrag [internet].2023 [geciteerd 28 februari 2024]. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/vlaams-meldpunt-grensoverschrijdend-gedrag>
- Vrablik, M. C., Lawrence, M., Ray, J. M., Moore, M., & Wong, A. H. (2020). Addressing workplace safety in the emergency department: a multi-institutional qualitative investigation of health

- worker assault experiences. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(12), 1019-1028.
- De Veirman, M., Cauberghe, V., & Hudders, L. (2017). Marketing through Instagram influencers: the impact of number of followers and product divergence on brand attitude. *International journal of advertising*, 36(5), 798-828.
- VNG. Factsheet Campagne 'Wees duidelijk over agressie' [internet]. 2015 [geciteerd 22 februari 2024]. Beschikbaar op: https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/factsheet_campagne_wees_duidelijk_ove_r_agressie_2015-2016.pdf
- Vorderwulbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians-a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(10):159-65.
- Wang, S., Hayes, L., & O'Brien-Pallas, L. L. (2008). *A review and evaluation of workplace violence prevention programs in the health sector*. Toronto: Nursing Health Services Research Unit.
- Weinreich, N. K., (1995). Building Social Marketing Into Your Programme. *Social Marketing Quarterly*.
- Welzijnswet (1996). Art. 4 wet 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, Belgisch Staatsblad, 18 september 1996, Algemene Beginselen.
- Wet 20 december 2006 tot wijziging van het Strafwetboek met het oog op het strenger bestraffen van geweld tegen bepaalde categorieën van personen, BS 12 februari 2007; Wet 8 maart 2010 met betrekking tot de verzwarende omstandigheid voor daders van bepaalde misdrijven tegen bepaalde personen bekleed met een openbare hoedanigheid, BS 30 maart 2010.
- Wijkander, M., Farrants, K., & Magnusson Hanson, L. L. (2023). Exposure to work-related violence and/or threats of violence as a predictor of certified sickness absence due to mental disorders: a prospective cohort study of 16,339 Swedish men and women in paid work. *International archives of occupational and environmental health*, 96(2), 225-236.
- Williams, M. V., Williams, B. W., & Speicher, M. (2004). A systems approach to disruptive behavior in physicians: A case study. *Journal of Medical Regulation*, 90(4), 18-24.
- Wu, Y., Strating, M., Ahaus, C. K., & Buljac-Samardzic, M. (2023). Prevalence, risk factors, consequences, and prevention and management of patient aggression and violence against physicians in hospitals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 101892.
- Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. (2004). Service quality. *Cambridge, MA*.
- ZOL. ZOL tegen agressie [internet]. 2023 [geciteerd 2 december 2023]. Beschikbaar op: <https://www.zol.be/zol-tegen-agressie>

Zorgmagazine. Hoe gevaarlijk is het op onze spoedafdelingen? [Internet]. 2023 [geciteerd op 28 december 2023]. Beschikbaar op: <https://zorgmagazine.be/hoe-gevaarlijk-is-het-op-onze-spoedafdelingen/>

Zuenkova, Y. A., & Kicha, D. I. (2022). The role of medical marketing in implementation of projects of value-orientated health care. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 30(6), 1318-1323.

Bijlage

Interviewleidraad

Dag [Respondent], Ik ben Anke Raskin. Student Handelswetenschappen Marketing Management aan de Universiteit van Hasselt. In het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar hoe marketing als hefboom gebruikt kan worden in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg. Het doel van de audio-opname, die zal gebeuren tijdens het interview, is om achteraf een correcte weergave van ons gesprek in geschreven vorm te kunnen uitwerken. Uw naam, of de naam van uw werkgever, wordt niet gepubliceerd in het uiteindelijke onderzoek, er wordt gewerkt met pseudonimisering, en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd. Het interview zal ongeveer een uur duren. Daarnaast stel ik graag voorop dat iedere vraag die ik zal stellen geen juist of goed antwoord heeft. Ik ben vooral geïnteresseerd in uw ervaringen, meningen en visies, dit kan in de vorm van zeer concrete informatie of voorbeelden uit de realiteit.

expert agressie

- **Feitelijke gegevens:**

- Kan u zichzelf kort voorstellen?
- Kan u wat meer vertellen over uw functie ?
- Hoelang bent u al actief binnen uw functie?
- Wat zijn uw voornaamste verantwoordelijkheden binnen uw job?
- Hoe bent u in deze job terecht gekomen?
- Kan u wat meer vertellen over de organisatie waarvoor u werkt?
- Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u geconfronteerd wordt binnen uw job?
- Vanwaar de persoonlijke interesse voor de strijd tegen destructief gedrag in de zorgsector?

- **Context destructief gedrag**

- Wat wordt volgens u verstaan onder destructief gedrag door zorgvragers in de context van de gezondheidszorg?
- Hoe groot schat u het probleem rond destructief gedrag binnen de zorgsector in? Hoe evalueert dit probleem volgens u? Wat kan deze evolutie verklaren?
- Kunt u verschillende vormen van destructief gedrag benoemen die u in uw ervaring bent tegengekomen?
Zijn er minder voor de hand liggende vormen van destructief gedrag die aandacht verdienen?
- Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken voor destructief gedrag door zorgvragers? Welke situaties lijken destructief gedrag bij zorgvragers te triggeren?
- Welke impact heeft destructief gedrag van zorgvragers op de zorgverlener?
Hoe beïnvloedt destructief gedrag door zorgvragers de algemene zorgomgeving?
Wat zijn volgens u gevolgen van destructief gedrag voor zorginstellingen als een organisatie?
Wat zijn volgens u gevolgen van destructief gedrag voor onze maatschappij/ samenleving?

- In hoeverre denkt u dat de bevolking, die niet dagelijks in aanraking komt met de gezondheidszorg, op de hoogte is van de problematiek rond destructief gedrag door zorgvragers tegens zorgverleners in de zorgsector?
Hoe kan de bevolking gesensibiliseerd worden? Hoe denkt u dat we de bewustmaking hieromtrent kunnen vergroten?

- **Omkadering**

- Met welke partijen staat u in contact in de strijd tegen het probleem van destructief gedrag?
Zijn er partijen die momenteel nog ontbreken in uw netwerk?
- Hoe ziet u de rol van de overheid binnen de probleemstelling?
Hoe kijkt u naar de huidige Belgische/ Europese wetgeving binnen de context van destructief gedrag tegens zorgverleners?
- Welke rol speelt de basisopleiding voor zorgverleners in het omgaan met destructief gedrag door zorgvragers? Welke verbeterpunten in basisopleidingen voor zorgverleners ontbreken er momenteel nog voor u om hen te leren omgaan met destructief gedrag?
- Welke rol kan een preventiedienst spelen in het ondersteunen van zorgverleners en zorginstelling in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers?
- Hoe kunnen zorginstellingen, als werkgever, volgens u een ondersteunende rol spelen bij het beheren van destructief gedrag?
- Welke communicatiemiddelen worden reeds ingezet in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
Welke bestaande communicatiemiddelen zouden verder uitgediept kunnen worden om betere remedies te bieden tegen destructief gedrag door zorgvragers?
Welke communicatiemiddelen zouden er nog ingezet kunnen worden in de strijd tegen destructief gedrag?

- **Preventie en beheer**

- Welke preventieve maatregelen worden momenteel al genomen om destructief gedrag door zorgvragers te voorkomen binnen de gezondheidszorg? Welke bestaande preventieve maatregelen zijn volgens u effectief in het verminderen van destructief gedrag? Welke bestaande preventieve maatregelen zijn nog niet optimaal? Hoe kan men deze volgens u optimaliseren? Welke preventieve maatregelen ontbreken momenteel nog volgens u in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
- Op welke manier maakt men nu al gebruik van technologische hulpmiddelen of innovaties bij het voorkomen van destructief gedrag?
- Welke onderdelen mogen volgens u niet ontbreken in een agressiebeleid van een zorginstelling?
- In hoeverre worden trainingen rond destructief gedrag aangeboden door zorginstellingen aan zorgverleners? Welke verbeterpunten ontbreken er momenteel nog in deze trainingen?
- Hoe worden gevallen van destructief gedrag door zorgvragers momenteel geregistreerd? Hoe kunnen gevallen van destructief gedrag door zorgvragers het best in kaart gebracht worden, volgens u?

- Welke ondersteuning zou er aan zorgverleners geboden moeten worden, na een geval van destructief gedrag, zich heeft voor gedaan?
- **Slot**
 - Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen bij het implementeren van marketingtechnieken in de gezondheidszorg?
 - Welke adviezen heeft u voor toekomstige professionals in de gezondheidszorg die willen werken aan het verminderen van destructief gedrag bij zorgvragers?
Welk advies zou u geven aan iemand die zijn of haar onderzoek wil richten op de preventie of remediëring van destructief gedrag in de gezondheidszorg?
 - Hoe ziet u de toekomst van de gezondheidszorg, rekening houdend met de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
Hoe houdt u de hoop en motivatie hoog in ten aanzien van de uitdagingen rond destructief gedrag?
 - Is er iets dat we niet hebben besproken, maar dat je wel belangrijk vindt om te delen?

Zorgverleners

- **Feitelijke gegevens:**
 - Kan u zichzelf kort voorstellen?
 - Kan u wat meer vertellen over uw functie ?
 - Hoelang bent u al actief binnen uw functie?
 - Wat zijn uw voornaamste verantwoordelijkheden binnen uw job?
 - Hoe bent u in deze job terecht gekomen? Waarom koos u om zorgverlener te worden?
 - Kan u wat meer vertellen over de organisatie waarvoor u werkt?
 - Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u geconfronteerd wordt binnen uw job?
 - Waarom koos u om deze job uit te willen oefenen?
 - Zou u, nu dat u weet wat u nu weet over de job, nog steeds dezelfde job kiezen, mocht u opnieuw kunnen kiezen? En waarom?
 - In welke mate kan u als zorgverlener grenzen stellen binnen uw job? Waar ligt voor u de grens?
- **Context destructief gedrag**
 - Hoe zou u destructief gedrag in eigen woorden omschrijven?
 - Welke vormen van destructief gedrag kwam u al tegen in uw loopbaan? Kan u deze situatie schetsen? Welke gevolgen had deze situatie voor u op persoonlijk vlak? Welke gevolgen had deze situatie voor u op professioneel vlak? Bij wie kon u terecht in deze situatie?
 - Welke vormen van destructief gedrag kwam u al tegen in uw loopbaan bij collega's? Kan u deze situatie(s) schetsen? Welke gevolgen had dit voor het slachtoffer?
 - Zijn er specifieke factoren, situaties die destructief gedrag bij zorgvragers lijken te triggeren?
 - Hoe beïnvloedt destructief gedrag de algehele zorgomgeving, inclusief andere zorgverleners, het zorgteam en zorgvragers? Welke impact heeft dit gedrag op de zorginstelling als geheel? Welke impact heeft het gedrag op de aangeboden zorg?

- In hoeverre denkt u dat de bevolking, die niet dagelijks in aanraking komt met de gezondheidszorg, op de hoogte is van de problematiek rond destructief gedrag door zorgvragers tegens zorgverleners in de zorgsector?
Hoe kan de bevolking gesensibiliseerd worden? Hoe denkt u dat we de bewustmaking hieromtrent kunnen vergroten?

- **Omkadering**

- Bij wie kan u terecht wanneer een incident van destructief plaatsvindt?
- Welke rol speelt uw werkgever in de strijd tegen destructief gedrag? In hoeverre bent u tevreden van je werkgever, zorginstelling? Wat vindt u van de initiatieven die men neemt tegen destructief gedrag op de werkvloer?
- In hoeverre vindt u de overheid verantwoordelijk voor destructief gedrag?
In hoeverre bent u op de hoogte over je rechten als zorgverlener?
Ziet u ruimte voor verbeteringen in de wetgeving om een effectievere aanpak mogelijk te maken?
- Zijn er nog partijen die een rol kunnen spelen in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers?
- In hoeverre vond u uw basisopleiding als zorgverlener voldoende toereikend om sterk te staan tegen destructief gedrag door zorgvragers? Welke verbeterpunten in de basisopleidingen ontbreken er momenteel nog voor u om hen te leren omgaan met destructief gedrag?
- In hoeverre wordt u als zorgverlener ondersteunt door preventiediensten?

- **Preventie en beheer**

- In hoeverre bent u op de hoogte van het agressiebeleid die uw werkgever aanbiedt?
Welke onderdelen ontbreken volgens u nog in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers?
- Zijn er preventieve maatregelen die u al neemt om de kans op destructief gedrag te verminderen?
- Zijn er preventieve maatregelen die uw zorgteam al neemt om de kans op destructief gedrag te verminderen?
- In hoeverre bent u op de hoogte van de preventieve maatregelen die uw werkgever, zorginstelling neemt om de kans op destructief gedrag te verminderen? Welke preventieve initiatieven vindt u dat uw werkgever, zorginstelling nog kan doorvoeren?
- Worden er trainingen rond destructief gedrag aangeboden door uw werkgever, zorginstellingen? Wat vindt u goed aan deze trainingen? Wat vindt u belangrijk tijdens deze trainingen? Welke verbeterpunten ontbreken er momenteel nog in deze trainingen?
- Kunt u specifieke succesverhalen delen over het omgaan met destructief gedrag door zorgvragers?
- Welke communicatiestrategieën past u toe bij zorgvragers die destructief gedrag vertonen?
- Hoe worden gevallen van destructief gedrag in kaart gebracht? In hoeverre bent u op de hoogte van meldpunten ingericht voor destructief gedrag? Zou u hier gebruik van

maken als het nodig is? Waarom wel, waarom niet? Wat zou zeker aanwezig moeten zijn bij een meldpunt? Wat maakt het moeilijk om destructief gedrag te melden?

- **Slot**

- In hoeverre zou u en uw zorgteam openstaan om samen te werken met een marketing- of communicatiedepartementen in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers?
- Hoe ziet u de toekomst van de gezondheidszorg, rekening houdend met de problematiek van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
- Hoe houdt u de hoop en motivatie hoog in ten aanzien van de uitdagingen rond destructief gedrag?
- Is er iets dat we niet hebben besproken, maar dat je wel belangrijk vindt om te delen?

Zorgmarketeers

- **Feitelijke gegevens**

- Kan u zichzelf kort voorstellen?
- Kan u wat meer vertellen over uw functie?
- Hoelang bent u al actief binnen uw functie?
- Wat zijn uw voornaamste verantwoordelijkheden binnen uw job?
- Hoe bent u in deze job terecht gekomen?
- Wat zijn de voornaamste uitdagingen waarmee u geconfronteerd wordt binnen uw job?
- Vanwaar de persoonlijke interesse voor zorgmarketing?
- Kan u wat meer vertellen over uw expertise rond zorgmarketing?
- Kan u wat mee vertellen over uw gevoerde onderzoek(en)?

- **Omkadering**

- Met welke partijen staat u in contact tijdens projecten of onderzoeken?
- Welke partijen zouden volgens u een positieve impact kunnen verwezenlijken in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers?

- **Preventie en beheer**

- In hoeverre denkt u dat marketing een rol kan spelen ter preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
- In hoeverre denkt u dat marketing ingezet kan worden om het gedrag van zorgvragers aan te passen?
- Welke communicatiemiddelen zouden verder moeten worden uitgediept om betere remedies te bieden tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
- Hoe kunnen marketingtechnieken worden ingezet om educatie voor zorgverleners te optimaliseren?
- Hoe kan men zorgverleners, die te maken kregen met destructief gedrag, trachten aan te zetten melding te maken bij bevoegde instanties?
- Op welke manieren maakt men nu al gebruik van technologische hulpmiddelen in de gezondheidszorg, die ook wel voor deze case te implementeren zijn?
- Hoe zou men de bewustmaking van de problematiek, rond destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg, kunnen vergroten?
Welke communicatiemiddelen zou men kunnen inzetten om meer bewustzijn te creëren rond de problematiek, van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?

- Welke marketing- of communicatietrends kunnen volgens u zeker een rol spelen in de strijd tegen destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg?
- **Slot**
 - Wat zijn volgens jou de grootste uitdagingen bij het onderzoeken van de rol van marketing in deze context? Hoe kunnen deze overwonnen worden?
Welk advies zou je geven aan iemand die zijn of haar onderzoek wil richten op de preventie en remediëring van destructief gedrag in de gezondheidszorg?
 - Heb je aanbevelingen of inzichten voor toekomstig onderzoek op dit gebied?
 - Is er iets dat we niet hebben besproken, maar dat je wel belangrijk vindt om te delen?

Informatieblad voor deelnemers

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een thesis onderzoek naar destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidssector.

Voordat u beslist over uw deelname aan dit onderzoek willen we u wat meer informatie geven over het doel ervan, wat dit betekent op organisatorisch vlak en wat de eventuele voordelen en risico's voor u zijn. Zo kan u een beslissing nemen op basis van de juiste informatie. Dit wordt "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u die stellen aan de onderzoeker, Anke Raskin.

Onderzoek

- Het onderzoek wordt uitgevoerd door Anke Raskin in het kader van het opleidingsonderdeel 3848-2324 - Masterproef Marketing Management uit de opleiding Master Handelswetenschappen Marketing Management van de Universiteit Hasselt.
- Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de rol die marketing kan spelen in de preventie en remediëring van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg.
- Er worden interviews afgenomen met enerzijds experts gekend met de problematiek rond destructief gedrag door zorgvragers en anderzijds zorgvragers actief in de gezondheidszorg. Indien u beslist deel te nemen, wordt dit interviews opgenomen. Het doel van deze audio-opname is het verzekeren van een correcte weergave van het gesprek in geschreven vorm.

Als u aan deze studie deelneemt, dient u het volgende te weten:

- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw toestemming nodig. Ook nadat u toestemming hebt gegeven, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten. Hiervoor hoeft u geen reden te geven en dit zal geen enkel nadeel veroorzaken.
- Indien u besluit om aan dit onderzoek deel te nemen, brengt dit geen rechtstreekse voordelen met zich mee. Er zijn geen risico's of ongemakken verbonden aan deelname.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. Uw naam wordt daarbij niet gepubliceerd, er wordt gewerkt met pseudonimisering, en de vertrouwelijkheid

van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd overeenkomstig de wetgeving ter zake.

- Het onderzoeksteam staat er garant voor dat zowel uw persoonlijke gegevens als alle onderzoeksresultaten die voortvloeien uit dit onderzoek op een vertrouwelijke, gepseudonimiseerde manier behandeld zullen worden in overeenstemming met artikel 7 van de 'Wet op het Privaéleven met Betrekking tot de Behandeling van Persoonlijke Gegevens' van 8 december 1992 en met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens.
- Uw persoonlijke onderzoeksgegevens kunnen enkel worden ingezien door de betrokken groepsleden en de betrokken medewerkers van de Universiteit Hasselt. Ze worden daarbij vertrouwelijk behandeld. Een uitgeschreven en gepseudonimiseerde versie van het gesprek wordt enkel gedeeld met dezelfde partijen. Uw identiteit of die van uw organisatie zal verder met niemand gedeeld worden, ook niet in de presentatie die studenten op basis van hun onderzoek geven.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoeker of de docenten van het 3848-2324 - Masterproef Marketing Management prof. dr. Koen Van Laer: koen.vanlaer@uhasselt.be en/of de heer Tim Gielens: tim.gielens@uhasselt.be

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben ingelicht. Voor bijkomende vragen of opmerkingen kan u ons altijd contacteren via anke.raskin@student.uhasselt.be

Geïnformeerd toestemmingsformulier

Titel van het onderzoek:

Marketing als Medicijn: een onderzoek naar de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg met marketing als hefboom.

Naam + contactgegevens onderzoekers: Anke Raskin

Doel en methodologie van het onderzoek:

De rol van marketing in de preventie en beheer van destructief gedrag door zorgvragers in de gezondheidszorg.

Duur van het interview: Max 60 minuten

1. Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
2. Ik weet dat ik zal deelnemen aan een individueel interview in het kader van het opleidingsonderdeel 3848-2324 - Masterproef Marketing Management uit de opleiding Master Handelswetenschappen Marketing Management van de Universiteit Hasselt
3. Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik mijn medewerking op ieder moment kan stopzetten.
4. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, er wordt gewerkt met pseudonimisering, en de vertrouwelijkheid

van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd overeenkomstig de wetgeving ter zake (zie informatieblad).

5. Voor vragen weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij: anke.raskin@student.uhasselt.be

6. Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met prof. dr. Koen Van Laer, via koen.vanlaer@uhasselt.be en/of de heer Tim Gielens, via tim.gielens@uhasselt.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en ik heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. ☐

Ik geef toestemming tot het maken van een opname. ☐

Ik stem toe om deel te nemen. ☐

Datum:

Naam geïnterviewde: