



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de handelswetenschappen

Masterthesis

Grenzen in de thuiszorg: coping met ongewenst patiëntengedrag en de rol van leidinggevenden

Femke Iven

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de handelswetenschappen, afstudeerrichting ondernemerschap en 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

2024
2025



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de handelswetenschappen

Masterthesis

Grenzen in de thuiszorg: coping met ongewenst patiëntengedrag en de rol van leidinggevenden

Femke Iven

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

PROMOTOR :

Prof. dr. Koen VAN LAER

BEGELEIDER :

De heer Tim GIELENS

Voorwoord

“Je hebt maar te luisteren als je bij mij thuis komt” – Zuyderland (2022)

Deze masterproef is geschreven ter afronding van de masteropleiding Handelswetenschappen met afstudeerrichting Ondernemerschap en Management aan de Universiteit Hasselt. Geïnspireerd door mijn interesse in human resources en mijn bewustzijn dat klantencontact niet altijd even soepel verloopt, koos ik ervoor om in mijn masterproef te focussen op het thema ongewenst klantengedrag. Doordat mijn moeder werkt als zorgkundige in de thuiszorg, werd het voor mij duidelijk dat ook zij ongewenst gedrag van ‘klanten’ ervaart. Het zorgde ervoor dat ik de term ‘klanten’ in een breder perspectief bekeek en ik ervoor koos om mijn onderzoek te richten op ongewenst patiëntengedrag tegen thuiszorgmedewerkers.

Ondanks dat het thema van mijn onderzoek gericht is op de zorgsector, sluit het ook aan bij mijn opleiding, omdat het inzichten biedt in hoe zorgmedewerkers omgaan met ongewenst gedrag op het werk en welke maatregelen leidinggevend nemen om dit gedrag aan te pakken. Daarnaast is het een interessante piste om mijn kennis te verruimen in een sector die minder aan bod kwam tijdens de opleiding.

Het schrijfproces verliep niet altijd even vlot. Dit valt deels te verklaren doordat ik in de opleiding ben ingestroomd als schakelstudent en dus geen volledige academische bachelor Handelswetenschappen gevolgd heb. Hierdoor beschikte ik niet over een uitgebreide voorkennis van vakken zoals ‘Kwalitatief Onderzoek’. Dit maakte het proces af en toe uitdagend, maar zorgde er vooral voor dat het schrijven van deze masterproef een leerrijke ervaring was.

Ik zou graag mijn dank betuigen aan alle personen die mij hielpen of steunden tijdens dit proces. Allereerst wil ik mijn promotor Prof. dr. Koen Van Laer bedanken voor zijn vertrouwen in dit onderzoek. Vervolgens wil ik mijn begeleider de heer Tim Gielens bedanken voor zijn begeleiding en ondersteuning doorheen het hele traject. Daarnaast wil ik graag alle respondenten bijzonder bedanken om tijd vrij te maken, deel te nemen aan dit onderzoek en openhartig hun ervaringen en meningen met mij te delen. Bovendien wil ik mijn ouders en vrienden bedanken om mij doorheen het academiejaar te steunen en te helpen wanneer nodig. Zij hielpen mij ook bij het leggen van de eerste contacten met de respondenten. Als laatste wil ik graag mijn vriend bedanken die zijn expertise als vertaler heeft ingezet om deze masterproef grondig na te lezen.

Veel leesplezier!

Femke Iven

4 juni 2025, Diepenbeek

Samenvatting

Doel en onderzoekopzet

Ongewenst patiëntengedrag tegen zorgmedewerkers neemt aanzienlijk toe, ook in de thuiszorgsector (Bouregghda et al., 2024; Elst et al., 2016). Onderzoek (VBZV & Veys, 2024) toont aan dat 94% van de zelfstandige verpleegkundigen in de thuiszorgsector al in aanraking is gekomen met een vorm van ongewenst patiëntengedrag. Het kan negatieve gevolgen hebben voor zorgverleners zoals burn-out (Yagil, 2008) en voor zorgorganisaties zoals personeelsverloop (Fisk et al., 2010). Dit onderzoek kadert binnen het toenemende ongewenst patiëntengedrag tegen zorgverleners. Het doel is om inzichten te verkrijgen in welke copingmechanismen zorgverleners toepassen en welke maatregelen organisaties kunnen nemen om ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorgsector tegen te gaan. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: "Hoe ervaren zorgmedewerkers in de thuiszorg ongewenst gedrag van patiënten en welke acties hiertegen beschouwen zij als effectief?"

Het beantwoorden van de onderzoeksvraag gebeurt via een kwalitatief onderzoek door middel van vijftien semigestructureerde diepte-interviews bij zowel zorgmedewerkers, leidinggevendenden als een interne vertrouwenspersoon. Daarnaast vormt het model over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk van Akbar et al. (2017) de onderzoekslens. Dit model dient als vertrekpunt om op basis van de empirische bevindingen te werken naar een model dat het copingproces in kaart brengt van thuiszorgmedewerkers bij ongewenst patiëntengedrag.

Bevindingen

Het onderzoek omschrijft ongewenst patiëntengedrag als opzettelijke of onopzettelijke, openlijke of stiekeme gedragingen die kunnen plaatsvinden in openbare ruimten of in de privéomgeving van de patiënt. Het ongewenst gedrag kan gaan over eenmalige incidenten of meer systematische gedragspatronen, variërend van gevallen waarbij er een gebrek aan respect is tot ernstige bedreigingen, seksueel geweld en fysiek geweld (Harris & Reynolds, 2003; Pillinger, 2022).

Allereerst tonen de resultaten aan dat zorgverleners individueel verschillende grenzen hebben. Dit zorgt ervoor dat iedereen ongewenst gedrag anders ervaart en er anders op zal reageren. Ook hebben ze andere opvattingen over welke maatregelen noodzakelijk en doeltreffend zijn. Hierdoor is de ervaring met ongewenst gedrag en de aanpak ervan persoons- en situatieafhankelijk.

Ongewenst patiëntengedrag kan diverse vormen aannemen. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de bevraagde vrouwelijke thuiszorgmedewerkers het vaakst in aanraking komen met seksuele intimidatie. Andere vormen zijn verbaal ongewenst gedrag, fysiek geweld, overparticipatie en onderparticipatie (Greer, 2015).

Om met het ongewenst gedrag om te gaan, zullen de zorgverleners verschillende copingmechanismen toepassen die overeenkomen met die van Akbar et al. (2017). De meest voorkomende coping is de probleemoplossende coping, waarbij de zorgverlener gericht op zoek gaat naar oplossingen, de patiënt confronteert met het ongewenst gedrag of de patiënt gaat onderwijzen hoe die zich moet gedragen. Hoewel deze strategie effectief kan zijn, is het slechts een tijdelijke

oplossing volgens de resultaten. Een tweede veelvoorkomend copingmechanisme is vermijdende coping, waarbij de zorgverlener de situatie zal vermijden door bijvoorbeeld alerter te zijn, afstand te bewaren van de patiënt of zich tijdelijk of volledig terug te trekken uit de situatie. Dit noemen Carver et al. (1989) disfunctionele coping, een copingmechanisme dat het probleem niet echt oplost en de relatie met de patiënt verslechtert. Een volgend mechanisme is zelfbeheersing of emotioneel gerichte coping. Effectieve subtypes zijn het loslaten van spanning en positieve emotionele coping, waarbij de zorgverlener de eigen grenzen respecteert. Daarnaast zijn andere subtypes zoals oppervlakkig acteren, negatieve emotionele coping en het tolereren van het gedrag niet effectief en kunnen ze leiden tot negatieve effecten zoals ontevredenheid of stress. Een laatste copingmechanisme dat is vastgesteld in de resultaten, is steun zoeken. Enerzijds contacteren zorgmedewerkers hun leidinggevenden en anderzijds zoeken ze steun bij collega's. Dit kunnen ze doen vanuit twee doelstellingen, namelijk ventileren en gerichte oplossingen zoeken. De effectiviteit van dit copingmechanisme is afhankelijk van de mate waarin ze zich gesteund voelen door hun leidinggevenden.

Naast de copingmechanismen van de zorgverleners kunnen zorginstellingen ook maatregelen nemen. Deze vallen onder te verdelen in drie categorieën: primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen (Stronks et al., 2022). Als eerste dienen primaire preventiemaatregelen om ongewenst patiëntengedrag te voorkomen. Uit de resultaten blijkt dat het sensibiliseren van de patiënten via een huisbezoek en een informatiefolder hieronder vallen. Deze maatregel blijkt minder effectief want een eenmalig bezoek geeft geen representatief beeld van de situatie. Vervolgens blijkt uit deze studie dat het aanbieden van trainingen doeltreffender is om de zorgverleners weerbaar en bewust te maken over ongewenst patiëntengedrag, maar er zijn momenteel onvoldoende trainingen. Als tweede dienen de secundaire preventiemaatregelen om het gedrag te stoppen en gevolgen ervan te beperken. Hierbij is het belangrijk dat de leidinggevende in gesprek gaat met alle betrokken partijen. Volgens de resultaten uit deze studie zijn familieleden van de patiënt en medecollega's te weinig betrokken. Andere maatregelen zijn het doorvoeren van een personeelsswisseling of zorgverleners per twee sturen naar de patiënt. Een mannelijke zorgverlener sturen, blijkt effectief. Echter zijn zij ondervertegenwoordigd binnen de thuiszorg. In het slechtste geval kan de zorg stoppen. Als laatste zijn er de nazorgmaatregelen. De studie toont aan dat het allerbelangrijkste hierbij is dat de leidinggevende de zorgverlener oprecht steunt.

Volgens het aangepaste model van Akbar et al. (2017) leiden deze copingmechanismen en maatregelen tot een grijze uitkomst van het copingproces, wat inhoudt dat de gevolgen zowel positief als negatief kunnen zijn. Positieve impact zoals meer zelfzekerheid is voornamelijk het gevolg van oprechte steun van de leidinggevende. Daarnaast vertaalt negatieve impact op korte termijn zich in negatieve emoties, een slechte relatie met de patiënt en minder werkplezier. Op lange termijn kan het leiden tot burn-out of personeelsverloop.

Dit onderzoek is een waardevolle aanvulling voor de bestaande literatuur over ongewenst patiëntengedrag doordat het thema tot op heden beperkt onderzocht bleef, zeker binnen de thuiszorgcontext. Ook biedt het onderzoek nieuwe inzichten door een bestaand model over het copingproces van verpleegkundigen (Akbar et al., 2017) aan te passen naar de context van ongewenst patiëntengedrag binnen de thuiszorg. Hoewel het oorspronkelijke model beperkt blijft tot

het individuele niveau van de verpleegkundigen, focust het aangepaste model zich ook op de rol van thuiszorgorganisaties. Daarnaast maakt het aangepaste model een onderscheid tussen individuele en omgevingsfactoren, wat voorheen als een geheel bekeken werd. Bovendien kan deze studie zorginstellingen meer inzichten bieden over ongewenst patiëntengedrag en hoe ze het in de toekomst beter kunnen aanpakken.

Kritische beschouwingen

De masterproef maakt duidelijk dat ongewenst patiëntengedrag binnen de thuiszorg een ruime en complexe problematiek is die niet te negeren valt. Het toont het belang aan van het integreren van consistente maatregelen en het weerbaar maken van de zorgverleners zodat zij op de juiste manier omgaan met het gedrag. Daarnaast is het belangrijk dat leidinggevendenden zich bewust zijn van de problematiek en het probleem erkennen.

De praktische implicaties zijn gericht op aanbevelingen naar zorgorganisaties. Het integreren van de juiste maatregelen vormt de eerste stap naar weerbaardere zorgverleners. Deze aanbevelingen zijn gericht op het bieden van oprechte steun, het aanpassen aan de behoeften van de zorgverleners, het organiseren van meer trainingen over ongewenst gedrag en het beschermen van de privacy van zorgverleners. Daarnaast zijn enkele aanbevelingen ook gericht op een bredere context, zoals het onderwerp ongewenst patiëntengedrag integreren in opleidingen van onderwijsinstellingen en betere informatie-uitwisseling tussen zorginstellingen.

Het onderzoek heeft ook enkele beperkingen die pistes voor verder onderzoek openleggen. Allereerst is er in beperkte mate onderzoek verricht naar de intenties van thuiszorgpatiënten voor het wangedrag en de persoonlijkheidskenmerken van thuiszorgmedewerkers om ermee om te gaan. Ook zijn de kwalitatieve bevindingen niet gestaafd met numerieke waarden en blijft de gebruikte steekproef beperkt.

Inhoudsopgave

1.	Probleemstelling.....	8
2.	Literatuurstudie	10
2.1.	Ongewenst gedrag van klanten en patiënten	10
2.1.1.	Concept ongewenst klantengedrag	10
2.1.2.	Belanghebbenden	13
2.1.3.	Vormen	16
2.1.4.	Genderverschillen	18
2.1.5.	Oorzaken	18
2.2.	Reacties en copingmechanismen van medewerkers	21
2.2.1.	Reactie	21
2.2.2.	Copingmechanismen	22
2.3.	Ondersteuning door het management	29
2.3.1.	Wetgeving.....	29
2.3.2.	Belang van maatregelen	30
2.3.3.	Soorten maatregelen.....	30
3.	Methodologie	34
3.1.	Kwalitatief onderzoek	34
3.2.	Steekproef.....	35
3.3.	Datacollectie	37
3.4.	Interviewprocedure.....	38
3.5.	Positie als onderzoeker.....	39
3.6.	Data-analyse	39
4.	Resultaten.....	41
4.1.	Vormen ongewenst gedrag die zorgmedewerkers ervaren	41
4.1.1.	Situatieschets.....	41
4.1.2.	Vormen	43
4.2.	Copingmechanismen	49
4.2.1.	Probleemoplossende coping	49
4.2.2.	Vermijdende coping.....	50
4.2.3.	Emotioneel gerichte coping	52
4.2.4.	Steun zoeken	54

4.3.	Organisatorische maatregelen	56
4.3.1.	Wettelijke verplichtingen.....	56
4.3.2.	Huidige maatregelen	57
4.3.3.	Toekomstige maatregelen	62
4.4.	Impact van copingmechanismen en organisatorische maatregelen.....	63
4.4.1.	Positieve impact	63
4.4.2.	Negatieve impact.....	64
5.	Discussie.....	66
5.1.	Theoretische implicaties	66
5.1.1.	Stressgevoel in het thuiszorgberoep.....	67
5.1.2.	Situationele en persoonsgerichte coping	69
5.1.3.	Individuele factoren	71
5.1.4.	Organisatorische maatregelen	71
5.1.5.	Grijze uitkomst van coping.....	73
5.2.	Beperkingen en pistes voor toekomstig onderzoek.....	74
5.3.	Aanbevelingen voor zorgorganisaties	74
6.	Conclusie	76
6.1.	Vormen van ongewenst patiëntengedrag	76
6.2.	Effectiviteit van copingmechanismen.....	76
6.3.	Effectiviteit van organisatorische maatregelen.....	77
7.	Bibliografie	79
8.	Bijlagen	89
8.1.	Bijlage 1: Interviewleidraden	89
8.1.1.	Inleidende tekst.....	89
8.1.2.	Interviewleidraad 1 - Zorgmedewerkers.....	90
8.1.3.	Interviewleidraad 2 - Management.....	93
8.1.4.	Interviewleidraad 3 - Vertrouwenspersoon	95
8.2.	Bijlage 2: Informatieblad	97
8.3.	Bijlage 3: Geïnformeerd toestemmingsformulier	98

Lijst met figuren

Figuur 1: Model over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk (Aangepast o.b.v. Akbar et al., 2017)	23
Figuur 2: Codeboom	40
Figuur 3: Copingproces van thuiszorgmedewerkers bij stress door ongewenst patiëntengedrag (Aangepast o.b.v. Akbar et al., 2017).....	66

Lijst met Tabellen

Tabel 1: Vergelijkingstabel algemene definities.....	11
Tabel 2: Overzicht besproken copingmechanismen	27
Tabel 3: Respondenttabel	36

1. Probleemstelling

Ongewenst gedrag van patiënten tegen zorgmedewerkers neemt aanzienlijk toe, waardoor zowel het welzijn van de zorgmedewerkers als de kernwaarden van de gezondheidszorg onder druk komen te staan (Bouregghda et al., 2024). Ook in de thuiszorg blijft de blootstelling aan agressie een belangrijk probleem (Elst et al., 2016). Uit een enquête op vraag van Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV & Veys, 2024) blijkt dat 94% van de zelfstandige verpleegkundigen in de thuiszorg aangeeft al eens in contact te zijn gekomen met ongewenst patiëntengedrag (VBZV & Veys, 2024). Ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorg verwijst naar elke vorm van verbaal, fysiek of seksueel geweld door patiënten of hun familie. Het gedrag kan plaatsvinden op elke locatie waar zorgdiensten worden verleend, inclusief de thuisomgeving van de patiënt (International Labour Office et al., 2002; Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010; Pillinger, 2022).

Volgens de enquête voor zelfstandige verpleegkundigen, waarvan 87% vrouwelijke respondenten, zijn de meest voorkomende vormen van ongewenst gedrag seksuele opmerkingen (40%) en verbale agressie (34,62%) (VBZV & Veys, 2024). Deze resultaten zijn zorgwekkend, want volgens de studie van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen en de Christelijke Mutualiteit blijkt dat één op de vier zorgmedewerkers overweegt het beroep te verlaten (Lavergne & Janssens, 2024).

De gezondheidssector bevindt zich in een crisis en kampt met personeelstekorten door bijvoorbeeld vergrijzing, complexere zorgbehoeften en toenemende werkdruk (Lavergne & Janssens, 2024). Door de vergrijzing neemt ook de zorgvraag toe (Lavergne & Janssens, 2024). Deze zorgvraag stijgt de laatste jaren ook doordat patiënten steeds sneller uit het ziekenhuis worden ontslagen en meer nood hebben aan intensieve zorg aan huis (Elst et al., 2016). In dat geval is er sprake van de vermaatschappelijking van de zorg. Dat betekent dat niet enkel de welzijnssector instaat voor de zorg van kwetsbare mensen, maar dat het ook betrekking heeft op heel de samenleving (Departement Zorg, 2013). Het tekort aan personeel en tijd ondermijnt de zorgkwaliteit en de relatie tussen zorgverlener en patiënt, wat het opbouwen van een vertrouwensband bemoeilijkt. Dit vergroot de kans op gewelddadig gedrag door de patiënt en zijn familie (Lavergne & Janssens, 2024).

Ongewenst patiëntengedrag kan beter begrepen worden door het bredere kader van ongewenst klantengedrag in het algemeen te bespreken. Ongewenst klantengedrag heeft diepgaande gevolgen, zowel op servicemedewerkers als op de organisatie. Voor de werknemer kan dit gedrag emotionele stress, burn-out, negatieve werkattitudes en terugtrekkingsgedrag zoals absenteïsme teweegbrengen (Yagil, 2008). In extreme gevallen kunnen incidenten onder andere leiden tot zware verwondingen, depressie of posttraumatische stressstoornis (Vento et al., 2020). Voor de organisatie kan ongewenst klantengedrag zorgen voor nadelige effecten zoals financiële kosten, personeelsverloop en verminderde kwaliteit van diensten (Fisk et al., 2010).

Ongewenst klantengedrag mag niet zomaar getolereerd worden, maar het vereist aandacht van alle managementniveaus. Alledaagse en kleine incidenten rond wangedrag van klanten beïnvloeden de werktevredenheid en het gevoel van eigenwaarde van servicepersoneel. Deze voorvallen worden vaak niet gedocumenteerd. Dit zorgt ervoor dat managers soms moeilijk kunnen ingrijpen of er zelfs niet van op de hoogte zijn (Harris & Daunt, 2013).

Bestaand onderzoek focust zich vooral op sectoren zoals horeca, callcenters en detailhandels. Onderzoekers roepen daarom op om ook andere sectoren te bestuderen (Cheng et al., 2022; Echeverri et al., 2012; Harris & Daunt, 2013). Andere sectoren met veel klantencontact, zoals de zorgsector, krijgen minder aandacht. Studies die wel gericht zijn op de zorgsector, richten zich voornamelijk op ziekenhuizen en psychiatrische instellingen (Campbell et al., 2015; Duxbury & Whittington, 2005; Mento et al., 2020). Bovendien roepen onderzoekers op om meer aandacht te besteden aan maatregelen om de veiligheid van zorgmedewerkers te garanderen (Campbell et al., 2015; Vento et al., 2020). Daarom zal dit onderzoek gericht zijn op de thuiszorg, waarbij er zowel gekeken wordt naar de ervaringen van zorgmedewerkers met ongewenst patiëntengedrag, hoe zij omgaan met dit gedrag als naar wat het management al dan niet doet tegen ongewenst gedrag van patiënten. De nadruk ligt op de thuiszorgsector, waaronder verzorgenden en verpleegkundigen.

Thuiszorg kan gedefinieerd worden als zorg aan huis waarbij er extra hulp of verpleging wordt aangeboden voor alle personen die moeite hebben om zelfstandig te wonen, waaronder ouderen en mensen die ziek, geopereerd of gehandicapt zijn. De zorg kan tijdelijk of permanent van aard zijn (IntFormalities, 2024). Kenmerken van thuiszorginstellingen zijn onder andere taakautonomie om individuele zorg te verlenen, langdurige relaties met patiënten, een hoge werk- en tijdsdruk en hoge emotionele betrokkenheid. Zorgmedewerkers werken doorgaans alleen, waardoor er een hogere kans op agressie is in de thuiszorg (Elst et al., 2016). Er bestaan verschillende soorten thuiszorgdiensten. Dit onderzoek focust op diensten voor gezinszorg en thuisverpleging, omdat deze vormen binnen de thuiszorg directe en intensieve interactie met patiënten vereisen en zorgmedewerkers in deze diensten dus nauw in contact komen met patiënten. Daarnaast zijn zorginstanties die opereren in de thuiszorgcontext nauwelijks onderzocht (Rosenstein, 2010).

Dit onderzoek heeft als doelstelling om een inzicht te krijgen in welke maatregelen er genomen kunnen worden om ongewenst patiëntengedrag tegenover thuiszorgmedewerkers tegen te gaan. De onderzoeksvraag waarop dit onderzoek een antwoord tracht te vinden, luidt als volgt: "Hoe ervaren zorgmedewerkers in de thuiszorg ongewenst gedrag van patiënten en welke acties hiertegen beschouwen zij als effectief?"

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van vijftien semigestructureerde diepte-interviews. Er werden diverse profielen bevraagd die werkzaam zijn in verschillende zorginstellingen, namelijk zorgverleners, leidinggevend en een interne vertrouwenspersoon. Daarnaast wordt er gebruikgemaakt van het model van Akbar et al. (2017) over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk. Dit model zal via de resultaten uit dit onderzoek verwerkt worden naar een model dat gericht is op het copingproces van zorgverleners bij ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorg.

In het eerste hoofdstuk wordt via een literatuurstudie de huidige situatie besproken over ongewenst gedrag van zowel klanten als patiënten. Vervolgens wordt de gebruikte onderzoeksmethode toegelicht in de methodologie. Daarna wordt de resultatensectie weergegeven. Deze resultaten worden in de discussie gekoppeld met de bevindingen uit de literatuur. Ook de beperkingen, pistes voor toekomstig onderzoek en praktische aanbevelingen worden besproken. Tot slot worden in de conclusie antwoorden geformuleerd op de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen.

2. Literatuurstudie

Hoewel het onderzoek zich focust op ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorgsector, bespreekt de literatuurstudie ook het ongewenst gedrag van klanten tegenover servicemedewerkers in het algemeen. Dit bredere perspectief kan inzichten bieden over hoe diverse servicesectoren ongewenst klantengedrag ervaren en welke copingmechanismen en maatregelen er in deze sectoren toegepast worden om ongewenst gedrag aan te pakken. Dit kan waardevolle handvaten bieden om ongewenst patiëntengedrag in de zorgsector te begrijpen en beter aan te pakken.

Eerst focust de literatuurstudie zich dus op het bredere aspect van ongewenst klantengedrag, om vervolgens te kijken naar de literatuur over ongewenst patiëntengedrag binnen de zorgsector. De focus op deze twee perspectieven zal een zo volledig mogelijk beeld geven over dit onderwerp. De literatuurstudie bestaat uit drie delen: ongewenst gedrag van klanten en patiënten, reacties en copingmechanismen van medewerkers en de ondersteuning door het management.

In het eerste deel van de literatuurstudie wordt gefocust op het begrip ongewenst gedrag van zowel klanten als patiënten. Hierbij wordt er gekeken naar de verschillende definities van het begrip, de belanghebbenden voor dit onderzoeksonderwerp, de diverse vormen van ongewenst gedrag, mogelijke genderverschillen en de mogelijke oorzaken die dit gedrag uitlokken. Als tweede gaat de literatuurstudie dieper in op de reacties en copingmechanismen van medewerkers. Het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie bespreekt de ondersteuning door het management, waarbij eerst wordt gekeken naar wat de Belgische wetgeving bedrijven oplegt om met deze situatie om te gaan. Vervolgens wordt er gekeken naar het belang van het nemen van organisatorische maatregelen, om te eindigen met de mogelijke maatregelen die bedrijven zelf invoeren.

2.1. Ongewenst gedrag van klanten en patiënten

2.1.1. Concept ongewenst klantengedrag

2.1.1.1. Algemene definities

Ongewenst klantengedrag wordt in de literatuur op verschillende manieren benoemd en gedefinieerd. Sinds de jaren '90 krijgt het concept aandacht in de wetenschappelijke literatuur, zo introduceerde Christopher Lovelock in 1994 de term 'jaycustomer'-gedrag waarbij een 'jaycustomer' iemand is die *"opzettelijk, beledigend of zonder na te denken handelt en daardoor problemen veroorzaakt voor andere klanten, het bedrijf en de werknemers"* (Harris & Reynolds, 2004, p.339). Bitner et al. (1994) introduceerden dat jaar de term 'probleemklanten'. Volgens deze auteurs weigeren de klanten samen te werken met de serviceverlener en andere klanten en houden ze zich niet aan bedrijfsvoorschriften.

Hoewel de definities van Lovelock en Bitner et al. (1994) de grondslag legden voor het concept van ongewenst klantengedrag, hebben onderzoekers doorheen de jaren verschillende benamingen en omschrijvingen gegeven aan dit gedrag. Korczynski en Evans (2013) spreken over klantmisbruik en omschrijven dit als *"gedrag van klanten die dienstverleners ervaren als agressief, intimiderend of beledigend"* (p.769). Harris en Reynolds (2003) spreken van disfunctioneel klantengedrag dat verwijst naar *"klantengedragingen die opzettelijk of onopzettelijk, openlijk of stiekem plaatsvinden"*

en zo de functionele dienstverlening verstoren". In 2009 formuleerden Reynolds en Harris disfunctioneel gedrag als "klantengedragingen die opzettelijk ingaan tegen de algemeen aanvaarde gedragsnormen binnen de servicecontext". Fullerton en Punj (2004) spreken over "externe en zichtbare gedragingen die de algemeen aanvaarde gedragsnormen in consumptiesituaties schenden en de negatieve kant van de klant vertegenwoordigen". Echeverri et al. (2012) spreken van wangedrag van klanten. Ze sluiten aan bij het idee van bewust gedrag en stellen dat "klanten zich hierbij opzettelijk disfunctioneel, onnadenkend of beledigend gedragen". Daardoor veroorzaken ze problemen voor de dienstverleners, de organisatie en andere klanten. Andere benamingen voor klanten die ongewenst gedrag vertonen zijn afwijkende klanten (Echeverri et al., 2012), onethische klanten, oneerlijke klanten of onwillige klanten (Fan et al., 2012).

Zoals blijkt uit bovenstaande definities, bestaat er geen eenduidige definitie van het begrip ongewenst klantengedrag. De interpretatie van het begrip varieert afhankelijk van het vakgebied van de onderzoekers, zoals marketing en human resources. Sommige definities, zoals die van Korczynski en Evans (2013), blijven spaarzaam, terwijl andere definities, zoals die van Lovelock (1994), uitgebreider zijn. Over bepaalde aspecten bestaat er onenigheid, zoals zichtbaar of stiekem gedrag. Zo stellen Harris en Reynolds (2003) dat ongewenst gedrag zowel stiekem als zichtbaar kan plaatsvinden, terwijl Fullerton en Punj (2004) enkel spreken over zichtbare gedragingen. Er is ook een gebrek aan consensus of het gedrag enkel opzettelijk plaatsvindt of ook onopzettelijk kan zijn. In 2003 verklaarden Harris en Reynolds dat het gedrag ook onopzettelijk kan plaatsvinden, maar in 2009 spraken ze over gedrag dat opzettelijk in strijd is met de gedragsnormen. Sommige onderzoekers stellen dat het gedrag ook plaatsvindt zonder na te denken (Echeverri et al., 2012; Lovelock, 1994). Fisk et al. (2010) merkten een spanning op tussen de verschillende definities waarin de nadruk in de definities enerzijds ligt op het toebrengen van schade en anderzijds op het in strijd zijn met de algemene gedragsnormen. Zo focussen de definities van Fullerton en Punj (2004) en van Reynolds en Harris (2009) op het schenden van sociale normen en focussen de definities van Echeverri et al. (2012) en Lovelock (1994) op het toebrengen van schade. Tabel 1 geeft een overzicht weer van de vermelde definities onderverdeeld volgens de twee perspectieven van Fisk et al. (2010).

Tabel 1: Vergelijkingstabel algemene definities

Auteur(s)	Begrip	Definitie	Focus
Toebrengen van schade (Fisk et al., 2010)			
Lovelock (1994)	Jaycustomer-gedrag	Klanten die opzettelijk, beledigend of onnadenkend handelen en problemen veroorzaken voor anderen	Focus op intentie en impact op klanten, bedrijf en werknemers
Harris en Reynolds (2003)	Disfunctioneel klantengedrag	Opzettelijke of onopzettelijke, openlijke of stiekeme acties die functionele dienstverlening verstoren	Ruime definitie. Zowel bewust en zichtbaar als onbewust en onzichtbaar gedrag
Echeverri et al. (2012)	Wangedrag van klanten	Opzettelijk disfunctioneel, onnadenkend of beledigend	Focus op intentie en impact op klanten,

		gedrag dat problemen veroorzaakt voor anderen	bedrijf en werknemers
Korczynski en Evans (2013)	Klantmisbruik	Agressief, intimiderend of beledigend gedrag	Spaarzame definitie
Schenden van algemene gedragsnormen (Fisk et al., 2010)			
Bitner et al. (1994)	Probleemklanten	Klanten die weigeren samen te werken met anderen en zich niet aan bedrijfsvoorschriften houden	Focus op samenwerking en normafwijkend gedrag
Fullerton en Punj (2004)	Wangedrag van consumenten	Externe, zichtbare gedragingen die gedragsnormen schenden	Zichtbaar en normafwijkend gedrag
Harris en Reynolds (2009)	Disfunctioneel klantengedrag	Gedrag dat opzettelijk in strijd is met de gedragsnormen binnen de servicecontext	Bewust en normafwijkend gedrag

Het overzicht verduidelijkt dat er verschillende termen en definities bestaan om ongewenst klantengedrag te beschrijven. De meeste definities hebben betrekking tot het toebrengen van schade waarbij er impact kan zijn voor andere klanten, het bedrijf en de medewerkers (bv. Echeverri et al., 2012; Lovelock, 1994). Daarnaast kunnen definities ook gericht zijn op het schenden van bedrijfsvoorschriften (bv. Bitner et al., 1994). Sommige auteurs spreken over zichtbare of opzettelijke gedragingen (bv. Fullerton & Punj, 2004), terwijl anderen het ook hebben over onnadenkende en onopzettelijke gedragingen (bv. Harris & Reynolds, 2003).

2.1.1.2. Definities binnen de zorgsector

Yariv (2011) stelt dat ongewenst gedrag context gebonden is. Aangezien dit onderzoek het doel heeft om ongewenst patiëntengedrag te onderzoeken, is het relevant om ook te kijken naar de definiëringen in de context van de zorgsector. Wetenschappelijke artikels gericht op ongewenst patiëntengedrag benoemen dit gedrag vaak als agressie en geweld op het werk (bv. Campbell et al., 2015; Mento et al., 2020; Spector et al., 2013). Geweld op het werk of 'workplace violence' (WPV) is volgens het Amerikaanse Ministerie van Arbeid een erkend gevaar in de gezondheidszorg (OSHA, 2010). In lijn met het gebrek aan consensus voor de algemene term ongewenst klantengedrag is er ook geen eenduidige definitie van werkgerelateerd geweld. Toch bestaan de definities voor WPV uit een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Als eerste omvatten de definities alle situaties die verband houden met het werk. Als tweede gaat het niet enkel over fysiek geweld, maar ook over bedreigingen en psychologisch geweld. Als derde vormt werkgerelateerd geweld een bedreiging voor de gezondheid en het welzijn van de werknemers (Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010).

Werkgerelateerd geweld kan zowel intern optreden, tussen collega's en managers, als extern. Bij extern geweld gaat het over geweld door derden, waarbij een derde partij het geweld pleegt zoals een patiënt of zijn familielid (Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010). In 2010 stemden sociale partners van de EU uit publieke en private dienstensectoren, waaronder ook

de zorg, in met multisectoriële richtlijnen tegen geweld en intimidatie door derden of 'Third-Party Violence and Harassment' (TPVH) (Pillinger, 2022). Zij definieerden TPVH als volgt:

Geweld en intimidatie die plaatsvinden op de werkplek, in de openbare ruimte of in een privéomgeving die werkgerelateerd is. TPVH omvat fysieke, psychologische, verbale en/of seksuele vormen van geweld, die eenmalige incidenten of meer systematische gedragspatronen kunnen zijn, door een individu of groep, variërend van gevallen van gebrek aan respect tot meer ernstige bedreigingen, seksueel geweld en fysiek geweld en cyberpesten. (Pillinger, 2022, p.14)

Bij dienstverlenend werk vormt interactie met patiënten een onmisbaar onderdeel van het zorgproces (Korczynski & Evans, 2013). Een werkplek is binnen de context van de zorgsector beschreven als:

Alle gezondheidszorgfaciliteiten, ongeacht de grootte, locatie (stedelijk of landelijk) en het type dienst dat wordt geleverd, ... In het geval van diensten die buiten de gezondheidszorginstelling worden verleend, zoals ambulancediensten of thuiszorg, wordt elke plaats waar dergelijke diensten worden verleend, beschouwd als een werkplek. (International Labour Office et al., 2002, p.5)

Op basis van het bovenstaande kan de volgende werkdefinitie worden geformuleerd die specifiek gericht is op ongewenst patiëntengedrag tegen thuiszorgmedewerkers: Ongewenst gedrag verwijst naar fysiek, verbaal en psychologisch geweld dat gepleegd wordt door een patiënt of die zijn familielid. Dit gedrag kan eenmalig of systematisch voorkomen en heeft impact op de zorgverlener (Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010; Pillinger, 2022). In de thuiszorgcontext wordt elke locatie waar zorgdiensten worden verleend, beschouwd als werkplek. Daartoe behoort dus ook de woonplaats van de patiënt (International Labour Office et al., 2002). De termen ongewenst gedrag en wangedrag worden doorheen dit onderzoek als synoniemen gebruikt en omvatten alle vormen van ongepast gedrag door klanten en patiënten. De volgende paragraaf bespreekt welke belanghebbenden onder deze definitie vallen.

2.1.2. Belanghebbenden

Vervolgens is het relevant om inzichten te krijgen in de belanghebbenden. Het onderzoek focust zich op de thuiszorgsector. De vraag naar thuiszorg, waaronder verpleging en persoonlijke en huishoudelijke verzorging, neemt jaarlijks toe. De aanleiding hiervan is onder andere de toename van het aantal ouderen en mensen met een beperking of chronische ziekte dat zelfstandig wil blijven wonen. Daarbovenop verlaten patiënten steeds sneller het ziekenhuis (Van Der Burgt et al., 2002). Het doel van thuiszorg is enerzijds om ervoor te zorgen dat zorgbehoevenden zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Anderzijds zorgt thuiszorg ervoor dat patiënten sneller naar hun huis kunnen terugkeren na een ziekenhuisopname door deze mensen thuis te verzorgen (Vlaamse overheid, z.d.-c). Het is van belang om te erkennen dat de thuiszorgsector bestaat uit een breed netwerk van belanghebbenden, zoals huisartsen, specialisten en mantelzorgers (Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, z.d.). In dit onderdeel worden enkel de relevantste belanghebbenden van dit onderzoek besproken, namelijk de thuiszorginstellingen, patiënten en thuiszorgmedewerkers.

2.1.2.1. Zorginstellingen

Als eerste worden de zorginstellingen binnen de thuiszorgsector besproken. De thuiszorg bestaat uit verschillende soorten diensten, zoals kraamzorg (Van Der Burgt et al., 2002) en diensten voor gezinszorg, thuisverpleging, logistieke hulp, oppashulp of nachtzorg (IntFormalities, 2024; Vlaamse overheid, z.d.-c). De belanghebbende zorginstellingen in dit onderzoek zijn de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de dienst voor thuisverpleging. Een dienst voor gezinszorg biedt psychosociale, pedagogische of agogische ondersteuning, persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aan. Die soorten zorg worden verleend door verzorgend personeel. Bij thuisverpleging verleent een verpleegkundige de zorg bij de patiënt thuis. Thuiszorginstellingen kunnen gericht zijn op één soort dienst of kunnen een combinatie van verschillende diensten aanbieden (Departement Zorg, z.d.-a).

Er bestaan zowel private als publieke thuiszorginstellingen. Publieke thuiszorg kan per gemeente worden georganiseerd door de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) (Vlaanderen, z.d.). In België bestaan zorginstellingen voor thuisverplegingen uit private non-profitorganisaties of uit zelfstandige verpleegkundigen (Geurden et al., 2014). Een 'dienst voor thuisverpleging' is een thuisverpleging die door de Vlaamse overheid wordt erkend. Er is dan sprake van een groep verpleegkundigen waarbij er coördinatie is voorzien en de werking is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst. Na een erkenning wordt de dienst opgenomen in de lijst met Vlaams erkende diensten voor thuisverpleging. Erkenning door de Vlaamse overheid is niet verplicht (Departement Zorg, z.d.-a). In 2025 zijn er in Vlaanderen 103 erkende diensten voor gezinszorg en 152 voor thuisverpleging (Departement Zorg, 2025).

2.1.2.2. Patiënten

Als tweede zijn er de patiënten. Zij stellen het ongewenst gedrag tegenover de zorgmedewerkers. Iedereen met een zorg- en ondersteuningsvraag of iedereen die nood heeft aan verpleegkundige zorgen aan huis kan een beroep doen op thuiszorgdiensten (Departement Zorg, z.d.-a). Patiënten kunnen verschillende profielen aannemen, omdat elke persoon die moeite heeft om zelfstandig thuis te wonen een beroep kan doen op thuiszorg. Het kan gaan over ouderen, zieken, revaliderende personen of personen met een handicap (IntFormalities, 2024). Daarnaast werd de term 'Thuiscompagnie' in het leven geroepen om maatschappelijk kwetsbare gezinnen met minderjarige kinderen aan huis bij te staan (Thuiscompagnie, 2023). In 2024 telde de marktleider binnen de thuiszorgsector in Vlaanderen 132.939 patiënten die een beroep deden op zowel thuisverpleegkundigen als zorgkundigen. 55,93% van de patiënten in 2024 was vrouwelijk en 73,34% was ouder dan 60 jaar. Daarvan was 30,67% ouder dan 80 jaar (Wit-Gele Kruis, 2025). Het zijn dus vooral ouderen die een beroep doen op thuiszorg.

2.1.2.3. Thuiszorgmedewerkers

Als laatste zijn er de zorgmedewerkers. Volgens onderzoek kreeg 74% van hen in één jaar tijd te maken met ongewenst patiëntengedrag (Ipsos, 2021). Deze groep kan worden onderverdeeld in drie beroepen die belangrijk zijn voor dit onderzoek: verzorgenden, zorgkundigen en verpleegkundigen. De drie beroepen werken nauw samen en hebben een gezamenlijk doel, namelijk ouderen zo lang mogelijk thuis laten wonen, patiënten na een operatie of ziekenhuisopname zo snel mogelijk terug

naar huis laten keren en palliatieve patiënten het einde van hun leven thuis laten doorbrengen (Belgische Federale Overheidsdiensten, z.d.-a).

Het eerste beroep is verzorgende. Verzorgenden werken in de dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Deze dienst is gericht op iedereen die vanuit een bepaalde zorgbehoefte nood heeft aan hulp in de woonplaats (Vlaamse overheid, z.d.-a). Verzorgenden hebben een ondersteunende functie, waarbij ze de zorgvrager helpen met dagdagelijkse taken en mentale ondersteuning bieden (De redactie van Indeed, 2023). Ze helpen de zorgvrager met taken zoals persoonsverzorging, hulp in het huishouden, boodschappen en oppas (De redactie van Indeed, 2023; Vlaamse overheid, z.d.-a). Er zijn verschillende opleidingsmogelijkheden om verzorgende te worden. Leerlingen verkrijgen een certificaat verzorgende na het zesde jaar secundair onderwijs binnen richtingen zoals organisatiehulp of verzorging (5+ 6 BSO) of gezondheids- en welzijnswetenschappen, jeugd- en gehandicaptenzorg, sociale en technische wetenschappen (5+ 6 TSO). Het certificaat kan ook behaald worden via andere opleidingen zoals binnen het volwassenenonderwijs of na het behalen van het eerste opleidingsjaar van de professionele bachelor verpleegkunde (CLB, 2025b).

Het tweede beroep is zorgkundige. Zorgkundigen mogen alle taken van een verzorgende uitvoeren en zijn opgeleid om 23 verpleegkundig ondersteunende taken uit te voeren onder het toezicht van een verpleegkundige (De redactie van Indeed, 2023). Deze taken werden vastgelegd door de federale wetgeving en omvatten onder andere ondersteuning bij medische handelingen en hulp bij het innemen van medicatie (Departement Zorg, z.d.-b). Om het certificaat zorgkundige te behalen zijn er verschillende mogelijkheden. Leerlingen krijgen het certificaat na het 7^{de} jaar beroepssecundair onderwijs na de opleiding thuis- en bejaardenzorg, zorgkundige of zorgkundige duaal. Andere mogelijkheden zijn volwassenenonderwijs of het behalen van de eerste zestig studiepunten van de professionele bachelor verpleegkunde of als gegradueerde verpleegkunde (CLB, 2025b).

Het laatste beroep is thuisverpleegkundige. Thuisverpleegkundigen kunnen werken als werknemer of als zelfstandig verpleegkundige. Dit onderzoek is gericht op de maatregelen die zorgorganisaties kunnen nemen tegen het wangedrag, daarom ligt de focus op verpleegkundigen die in dienstverband werken. Taken van verpleegkundigen bestaan onder meer uit het toedienen van geneesmiddelen en inspuitingen, het verzorgen van wonden en het verlenen van palliatieve zorg (Vlaamse overheid, z.d.-b). De thuisverpleegkundigen voeren aangepaste verzorging uit in samenspraak met een dokter. Voor sommige verpleegkundige handelingen is ook een voorschrift vereist (Wit-Gele Kruis, z.d.). Om verpleegkundige te worden, zijn er twee opleidingsmogelijkheden. Aan de ene kant is er de graduaatopleiding basisverpleegkunde of de vroegere HBO5-verpleegkunde. Deze opleiding duurt drie jaar. Aan de andere kant is er de opleiding tot professionele bachelor verpleegkunde, waarvan het standaardtraject vier jaar duurt (CLB, 2025a).

In dit onderzoek zijn verschillende belanghebbenden betrokken. De belangrijkste belanghebbenden zijn de zorginstellingen, patiënten en zorgverleners. In Vlaanderen zijn er 255 erkende thuiszorgdiensten voor gezinszorg en verpleegkundigen (Departement Zorg, 2025). De betrokken zorgverleners zijn verzorgenden, zorgkundigen en verpleegkundigen. Tot slot nemen patiënten verschillende profielen aan, waarbij de meeste patiënten bestaan uit ouderen (Wit-Gele Kruis, 2025). Zij kunnen verschillende vormen van ongewenst gedrag vertonen.

2.1.3. Vormen

Er zijn verschillende vormen van ongewenst klantengedrag, waaronder verbaal en fysiek geweld en het vernielen van eigendommen (Harris & Reynolds, 2004). De ernst van een incident van ongewenst gedrag verschilt per situatie. Tijdens een incident kan een dienstverlener te maken krijgen met een combinatie van meerdere varianten van ongewenst gedrag (Greer, 2015). Daarbij gaat niet-fysieke agressie vaak vooraf aan fysieke agressie (LeBlanc & Kelloway, 2002). Ook Greer (2015) stelt dat verbaal geweld vaak voorafgaat aan fysiek geweld. Bedreigingen met geweld en verbale agressie kunnen net zo schadelijk zijn voor het welzijn van zorgverleners als fysiek geweld (Arnetz & Arnetz, 2001; Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010). Niet-fysieke agressie komt op de werkplek vaker voor dan fysiek geweld (LeBlanc & Kelloway, 2002; Vento et al., 2020). Zorgmedewerkers komen het vaakst in contact met verbaal geweld en bedreigingen, gevolgd door fysiek geweld en als laatste seksuele intimidatie (Vento et al., 2020). Zorgverleners zijn over het algemeen vatbaarder voor fysiek geweld door hun verplichting om direct fysiek contact te hebben met hun patiënten om hun hoofdtaak te kunnen uitvoeren (Greer, 2015).

Tijdens de opsomming van de verschillende vormen van ongewenst klantengedrag, zal er gefocust worden op de vormen die relevant zijn voor zorgverleners. Op die manier komen fysiek geweld, psychologisch geweld, seksuele intimidatie, over- en onderparticipatie en misbruik van eigendommen aan bod. Vormen van fraude voor rechtstreeks of onrechtstreeks financieel gewin worden niet besproken, want uit het onderzoek van Greer (2015) blijkt dat consumentenfraude zeer beperkt voorkomt in de gezondheidszorg.

2.1.3.1. Fysiek geweld

Een eerste vorm van ongewenst gedrag van klanten en patiënten is fysiek geweld. Volgens een gezamenlijk rapport van International Labour Organization (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO) en Public Service International (PSI) (2002) wordt fysiek geweld gedefinieerd als *“het gebruik van fysiek geweld tegen een andere persoon of groep, dat resulteert in lichamelijke, seksuele of psychologische schade. Het omvat onder andere slaan, schoppen, steken, schieten, duwen, bijten en knijpen”* (p.3). Het wordt ook beschreven als openlijk gedrag dat fysieke schade of ongemak veroorzaakt aan een dienstverlener (Greer, 2015). Harris en Reynolds (2004) spreken hierbij over ‘fysieke mishandelaars’ en definiëren het als “opzettelijk en openlijk handelen op een agressieve en gewelddadige manier, waarbij de dader schade toebrengt aan het personeel”. Fysiek geweld kan opgesplitst worden in verschillende segmenten. Ten eerste is er fysieke intimidatie, waarbij de patiënt de gepaste sociale afstand ondermijnt. Ten tweede kan er met voorwerpen gegooid worden. Nog een andere vorm is het agressief fysiek contact zoals stampen en slaan (Greer, 2015).

2.1.3.2. Psychologisch geweld

De tweede vorm van ongewenst gedrag is psychologisch geweld. Dit kan gedefinieerd worden als *“opzettelijk gebruik van macht, inclusief dreiging met fysiek geweld, tegen een andere persoon of groep, dat kan resulteren in schade aan de fysieke, mentale, spirituele, morele of sociale ontwikkeling. Het omvat verbaal geweld, pesten, treiteren en bedreigingen”* (International Labour

Office et al., 2002, p.4). Harris en Reynolds (2004) spreken over 'mondelinge misbruikers'. Dit zijn verbaal agressieve klanten die bewust de servicemedewerkers beledigen en overlast veroorzaken. Vaak vertonen ze dit gedrag om hun eigen ego te versterken. Greer (2015) beschrijft verbaal geweld als openlijke mondelinge en schriftelijke communicatie die de dienstverlening belemmert. Er zijn verschillende subcategorieën: onbeleefdheid, bedreigingen, seksuele opmerkingen en persoonlijke aanvallen.

2.1.3.3. *Seksuele intimidatie*

Hoewel Greer (2015) seksuele opmerkingen categoriseert onder verbaal geweld, spreken verschillende onderzoeken (bv. Harris & Reynolds, 2004; Spector et al., 2013) over seksuele intimidatie door klanten en patiënten als een aparte categorie. Zo kan seksuele intimidatie beschreven worden als *"elk ongewenst, onbeantwoord en onwelkom gedrag van seksuele aard dat aanstootgevend is voor de betrokken persoon en ervoor zorgt dat die persoon zich bedreigt, vernederd of beschaamd voelt"* (International Labour Office et al., 2002, p.4). Good en Cooper (2016) beschrijven seksuele intimidatie simpelweg als ongewenste seksuele aandacht door klanten. Seksuele intimidatie omvat zowel ongewenste seksuele gesprekken en opmerkingen als criminele aspecten van seksueel misbruik (Wright et al., 2022).

2.1.3.4. *Over- en onderparticipatie*

Greer (2015) voegt twee nieuwe vormen van ongewenst gedrag toe waar zorgverleners mee te maken kunnen krijgen: overparticipatie en onderparticipatie. Overparticipatie bestaat uit gedrag van klanten die onnodig en misplaatst communiceren met de dienstverlener. Het gaat over het verkrijgen van gratis service-interactie zoals het wijzigen van de zorgproblemen om het servicecontact langer te laten duren en kosteloze persoonlijke interactie, waarbij de klant een vriendschap probeert te sluiten met de dienstverlener door overbodige persoonlijke informatie te delen. 'Kosteloos' of 'gratis' verwijst naar bijkomende zorg of aandacht die een patiënt vraagt buiten de afgesproken zorg. De kosteloze persoonlijke interactie kan ook romantische vormen aannemen waarbij de klant een intieme relatie met de dienstverlener probeert aan te gaan. Voorbeelden zijn flirten, omhelzen, mee uit vragen of persoonlijke contactgegevens opvragen. Het is aan de dienstverlener om de grenzen te bewaken en in te grijpen waar nodig (Norris et al., 2003).

Onderparticipatie verwijst naar gedrag van klanten die niet bijdragen aan een dienst, maar alsnog een doeltreffend dienstresultaat verwachten. Enerzijds kan de klant weigeren om op een geschikte manier met de dienstverlener in gesprek te gaan. Anderzijds kan de klant weigeren om de nodige tijd, moeite, nauwkeurige informatie of financiële middelen te besteden voor het uitvoeren van de dienstverlening (Greer 2015). Bitner et al. (1994) vat het samen als 'niet-meewerkende klanten'. Deze klanten zijn over het algemeen onbeleefd, onwillig en onredelijk veeleisend. De klant is niet bereid tevreden gesteld te worden, ongeacht wat er ook voor hem gedaan wordt.

2.1.3.5. Misbruik van eigendommen

Ongewenst klantengedrag is niet enkel rechtstreeks gericht op een persoon, maar kan zich ook richten op tastbare zaken. In dat geval is er sprake van misbruik van eigendommen. De klant vernietigt, vernietigt of verwijdert opzettelijk eigendommen van de servicemedewerkers (Harris & Reynolds, 2004). Misbruik van eigendommen kan opgedeeld worden in diefstal, waarbij klanten zichzelf materialen uit het servicelandschap toe-eigenen, en vandalisme, waarbij de klant materialen opzettelijk en bewust beschadigt (Greer 2015).

Er bestaan verschillende vormen van ongewenst gedrag tegen thuiszorgmedewerkers. Hoewel ze gecategoriseerd worden in groepen, kunnen de vormen elkaar overlappen, in elkaar overgaan of elkaar opvolgen. Ook de intensiteit van de incidenten kan verschillen per situatie.

2.1.4. Genderverschillen

Is het risico op geweld door patiënten verschillend voor mannelijke en vrouwelijke zorgmedewerkers? Uit het onderzoek van Booyens et al. (2022) blijkt dat er bij verbaal geweld weinig verschillen zijn op vlak gender, maar bij seksuele intimidatie ondervinden jonge vrouwen meer last. Daarentegen hebben vrouwen volgens Milczarek en European Agency for Safety and Health at Work (2010) een groter risico op incidenten van seksuele aard, terwijl het risico op fysiek geweld groter is bij mannen. Viottini et al. (2020) stellen dat vrouwelijke medewerkers in ziekenhuizen meer risico lopen op geweld dan mannelijke medewerkers. Uit het onderzoek naar agressie tegenover artsen van Vorderwülbecke et al. (2015) blijkt dat vrouwelijke artsen vaker slachtoffer zijn dan mannelijke artsen. Uit het onderzoek van Camerino et al. (2007) blijkt dan weer dat mannelijke verpleegkundigen vaker geweld van patiënten melden dan vrouwen. Uit het onderzoek van Mento et al. (2020) blijkt dat huisartsen kwetsbaarder zijn wanneer ze hun patiënten thuis bezoeken. Dit risico verhoogt wanneer de arts een vrouw is.

Er bestaat geen eenduidig antwoord op de vraag of bepaalde vormen van ongewenst gedrag vaker voorkomen bij vrouwen en andere vormen bij mannen. Bovendien moet er rekening gehouden worden dat er over het algemeen in de zorgsector meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn (Milczarek & European Agency for Safety and Health at Work, 2010). Een voorbeeld is terug te vinden bij een van de grootste thuiszorgorganisaties in Vlaanderen, waar 6.172 vrouwen tegenover slechts 478 mannen werken (Wit-Gele Kruis, 2025).

2.1.5. Oorzaken

In de literatuur worden verschillende oorzaken besproken die kunnen leiden tot ongewenst klantengedrag. Zo bestudeerden Korczynski en Evans (2013) drie benaderingen die het gedrag van klanten zouden kunnen verklaren, namelijk de sociologische (klantensoevereiniteit), psychologische en contingentiebenadering. Reynolds en Harris (2009) bestudeerden ook drie mogelijke benaderingen: ontevredenheid met de service, psychologische obstructionisme en service escapisme. Door de benaderingen van beide auteurs te combineren, kunnen vier overkoepelende oorzaken worden afgeleid die het ongewenst klantengedrag kunnen verklaren: klantensoevereiniteit, commerciële benadering, psychologische obstructionisme en service escape.

2.1.5.1. Klantensoevereiniteit

Een belangrijke oorzaak voor ongewenst klantengedrag is klantensoevereiniteit, waarbij klanten als superieur worden beschouwd en behandeld (Korczynski & Evans, 2013). Bovendien zijn klanten steeds beter geïnformeerd en worden dienstverleners vaker geconfronteerd met veeleisendere en steeds mondigere klanten (Van Ruyseveldt et al., 2003). Ook in de zorgsector zijn de verwachtingen van patiënten geëvolueerd en zijn ze mondiger geworden (Departement Zorg, 2013). De zorg verandert in een marktsysteem waarbij de patiënt zich meer als 'klant' gaat gedragen en zich steeds sneller en beter zal informeren (Pronk, 2005). Ze verwachten steeds meer en ze eisen hun zorg op (Putters, 2010). Patiënten willen zo lang mogelijk thuis wonen, hun autonomie bewaren en zelf beslissen over de zorg en ondersteuning die ze krijgen (Departement Zorg, 2013). Wanneer de organisatie het superioriteitsgevoel van de klant niet beantwoordt, voelt de klant zich ontevreden en machteloos en dit kan leiden tot boosheid en frustraties (Korczynski & Evans, 2013). Door de maatschappelijke evoluties noemen de auteurs dit de sociologische benadering en stellen ze dat wangedrag door klanten systematisch voorkomt. Deze benadering focust niet op de persoonlijkheidskenmerken van een individu of de omgevingsfactoren, maar bekijkt hoe de heersende normen in de samenleving bijdragen aan het ongewenst gedrag.

De studie van Harris en Reynolds (2003) bekritiseert het concept van klantensoevereiniteit door aan te tonen dat de perceptie dat 'klanten altijd gelijk hebben' niet klopt. Ze tonen aan dat klanten soms liegen, bedriegen, misbruik maken van een situatie en zelfs fysieke of mentale schade kunnen toebrengen aan servicemedewerkers. Ook andere auteurs stellen dat klanten soms ongelijk hebben en zich kunnen misdragen (bv. Bitner et al., 1994; Fullerton & Punj, 2004). Toch wordt dit gedrag vaak getolereerd en gezien als een onderdeel van de klantervaring (Fullerton & Punj, 2004) en dringen sommige managers erop aan dat servicemedewerkers de klanten moeten behandelen alsof ze altijd gelijk hebben (Bitner et al., 1994).

2.1.5.2. Commerciële benadering

Reynolds en Harris (2009) zagen nog een andere oorzaak van ongewenst klantengedrag, namelijk ontevredenheid met de service. Dit definiëren ze als negatieve cognitief-emotionele beoordelingen van klanten over een dienstverlening. Het weerspiegelt de gevoelens van ontevredenheid en oneerlijkheid die klanten kunnen ervaren bij een dienstverlening. Bitner et al. (1994) stellen ook dat ongewenst klantengedrag kan ontstaan door de ontevredenheid met de service. Systeemfalingen, slechte communicatie en bepaalde reacties van werknemers vormen een aanleiding van het wangedrag. Klanten ervaren bij 'slechte' service vaak woede-gerelateerde emoties. Deze emoties uiten zich op verschillende manieren, variërend van verbale en fysieke reacties tot non-verbale en uitgestelde reacties, waarbij de klant zijn woede op een later moment afreageert op andere personen (McColl-Kennedy et al., 2009).

2.1.5.3. Psychologische obstructionisme

Een andere benadering volgens Korczynski en Evans (2013) is de psychologische benadering. Deze benadering ziet karaktereigenschappen van misdragende klanten als de primaire oorzaak van het ongewenst gedrag. Psychologische kenmerken bestaan uit persoonlijkheidskenmerken, attitude,

abnormale psychologische kenmerken, onvervuld verlangen enzovoort (Fan et al., 2012). Reynolds en Harris (2009) spreken over 'psychologische obstructionisme', wat verwijst naar vaste persoonlijkheidskenmerken die personen weerhouden om zich op een normale manier te gedragen. Dit weerspiegelt de neiging tot manipulatief gedrag, het zoeken naar sensatie, agressiviteit en het vervreemdingsgevoel van de consument. Psychologische obstructie is aanwezig voor, tijdens en na een uitwisseling van een dienst (McColl-Kennedy et al., 2009; Reynolds & Harris, 2009).

Naast de psychologische kenmerken kunnen demografische kenmerken en sociale kenmerken ook een rol spelen (Fan et al., 2012). Toch is het moeilijk om klanten die vatbaar zijn voor wangedrag te onderscheiden van andere klanten op basis van sociaaleconomische status, levensstijl, fysieke kenmerken of geslacht (Fullerton & Punj, 2004). Volgens de onderzoekers komt klantwangedrag voor bij klanten uit alle sociaaleconomische groepen. Gericht op de gezondheidssector argumenteren sommige verpleegkundigen dat agressie door de patiënt ontstaat door interne factoren, waaronder psychologische aandoeningen (Duxbury & Whittington, 2005).

2.1.5.4. Service Escape

Een laatste benadering is de contingentiebenadering die zich richt op de contextuele factoren die triggers kunnen zijn voor het gedrag (Korczynski & Evans, 2013). Reynolds en Harris (2009) bespreken dit door de 'service escape'-theorie. Deze theorie stelt dat de fysieke ruimte, omgevingsdrukke en houding van het personeel de kans op wangedrag kunnen beïnvloeden (Daunt & Harris, 2012). Omgevingsfactoren zoals een vuile of een te warme ruimte en sociale factoren zoals personeel dat werkt onder hoge druk of met een negatieve houding leiden tot veel frustraties. Daarentegen wekken ontwerpfactoren, waaronder de inrichting en grootte van een ruimte, minder irritaties op. (D'Astous, 2000). Rosenbaum en Massiah (2011) stellen dat de service escape-theorie niet alleen objectieve, meetbare en door managers controleerbare prikkels omvat, maar ook subjectieve, onmeetbare en oncontroleerbare prikkels. Dit betekent dat niet alleen fysieke kenmerken het gedrag kunnen beïnvloeden, maar bijvoorbeeld ook sociale interacties, geuite emoties en culturele signalen (Rosenbaum & Massiah, 2011). Fysieke omgevingsfactoren in de thuiszorgcontext zijn moeilijk te beheersen, omdat de zorgverlening plaatsvindt in de persoonlijke omgeving van de patiënt, maar zorgverleners kunnen hier wel aandacht aan besteden.

Zoals besproken, zijn er verschillende oorzaken van ongewenst gedrag. De nadruk van elke oorzaak is verschillend. Er kan sprake zijn van een sociologische (klantensoevereiniteit), commerciële (servicekwaliteit), psychologische (obstructionisme) en contextuele (service escape) nadruk. Hoewel deze benaderingen los van elkaar werden besproken, kan ervan uitgegaan worden dat deze benaderingen gelijktijdig aanwezig kunnen zijn. Sommige oorzaken zoals de zorgverlener die te laat komt zijn beheersbaarder dan andere oorzaken, zoals narcistische trekken van de patiënt.

Na het bespreken van de definities, belanghebbenden, verschillende vormen, genderverschillen en mogelijke oorzaken van ongewenst gedrag, luidt de vraag hoe dienstverleners omgaan met dit gedrag. Daarom is het relevant om te onderzoeken hoe servicemedewerkers reageren op ongewenst gedrag van klanten en patiënten en welke copingmechanismen ze hanteren om ermee om te gaan.

2.2. Reacties en copingmechanismen van medewerkers

2.2.1. Reactie

Doorgaans wordt ongewenst klantengedrag als normaal beschouwd (Fullerton & Punj, 2004; Yagil, 2008). Zowel de klanten, het management, als de servicemedewerkers zien dit gedrag als een vanzelfsprekend onderdeel van de interactie binnen de servicecontext. Dit komt onder andere door de overtuiging van sommige klanten dat ze altijd gelijk hebben en dat servicemedewerkers als hoofdtak hebben om de wensen van de klant in te willigen (Yagil, 2008). Servicemedewerkers reageren voornamelijk informeel op ongewenst klantengedrag zonder bijvoorbeeld een formele klacht neer te leggen bij het management. Mogelijke redenen zijn dat medewerkers de procedures om een klacht in te dienen niet kennen of dat het verantwoordelijkheidsgevoel om te reageren bij hen ligt in plaats van bij managers of de organisatie (Good & Cooper, 2016). Ongewenst gedrag kan ook leiden tot schuldgevoelens en twijfel aan zichzelf (Arnetz & Arnetz, 2001).

Ook in de zorgsector wordt wangedrag van patiënten als een alledaagse gebeurtenis gezien (Vorderwülbecke et al., 2015). In de zorgsector is onderrapportage van ongewenste gebeurtenissen eveneens een aanwezig fenomeen (Snyder et al., 2007). Onderrapportage doet zich voor wanneer het slachtoffer van geweld op het werk dit niet rapporteert aan de werkgever, de politie of andere instanties (Findorff et al., 2005). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat formele rapportage van incidenten schaars is (Campbell et al., 2015; Franz et al., 2010; Mento et al., 2020). De kans op rapportage is hoger wanneer het slachtoffer van geweld op het werk een letsel opliep of tijdelijk arbeidsongeschikt was (Arnetz et al., 2015). Daarentegen blijkt uit het onderzoek van Snyder et al. (2007) dat er meer verbale dan fysieke incidenten formeel worden gemeld. Dit zou te maken hebben met de intentie van de patiënt, waarbij zorgmedewerkers verbaal geweld vaker als bewust beschouwen dan fysiek geweld, omdat het meer cognitieve bewustzijn vereist. Uit het onderzoek bleek dat de meeste meldingen mondeling gebeuren.

Het rapporteren van incidenten van wangedrag is belangrijk om toekomstige incidenten te voorkomen (Findorff et al., 2005). Door onderrapportage is er een gebrek aan bewijs van agressie door patiënten en kunnen trends rond het probleem niet worden opgevolgd (Campbell et al., 2015). Het maakt het vervolgens ook moeilijk om de ware omvang en aard van het probleem te beoordelen en de juiste preventiemiddelen toe te wijzen (Arnetz et al., 2015; Snyder et al., 2007). Mogelijke redenen voor de niet-rapportage van incidenten zijn dat de gebeurtenis vaak wordt beschouwd als onbelangrijk en niet de moeite waard om te melden (Findorff et al., 2005) of angst om het imago van de organisatie te schaden (Moss, 2017). Vervolgens zijn andere factoren de ernst van het letsel, het gemak om een melding in te dienen en de perceptie dat ongewenst patiëntengedrag deel uitmaakt van het werk (Snyder et al., 2007).

Daarbovenop kunnen bij zorgmedewerkers die in aanraking kwamen met ongewenst gedrag gevoelens van woede en irritatie ontstaan, maar ook angst om terug te keren naar hun werk (Pompeii et al., 2012). Dit zorgt ervoor dat sommigen zich mentaal en emotioneel moeten voorbereiden voordat ze terugkeren (Yagil, 2008). Het onderzoek van Franz et al. (2010) voegt hier gevoelens van teleurstelling en hulpeloosheid aan toe en stelt dat werknemers meer gespannen en voorzichtig reageren na een incident. Daarnaast leidt het ook tot ontevredenheid over het werk, verminderde

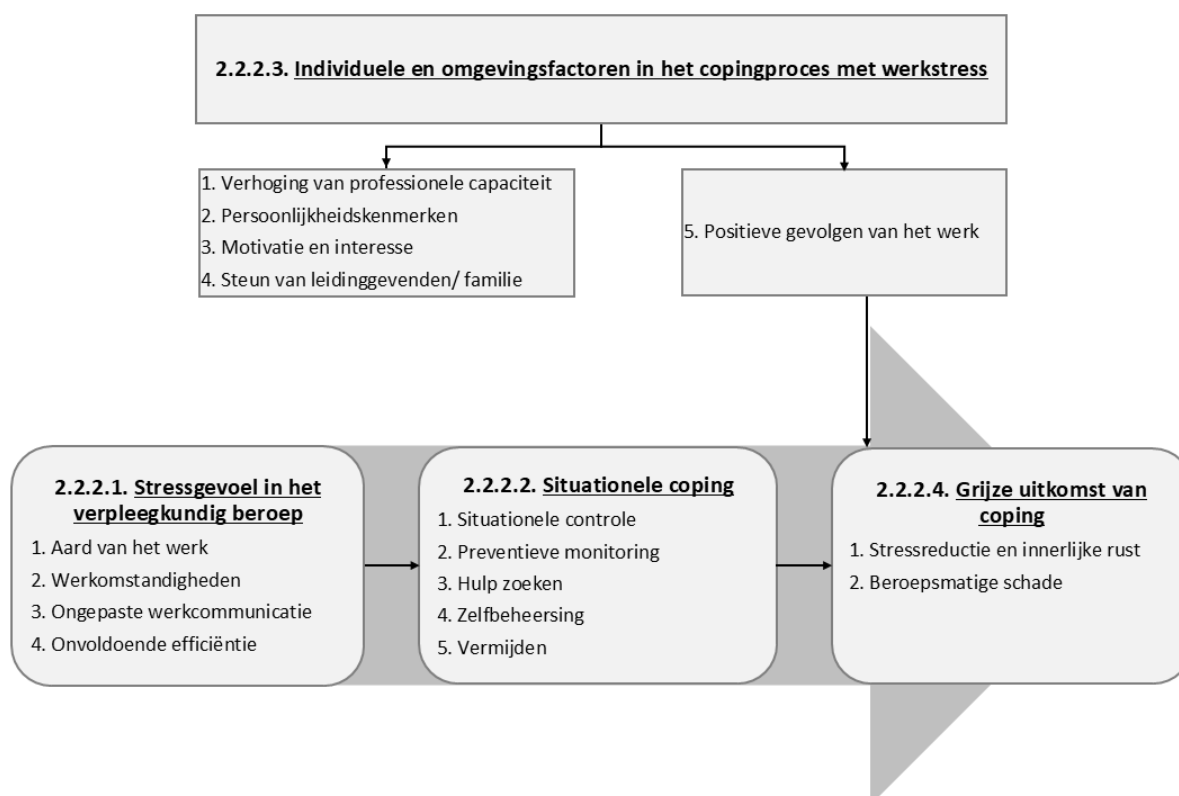
productiviteit en burn-out (Mento et al., 2020). Verder kan het wangedrag de relatie met de patiënt verslechteren en ontstaat er een ongezonde cyclus waarbij het gedrag van de patiënt leidt tot verslechterde zorgstandaarden (Volonnino et al., 2024).

2.2.2. Copingmechanismen

Gegeven de veelheid aan mogelijke psychische en fysische gevolgen focust dit deel zich op copingmechanismen die zorgverleners kunnen toepassen om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. Het verwijst naar inspanningen van individuen om een stressvolle situatie te beheersen, te tolereren of te minimaliseren (McColl-Kennedy et al., 2009). Er bestaan strategieën om problemen op te lossen, steun te zoeken, aan het wangedrag te ontsnappen en het te vermijden (Yagil, 2008). Copingmechanismen kunnen enerzijds bestaan uit latente acties zoals afstand nemen en anderzijds uit openlijke handelingen zoals confrontatie (McColl-Kennedy et al., 2009).

Coping werd door Lazarus en Folkman (1984) gedefinieerd als "cognitieve en gedragsmatige inspanningen om stressvolle situaties te beheersen". Volgens hen zijn er twee hoofdcategorieën: de probleemgerichte coping en de emotiegerichte coping. De probleemgerichte coping is gericht op de oorzaak van problemen aan te pakken. Dit is het vermogen van een individu om de verstoorde relatie tussen een persoon en de omgeving actief te veranderen. De emotiegerichte coping is gericht op het reguleren van emotionele reacties. Dit is het vermogen van een individu om zich aan te passen aan de situatie of om stressvolle emoties te beheersen (Lazarus & Folkman, 1984; Loo et al., 2021). Naast deze twee categorieën voegen de onderzoekers Carver et al. (1989) nog een derde categorie toe, namelijk disfunctionele coping. Dit omvat strategieën die de situatie niet verbeteren en soms de stress zelfs verergeren.

Om een beter zicht te krijgen in hoe zorgmedewerkers omgaan met ongewenst patiëntengedrag, wordt het model van Akbar et al. (2017) gebruikt dat gaat over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk. Hierbij vormen de drie types uit het onderzoek van Lazarus en Folkman (1984) en dat van Carver et al. (1989) de basis voor de verdere uitwerking van de copingmechanismen. Het model onderzoekt het proces hoe verpleegkundigen in ziekenhuizen omgaan met werkstress door middel van vier kernonderdelen. De horizontale pijl in het model geeft de verschillende stappen in het proces weer. Het proces start bij het gevoel van stress in het verpleegkundige beroep. Vervolgens reageren verpleegkundigen op deze stress door situationele copingmechanismen. Het copingproces wordt beïnvloed door individuele en omgevingsfactoren. Tot slot leidt het proces tot een 'grijze uitkomst', waarbij de effecten van coping zowel positief als negatief kunnen zijn. Figuur 1 geeft het copingproces weer en toont de contextgebaseerde aard van coping die verpleegkundigen toepassen.



Figuur 1: Model over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk (Aangepast o.b.v. Akbar et al., 2017)

2.2.2.1. Stressgevoel in het verpleegkundig beroep

De eerste categorie van het model bespreekt het stressgevoel in het verpleegkundige beroep. Zorgmedewerkers ervaren dagelijks stress tijdens hun werk. Dit kan ontstaan door de aard van het werk, uitdagende werkomstandigheden, ongepaste werkcommunicatie en onvoldoende efficiëntie bij het uitvoeren van sommige taken. Voorbeelden zijn een te hoge werkdruk door een tekort aan personeel, patiënten in kritieke toestanden of conflicten met patiënten (Akbar et al., 2017). In dit onderzoek is ongewenst patiëntengedrag tegen zorgmedewerkers een belangrijke stressfactor. Ongewenst patiëntengedrag kan worden gecategoriseerd onder zowel 'werkomstandigheden', 'aard van het werk' als 'ongepaste werkcommunicatie'.

Nog een andere stressfactor is emotionele arbeid, waarbij zorgmedewerkers hun emoties moeten beheersen om een gepaste professionele reactie te tonen (Delgado et al., 2017). Het concept werd in 1983 geïntroduceerd door Hochschild. Het verwijst naar de verwachting dat zorgmedewerkers bepaalde emoties tonen tijdens interacties met patiënten, zelfs als ze deze emoties niet voelen (Ashforth & Humphrey, 1993). Morris en Feldman (1996) stellen dat emotionele arbeid een groot onderdeel is van het dagelijkse werk van zorgverleners. Het werk is vaak emotioneel uitputtend doordat ze veel intensieve en langdurige interacties hebben met patiënten. Ze moeten zowel emotionele steun bieden aan patiënten als hun eigen emoties onder controle houden om professioneel te blijven (Morris en Feldman, 1996). Een gevolg van emotionele arbeid is emotionele dissonantie (Pugh et al., 2010). Dit kan het stressgevoel van verpleegkundigen doen toenemen (Delgado et al., 2017).

2.2.2.2. *Situationele coping*

De tweede categorie in het model is situationele coping. Het omvat het meest overheersende gedrag en reacties van verpleegkundigen in een stressvolle situatie. De reacties kunnen afhankelijk zijn van omstandigheden en van personen (Akbar et al., 2017). Het model van Akbar et al. (2017) bespreekt zes vormen van situationele coping: situationele controle van de situatie, preventieve monitoring van de situatie, hulp zoeken bij anderen, zelfbeheersing, vermijden van de situatie en spirituele coping. In wat volgt, worden de eerste vijf vormen besproken en aangevuld met copingmechanismen uit de bredere academische literatuur die ook toepasbaar zijn binnen de zorgcontext. De vorm spirituele coping werd weggelaten omdat deze vorm betrekking heeft op interne overtuigingen van zorgverleners en minder op de situationele omgang met ongewenst gedrag (Akbar et al., 2017). Daardoor is deze vorm minder relevant voor de context van dit onderzoek.

Situationele controle van de situatie

Als eerste is er situationele controle van de situatie. Hierbij zal de verpleegkundige onmiddellijk actie ondernemen om stressvolle situaties te beheersen (Akbar et al., 2015). Dit type coping sluit aan bij de probleemgerichte coping van Lazarus en Folkman (1984) om actief met een dreiging om te gaan. Het wordt ingezet bij beheersbare situaties. Hiervoor is er nood aan cognitieve processen zoals het bedenken van actieplannen en het nemen van beslissingen (Gutiérrez et al., 2007).

Er zijn verschillende probleemgerichte strategieën die medewerkers kunnen toepassen. Carver et al. (1989) spreken over actieve coping en planning. Bij actieve coping ondernemen medewerkers bewuste stappen om de stressor te verminderen, op te lossen of de effecten ervan te verlichten. Bij het maken van een planning om de situatie aan te pakken, denken medewerkers concreet na over mogelijke oplossingen. Stanisławski (2019) bouwt hierop verder, maar kijkt ook naar de emotioneel gerichte coping. De coping 'efficiëntie' is een combinatie van positieve emotionele coping en probleemoplossing. De medewerker probeert een probleem op te lossen, maar is zich ook bewust van de emoties en gedachten die door stressvolle situaties ontstaan. Het helpt om een optimistische houding aan te nemen en nieuwe perspectieven te vinden om het probleem op te lossen. Daarnaast is volgens Stanisławski 'vooringenomenheid met het probleem' een combinatie van probleemoplossing en negatieve emotionele coping. Bij deze coping is de medewerker sterk geneigd om actief naar een oplossing te zoeken, terwijl afleidende gedachten en eigen behoeften worden onderdrukt, wat ten koste kan gaan van het eigen welzijn en het stressgevoel kan versterken.

Echeverri et al. (2012) spreken over de 'situationele tactiek'. Die bestaat uit doordachte reacties die gericht zijn op problemen oplossen. Een voorbeeld is het uitleggen aan de klant hoe de dienst wordt uitgevoerd. Deze strategie komt overeen met een strategie beschreven door Rouquet en Suquet (2020), namelijk het onderwijzen van de onwetende klant. Hierbij helpen medewerkers klanten om regels en normen van de organisatie te begrijpen en te respecteren. De organisatie ziet zichzelf in dit geval als een vertegenwoordiger van beleefdheid en goed gedrag.

Preventieve monitoring van de situatie

Als tweede is er preventieve monitoring van de situatie. Hierbij doet de verpleegkundige pogingen om stressvolle situaties te voorkomen en de controle over de huidige stressvolle situaties te behouden. Dit kan bijvoorbeeld door opvolging, toezicht, controle en het verhogen van nauwkeurigheid, concentratie en veiligheid (Akbar et al., 2015). Ook deze vorm van coping sluit aan bij de probleemgerichte coping van Lazarus en Folkman.

Een algemene strategie die gecategoriseerd kan worden onder dit thema is de 'contextuele tactiek' van Echeverri et al. (2012). De medewerker handelt vanuit een kritische reflectie op de situatie en gaat op een gepersonaliseerde manier met de klant om. Voorbeelden zijn op de levenssituatie van de klant inspelen, een persoonlijke relatie met de klant opbouwen of een betere service aanbieden.

Hulp zoeken bij anderen

Als derde zouden verpleegkundigen kunnen zoeken naar hulp en steun bij collega's, leidinggevenden en familieleden. Dat omvat informatieve of emotionele ondersteuning (Akbar et al., 2015). Hulp zoeken en ontvangen heeft positieve effecten, zoals praktische oplossingen verkrijgen en kalmeren (Gutiérrez et al., 2007).

Ook binnen dit copingmechanisme bespreekt de literatuur verschillende soorten strategieën. Carver et al. (1989) maken een onderscheid tussen instrumentele sociale steun en emotionele sociale steun. Bij instrumentele sociale steun zoeken medewerkers steun vanuit een probleemgericht standpunt. Ze hebben nood aan advies, hulp of informatie van anderen. Bij emotionele sociale steun handelen medewerkers vanuit een emotiegericht standpunt en gaan ze op zoek naar troost, begrip of empathie. Bailey en McCollough (2000) stellen dat medewerkers sociale steun zoeken bij collega's om te ventileren over incidenten met lastige klanten. Op deze manier kunnen ze de frustraties van zich afzetten, hun emoties uiten, bevestiging krijgen dat collega's gelijksoortige uitdagingen ervaren en van elkaar leren. Wanneer zorgmedewerkers hulp zoeken met als doel advies te krijgen om het incident aan te pakken, sluit deze vorm aan bij de probleemgerichte coping van Lazarus en Folkman. Wanneer ze hulp zoeken vanuit het standpunt om te ventileren of hun emoties te uiten, sluit het aan bij de emotiegerichte coping van Lazarus en Folkman.

Zelfbeheersing

Als vierde is er zelfbeheersing. Dit is het toepassen van strategieën waarbij de zorgverlener zich emotioneel en cognitief focust op inwendige reacties in plaats van stressvolle externe omstandigheden. Voorbeelden zijn positief denken, stilte, tolerantie, gedwongen acceptatie, huilen, recreatie en sport (Akbar et al., 2015). Dit komt overeen met emotiegerichte coping van Lazarus en Folkman (1984). Enerzijds is er positieve emotionele coping waarbij de medewerkers aardig en begripvol blijven voor zichzelf terwijl ze het probleem proberen op te lossen. Anderzijds is er negatieve emotionele coping, waarbij medewerkers focussen op de negatieve emoties zoals zelfkritiek en negatieve aspecten van een stressvolle situatie (Stanisławski, 2019).

Emotionele arbeid kan ook worden gelinkt aan zelfbeheersing. Volgens Ashforth en Humphrey (1993) zijn er drie vormen van emotionele arbeid: oppervlakkig acteren, diep acteren en echte emoties

tonen. Bij het oppervlakkig acteren tonen medewerkers emoties die ze niet echt voelen. Bij het diep acteren proberen ze gewenste emoties daadwerkelijk te voelen. Bij echte emoties komen de geuite emoties van de medewerkers overeen met hun innerlijke gevoelens.

Daarnaast is acceptatie een andere vorm van zelfbeheersing. De medewerker legt zich neer bij de situatie. Deze coping wordt meestal toegepast wanneer de situatie niet kan worden veranderd (Carver et al., 1989). Een gelijksoortige coping is het tolereren van wangedrag, waarbij medewerkers toegeven aan de klant. Dit is het gevolg van de eerder besproken klantsovereiniteit. (Rouquet & Suquet, 2020). Nog een andere vorm is terughoudendheid. De medewerker wacht op het juiste moment om actie te ondernemen en handelt niet impulsief (Carver et al., 1989). Ook onderzoekers Good en Cooper (2016) ondervonden dat werknemers soms terughoudend reageren op wangedrag van klanten. Het is voor servicemedewerkers vaak moeilijk om grenzen te stellen vanwege de bestaande sociale normen en verwachtingspatronen. De macht van klanten en de angst om ze te verliezen, maken het moeilijk voor medewerkers om te reageren (Good & Cooper, 2016).

Vermijden van de situatie

Als laatste is er het vermijden van de stressvolle situatie. Dit uit zich in methoden zoals een actie niet uitvoeren, een verzoek afwijzen, geen aandacht geven aan negatieve gevoelens en slechte gedachten onderdrukken (Akbar et al., 2015). Vermijdings- of terugtrekkingsstrategieën nemen de aandacht en de inspanningen weg van een dreiging. Ook deze strategieën vinden meestal plaats wanneer er geen oplossing meer mogelijk lijkt (Gutiérrez et al., 2007). Deze coping sluit aan bij de disfunctionele coping van Carver et al. (1989). Als reactie op ongewenst patiëntengedrag zouden zorgmedewerkers 'patiëntvermijdend gedrag' kunnen vertonen. Door het geweld van de patiënt kan de zorgverlener een negatieve houding aannemen tegenover de zorgactiviteiten en patiënten. De zorgverlener kan zich afstandelijker gedragen, meer op zijn hoede zijn en minder reageren op behoeftes van patiënten (Arnetz & Arnetz, 2001).

Andere probleemvermijdende copingmechanismen zijn volgens Carver et al. (1989) ontkenning, gedragsmatige en mentale terugtrekking. Bij ontkenning weigert de medewerker te geloven dat de stressor bestaat. Bij gedragsmatige terugtrekking vermindert de medewerker zijn inspanningen om met de stressor om te gaan, zelfs als zijn eigen doelen niet worden bereikt. Bij mentale terugtrekking zoekt de medewerker naar alternatieve activiteiten zoals slapen en tv kijken om werk gerelateerde gedachten te verzetten. Net zoals bij probleemoplossende coping bouwt Stanisławski (2019) hierop verder en kijkt hij opnieuw naar de emotioneel gerichte coping. Bij hulpeloosheid is er sprake van negatieve emotionele coping. De medewerker ontkent zijn gevoelens en gedachten en gaat de confrontatie met het probleem niet aan. Daartegenover staat hedonistische terugtrekking waarbij sprake is van positieve emotionele coping. Bij dit type coping wordt het probleem vermeden en is er een sterke neiging om het tijdelijke welzijn te behouden. De medewerker minimaliseert de ernst van het probleem, zoekt niet actief naar oplossingen en creëert een overdreven gevoel van controle waardoor het probleem minder belangrijk lijkt (Stanisławski, 2019).

Zorgverleners kunnen verschillende strategieën toepassen om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. Welke ze toepassen hangt af van verschillende factoren zoals de persoonlijkheid van de

zorgverleners, de steun die ze ervaren van hun leidinggevenden of hun collega's en de situatie waarin ze zich bevinden. Tabel 2 geeft een overzicht van de besproken copingmechanismen.

Tabel 2: Overzicht besproken copingmechanismen

Situationele coping (Akbar et al., 2017)	Verwante strategieën uit de bredere literatuur	Probleemgericht vs. Emotiegericht (Lazarus & Folkman, 1984) vs. Disfunctioneel (Carver et al., 1989)	Effectiviteit (volgens akbar et al., 2015)
Situationele controle	- Actieve coping (Carver et al., 1989) - Planning (Carver et al., 1989) - Efficiëntie (Stanislawski, 2019) - Vooringenomenheid met het probleem (Stanislawski, 2019) - Situationele tactiek (Echeverri et al., 2012)	Probleemgericht	Effectief: stressreductie Soms niet effectief: fysieke en mentale vermoeidheid
Preventieve monitoring	Contextuele tactiek (Echeverri et al., 2012)	Probleemgericht	Effectief
Hulp zoeken	- Instrumentele sociale steun (Carver et al., 1989) - Emotionele sociale steun (Carver et al., 1989) - Ventileren (Bailey & McCollough, 2000)	Probleemgericht Emotiegericht	Effectief
Zelfbeheersing	- Emotionele coping (Lazarus en Folkman, 1984; Stanislawski, 2019) - Emotionele arbeid (Oppervlakkig acteren, diepe acteren, echte emoties) (Ashforth & Humphrey, 1993) - Acceptatie (Carver et al., 1989) - Tolereren (Rouquet & Suquet, 2020) - Terughoudendheid (Carver et al., 1989)	Emotiegericht	Effectief Soms niet effectief
Vermijden	- Patiëntvermijdend gedrag (Arnetz & Arnetz, 2001) - Ontkenning (Carver et al., 1989) - Gedragmatige terugtrekking (Carver et al., 1989) - Mentale terugtrekking (Carver et al., 1989) - Hulpeloosheid (Stanislawski, 2019) - Hedonistische terugtrekking (Stanislawski, 2019)	Disfunctioneel	Niet effectief (Carver et al., 1989)

2.2.2.3. Individuele en omgevingsfactoren in het copingproces

De derde categorie van het model van Akbar et al. (2017) omvat de individuele en omgevingsfactoren in het copingproces. Dit zijn versturende factoren die zowel het gevoel van stress als de situationele coping van verpleegkundigen beïnvloeden. De belangrijkste individuele factoren zijn professionele capaciteiten, persoonlijkheidskenmerken, motivatie en interesse. Hoe meer ervaring, kennis en interesse zorgverleners hebben in hun job, hoe beter ze omgaan met stress (Akbar et al., 2017). Een relevant persoonlijkheidskenmerk voor zorgverleners is veerkracht. Dit helpt zorgverleners om beter om te gaan met tegenslag en eisen op de werkplek. Een sterke veerkracht kan ervoor zorgen dat zorgverleners de impact van emotionele arbeid op hun welzijn en prestaties beter aanpakken (Delgado et al., 2017). Daarnaast zijn ondersteuning krijgen van leidinggevend en familie en positieve gevolgen van het werk belangrijke omgevingsfactoren (Akbar et al., 2017).

2.2.2.4. Grijze uitkomst van coping

Volgens het model van Akbar et al. (2017) is de laatste categorie de grijze uitkomst van coping. Dit wil zeggen dat de resultaten van het copingproces positief en negatief kunnen zijn. Enerzijds kan het leiden tot stressvermindering en innerlijke rust. Anderzijds kan het proces leiden tot beroepsmatige schade. In het laatste geval kan er sprake zijn van zowel fysieke problemen, zoals vermoeidheid en energieverlies, als psychologische problemen, zoals emotionele uitputting en burn-out. Een andere uitkomst van coping is emotionele dissonantie. Het veroorzaakt negatieve effecten voor zorgverleners zoals ontevredenheid over het werk en emotionele uitputting (Pugh et al., 2010). Vervolgens kan het ook leiden tot stress en burn-out. Daarnaast heeft het een negatief effect op interacties met patiënten (Delgado et al., 2017; Morris en Feldman, 1996).

Het model van Akbar et al. (2017) geeft het copingproces van verpleegkundigen met beroepsmatige stress overzichtelijk weer en vormt een basis voor het huidige onderzoek over ongewenst patiëntengedrag. Echter blijft het beperkt tot het individuele niveau van verpleegkundigen en beschrijft het hoe ze verschillende copingmechanismen kunnen toepassen. Naast deze copingmechanismen is ook de rol van de zorginstellingen en de leidinggevend cruciaal om ongewenst patiëntengedrag aan te pakken. Deze aspecten zijn impliciet opgenomen in het model van Akbar et al. (2017) onder de onderwerpen 'omgevingsfactoren' en 'werkomstandigheden', terwijl het een belangrijk onderdeel vormt van het huidige onderzoek. Bovendien is het niet duidelijk waarom het model individuele en omgevingsfactoren onder één noemer bespreekt, waardoor mogelijk zinvolle informatie verloren gaat. De volgende paragraaf zal dieper ingaan op de maatregelen die zorginstellingen stellen om zorgmedewerkers te ondersteunen. Het hoofdstuk geeft inzichten over de wetgeving, waarom maatregelen belangrijk zijn en welke maatregelen organisaties kunnen invoeren.

2.3. Ondersteuning door het management

Niet alleen zorgverleners passen copingmechanismen toe om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. Ook organisaties kunnen maatregelen nemen (Lim et al., 2022). Deze maatregelen kunnen vrij gekozen worden door de instellingen of opgelegd worden door de wetgeving. In het eerste deel van deze paragraaf wordt onderzocht welke maatregelen de wetgeving oplegt. Het tweede deel gaat over het belang van maatregelen. Het derde deel bespreekt welke maatregelen ondernemingen zelf kunnen invoeren, onderverdeeld in primaire, secundaire of tertiaire maatregelen.

2.3.1. Wetgeving

Dit onderdeel bekijkt welke verplichtingen voor organisaties de Belgische wetgeving oplegt rond ongewenst klantengedrag tegenover dienstverleners. Elke werkgever is verplicht om het welzijn binnen het bedrijf te waarborgen door risicopreventie, collectieve en individuele beschermingsmaatregelen (Belgische Federale Overheidsdiensten, z.d.-b). De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO) geeft de basiswet weer over veiligheid en gezondheid op het werk, namelijk de 'Welzijnswet' van 4 augustus 1996. Het heeft tot doel de werkgever verplichtingen op te leggen om de nodige maatregelen te nemen om het welzijn van de werknemers te waarborgen. Deze wet omvat verschillende aspecten zoals veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer en psychosociale belasting (FOD WASO, 1996, art. 4 §1; FOD WASO, z.d.-f).

Ondernemingen zijn verplicht een preventiebeleid te voeren dat gesteund is op een risicoanalyse (FOD WASO, z.d.-d). Enkele algemene preventieprincipes die de werkgever verplicht is toe te passen, zijn risico's voorkomen, risico's evalueren die niet kunnen worden voorkomen en risico's bestrijden bij de bron (FOD WASO, 1996, art. 5 §1). Het omvat ook een risicoanalyse rond ongewenst gedrag van klanten en patiënten.

De welzijnswet verplicht bedrijven eveneens om de nodige maatregelen te treffen om de psychosociale risico's (PSR) op het werk te voorkomen of om de schade te beperken (FOD WASO, 1996, hfst. Vbis). PSR zijn professionele risico's die psychische schade (angsten, depressie, burn-out...) en lichamelijke schade (slaapproblemen, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen...) kunnen veroorzaken bij werknemers, maar het heeft ook negatieve gevolgen voor ondernemingen (slechte arbeidssfeer, extra kosten...). Onder deze risico's vallen stress, geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk (FOD WASO, z.d.-e). Hieronder valt ook het ongewenst gedrag van klanten en patiënten tegen werknemers.

Vervolgens moet elke werkgever beschikken over een interne of externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk om risico's voor werknemers op te sporen (FOD WASO, 1996, hfst. VI). Om een aangifte te doen van ongewenst gedrag van klanten of patiënten mag de werknemer zich rechtstreeks wenden tot de werkgever, het managementteam, een lid van het Comité voor preventie en bescherming op het werk of een vakbondsafgevaardigde. De werknemer moet ook een beroep kunnen doen op de interne procedure (FOD WASO, z.d.-b, art. I.3-8). Dit kan door een vertrouwenspersoon of preventieadviseur psychosociale aspecten die ze moeten kunnen raadplegen tijdens de werkuren. Als het niet mogelijk is voor de werknemer om deze personen te raadplegen

tijdens de werkuren, mag dit ook buiten de werkuren als het voorzien is in een collectieve arbeidsovereenkomst of arbeidsreglement (FOD WASO, z.d.-b, art. I.3-10, §1).

De aanstelling van een preventieadviseur psychosociale aspecten is verplicht voor elke werkgever, maar kan zowel deel uitmaken van de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk, als een externe dienst (FOD WASO, z.d.-c). Een vertrouwenspersoon is verplicht wanneer de werkgever minstens vijftig werknemers tewerkstelt of wanneer alle leden van de vakbondsafvaardiging of alle werknemers dit wensen. De werkgever duidt dan minstens één personeelslid aan als vertrouwenspersoon. Dit is ook van toepassing wanneer de werkgever minstens twintig werknemers in dienst heeft en een beroep doet op een externe preventieadviseur (FOD WASO, 1996, art. 32sexies). De werkgever is ook verplicht om de contactgegevens van deze personen te vermelden in het arbeidsreglement en op een gemakkelijk toegankelijke plaats mee te delen aan de werknemers (FOD WASO, z.d.-a).

Zoals besproken, moeten organisaties zich aan tal van verplichtingen houden over de preventie van ongewenst gedrag van klanten en patiënten. Maar naast deze verplichtingen kunnen ze ook zelf verschillende aanvullende maatregelen nemen om dit soort incidenten te voorkomen en te bestrijden. Het volgende onderdeel beschrijft het belang van deze maatregelen.

2.3.2. Belang van maatregelen

Uit onderzoek van Volonnino et al. (2024) blijkt dat ongewenst gedrag tegen zorgverleners toeneemt, waardoor het noodzakelijk is om meer preventieve maatregelen te nemen en dat het bewustzijn stijgt. Lim et al. (2022) stellen dat ongewenst gedrag uitgebreider moeten worden aangepakt met een gedeelde verantwoordelijkheid op alle niveaus. Dat wil zeggen dat wettelijk verplichte maatregelen alleen onvoldoende zijn, maar dat bedrijven ook eigen bijkomende maatregelen moeten nemen tegen het gedrag om verschillende redenen. Allereerst kan ongewenst klantengedrag leiden tot emotionele uitputting van servicemedewerkers, wat op zijn beurt leidt tot personeelsverloop (Wang & Wang, 2017). Dit is onwenselijk in de zorgsector, waar al een personeelstekort is terwijl de patiëntenaantallen blijven stijgen (Lim et al., 2022). Op financieel vlak veroorzaakt dit hoge kosten (Wang & Wang, 2017). Hierbij gaat het zowel om directe kosten zoals vernielde eigendommen als indirecte kosten door verlies van tijd en middelen. Ongemotiveerd personeel resulteert in mindere productiviteit en winstgevendheid (Daunt & Harris, 2013) en het kan de reputatie van de organisatie schaden en andere klanten afschrikken (Daunt & Harris, 2012). Om deze negatieve effecten van ongewenst klantengedrag tegen te gaan, kunnen bedrijven verschillende maatregelen nemen.

2.3.3. Soorten maatregelen

Organisaties kunnen verschillende maatregelen toepassen om ongewenst patiëntengedrag te bestrijden. Die worden in dit onderdeel onderverdeeld in drie categorieën gebaseerd op de preventieniveaus die oorspronkelijk gebruikt worden in de gezondheidszorg om de stadia van ziektes te categoriseren (bv. Brenner & Chen, 2018). Preventie kan gedefinieerd worden als “*het behouden van een goede gezondheid, of voorkomen dat gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren*” (Stronks et al., 2022, p.4). De eerste groep bestaat uit de primaire preventiemaatregelen, die in de gezondheidszorg dienen om gezondheidsproblemen te voorkomen. De tweede groep bestaat uit de

secundaire preventiemaatregelen en is gericht op het bestrijden en behandelen van ziektes of op het voorkomen van verergering. De derde groep bestaat uit de tertiaire preventiemaatregelen en is gefocust op het voorkomen of beperken van de gevolgen van ziektes (Stronks et al., 2022). De volgende paragrafen bespreken de preventieniveaus binnen de context van ongewenst gedrag.

2.3.3.1. *Primaire preventiemaatregelen*

Als eerste dienen de primaire preventiemaatregelen om ongewenst patiëntengedrag te voorkomen. Dit onderdeel bespreekt drie mogelijke primaire maatregelen: het organiseren van trainingen voor zorgmedewerkers, het onderwijzen van patiënten en het gericht aanwerven van personeel.

Trainingen

Allereerst is het organiseren van trainingen voor medewerkers een veelbesproken maatregel in de literatuur (bv. Rosenstein, 2010). Trainingen kunnen gericht zijn op het creëren van bewustwording rond ongewenst gedrag en het meegeven van handvaten om er mee om te gaan (Rosenstein, 2010). Daarnaast kunnen trainingen gericht zijn op het verbeteren van sociale vaardigheden, werkrelaties en samenwerking (Wang & Wang, 2017) of op zelfbeschermingstechnieken (Vento et al., 2020). Trainingen kunnen ook gericht zijn op het herkennen van bepaalde persoonlijkheidskenmerken (Daunt & Harris, 2012), of om waarschuwingssignalen van opkomende woede te identificeren (McColl-Kennedy et al., 2009) en bijgevolg te leren om hierop te reageren. Mogelijke signalen zijn non-verbale uitdrukkingen zoals het hoofd schudden en het uitdrukken van emoties door gezichtsuitdrukkingen, of verbale uitingen zoals stemverheffingen en beledigende opmerkingen (McColl-Kennedy et al., 2009). Dit kan werknemers helpen om klanten op een effectieve manier te benaderen en escalatie van wangedrag te voorkomen (Wang & Wang, 2017). Volgens het onderzoek van Pina et al. (2022) hebben zorgverleners nood aan trainingen om persoonlijke competenties zoals zelfvertrouwen, zelfzorg en communicatievaardigheden te verbeteren. Volgens Franz et al. (2010) vinden zorgmedewerkers dat ze onvoldoende voorbereid zijn op situaties van wangedrag.

Onderwijzen van patiënten

Andere primaire maatregelen kunnen gericht zijn op het onderwijzen van patiënten (Pina et al., 2022). Rosenstein (2010) stelt dat organisaties moeten beschikken over correcte procedures die de verwachte gedragsnormen definiëren. Hierbij zou een protocol uitgewerkt moeten worden dat oplegt dat misdragende patiënten aangesproken worden. Ook Pina et al. (2022) spreken over een protocol dat alle relevante aspecten van agressie omvat, waaronder het bestraffen van misdragende patiënten. Daarnaast kunnen de rechten en plichten van patiënten worden benadrukt via een 'welkomplan' (Pina et al., 2022). Een beleid tegen geweld vergroot de bewustwording dat het gedrag niet onopgemerkt blijft en gevolgen heeft, waardoor geweldplegers voorzichtiger worden (Somani et al., 2021). Daarnaast kunnen patiënten gescreend en geëvalueerd worden op het risico op gewelddadig gedrag. Dit kan via een beoordelingsinstrument of checklist (Recsky et al., 2023). Een preventiebeleid en risicoanalyse worden ook door de welzijnswet verplicht (*Het preventiebeleid*, z.d.).

Zorginstellingen kunnen ook bewustwordingsacties instellen (Recsky et al., 2023). Vanwege toenemende agressie in ziekenhuizen, voeren zesentwintig Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen een

campagne met de slogan #ZieElkaar. De campagne heeft een positieve insteek waarbij patiënten, bewoners en medewerkers opgeroepen worden tot solidariteit in stressvolle situaties. Het woord 'agressie' wordt in de campagne bewust niet gebruikt (ZORG Magazine, 2025).

Gerichte werving

Een derde mogelijke maatregel is het gericht aanwerven van personeelsleden met de juiste vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken. Als eerste zijn goede sociale vaardigheden en zelfvertrouwen belangrijke eigenschappen (Daunt & Harris, 2013). Een volgend belangrijk kenmerk is klantgerichtheid. Klantgerichte werknemers zijn minder beïnvloedbaar door verbaal geweld, overdreven eisen en onterechte klachten (Cheng et al., 2022). Binnen het verpleegkundig beroep zijn veerkracht en emotionele intelligentie belangrijke eigenschappen om beter met het risico van emotionele dissonantie om te gaan (Delgado et al., 2017).

2.3.3.2. *Secundaire preventiemaatregelen*

Als tweede kunnen organisaties secundaire maatregelen invoeren. Die zijn gericht op het voorkomen dat het wangedrag escaleert. Organisaties moeten volgens Rosenstein (2010) een nultolerantiebeleid voeren tegen alle vormen van ongewenst patiëntengedrag. Wanneer dit beleid niet wordt nageleefd, moet de organisatie effectief bereid zijn om actie te ondernemen tegen het gedrag. Daarnaast moet er continu interne analyse plaatsvinden om verbeterpunten te identificeren. Het is van belang om onderlinge oorzaken van ongewenst gedrag vast te stellen om de juiste maatregelen te hanteren (Zolkefli, 2024). Dit wordt grotendeels door de welzijnswet verplicht (*Welzijn op het Werk*, z.d.-b).

Een manier om verdere ontwikkeling van geweld door patiënten te voorkomen, is de-escalatie (Duxbury & Whittington, 2005). Hallett en Dickens (2017) beschrijven de-escalatie in de zorgsector als *"de overkoepelende term voor een reeks onderling verbonden interventies door personeel, bestaande uit verbale en non-verbale communicatie, zelfbeheersing, inschatting van de situatie en acties, waarbij de veiligheid van zowel het personeel als de patiënten behouden blijft"* (p.1). Het onderzoek van Duxbury en Whittington (2005) stelt dat de-escalatie mogelijk slecht wordt geïmplementeerd. Deze trainingen bieden vaak geen oplossing voor interpersoonlijke problemen die voortvloeien uit ongewenst gedrag en ook niet aan fundamentele en organisatorische tekortkomingen. Ook Franz et al. (2010) en Hallett en Dickens (2017) stellen dat systematische evaluaties van trainingsprogramma's voor de-escalatie schaars zijn.

2.3.3.3. *Tertiaire preventiemaatregelen*

Als laatste zijn er de tertiaire preventiemaatregelen. Deze maatregelen kunnen organisaties nemen nadat een incident van ongewenst gedrag heeft plaatsgevonden of om uitgevallen medewerkers weer te laten terugkeren naar de organisatie. Cheng et al. (2022) benoemen dit als 'Perceived Organizational Support' (POS) of ervaren steun van de organisatie. Het is belangrijk dat organisaties op een gepaste manier reageren na een traumatische gebeurtenis. De steun die zorgmedewerkers ervaren, speelt een belangrijke rol in het herstelproces (Moss, 2017). Deze steun moet aanwezig zijn vanuit alle lagen van de organisatie, zowel aan de top als bij de directe leidinggevenden op de werkvloer (Rosenstein, 2010).

Het onderzoek van Cheng et al. (2022) toont aan dat POS helpt om negatieve effecten van ongewenst klantengedrag op te vangen. Medewerkers die veel steun ervaren vanuit de organisatie zullen oprechte emoties tonen in plaats van oppervlakkig te acteren (Cheng et al., 2022). Het gebrek aan POS zou een negatieve invloed hebben op hoe zorgmedewerkers om zullen gaan met incidenten (Franz, 2010). Wanneer de organisatie weinig steun toont, voelt de zorgverlener zich nog meer slachtoffer (Moss, 2017). Bovendien zou het gebrek aan sociale steun zorgen voor een stijging van het stressniveau (Franz et al., 2010). Dit ligt in lijn met het Job Demand-Resources model van Bakker en Demerouti (2007) dat stelt dat de negatieve impact van taakeisen op stress verminderd kan worden door bijvoorbeeld sociale steun.

Zorgmedewerkers zouden zich niet gesteund voelen, doordat bestuurders van zorgorganisaties meer inzitten met hun publieke reputatie dan met het welzijn van de zorgmedewerkers (Moss, 2017). Daarnaast kan het gebrek aan steun samenhangen met de aanvaarding van ongewenst gedrag als onderdeel van het verpleegkundige werk (Franz et al., 2010).

Hoewel een poging werd gedaan, blijkt het lastig om een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende soorten maatregelen. Recsky et al. (2023) stellen dat er weinig literatuur bestaat over de effectiviteit van maatregelen om wangedrag op spoedeisendehulpafdelingen te verminderen. De meest voorkomende maatregelen in de literatuur zijn trainingen (Somani et al., 2021). Somani et al. (2021) tonen aan dat enkel trainingen het aantal incidenten niet verminderen, maar dat een combinatie van verschillende maatregelen noodzakelijk is. Echter zijn besproken maatregelen in de literatuur vooral gericht op openbare instellingen, zoals veiligheidscamera's en alarmknoppen installeren of zorgmedewerkers niet alleen laten werken (bv. Lim et al., 2022; López-Ros et al., 2023). Deze maatregelen zijn niet geschikt voor de thuiszorgcontext waar zorgmedewerkers wel alleen werken. Het huidige onderzoek zal bijdragen aan mogelijke maatregelen die genomen kunnen worden tegen wangedrag in de thuiszorgsector.

3. Methodologie

3.1. Kwalitatief onderzoek

Dit masteronderzoek heeft als doelstelling om een inzicht te krijgen in welke acties er genomen kunnen worden om ongewenst patiëntengedrag tegenover thuiszorgmedewerkers tegen te gaan. Hiervoor werd onderzocht welke vormen van ongewenst patiëntengedrag het meest voorkomen bij thuiszorgmedewerkers. Vervolgens werd er gekeken naar copingmechanismen die medewerkers toepassen wanneer ze ongewenst gedrag ondervinden en welke maatregelen de thuiszorgorganisaties inzetten om dit gedrag tegen te gaan. De onderzoeksvraag waarop dit onderzoek een antwoord tracht te vinden, luidt als volgt: "Hoe ervaren zorgmedewerkers in de thuiszorg ongewenst gedrag van patiënten en welke acties hiertegen beschouwen zij als effectief?"

Deze onderzoeksvraag zal beantwoord worden door middel van de volgende deelvragen:

- "Wat zijn de meest voorkomende vormen van ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorgsector op basis van ervaringen van zorgverleners?"
- "Welke copingmechanismen worden door zorgmedewerkers toegepast en hoe ervaren zij de effectiviteit ervan?"
- "Welke maatregelen zetten thuiszorgorganisaties in en hoe ervaren zorgmedewerkers de effectiviteit ervan?"

Om een specifiek beeld van de thuiszorgsector te schetsen met focus op ongewenst patiëntengedrag, werd in de literatuurstudie eerst een uitgebreid overzicht gegeven van ongewenst klantengedrag in de bredere servicesector. Hierbij werd de literatuur geanalyseerd die betrekking heeft op verschillende dienstensectoren, zoals de detailhandel, callcenters en de horeca. Vervolgens werd er een link gemaakt met de context van de zorgsector.

Dit onderzoek had als doel om de ervaringen, behoeftes, visies, meningen en dergelijke van respondenten met ongewenst patiëntengedrag te verzamelen en te onderzoeken. Het richtte zich op de ervaringen van thuiszorgmedewerkers met dit ongewenst gedrag en hoe zij de effectiviteit van zowel hun eigen copingmechanismen als de organisatorische maatregelen beoordelen. Vanwege de persoonlijke en subjectieve aard van deze ervaringen werd er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode om hierover een diepgaand inzicht te verkrijgen. De resultaten werden uitgedrukt in niet-numerieke data (Saunders et al., 2019). De data werden verzameld door het afnemen van semigestructureerde diepte-interviews met als centraal thema de ervaring met ongewenst patiëntengedrag, de copingmechanismen van zorgverleners en de opgelegde maatregelen van organisaties. Dit type interview werd gekozen omdat er op deze manier meer ruimte was voor vervolgvragen, om diepgaande informatie te vergaren. Diepte-interviews hebben enkele voordelen: ze geven weer wat er leeft onder een doelgroep en waarom, ze onthullen achterliggende mechanismen en ze antwoorden op hoe- en waaromvragen. Dat is moeilijker bij kwantitatief onderzoek (Saunders et al., 2019). Bovendien konden respondenten door semigestructureerde interviews vrijuit spreken, maar zorgden de kernvragen ervoor dat alle relevante onderwerpen werden besproken.

3.2. Steekproef

Het doel was om mensen te interviewen uit vier thuiszorgorganisaties. Nadat deze organisaties vastlagen, werd er gericht gezocht naar thuiszorgmedewerkers binnen deze organisaties. In eerste instantie werd er gebruik gemaakt van het persoonlijke netwerk van de onderzoeker om zorgmedewerkers en leidinggevendenden in de thuiszorgsector te contacteren. Kennissen werden gecontacteerd via Whatsapp, e-mail en LinkedIn. Via een wervend bericht werd de onderzoeksopzet gekaderd en werd er geïnformeerd of iemand bereid was deel te nemen aan het interview. Als de persoon bereid was deel te nemen, werd ze op een later moment gecontacteerd om een afspraak in te plannen. Een andere methode die gehanteerd werd om respondenten te vinden, was de sneeuwbalsteekproeftrekking waarbij eerder gecontacteerde respondenten contactgegevens van collega's binnen hun organisatie aan de onderzoeker doorgaven (Saunders et al., 2019).

De grootste uitdaging was het vinden van respondenten met een managementfunctie. De meeste organisaties werden gecontacteerd via een algemeen e-mailadres dat terug te vinden was op hun website. Om het doel van vier organisaties te bereiken, werden er negen organisaties gecontacteerd. De helft van de organisaties gaf direct antwoord. Naar de andere helft was het nodig om meerdere e-mails te sturen of moest er telefonisch contact worden opgenomen om bij de juiste persoon terecht te komen. Twee organisaties hebben nooit gereageerd.

Samengeteld werden er zeventien mensen gevonden die geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het interview. Daarvan werden uiteindelijk vijftien semigestructureerde interviews afgelegd. De focus van het onderzoek lag op de mate waarin zorgmedewerkers geconfronteerd worden met ongewenst patiëntengedrag, hoe zij het gedrag ervaren en hoe ze de acties ertegen ervaren. Daarom werd het grootste aantal interviews afgenomen bij deze doelgroep. Er werden enkel vrouwelijke zorgverleners bevroegd, omdat uit de literatuur blijkt dat zij vatbaarder zijn voor ongewenst gedrag (bv. Viottini et al., 2020). De zorgmedewerkers die deelnamen aan het onderzoek werken als verzorgenden en zorgkundigen in de gezinszorg en aanvullende thuiszorg en als verpleegkundigen in de thuisverpleging. De geïnterviewde leidinggevendenden van de zorgmedewerkers namen verschillende rollen op zoals zaakvoester van een groepspraktijk, teamcoördinator of teamcoach. Per organisatie werden één tot vijf zorgmedewerkers en één tot twee leidinggevendenden geïnterviewd. Bij één organisatie kon geen leidinggevende deelnemen en daarom nam een interne vertrouwenspersoon deel aan het interview.

In totaal waren de respondenten tewerkgesteld in vier verschillende organisaties in Limburg. De organisaties verschillen op basis van de grootte en organisatievorm, met name publieke of private instellingen. Sommige organisaties waren gericht op één specifieke dienst voor thuiszorg, terwijl anderen een combinatie van verschillende diensten aanbieden. De jongste respondent was 20 jaar en de oudste respondent was 60 jaar. De gemiddelde leeftijd was 46 jaar. Er namen verschillende profielen deel aan het onderzoek, waardoor de deelnemers over uiteenlopende opleidingsniveaus beschikken. Het opleidingsniveau varieerde van secundair onderwijs en omscholingstrajecten tot hoger onderwijs, waaronder HBO- en bacheloropleidingen. De zorgverleners werkten gemiddeld 16,4 jaar in de thuiszorgsector. Een schematisch overzicht van de geselecteerde respondenten is terug te vinden in Tabel 3.

Tabel 3: Respondenttabel

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Functie	Opleidingsniveau	Type organisatie	Grootte organisatie	Ervaring thuiszorg
Respondent 1	Vrouw	37	Leidinggevende	Bachelor	Publiek	Klein	/
Respondent 2	Vrouw	58	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Secundair	Publiek	Klein	39 jaar
Respondent 3	Vrouw	43	Leidinggevende	Bachelor	Publiek	Klein	/
Respondent 4	Vrouw	55	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Omscholing	Publiek	Klein	6 jaar
Respondent 5	Vrouw	50	Zorgverlener: Verpleegkundige	Bachelor	Privaat	Groot	20 jaar
Respondent 6	Vrouw	46	Leidinggevende	Bachelor	Privaat	Klein	/
Respondent 7	Vrouw	58	Zorgverlener: Verpleegkundige	HBO	Privaat	Groot	7,5 jaar
Respondent 8	Vrouw	20	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Secundair	Publiek	Klein	1,5 jaar
Respondent 9	Vrouw	60	Vertrouwenspersoon	Bachelor	Privaat	Groot	/
Respondent 10	Vrouw	48	Verpleegkundige	HBO	Privaat	Groot	25 jaar
Respondent 11	Vrouw	37	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Tweede jaar Bachelor	Privaat	Groot	7 jaar
Respondent 12	Vrouw	52	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Secundair	Publiek	Klein	35 jaar
Respondent 13	Vrouw	51	Leidinggevende	Bachelor	Privaat	Groot	/
Respondent 14	Vrouw	35	Zorgverlener: Verpleegkundige	HBO	Privaat	Klein	1 jaar
Respondent 15	Vrouw	40	Zorgverlener: Verzorgende/ zorgkundige	Secundair	Publiek	Klein	22 jaar

3.3. Datacollectie

Om de nodige data te verzamelen, werden interviews afgenomen met thuiszorgmedewerkers, hun leidinggevenden en een interne vertrouwenspersoon. Er werden initieel twee interviewleidraden opgesteld die op deze perspectieven werden afgestemd. Later in het onderzoeksproces werd een derde interviewleidraad opgesteld voor de vertrouwenspersoon. De drie leidraden zijn terug te vinden in Bijlage 1. Ze werden open en gestructureerd opgesteld, rekening houdend met de bevindingen uit de literatuur en de opgestelde onderzoeksvragen. Ze starten met inleidende vragen waarbij de respondenten zichzelf en hun beroep voorstelden. Om begripsverwarring te vermijden, werd aan alle partijen gevraagd hoe zij het begrip ongewenst patiëntengedrag definiëren om vervolgens hun antwoord aan te vullen waar nodig zodat ze met de juiste kennis op de vragen konden antwoorden. Daarna volgden de inhoudelijke vragen die gestructureerd waren rond verschillende thematische clusters. Tot slot werd het interview steeds afgesloten met een vraag die betrekking had tot hun leeftijd en opleiding en met de vraag of zij nog vragen hadden voor de onderzoeker of nog iets wilden toevoegen aan het gesprek. Op die manier kon relevante informatie die nog niet aan bod was gekomen tijdens het interview alsnog worden gedeeld. In sommige gevallen werd er ook gevraagd of zij collega's hadden die bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek.

De eerste interviewleidraad werd opgesteld voor de zorgmedewerkers en richtte zich op hun ervaringen met het gedrag, hoe ze ermee omgaan en hoe ze de maatregelen en de steun van de organisatie ervaren. De gebruikte methode sluit nauw aan bij de Critical Incident Technique (CIT). Dit is een verkennende kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij respondenten gevraagd werden om ervaringen te beschrijven die een bepaald resultaat significant beïnvloeden (Woolsey, 1986). Deze methode stelt geen vast kader op, waardoor respondenten de vrijheid kregen om zelf te kiezen welke ervaringen ze deelden. Dit leidde tot rijkere en betekenisvollere data (Gremier, 2004). Er werd gevraagd naar twee ervaringen, namelijk het meest recente voorval en het meest ingrijpende of ergste voorval van ongewenst gedrag. Soms vielen deze twee voorvallen samen, waarna er naar een willekeurig voorval werd gevraagd. Vervolgens werden er verdere vragen gesteld om het specifiek voorval uit te werken. De vragen hadden betrekking op de aanpak door de zorgverlener zelf en door de organisatie, bijkomende gevoelens, reacties van patiënten op de aanpak enzovoort. Na de uitwerking van de specifieke voorvallen werden de respondenten bevraagd over hun ervaring met de organisatorische maatregelen.

De tweede interviewleidraad werd opgesteld voor de leidinggevenden. Allereerst werden zij bevraagd over hun visie over het welzijn van hun medewerkers in het algemeen. Vervolgens werd een concreet voorbeeld gevraagd van een voorval van ongewenst patiëntengedrag. Daarna werd er enerzijds gekeken naar het beleid rond ongewenst gedrag dat wettelijk werd opgelegd door de overheid en anderzijds naar de maatregelen die de organisatie zelf heeft opgelegd. Deze maatregelen werden op basis van de literatuur onderverdeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen. Ten slotte werd er naar het toekomstperspectief gevraagd over ongewenst patiëntengedrag.

Op een later tijdstip werd een derde interviewleidraad opgesteld die gericht was op het bevragen van de vertrouwenspersoon. De geïnterviewde interne vertrouwenspersoon is een stafmedewerker met bijna veertig jaar ervaring binnen de organisatie. Door haar rol staat ze in contact met zowel de

zorgverleners als de leidinggevendenden. Hierdoor is ze op de hoogte van de ervaringen van de zorgmedewerkers en de genomen organisatorische maatregelen. Dit zorgde ervoor dat ze waardevolle inzichten kon bieden die de perspectieven van beide groepen aanvullen. Om deze leidraad op te stellen werden de andere twee leidraden gecombineerd. Hierbij werden de vragen geselecteerd die relevant waren voor het gesprek met de vertrouwenspersoon. Enerzijds bevroeg de leidraad concrete voorbeelden van wangedrag waarvoor zorgmedewerkers zich gericht hebben tot de vertrouwenspersoon. Anderzijds was de leidraad gericht op de kennis die de vertrouwenspersoon heeft over het beleid en de organisatorische maatregelen om ongewenst gedrag tegen te gaan.

3.4. Interviewprocedure

De interviews vonden zowel fysiek als online plaats. Ze werden steeds een-op-een afgenomen in een rustige omgeving om de openheid van het gesprek te garanderen. De respondenten mochten zelf kiezen waar zij het interview wilden laten doorgaan. De zorgverleners konden kiezen om het gesprek bij hen thuis, bij de onderzoeker thuis of online te laten doorgaan. De meeste zorgverleners kozen ervoor om het interview te laten doorgaan bij de onderzoeker thuis in een rustige omgeving. Slechts één persoon koos ervoor om het interview te laten doorgaan bij haar thuis. De meeste leidinggevendenden kozen ervoor om het gesprek in hun kantoor te laten doorgaan. Drie respondenten kozen voor een onlinegesprek via Teams of Google Meet.

Voorafgaand aan het eigenlijke interview, kreeg iedere respondent een informatieblad (zie Bijlage 2) en een informed consentformulier (zie Bijlage 3) dat zowel ondertekend werd door de respondent als door de onderzoeker. Het document geeft informatie over het onderzoek en benadrukt dat de verkregen informatie enkel voor onderzoeksdoeleinden wordt gebruikt. Bovendien gaven alle respondenten toestemming om het interview op te nemen. Het opnemen gebeurde via een audio-opnameapp op de smartphone van de interviewer.

Voorafgaand aan de interviewvragen werd de belangrijkste informatie opnieuw meegedeeld, zoals het doel van het onderzoek, de verwachtingen, de benadrukking van de vertrouwelijkheid en anonimiteit en er werd nogmaals toestemming gevraagd voor de opname. Er werd duidelijk gemaakt dat er geen juiste en foute antwoorden bestaan, dat de onderzoeker geïnteresseerd is in concrete situaties en ervaringen en dat de geïnterviewde alles mag delen wat ze belangrijk vindt voor het interview. Zowel in het begin als op het einde van het interview werd er gevraagd of de geïnterviewde nog bijkomende vragen had en werd ze bedankt voor haar tijd en deelname aan het interview.

In totaal duurden de interviews 13 uur en 30 minuten. Het kortste interview duurde 38 minuten en het langste interview duurde 1 uur en 20 minuten. De gemiddelde duurtijd van de interviews was 54 minuten. De interviews met de leidinggevendenden en de vertrouwenspersoon hadden gemiddeld een langere duurtijd dan de interviews met de zorgmedewerkers.

De interviews werden vervolgens getranscribeerd om de ervaringen te analyseren. Dit gebeurde eerst via het programma TurboScribe, waarna ze door de onderzoeker werden verbeterd en gestructureerd. De interviews werden voornamelijk verbatim getranscribeerd waarbij elk gesproken woord van de geïnterviewde vast werd gelegd, inclusief grammaticale fouten, tussenwerpsels en spraakonderbrekingen. Woorden zoals 'euh' werden wel weggelaten. Wanneer ze een functionele of

betekenisvolle bijdrage leverden aan het interview, zoals het aantonen van aarzelen of nadenken, werden ze opgenomen in het transcript. Om de anonimiteit van de respondenten te garanderen, werden er pseudoniemen gebruikt in plaats van de echte namen van de respondenten. Hierbij werd er gekozen om gebruik te maken van numerieke codes. In de transcripten werden alle persoonlijke gegevens, namen van personen en de naam van de organisatie geanonimiseerd.

3.5. Positie als onderzoeker

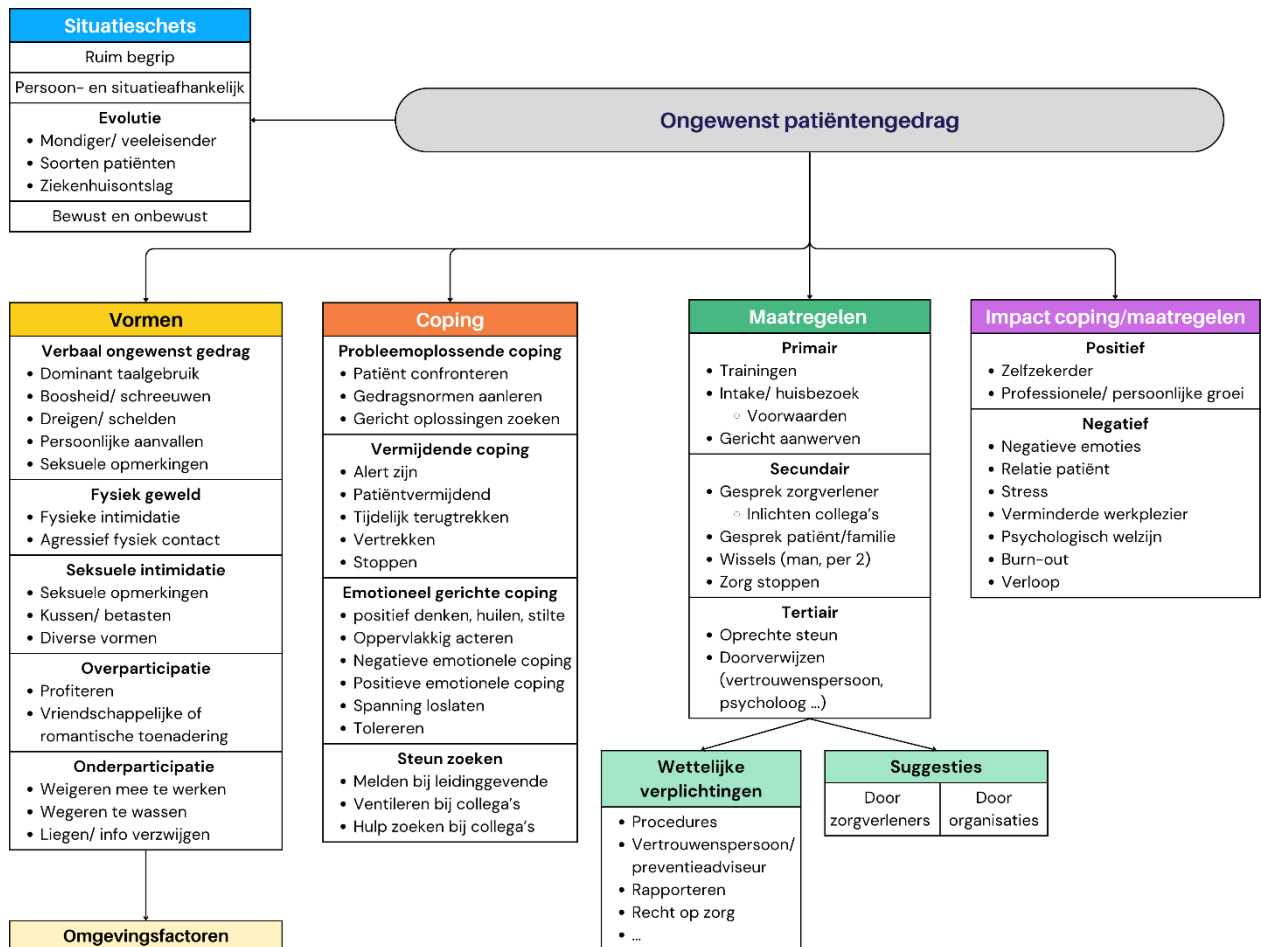
De rol van de onderzoeker is een belangrijk aandachtspunt in het kader van het onderzoek naar ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorg. De onderzoeker studeerde handelswetenschappen en heeft geen directe achtergrond binnen de zorgsector. Het gebrek aan een zorggerelateerde achtergrond vormde zowel een uitdaging als een meerwaarde. Enerzijds riep het bij sommige respondenten vragen op waarom de onderzoeker specifiek voor dit onderzoek had gekozen. Anderzijds benadrukte sommige respondenten dat ze het juist aangenaam vonden om hun verhaal te delen met iemand die los staat van hun werk in de zorg. Voor de onderzoeker was het een opportuniteit om haar kennis te verbreden in een sector die minder voor de hand ligt binnen haar afstudeerrichting. Een andere uitdaging was het vakjargon. Tijdens de interviews werden soms medische termen gebruikt die minder gekend waren voor de onderzoeker. Over het algemeen vormde dit geen belemmering voor het verloop van het onderzoek.

Aan het onderzoek namen enkel vrouwelijke respondenten deel. Het onderzoek werd uitgevoerd door een vrouwelijke onderzoeker. De onderzoeker nam bij elk interview een rustige en neutrale houding aan om ervoor te zorgen dat er sneller een vertrouwensband ontstond tussen de onderzoeker en de respondent. Hierdoor konden de respondenten opener hun verhalen delen, wat een meerwaarde was bij gevoelige onderwerpen zoals seksuele intimidatie of spreken over gevoelens.

Ten slotte is de onderzoeker de masteropleiding ingestroomd als schakelstudent en heeft ze dus niet de volledige academische bachelor gevolgd. Ze heeft relevante vakken zoals 'Kwalitatieve Onderzoeksmethoden' niet gehad, waardoor dit onderzoek haar eerste ervaring met kwalitatief onderzoek was. Enerzijds kon dit invloed hebben op de uitvoering en methodologische keuzes binnen het onderzoek. Anderzijds zorgde dit ervoor dat de masterproef een extra leerrijke ervaring werd.

3.6. Data-analyse

Na het transcriberen van de interviews kon het analyseproces van start gaan. Het coderingsproces bestond uit drie fases: open coderen, thematisch coderen en selectief coderen (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Eerst werden de tien interviews met de zorgverleners gecodeerd en vervolgens de vijf interviews met de leidinggevenden en de vertrouwenspersoon. Het open coderen gebeurde op papier waarbij het merendeel van de fragmenten kleurcodes toegewezen kreeg. Dit leidde tot een groot aantal coderingen. Alle coderingen en bijbehorende citaten werden bijgehouden in Google Spreadsheet. Tijdens het thematisch coderen werden de verschillende codes opnieuw bekeken en gelijksoortige codes werden aan elkaar gekoppeld (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Als laatste werd er overgegaan tot selectief coderen om verbanden te herkennen tussen de hoofdcategorieën die naar voren zijn gekomen (Saunders et al., 2019). Figuur 2 geeft de codeboom weer. Ten slotte werden de belangrijkste citaten geselecteerd. Deze citaten zijn terug te vinden in de resultatensectie.



Figuur 2: Codeboom

4. Resultaten

In deze resultatensectie worden de bevindingen besproken die zijn verkregen tijdens de semigestructureerde diepte-interviews om te achterhalen hoe thuiszorgmedewerkers ongewenst patiëntengedrag ervaren en welke acties zij beschouwen als effectief. Allereerst wordt er gekeken naar de verschillende vormen van ongewenst patiëntengedrag die zorgmedewerkers ervaren. Vervolgens worden de copingmechanismen besproken die zorgmedewerkers toepassen om met ongewenst gedrag om te gaan. Daarna worden de maatregelen van de zorgorganisaties besproken. Ten slotte wordt de impact van de copingmechanismen en organisatorisch maatregelen op het welzijn van de zorgmedewerkers besproken. De verkregen bevindingen worden in de discussie gekoppeld aan de inzichten uit de literatuurstudie.

4.1. Vormen ongewenst gedrag die zorgmedewerkers ervaren

Het eerste onderdeel gaat over de verschillende vormen van ongewenst patiëntengedrag die zorgverleners ervaren tijdens het uitoefenen van hun beroep. Het is opgesplitst in twee delen. De eerste paragraaf beschrijft de situatie van ongewenst gedrag in de thuiszorgsector. Het gaat dieper in op het begrip ongewenst patiëntengedrag en de verschillende patiënten waarmee zorgverleners in contact komen. In de tweede paragraaf worden de verschillende vormen van ongewenst gedrag besproken, namelijk verbaal ongewenst gedrag, fysiek geweld, seksuele intimidatie, overparticipatie en onderparticipatie. De paragraaf eindigt met een bespreking van de omgevingsfactoren die kunnen bijdragen aan een onveilig gevoel voor de zorgmedewerkers.

4.1.1. Situatieschets

Om een helder beeld te krijgen over ongewenst patiëntengedrag werden de respondenten gevraagd wat zij verstaan onder het begrip. De meeste respondenten zijn het erover eens dat ongewenst gedrag een zeer ruim begrip is dat verschillende vormen kan aannemen.

"Ongewenst gedrag. Ongepast mag ook? Seksuele intimidatie, handtastelijk zijn, maar ook gewoon het woordgebruik. Mensen die onbeleefd zijn. Mensen die soms agressief zijn. Dat vooral." (Respondent 5, verpleegkundige)

"Ongewenst gedrag, dat kan op verschillende manieren zijn. Dat kan natuurlijk bij aanrakingen zijn, maar dat kan ook met hun manier van praten zijn of wat ze zeggen. Dat kan ook zijn als ze zich niet wassen en niet willen wassen, terwijl ze hun wel kunnen wassen en dat ze dan dicht bij u komen staan, terwijl ze niet goed ruiken. Dat is ook ongewenst gedrag." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Verschiedende respondenten benadrukken dat ongewenst gedrag persoonsafhankelijk is. Een persoon kan iets als ongewenst ervaren, terwijl iemand anders het minder problematisch vindt. Daarnaast is het gedrag ook situatieafhankelijk en ervaren zorgverleners het gedrag van bepaalde patiënten beter, zoals vrouwelijke patiënten of patiënten met een beperking, dan van andere patiënten, zoals mannen of patiënten die bewust handelen.

"Je zit in de zorg en de mensen komen aan u. Daar heb ik ook geen probleem mee, maar ik vind, het moet wel gepast blijven. Als ze aan mijn armen komen of op mijn schouder kloppen, heb ik geen moeite mee. Maar ze moeten niet in uwe schort zitten of aan uw billen ofzo. En het moeilijke is, elke verpleegkundige heeft ook andere grenzen. [...] Wij hadden een collega bij ons. Dat was gewoon een demente man die altijd aan haar armen kwam en die heeft daar een klacht voor ingediend. Zij vond dat niet kunnen." (Respondent 5, verpleegkundige)

"Ja. Een man mag me helemaal niet aanraken. En een vrouw... Soms zou je weleens een oude mevrouw een knuffel geven. Als ze daar een nood aan heeft. Dus bij een mevrouw kan een knuffel wel. Bij een man helemaal niet. Zelfs geen aanraking van ver, niks." (Respondent 14, verpleegkundige)

Daarnaast erkent een geïnterviewde leidinggevende dat ongewenst gedrag voorkomt en dat zorgverleners in de thuiszorg kwetsbaarder zijn dan in andere zorgcontexten, aangezien ze alleen naar de patiënt toegaan en zich begeven in die zijn thuissituatie. Er zijn geen collega's in de buurt die meteen hulp kunnen bieden als dat nodig is.

"Ik kan zeker een aantal concrete cases bedenken, omdat dat nu inderdaad een stukje de realiteit is van het werk dat we doen. [...] En waar het dan in de thuiszorg vooral extra moeilijk of tricky is, in de zin dat basisedewerkers alleen zijn [...] bij klanten. Je bent in hun thuisomgeving, dat is niet op een afdeling in een woonzorgcentrum, waar dat de deuren openstaan en collega's op de gang rondlopen. Je bent daar extra kwetsbaar." (Respondent 13, leidinggevende)

Uit de resultaten blijkt dat er een evolutie heeft plaatsgevonden binnen de thuiszorg. Respondenten stellen dat patiënten mondiger en veeleisender zijn geworden.

"En ik werk nu dit jaar al 39 jaar in de thuiszorg [...] En ik heb dat wel heel erg zien evolueren van hoe dat het vroeger was en hoe dat het nu is. Nu zijn de mensen natuurlijk veel mondiger geworden. Vroeger waren ze heel dankbaar. Nu zijn ze soms heel ondankbaar." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Er wordt nu wel meer aandacht aan gegeven als, laten we zeggen, 15 jaar geleden. Omdat het waarschijnlijk ook vaker voorkomt. Mensen worden mondiger. Het verbale dan vooral. Dat mensen veel meer op hun strepen staan, veel meer eisen stellen, veel sneller defensief zijn, veel..." (Respondent 10, verpleegkundige)

Daarnaast geven de respondenten aan dat het type patiënten is veranderd doorheen de tijd. Vroeger bestond de zorgpopulatie vooral uit ouderen, terwijl ze nu ook psychiatrische of kansarme patiënten of patiënten met een alcoholproblematiek verzorgen. Ook geven sommigen aan dat patiënten sneller het ziekenhuis mogen verlaten.

"Ja, vooral ouderen, maar ik doe ook thuiscompagnie, dat zijn kansarme gezinnen met minderjarige kinderen. Dus daar kom ik ook, ik kom met psychiatrische patiënten. Ik heb nu een meneer van 65, waar we al 10 jaar hulp bieden. Ze moeten niet altijd oud zijn, maar wel hulpbehoevend zijn." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

"Toen ik begon, lag iemand met een appendixoperatie 14 dagen in een ziekenhuis, bij manier van spreken. Een heupoperatie hetzelfde. Maar nu komen die na twee dagen naar huis. Het snellere ziekenhuisontslag." (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

De resultaten tonen vervolgens ook aan dat wangedrag zowel bewust als onbewust kan plaatsvinden door het ziektebeeld van de patiënt, zoals dementerenden en mensen met een mentale beperking. Dit toont aan dat het zinvoller is om te kijken naar het perspectief van de zorgverlener, dan naar de intentie van de patiënt.

"Nu, ik vind het wel belangrijk om te nuanceren. Je hebt gebruikers die daar bewust mee om gaan, die bewust ongewenst gedrag stellen, maar je hebt ook mensen met bijvoorbeeld een dementieprofiel die dat niet bewust doen. En dat vind ik wel belangrijk om dat onderscheid te maken, ook zeker naar de verzorgenden." (Respondent 3, leidinggevende)

"En we moesten die 's morgens voordat ze naar de dagopvang op [naam rusthuis] in de douche zetten. Die werd zo agressief en sloeg je in het gezicht, die deed je vingers helemaal naar achter. Dat vond ik wel heel gruw. Dat kwam eigenlijk door de ziekte." (Respondent 5, verpleegkundige)

Alle zorgverleners geven aan dat modules over ongewenst gedrag weinig tot niet aan bod kwamen tijdens hun opleiding. Verschillende respondenten kwamen voor het eerst in contact met ongewenst gedrag tijdens hun stage of op de werkvloer.

"Er wordt wel zo gezegd van dat en dat en dat zijn zo psychische aandoeningen wat mensen kunnen... één of het ander kunnen uitbrengen ofzo, maar echt zo, voor er echt mee om te gaan, leer je echt pas als je aan het werk bent, vind ik. Of als je met je stage bezig zijn. Maar echt zo, qua lesgeven, is dat niet uitgelegd." (Respondent 8, verzorgende/ zorgkundige)

De resultaten tonen aan dat ongewenst patiëntengedrag een ruim begrip is. Wat zorgverleners ervaren als ongewenst is persoons- en situatieafhankelijk. Het gedrag kan zowel bewust als onbewust plaatsvinden, afhankelijk van het ziektebeeld van de patiënt. In wat volgt worden de verschillende vormen van ongewenst gedrag besproken.

4.1.2. Vormen

Wanneer de respondenten vertelden over hun ervaringen met ongewenst patiëntengedrag werd het duidelijk dat het gedrag kan voorkomen in verschillende vormen. Op basis van de ervaringen van de zorgverleners werden er vijf grote categorieën geïdentificeerd: verbaal ongewenst gedrag, fysiek geweld, seksuele intimidatie, onderparticipatie en overparticipatie.

4.1.2.1. Verbaal ongewenst gedrag

Een eerste vorm van ongewenst gedrag waar zorgverleners mee te maken kunnen hebben, is verbaal ongewenst gedrag. Op basis van de ervaringen van de respondenten kan er gesproken worden over dominant taalgebruik, boosheid en schreeuwen, schelden en bedreigen, persoonlijke aanvallen en seksuele opmerkingen. Het eerste subtype is dominant taalgebruik, waarbij de patiënt op een brutale

manier eisen stelt over de zorgverlening. Deze categorie wordt als een afzonderlijk onderdeel beschouwd, aangezien dit specifieke taalgebruik regelmatig werd vermeld tijdens de interviews.

"Ik bepaal wat jij doet. En ik zeg wat jij doet. En ik betaal. En ik bepaal. En ik ben hier de baas." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"En die man, die was dan verbaal ook wel wat grof tegen mij, want die zei van, ja, dat ik niet luisterde naar hem en dat ik niet deed wat hij vroeg." (Respondent 7, verpleegkundige)

Vervolgens ervaren zorgverleners ongewenst gedrag waarbij de patiënten boos worden en op de zorgverlener schreeuwen.

"Dus ik kom binnen en ik zeg van 'Ja, wat moet het vandaag zijn?' [...] Die man begint op mij uit te vliegen. Die schreeuwt, die werd blauw van de colère: 'En ge komt nog maar binnen en ge begint van alles te vragen!'. Het was een heel gedoe." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"En de derde man waar ik kwam. Het was kwart na vijf pas. En ik kwam binnen en die vloog op mij uit. Dus die zei dadelijk zo van, 'Wat denk jij nog komen te doen?' Ik zei 'Ik kom uw kousen uitdoen?' 'Ja, maar ge zijt veel te laat en de andere zijn hier voor vijf uur'. Ik zeg 'meneer de ronde start pas om vijf uur en u zijt de derde persoon. Ik denk dat ik toch op tijd ben'. En die is heel boos geworden en ik heb de zorg ook niet mogen uitvoeren. Hij heeft gewoon gezegd 'Daar staat de deur en ga maar!'" (Respondent 5, verpleegkundige)

Bij een respondent liep het zo uit de hand dat de dochter van de patiënt begon te dreigen en te schelden. Dit toont aan dat verbale agressie niet alleen plaatsvindt door de patiënt zelf, maar ook door familieleden van de patiënt.

"...En wat denk je wel niet? En seffens ga ik u slaan', zei ze. En ze stond bij mij, 'dik, vet, vuil wijf', zei die tegen mij. 'Wat denkt gij wel niet dat jij hier doet?'" (Respondent 7, verpleegkundige)

Een volgende subcategorie is het persoonlijk aanvallen van de zorgverlener. Dit kan gaan van kleinerende opmerkingen over het beroep of de thuissituatie van de zorgverlener tot racistische of discriminerende opmerkingen.

"Dus die psychiatrische meneer heeft een week of twee terug verbaal over mijn grens gegaan, doordat hij iets zei over mijn privé. Hij weet dan wat mijn man en dochter doen en hij zei juist voordat ik vertrok, 'hoe voel je je daar eigenlijk bij? Met uw man en dochter hun functie en jij met uw, tussen haakjes, minderwaardig beroep' [...] Hij is verstandig genoeg voor zo'n dingen te weten dat hij dat niet kan zeggen." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

"Dus racisme en discriminatie, omdat we daar toch ook wel meer en meer tegenaan lopen. Vooral racisme omwille van huidskleur of taal, want we hebben ook wel wat mensen die, ik zeg maar, uit andere landen komen en die het Nederlands machtig zijn, maar niet duidelijk gelijk wij tegen mekaar spreken, maar iets meer gebroken Nederlands spreken. Waar patiënten dan toch wel wat opmerkingen over hebben. En dan discriminatie: 'Ik wil geen

homo. Ik wil geen lesbische'. Want uiteraard hebben we die op dit moment ook in onze organisatie." (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

Tot slot kunnen zorgverleners in contact komen met seksuele opmerkingen. Deze vorm wordt besproken onder de vorm seksuele intimidatie.

4.1.2.2. Fysiek geweld

Een tweede vorm van ongewenst gedrag dat naar voren komt in de interviews is fysiek geweld. Deze vorm heeft verschillende subtypes volgens de respondenten. Bij het eerste subtype accepteert de patiënt de persoonlijke ruimte van de respondent niet door steeds te dicht bij te komen of de zorgverlener regelmatig aan te raken. Dit gedrag heeft geen seksuele ondertoon, maar kan voor de zorgverlener onaangenaam aanvoelen.

"Dat was... Constant heel dicht tegen u komen staan. Maar altijd 'Ja, maar ik ben graag bij de meisjes en anders dan voel ik mij alleen'. Ik zeg, 'gij hoort nog goed. Dat is ook kort bij, hé. Gij moet niet tegen mij komen staan'. En dan zo van uw haar... Dat uw haar even niet tegoei in het elastiekje zit, uw haar tegoei... Of... 'Zit er geen voering onder dat kleedje?' Zo prullen. En is dat echt... Heel grensoverschrijdend? Als wij het niet leuk vinden... Vind ik dat dat wel grensoverschrijdend is." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

Bij het tweede subtype ontstaat een situatie waarin de patiënt agressief wordt en de zorgverlener bedreigt zonder daadwerkelijk fysiek geweld te gebruiken.

"Die zoon is letterlijk agressief. Die stond neus tegen neus tegen mij aan. Ik ben daar gewoon vertrokken, want ik voelde me daar helemaal niet veilig. En die zoon bedreigde mij. Verbaal en fysiek." (Respondent 7, verpleegkundige).

De bovenstaande subtypes kunnen gebundeld worden onder de vorm fysieke intimidatie die eerder beschreven werd door Greer (2015). Een laatste subtype van fysieke agressie is agressief fysiek contact waarbij de patiënt daadwerkelijk op een gewelddadige manier zal handelen. Dit gedrag kan voorkomen in milde vormen zoals het slaan op de vingers of het uitspuwen van druivenpitten, maar het geweld kan ook in ernstige mate voorkomen waarbij de patiënt iemand verwondt of met voorwerpen gooit.

"En hij keek me recht in mijn ogen en hij begon die pitjes op mij uit te spuwen. Niet één keer, maar de hele tijd". (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

"En hij komt met een snelheid met die rolstoel. En hij pakt met zijn been en stamp met zijn been tegen de knie [...]. Zij valt op de grond in een hoek onder de lavabo. En hij stamp met zijn schoenen, stamp hij nog eens tegen het been en tegen haar hoofd, tegen haar slapen. Verschillende keren". (Respondent 6, leidinggevende)

4.1.2.3. Seksuele intimidatie

Een derde vorm van ongewenst gedrag volgens de bevraagde zorgverleners is seksuele intimidatie. Deze vorm werd door alle respondenten aangehaald. De eerste vorm van seksuele intimidatie is seksuele opmerkingen. Uit de interviews werd duidelijk dat seksuele opmerkingen vaak samenlopen

met andere vormen van seksuele intimidatie. Zo bleven respondenten 5 en 14 seksuele opmerkingen ontvangen nadat de patiënt hen had proberen te kussen en te betasten.

"Nee, en dan is dat nog een paar keer voorgekomen, zo met vuile praat. Ook als je zo zijn voeten wast, dan kon hij zo zeggen van, dan zat ge zo op uw hurken als je op de juiste hoogte zat en zo van, ja.... Altijd zo naar het seksuele toe, zo opmerkingen. Dat vond ik ook niet fijn. En dat deed hem ook bij andere collega's." (Respondent 5, verpleegkundige)

"[...] wilde hij mij kussen, was hij al richting mijn nek aan het gaan, en dan heb ik dat eigenlijk wat afgeblokt. Maar ja, ik moest zijn kousen nog aandoen. Dus ik kon niet..., ja, en dat dan rap gedaan. En dan bleef hij eigenlijk toch van die opmerkingen maken van 'ja, ik wil nog zo'n knuffel, en doe dat kleedje van vorige keer nog maar eens aan'. Terwijl uiteindelijk, ik had geen kort kleedje aan, maar ik had gewoon blote benen." (Respondent 14, verpleegkundige)

Zoals uit de voorgaande citaten blijkt, zijn ongewenste aanrakingen en pogingen tot kussen andere vormen van seksuele intimidatie. Zeven van de tien zorgverleners vertelden over ervaringen waarbij ze betast werden door een mannelijke patiënt.

"Totdat wij moesten gaan winkelen. En daar in de winkel, tussen de rekken, zag hij wel zijn moment om mij te willen knuffelen en mij te willen kussen. En zo'n mensen die pakken u niet zo eventjes vast, maar goed stevig vast. En toen had ik echt wel iets van een beetje, een paniekerig, van 'oei, hier moet ik echt wel ingrijpen, want dat komt niet goed hier'." (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

"Er was een oudere man, die zeker niet dement of zo was, die heel goed bij was. [...] En terwijl ik die zijn knoopjes aan het toe doen was, ging die, dat ging zo vlug, met zijn hand in mijn schort. En zat die aan mijn BH. En ik had even zoiets van, 'How' en ik had dadelijk gezegd van, 'dit kan niet en dat wil ik niet'. En dat vond ik al helemaal niet fijn wat die deed. Maar toen zei die, 'ik zie dat jij dat graag hebt'. Dat vond ik veel erger." (Respondent 5, verpleegkundige)

Seksuele intimidatie kan ook plaatsvinden in andere vormen dan aanrakingen. Zo getuigen respondenten dat sommige patiënten ongevraagd intieme lichaamsdelen tonen of pornografisch materiaal bekijken op het moment dat de zorgverlener binnenkomt.

"Ja, dat was een persoon waar ik binnenkwam. En die had... Die had iets op de tv staan. Wat niet zo... Kindvriendelijk was, ja. En dan verschoot ik mij." (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

"De andere situatie was iemand die...voor expres, van het toilet kwam met zijn broek op zijn enkels, naar mij stond te kijken, dus met zijn heel spel bloot." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Daarnaast geven de respondenten aan dat seksuele intimidatie niet alleen gericht is op vrouwelijke zorgverleners, maar dat het ook kan plaatsvinden bij mannelijke collega's. Hoewel er geen

mannelijke respondenten deelnamen aan het onderzoek getuigden sommige respondenten dat hun mannelijke stagiairs in aanraking kwamen met seksuele intimidatie door vrouwelijke patiënten.

"Dat was een vrouwelijke verpleegkundige met een mannelijke stagiair. En toen is ze een bepaald moment met haar borsten beginnen te zwieren, onnozel doen. Waardoor die jong ook zoiets had van... 'Oh, wat is dat hier?'" (Respondent 6, leidinggevende)

"En dan heb ik een mannelijke stagiair over tijd meegehad. En we kwamen bij een mevrouw voor de ... om te vervangen. En ze lag nog in haar bed. Nog een niet zo'n oude mevrouw, ook niet. [...] En ze ziet mijn mannelijke stagiair en ze zegt 'Och, nu toch wel pech dat XX erbij is, want anders kon je bij mij in bed komen liggen'. Daar was mijn stagiair ook eigenlijk niet zo heel happy mee." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

4.1.2.4. Overparticipatie

Een respondent merkt op dat sommige patiënten bewust proberen te profiteren van de diensten van de zorgverlener, bijvoorbeeld door buitensporig veel taken op te leggen. Hierdoor moet de zorgverlener langer dan voorzien blijven. Dit gedrag kan voortkomen uit gevoelens van eenzaamheid of uit de intentie om maximaal voordeel te behalen.

"Ge krijgt een vinger en ge neemt een arm. [...] Maar ja, dat begrijp ik ook wel, heel veel eenzaamheid en soms is het dan heel moeilijk om op tijd door te kunnen gaan. Want ze willen toch nog wel... En dan moet je toch wel proberen uw grenzen te stellen [...] En als ze dan zo op het laatste moment beginnen op uw gevoel in te spelen dat je dan toch moet afblokken, moeilijk." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Gewoon mensen die ook wel vaak heel profiteren van u, onderste uit de kan willen halen. Dat is ook geen aangenaam gevoel en dat hoeft niet. Ja, u tot op de laatste minuut willen dingen laten doen die je eigenlijk ook helemaal niet meer moogt dan." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Als tweede vermelden respondenten dat patiënten vriendschappelijke relaties trachten aan te gaan met zorgverleners door bijvoorbeeld op ongepaste momenten te bellen. Dit gedrag kan verder gaan dan enkel vriendschappelijke toenadering. Sommige respondenten rapporteren dat patiënten verliefde gevoelens ontwikkelden voor de zorgverlener en probeerden een romantische relatie op te bouwen.

"En die zei, 'je bent mijn beste en enige vriendin'. En dan had ze mijn telefoonnummer van het een of het ander doordat er ergens iets moest worden geregeld. [...] En dan is ze mij te pas en te onpas 's nachts beginnen opbellen van dat ze niet meer wist waar ze haar tanden gelegd had. Ze was haar gebit kwijt om drie uur 's nachts". (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Hij zag het al meer als een vriendin. Maar ik was eigenlijk een beetje te lief voor hem. En dan is hij korter en korter bijgekomen. En wou hij aanrakingen. Wat eigenlijk niet hoorde, hè". (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

Deze twee vormen kunnen gecategoriseerd worden onder de vorm overparticipatie van Greer (2015).

4.1.2.5. *Onderparticipatie*

Vervolgens geven enkele bevraagde zorgverleners aan dat sommige patiënten weigeren mee te werken. Daarnaast stellen ze bijzonder hoge eisen die buiten de standaardprocedures van de zorgverlening vallen. De vorm 'niet-meewerkende klanten' van Bitner et al. (1994) is geschikt om deze ervaringen van de respondenten samen te vatten. Het gedrag gaat vaak samen met andere vormen van ongewenst gedrag, zoals verbaal ongewenst gedrag.

"Ja. Hij was heel erg boos omdat ik een stagiair bij had en hij was ons een beetje alle twee aan het uitmaken. Maar op dat moment, hij moest ... hij lag in bed en hij moest plassen. En ik wou hem helpen, maar hij was ondertussen bezig van, 'en ik ken uw soort' en ja heel grof gewoon. En toen ik hem vroeg om zijn poep verder omhoog te heffen, zodat ik hem kon laten plassen, toen bleef hij heel koppig met zijn armen gekruist en hij wou niet meer meewerken." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

"Dat was iemand met een heel specifiek probleem. Die man wou altijd zijn eigen ding doen met zijn verzorging. Dus ik moest hem verzorgen gelijk hij dat wou. En dan heb ik hem gezegd '[...] Kijk, dit en dit wordt gedaan. Dat zijn de voorstellen en zo moet ik u behandelen en ik ga u niet anders behandelen, want dat zijn de procedures en enkel dit mag ik doen van de artsen'. En dan heeft hij dat geweigerd." (Respondent 7, verpleegkundige)

Naast het niet willen meewerken met de zorgverlener zijn er nog andere vormen van onderparticipatie van een patiënt. Een patiënt kan namelijk belangrijke informatie verzwijgen voor de zorgverlener of erover liegen. Enkele andere respondenten spreken over patiënten met een slechte hygiëne die zich weigeren te wassen.

"En ik had al snel door dat er ergens iets scheelde, want ik moest de klinken ontsmetten. Ik zeg 'hoe komt dat? Waarom moet ik de klinken ontsmetten? Is hier iemand ziek?' 'Nee, nee, nee. Maar doet dat toch maar preventief.' En toen hoorde ik dat de dochter belde naar de papa en ik hoorde ze zeggen, want de speaker stond op, 'hoe komt het dat XX daar is, die had afgebeld moeten worden?' Ja, toen ging bij mij wel een rood licht aan." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

"Maar ik heb wel een psychiatrische patiënt, die is nog jong, 65. En hij zou zich kunnen wassen, maar je moet er heel veel achter zitten, want hij doet het echt niet graag. Hij heeft autisme. En ik heb ondertussen van om de paar maanden, één keer per week klaargekregen. Maar dat is nog te weinig. En ja, hij riekt wel heel erg en hij komt heel dicht bij u staan. Dus je moet hem dikwijls zeggen van, ga eens een beetje opzij, je zit hier wel in mijn zone. En als hem dan nog eens niet goed ruikt, ja, dat is niet aangenaam voor altijd bij te werken." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Deze vormen kunnen gecategoriseerd worden onder de vorm onderparticipatie van Greer (2015).

4.1.2.6. Omgevingsfactoren

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners niet alleen het gedrag van de patiënt als ongewenst ervaren, maar dat ook de persoonlijke leefomgeving van de patiënt een gevoel van onveiligheid kan oproepen, zoals objecten in de ruimte of afbeeldingen aan de muur.

"Als je binnenkwam in de living, daar hing al een geweer tegen de muur. Dus je voelde je daar eigenlijk al niet echt welkom." (Respondent 7, verpleegkundige)

"Dus daar kwam ik bijna dagelijks over de vloer. En je ziet wel, dat is iemand die heeft de blote madammen aan zijn muur hangen." (Respondent 14, verpleegkundige)

Bovenstaande resultaten verduidelijken dat ongewenst patiëntengedrag in verschillende vormen kan voorkomen. Hoewel er getracht werd om alle vormen onder één noemer te categoriseren, blijkt dat de verschillende gedragingen vaak niet eenduidig binnen één categorie passen. Daarnaast kan het gaan van milde vormen zoals met de vinger wijzen tot extreme vormen waarbij de zorgverlener verwondingen oploopt. Sommige incidenten gebeuren eenmalig terwijl andere incidenten regelmatig plaatsvinden. Naast acties van de patiënt kunnen de zorgverleners ook ongewenst gedrag van familieleden ervaren. Bovendien kan de leefomgeving van de patiënt de zorgverlener een onveilig gevoel geven. In wat volgt worden de verschillende strategieën besproken die zorgverleners kunnen toepassen om met dit gedrag om te gaan.

4.2. Copingmechanismen

Zorgverleners kunnen op verschillende manieren omgaan met ongewenst patiëntengedrag. Daarom werd gevraagd aan de respondenten hoe zij dit gedrag aanpakken. Op basis van hun antwoorden werden er vier grote categorieën gevormd: probleemoplossende coping, vermijdende coping, emotioneel gerichte coping en steun zoeken.

4.2.1. Probleemoplossende coping

Het meest gebruikte copingmechanisme is de patiënt confronteren en hem duidelijk maken dat het gedrag niet kan. De zorgverlener stelt meteen haar grenzen. Bijna alle zorgverleners hebben deze strategie vermeld. De meeste respondenten hebben de patiënt direct aangesproken, anderen hebben de patiënt op een later moment uitgelegd dat het gedrag niet kan.

"Ik heb hem daar wel dadelijk attent op gemaakt van, 'dit kan niet, dat mag niet.'" (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

"Op het moment zelf was ik een beetje perplex. Het was ook hoog tijd om naar huis te gaan. [...] En de keer erop heb ik dat opnieuw aangehaald en ik heb hem daarover aangepakt en gezegd dat het niet kan en dat ik zo'n uitspraken ook niet meer wil." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Sommige respondenten gaan nog een stap verder en proberen de patiënt duidelijk te maken hoe de zorg wordt uitgevoerd. Dat doen ze door de patiënt de gedragsnormen van de organisatie uit te leggen.

"En ik zeg wat jij doet en ik betaal en ik bepaal en ik ben hier de baas'. 'Nee, jij bent eigenlijk degene die hulp nodig heeft. Ik bepaal wel wat er moet gedaan worden. Ik doe dat werk al veertig jaar. Ik weet wat kan en wat niet kan'. [...] Zij zegt 'Ja, ik moet u afdanken'. Ik zeg, 'als gij mij afdankt, zie dan maar dat er iemand anders in mijn plaats is'. Ik zeg 'gij kunt u alleen niet redden'. Ik zeg 'op mij staan nog tien andere gezinnen te wachten, maar bij u komt niemand meer.'" (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Dan zal ik eigenlijk meteen een stap naar achter doen. En hun daar dan ook eigenlijk heel kort en kortaat over aanspreken van, 'kijk, ik ben hier als verpleegkundige om u te helpen. Ik respecteer u, maar ik verwacht ook evenveel respect van u terug. Dus wat u nu doet. Dit kan gewoonweg niet. Dit gaat er over'." (Respondent 10, verpleegkundige)

Een aantal respondenten getuigt dat deze aanpak niet altijd even succesvol was. Het hielp voor sommige respondenten, zoals respondenten 2 en 12, slechts kortstondig waarna het gedrag verdergaat. Voor respondent 10 hielp het helemaal niet en bleef de patiënt verder doen. Bij respondent 5 had het slechts gedeeltelijk geholpen.

"Aan de ene kant dat hij niet meer handtastelijk was, maar hij bleef wel opmerkingen maken die seksistisch waren, wat ook niet fijn is." (Respondent 5, verpleegkundige)

Sommige respondenten hebben doorheen hun carrière gericht gezocht naar oplossingen om ongewenst gedrag tegen te gaan of escalatie te voorkomen. Zo hebben respondenten manieren gevonden om woede-uitbarstingen te weren, zoals de patiënt tot tien laten tellen. Een andere respondent heeft een manier gevonden om onderparticipatie te verminderen.

"Ik zeg 'maar weet je wat we in het vervolg gaan afspreken? Als je vindt dat je nog zo lelijk tegen mij moet doen. Dan ga je eerst tot tien tellen. Ik weet dat je het moeilijk hebt, maar eerst tellen'. En dan is het ook zo gegaan. En dan had die nog heel moeilijke momenten. En dan zei ik altijd 'Hier, [naam patiënt] en tellen, hè' en dan lachten we al en dan was dat ook alweer opgelost." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Als ik dat weet op het moment dat ik binnenkom ergens en ze geven mij een waslijst aan taken, dan zeg ik 'Wat vind jij dat er vandaag moet gebeuren? Wat is het belangrijkste voor jou op je lijstje? En daar begin ik mee. En als ik nog tijd over heb, dan zal ik nog wel iets daarvan doen. Maar als dat niet is, is dat voor een volgende keer'. Ik maak op voorhand eigenlijk wel al duidelijk of ik zeg van, 'ja, nu is het wel tijd, want ik moet naar huis of ik moet naar de volgende. Daar wachten ze ook op mij.'" (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

4.2.2. Vermijdende coping

Een tweede veel besproken categorie van copingmechanismen is het vermijden van ongewenst gedrag. Vermijden omvat gedragingen waarbij de zorgverlener zich bewust distantieert van de patiënt of de situatie. Dit gedrag kent verschillende niveaus van intensiteit, gaande van kleine aanpassingen tot het volledig terugtrekken uit de situatie. Allereerst zal de zorgverlener alerter zijn

en korter op de bal spelen om ongewenst gedrag te voorkomen. Ze gaat haar eigen gedrag aanpassen en bijvoorbeeld haar kledij of haar houding veranderen.

"Dat was maar een klein badkamertje en als je zijn voeten waste, dan ging ik al zo op mijn hurken zitten, niet dat ik met mijn poep naar hem toestond. Of... ge lette al op [...]. Voor ik daar naar binnen ging, deed ik mijn schort altijd tot boven toe." (Respondent 5, verpleegkundige)

"Je merkt dat al soms als je binnenkomt een bepaalde opmerking dat er wordt gegeven naar u uiterlijk toe, afzijnde dat je een vrouw zijt of naar je uiterlijk. Ja, daar is het al om drek eigenlijk af te blokken. Daar eigenlijk al meteen drek kort op de bal te spelen." (Respondent 10, verpleegkundige)

Als tweede kiezen zorgverleners ervoor om de patiënt zelf te vermijden. Hierbij gaan ze zich afstandelijker gedragen en enkel de noodzakelijke behoeftes van de patiënt volbrengen. Verplegers gaan hierbij de zorg zo kort mogelijk maken, terwijl zorgkundigen meer taken gaan uitvoeren in een ruimte waar de patiënt zich niet bevindt. Dit komt ook overeen met de gedragsmatige terugtrekking van Carver et al. (1989) en het patiëntvermijndend gedrag van Arnetz en Arnetz (2001).

"Ja, gewoon... 'Hallo, ik kom uw kousen uitdoen'. Die uitdoen, pas inlezen. 'Tot de volgende'. Ik zou daar ook geen gesprek meer mee voeren. Niet meer over de koetjes en de kalfjes. Dat is echt gewoon doen wat ik moet doen en weg." (Respondent 14, verpleegkundige)

"Bij zo'n mensen die zo'n gedrag vertonen, ben ik minder geneigd om daar wat extraatjes voor te doen of zo. Ja. Daar doe ik wat ik nodig vind en wat er moet gedaan worden. En ja, soms ook dingen om dan niet in de buurt te moeten zijn van die persoon. [...] Het gevoel is anders, waardoor je in gesprekken en zo ook een bepaalde afstand houdt." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Respondent 11 geeft aan dat deze strategie niet altijd effectief is.

"Door weg van haar te gaan. Door bijvoorbeeld naar een andere kamer te gaan en aan de man te vragen... 'Kan ik u eventueel met iets helpen?' Maar dat escaleerde. Dan kwam zij binnengestormd. En dan begon zij op mij te schreeuwen, op die man te schreeuwen" (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Als derde kiezen respondenten ervoor om zich tijdelijk terug te trekken uit de situatie om tot rust te komen met als doel hun emotionele balans te herstellen. De zorgverlener kan zich hierbij kortstondig terugtrekken van de situatie door het inlassen van pauzemomenten. Dit komt gedeeltelijk overeen met de mentale terugtrekking van Carver et al. (1989).

"En effe langer in de auto blijven zitten. Effe tot mezelf komen. Want sommige mensen zagen dat ook, van... 'Gaaf het?' Of... Ja. Of heel erg, verlof inzetten naar haar. Dat je even zo... Of ik ging soms naar het toilet. En dan wat langer of zo." (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Als vierde kiezen zorgverleners ervoor om zich volledig uit de situatie terug te trekken. Dit doen ze door het werk bij de patiënt tijdelijk te stoppen en fysiek uit de werkomgeving te vertrekken. Dit doen ze wanneer ze aanvoelen dat de situatie onhoudbaar of onveilig wordt.

"En ik ben rond die strijkplank, die strijkplank nog tegen hem geduwd en woeps zo de keuken in. Ik heb mijn malet gepakt, mijn chacoche gepakt, met mijn schort en alles nog aan. En toen heb ik gebeld, ik zeg, 'hier, nu ben ik klaar. Ik heb verwittigd en ik zeg, de derde keer ben ik weg.'" (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Pak ook dat die man met zijn vinger blijft wijzen en dat die mij op mijn vingers blijft slaan. Dan stopt de zorg. Dan houdt het op. Dan zeg je van 'oké. Hier stopt het'. Dan trek je de badkamerdeur achter je toe. Je verwittigt de dochter. En je zijt weg." (Respondent 10, verpleegkundige)

Vertrekken uit de situatie kan eenmalig zijn waarna de respondent terugkeert naar de patiënt, maar als laatste vorm van vermijden kiest de zorgverlener om volledig de zorg te stoppen en zelf niet meer terug te gaan.

"En dan zei ik tegen die mevrouw, 'ik ga hier niet meer komen, ook al word ik gedwongen, ik kom hier niet meer terug'. Ik ga echt niet mezelf in gevaar brengen. Mijn veiligheid gaat nog altijd voor op al de rest, want als ik er niet veilig uit kom, kan ik al de rest van mijn patiënt ook niet verzorgen." (Respondent 7, verpleegkundige)

"Ja, heel drastisch. Ik heb gezegd dat ik er nooit meer wilde naartoe gaan. Dat de vertrouwensbreuk was geschonden en dat ik er nooit meer naartoe ging. En ik ben er ook nooit meer naartoe gegaan." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

4.2.3. Emotioneel gerichte coping

Een derde categorie van copingmechanismen is de emotioneel gerichte coping. Deze strategieën zijn vooral gericht op het reguleren van de innerlijke spanning in plaats van onmiddellijk de situatie aan te pakken. Dit komt overeen met de coping zelfbeheersing van Akbar et al. (2015) die het beschrijven als een strategie die op verschillende manieren kan plaatsvinden zoals positief denken, stilte, huilen, recreatie en sport. Ook de respondenten doen op verschillende manieren aan zelfbeheersing.

"Gehuild. Ik heb even gehuild en gebeld en gewoon direct ontladen. Maar denk ik van, dat heeft even op mij gehangen hoor, dat gevoel." (Respondent 14, verpleegkundige)

"Maar ik ben iemand die... Ik moet dat in mezelf kunnen, in stilte kunnen een plaatsje geven en... Het is niet dat ik mij afreageer in het sporten en ik moet gaan lopen, want... nee, dat niet. Maar alle situaties die ik in de thuiszorg en privé, maakt niet uit, meegemaakt, wat niet gepast was, dat probeer ik altijd in stilte te verwerken eigenlijk." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners na een incident van ongewenst gedrag verschillende gevoelens ervaren, zoals boosheid, angst, afkeer en onmacht. Ondanks deze negatieve emoties voelen ze zich genoodzaakt om rustig, professioneel en zorgzaam te blijven tegenover de patiënt of

andere patiënten, waardoor ze hun oprechte emoties proberen te verdringen. Dit komt overeen met het oppervlakkig acteren van Ashforth en Humphrey (1993).

"En inwendig word ik dan ook wel een beetje boos. Ik laat dat niet merken, maar ik vind dat niet fijn." (Respondent 5, verpleegkundige)

"In mijn hoofd was een puinhoop, maar daar heeft de buitenwereld niks van gemerkt." (Respondent 14, verpleegkundige)

Vervolgens beschrijft een respondent hoe het ongewenst patiëntengedrag heeft geleid tot een constante angst voor kritiek en hoe ze alledaagse signalen interpreteert als een persoonlijke afwijzing. De zorgverlener ging op een negatieve manier om met het gedrag. Dit komt overeen met de negatieve emotionele coping van Stanisławski (2019).

"Door de kuch die zij maakte bijvoorbeeld of door het feit dat als mensen mij kritiek gaven, ik had daar een panische schrik voor gekregen. [...] Zij had dat zo gecreëerd, dat ik bij de minste kuch dacht, 'oh nee, ben ik dat? Heb ik iets gedaan?' Sommige mensen proberen u iets goeds bij te brengen [...], maar ik nam dat heel persoonlijk heel... Ik vond dat heel moeilijk." (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Daartegenover staat positieve emotionele coping (Stanisławski, 2019) waarbij de zorgverlener aardig en begripvol blijft voor zichzelf.

"Ik probeer gewoon te denken dat dat niet aan mij ligt. Dat dat niet persoonlijk is. Dat dat hun probleem is. Ik weet van mijn eigen dat ik het zeker niet uitlok. Dat vind ik al veel." (Respondent 5, verpleegkundige)

Vervolgens proberen sommige zorgverleners zich na ongewenst gedrag ook los te koppelen door bewust een pauze van rust en ontlasting te creëren. De zorgverlener hanteert deze strategie om stress los te laten en zich klaar te maken voor de volgende patiënt.

"Op zo'n moment is het echt efkes in uwe auto gaan zitten, efkes doorademen, efkes de radio opzetten. En dan eventueel even naar je collega bellen. Even je hart luchten en dan is het gewoon verder gaan." (Respondent 10, verpleegkundige)

"Heel veel diep in- en uitademen. En je moet echt wel, als je daar vertrekt en de deur dichttrekt, dan moet dat ook daar blijven. Dat gevoel moogt ge niet mee naar huis pakken, want je moet naar de volgende ook nog gaan. Die ook graag van u verwacht dat je... Dus ja, je probeert dat echt wel los te laten." (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Tot slot tonen de resultaten aan dat het gedrag tolereren de laatste vorm van emotioneel gerichte coping is. Een respondent getuigt dat ze er bewust voor koos om het gedrag van een mannelijke patiënt te accepteren zonder het gedrag van de patiënt proberen te veranderen door haar energie te richten op de zorg van de vrouwelijke patiënt.

"Ik heb het daar dan uiteindelijk drie maanden volgehouden, omdat daar nog een vrouw was die zwaar hulpbehoevend was. En daar doe je het dan voor. En dan probeer ik echt wel mij

zo een beetje af te sluiten van de onzin die die man verkoopt. Omdat je weet, die vrouw heeft wel hulp nodig.” (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

4.2.4. Steun zoeken

De laatste categorie is het zoeken naar steun. Enerzijds zoeken zorgverleners steun bij hun leidinggevend en anderzijds zoeken ze steun bij hun collega's. De resultaten geven weer dat zorgverleners zoeken naar twee soorten steun, namelijk ventileren of oplossingen zoeken. Deze twee types werden ook beschreven door Carver et al. (1989) die spreken van emotionele sociale steun en instrumentele sociale steun.

4.2.4.1. Leidinggevend

In welke mate zorgverleners rapporteren naar hun leidinggevende is situatie- en persoonsafhankelijk. Sommige respondenten geven aan dat ze elk incident rapporteren, terwijl andere respondenten slechts rapporteren als de situatie uit de hand loopt.

“Dat ik echt mijn leidinggevende zou contacteren, ja dan moet het al echt over fysiek geweld gaan. Meestal ongepast gedrag probeer ik zelf te corrigeren bij mijn mensen. Als mij dat echt niet lukt, dan moet ik wel, dan ben ik genooddaakt om mijn diensthoofd te contacteren, maar meestal probeer ik dat zelf op te lossen.” (Respondent 10, verpleegkundige)

“Ik contacteer eigenlijk altijd. Maar ze moeten mij niet altijd helpen, maar ik meld het altijd.” (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Tijdens de interviews werd duidelijk dat respondenten minder geneigd zijn hun leidinggevende te contacteren als ze zich niet gesteund voelen.

“Ge voelde wel dat er geluisterd werd, maar daar werd niks mee gedaan. Dus ge had zoiets van, gij luistert, ik vertel mijn frustratie, ik vertel mijn... Maar gij doet daar niks mee. Dus ik blijf in dat probleem zitten. En na een tijd zegt gij ook niks meer. Dan stopt het omdat gij weet van... Daar wordt niks mee gedaan.” (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Vanuit de bevindingen dat zorgmedewerkers niet elk voorval rapporteren aan hun leidinggevend werd aan de bevroegde leidinggevend en de vertrouwenspersoon gevraagd of zij denken dat ieder incident gerapporteerd wordt. Vier van de vijf respondenten denkt dat niet elk incident gerapporteerd wordt. Daarnaast wordt er sneller telefonisch gerapporteerd dan via een formeel meldingsformulier.

“Ik denk dat er soms vaker dingen gebeuren, maar dat zij zelf leren daarmee omgaan of zichzelf daar een manier van omgaan voor hebben aangeleerd. Of ze kunnen terecht bij hun collega's. Dus ik ben toch vrij zeker dat er toch nog dingen gebeuren waar ik niet van op de hoogte ben.” (Respondent 1, leidinggevende)

“Nee, dat gebeurt niet. [...] voor één iemand is dat een incident en voor de ander niet. Enerzijds. En anderzijds zijn er een aantal die dat niet durven zeggen. [...] Dat sommige basised medewerkers nog eens niet zo sterk in hun schoenen staan om dat te melden, die daar schrik voor hebben. Die denken van, 'oei, ik ga misschien mijn werk verliezen of het gaat misschien aan mij liggen' en zo verder.” (Respondent 13, leidinggevende)

Vervolgens zijn alle respondenten het erover eens dat ze hun leidinggevenden contacteren met de verwachting dat er naar hen wordt geluisterd. Respondenten rapporteren niet altijd met het doel dat er effectief een oplossing wordt aangeboden.

"Ja, ik had wel gewoon behoefte aan mijn verhaal te doen. En dat ik gehoord werd en dat er naar mij geluisterd werd." (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

"In de eerste plaats dat ze luistert. Dat ze ook... Als ik echt aangeef van, hier moet iets aan gedaan worden, dat dat ook gedaan wordt. Dat ze desnoods die persoon contacteren dat dat niet gewenst is." (Respondent 14, verpleegkundige)

4.2.4.2. Collega's

Naast het contacteren van de leidinggevende vinden alle bevraagde zorgverleners weleens steun bij collega's. Ten eerste kunnen ze bij die terecht om hun verhaal te doen en hun frustraties te uiten.

"Dan kom je buiten. Dan ben je toch een beetje overstuurd. Dan bel je al snel die collega op wat mee op ronde zit ofzo. Waar je even tegen kunt ventileren." (Respondent 10, verpleegkundige)

"Vooraf ventileren, een collega bellen en daartegen aflopen. Ja, dat doet wel veel. Iemand die daar ook komt, die je begrijpt en daartegen ventileren." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Ten tweede contacteren de bevraagde zorgverleners hun collega's vanuit een probleemoplossend standpunt. In dat geval gaan collega's elkaar helpen om de moeilijke situatie met de patiënt op te lossen. Dit kan door elkaar te adviseren en tips te geven, onderling van patiënten te wisselen of afspraken te maken, zodat ze op dezelfde golflengte staan.

"Je kunt dat eigenlijk al onder de collega's oplossen. Heel vaak zijn er al collega's die zeggen van, zoals bijvoorbeeld bij dat koppeltje, 'oh, dat gaat mij niet', 'Ah ja, kom, ik zal die wel eens een paar dagen nemen'. En dan ga je gewoon patiënten wisselen. [...] Dat je er zo effen een weekje eruit wordt gehaald, en dan probeer je opnieuw." (Respondent 10, verpleegkundige)

"Ik word wel goed ondersteund door mijn collega's. We komen daar met drie en we hebben een WhatsAppgroepje waar we communiceren over hem. Dat we op de hoogte blijven, want hij speelt ons soms uit naar elkaar toe, maar daardoor blijven we wel kort op de bal en kunnen we daarover inspelen." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

De resultaten tonen aan dat zorgverleners verschillende vormen van copingmechanismen toepassen, afhankelijk van de persoon en de situatie waarin ze zich bevinden. Enerzijds zijn er directe strategieën zoals de patiënt over zijn gedrag aan te spreken en anderzijds zijn er uitgestelde strategieën waarbij de zorgverlener op een later moment haar collega's gaat opbellen om te ventileren. Daarnaast zijn er milde vormen van coping zoals taken uitvoeren in een andere ruimte en drastische vormen zoals de zorg volledig stopzetten.

4.3. Organisatorische maatregelen

Niet alleen zorgmedewerkers passen copingmechanismen toe om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. Ook de zorgorganisaties voeren maatregelen in om het gedrag te voorkomen, aan te pakken of nazorg te bieden. Enerzijds moeten ze zich houden aan wettelijke verplichtingen, anderzijds voeren ze op eigen initiatief maatregelen in.

4.3.1. Wettelijke verplichtingen

Er werd aan de bevroegde leidinggevenden en vertrouwenspersoon gevraagd welke wettelijke verplichtingen met betrekking tot het welzijn van medewerkers op het werk en ongewenst patiëntengedrag de overheid oplegt. Zij halen aan dat ze onder andere verplicht zijn een kwaliteitshandboek uit te werken en een vertrouwenspersoon en preventieadviseur aan te stellen. Daarnaast moeten medewerkers de mogelijkheid hebben om incidenten te melden, al dan niet anoniem. Deze gemelde incidenten moeten organisaties rapporteren aan de overheid.

"Ja, wij moeten dat wel aangeven, FOD WASO. Dus... Aan de overheidsdienst moeten wij dat aangeven. Er wordt door de interne preventieadviseur een verslag gemaakt en die cijfers [...] die gaan in dat verslag. En het is ook wel de bedoeling dat op basis van die cijfers dat daar ook acties ondernomen worden." (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

"Ja, heel het preventiebeleid, het opvolgingsbeleid, het coaching. Dat zit daar eigenlijk in. Dus ook wat ik zei, die consultaties bij een psycholoog. [...] De overheid legt natuurlijk ook het bekwamen van onze medewerkers op. [...] Wat de overheid ook verplicht, is dat wij een meldingsknop, noemen we dat, hebben. [...] Dus een formuliertje, een forms eigenlijk, die zij kunnen invullen, anoniem of niet anoniem. [...] Dat is wat de overheid oplegt om ook een idee te hebben, om te kunnen monitoren hoe vaak zulke situaties, welke situaties zich voordoen." (Respondent 13, leidinggevende)

Om te kunnen voldoen aan deze wettelijke verplichtingen doen verschillende organisaties beroep op externe ondersteuning. Vier op de vijf respondenten geven aan hiervoor samen te werken met IDEWE, een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. De respondenten maken onder andere gebruik van de arbeidsgeneeskundige dienst, de preventieadviseur psychosociale aspecten, risicoanalyses, de externe vertrouwenspersoon en diverse opleidingen.

"We hebben via onze preventiedienst, IDEWE, ook een arbeidspycholoog waar we naar kunnen doorverwijzen en dan de arbeidsarts. En via deze preventie zelf, ook als er ergens een ingrijpende gebeurtenis plaatsvindt, kunnen we ook beroep doen op de preventiedienst die dan ook nog eens contact opneemt met die medewerker." (Respondent 3, leidinggevende)

"IDEWE is onze arbeidsgeneeskundige dienst, ook voor medische onderzoeken en zo, aanwervingsonderzoeken, periodieke onderzoeken, risico's in kaart brengen die in de thuisverpleging zijn. Dan is IDEWE die dat beoordeelt. Die komen ook kijken of wij veilig werken, of wij die risico's indekken als organisatie. En IDEWE heeft naast lichamelijke risico's, besmetting, ongevallen, weet ik veel, hebben die ook een psychosociale dienst en dat is de

PAPS. Dat is de preventieadviseur psychosociale aspecten.” (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

Tot slot spreken de bevroegde leidinggevenden over de wettelijke verplichting dat iedereen recht heeft op zorg. Wanneer een aangrijpend voorval van ongewenst gedrag heeft plaatsgevonden, mogen thuiszorgdiensten niet zomaar de zorg stopzetten. De organisaties zijn verplicht om de patiënt door te verwijzen naar een andere thuiszorgorganisatie.

“Dus we hebben een opdracht vanuit de overheid die maakt [...], dat je toch met die klant in gesprek moet gaan en dat je die moet doorverwijzen. Als je zegt, als we echt beslissen ‘wij stoppen ermee’, moeten we die ook doorverwijzen naar een andere dienst voor gezinszorg. Maar je weet dan op dat moment dat je de concullega’s in eenzelfde situatie mogelijk brengt.” (Respondent 13, leidinggevende)

4.3.2. Huidige maatregelen

Naast wettelijke verplichtingen nemen organisaties ook op eigen initiatief maatregelen om ongewenst gedrag te voorkomen of aan te pakken. Tijdens de analyse van de interviews kunnen de maatregelen onderverdeeld worden in drie groepen: primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen (Stronks et al., 2022). In dit onderdeel wordt besproken welke maatregelen organisaties nemen en welke eventuele tekortkomingen de respondenten daarbij signaleren.

4.3.2.1. Primaire preventiemaatregelen

Als eerste zijn er de primaire preventiemaatregelen. Deze maatregelen moeten ongewenst patiëntengedrag voorkomen. De geïnterviewde leidinggevenden en de vertrouwenspersoon stellen dat er intakegesprekken plaatsvinden met patiënten voordat de zorg wordt opgestart om de situatie zo goed mogelijk te analyseren. Naast het intakegesprek met de patiënt kunnen er ook gesprekken plaatsvinden met de familieleden, mantelzorger of huisarts van de patiënt. De respondenten geven aan dat ze tijdens een intakegesprek de patiënten proberen te sensibiliseren door afspraken te maken over bijvoorbeeld het tonen van respect voor de zorgverleners. Dit kan via een brochure.

“Ja, dat is met het gezin of met de kinderen bij, dat is afhankelijk van of er een omkadering is of niet. [...] Als de gebruiker ons toestemming geeft, mogen wij ook contact opnemen met de huisarts of de verpleging zodat we daar ook wel bevestigingen kunnen doen.” (Respondent 1, leidinggevende)

“We hebben ook een brochure wegwijs voor onze patiënten waarin staat dat we vragen, ‘heb respect voor de collega’s, [...] niet grommelen op de collega’s, want zij werken in opdracht van’. Dit zijn afspraken binnen de dienst, we hebben procedures van alles dus als ze volgens de procedures werken, werken ze volgens de standaarden die wij aangeven en dan moet de patiënt zich daar ook in vinden.” (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

Een zorgverlener merkt op dat een eenmalig huisbezoek onvoldoende is om een representatief beeld te schetsen van de omstandigheden. Daarnaast nuanceert een leidinggevende dat een intakegesprek mogelijk geen volledig beeld van de situatie oplevert, doordat bijvoorbeeld niet alle informatie wordt meegedeeld. Dat maakt deze preventiemaatregel minder effectief.

"Ga zelf een aantal keren kijken. Ga zelf kijken wat die situatie is. Ga er een aantal keren naartoe zodat je merkt van... 'Ja, inderdaad. Er is hier wel iets mis.' Want als ze één keer gaan, dan gaan die mensen dikwijls anders reageren." (Respondent 7, verpleegkundige)

"Een intake duurt ongeveer een tweetal uurtjes. Het is ook maar dat. Het is een nieuwe situatie. Het is een wildvreemd iemand. Vertelt men daar niet dat die persoon, weet ik veel, soms psychoses doet, dan weten wij dat niet. Het is ook maar de informatie die men ons bereid is om te geven wat maakt dat wij een beetje beter de situatie kunnen inschatten." (Respondent 13, leidinggevende)

Naast het sensibiliseren van patiënten vinden de leidinggevenden het ook belangrijk om hun zorgmedewerkers weerbaar te maken tegen het ongewenst patiëntengedrag. Dit doen ze door middel van trainingen. Hoewel hierover discussie mogelijk is, worden trainingen in dit onderzoek beschouwd als primaire maatregelen met als doel wangedrag te voorkomen. De respondenten spreken het vaakst over trainingen rond assertiviteit en het leren bewaken van hun grenzen. Daarnaast kunnen trainingen ook gericht zijn op communicatievaardigheden.

"Je hebt een assertieve manier en je hebt een agressieve manier of een passief-agressieve manier. Er zijn verschillende vormen. En de bedoeling is gewoon dat ze zich op een correcte manier leren uiten. Waardoor ze hun eigen grenzen bewaken en hun eigen ook leren beschermen. [...] Zij staan er alleen voor in het gezin en daarom moeten ze wel sterker in hun schoenen leren staan als dat nodig is." (Respondent 1, leidinggevende)

"Nee, het gebeurt wel regelmatig dat er iets gegeven wordt, maar dat is vooral in dialoog gaan met de patiënt. Door duidelijke verwachtingen te stellen van... Eigenlijk is het uitgangspunt van hoe kunnen we samen werken, samen, dan bedoel ik dan en de patiënt en de zorgverlener, om maximale zorg te geven waar iedereen zich goed bij voelt. En dat moet gebeuren vanaf het begin, vanaf het eerste bezoek eigenlijk. Want als je uiteindelijk alles toelaat en dan gaat de patiënt te ver, ja, dan is het moeilijk om nog terug te schroeven." (Respondent 9, vertrouwenspersoon)

Hoewel de leidinggevenden aangeven dat er wordt ingezet op trainingen, vindt de helft van de bevraagde zorgverleners dat er onvoldoende opleidingen worden georganiseerd.

"Nee, die mochten wel wat vaker plaatsvinden. Nu is dat misschien een keer om de twee, drie jaar misschien. En dat mag eigenlijk wel vaker gebeuren, omdat er toch wel vaker nieuwe collega's toetreden." (Respondent 10, verpleegkundige)

Vervolgens werden leidinggevenden gevraagd of ze personeelsleden gericht aanwerven op basis van vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken. De meningen zijn verdeeld. Sommigen houden hier rekening mee, terwijl anderen aangeven dat dit niet haalbaar is vanwege het personeelstekort.

"Ja. Heel zeker. Ja. De attitude. Prikkelen zij hun patiënt wel dan niet, hè. Als zij bijvoorbeeld komen met een dik décolleté. En lange wimpers en nagels. En met hun boobiekes. En ze gaan met een schortje zo half. Nee, dat wordt bij ons ook niet aangenomen." (Respondent 6, leidinggevende)

"Maar daar wordt ook in dat gesprek gewerkt met cases om te horen hoe gaat die daarmee omgaan, hoe reageert die? Wat is de draagkracht? Dus dat wordt ook wel in specifieke cases gekeken. [...] Maar ook dan, op het moment dat je denkt dat je de medewerker hebt aangeworven met de grootste draagkracht en met de beste inzichten, moet je hem doorheen die tewerkstelling toch zeker ook blijven versterken in een aantal competenties. (Respondent 13, leidinggevende)

4.3.2.2. Secundaire preventiemaatregelen

Als tweede zijn er de secundaire preventiemaatregelen. Deze maatregelen worden genomen op het moment dat het ongewenst gedrag zich voordoet of vlak erna. Het heeft als doel het gedrag te stoppen en de gevolgen ervan te beperken. Deze paragraaf bespreekt de belangrijkste maatregelen. In eerste instantie zal de leidinggevende in gesprek gaan met de zorgverlener om advies te geven. Een van de geïnterviewde leidinggevendes besprak een stappenplan over corrigerende feedback dat zij herhaaldelijk meedeelt aan haar zorgmedewerkers.

"Vanaf het moment dat iemand over uw grens gaat, heeft het geen zin om niet te reageren en er niks mee te doen. En het heeft ook geen zin om dan te zeggen van 'ik vind dat niet leuk'. Dat heeft geen zin, want die gaat dat blijven doen. Wat wel belangrijk is, is dat je dat gesprek goed voorbereidt voor jezelf. En dat je dat in verschillende stappen doet [...]: Ik zie. Je zegt het gedrag, wat je ziet. Dat je dan zegt, 'ik voel mij daar dit, dit en dit bij'. Dan zeg je, ik voel. En dan zeg je het gevolg, 'het gevolg is dat ik mij hier niet meer veilig voel, bijvoorbeeld, of dat ik hier niet meer graag kom, of dat ik onzeker word'. Dan zeg je, het gedrag dat je wilt dat die doet. [...] En dan de laatste stap, is de vijfde stap en dat is wat we heel vaak vergeten en dat is het gevolg wat jij gaat doen als de ander dat opnieuw over uw grens gaat." (Respondent 6, leidinggevende)

Nadat de leidinggevende in gesprek is geweest met de zorgverlener zal die in gesprek gaan met de patiënt en eventueel ook met familieleden. De leidinggevende zal dan duidelijk maken dat het gedrag van de patiënt niet past.

"Sowieso ga ik op huisbezoek en ga ik daar heel duidelijk de grens aangeven en laat ik de patiënt ook weten dat wat die aan het doen is, bewust of onbewust, dat we er aandacht voor hebben en dat we dat niet zomaar laten." (Respondent 6, leidinggevende)

"In alle gevallen. Als dat verbale agressie is dan bespreken we dat ook met de klant. En dan zeggen we van 'kijk, dit is er gebeurd, dit is niet hoe wij willen dat onze medewerkers behandeld worden'. En dan vragen we hen om daar rekening mee te houden en dat dat in de toekomst niet meer gebeurt. In het geval dat dat wel gebeurt, dan gaan we dat opnieuw met hen bespreken. (Respondent 13, leidinggevende)

Ondanks dat de meeste zorgverleners aangeven dat de leidinggevende na een incident vaak het gesprek aangaat met de patiënt, blijkt het niet altijd vanzelfsprekend dat familieleden worden ingelicht vanwege de privacywetgeving.

"En wat ik ook niet juist vond, die woonde bij zijn zoon in, dat we dat niet tegen z'n zoon mochten zeggen. Ik vond dat ik dat tegen de zoon moest kunnen zeggen, maar met de wet van de privacy zei ze bij ons dat ik dat niet mocht." (Respondent 5, verpleegkundige)

Vervolgens gaan de leidinggevenden naar eigen zeggen communiceren met het hele team. Toch geven zorgverleners aan dat dit sneller zou moeten gebeuren, zodat collega's bij een vervanging niet in dezelfde situatie terechtkomen. Een zorgverlener suggereert dat dergelijke informatie vooraf gedeeld moet worden zodat collega's zich kunnen voorbereiden.

"Dat hebben ze zelf ook gedaan, de leidinggevenden, gezamenlijk in groep. Maar ze hebben mij dat eerst gevraagd of ze dat mochten zeggen. [...] Dat mogen ze wel meer doen. Dat je weet van, oké, die punten meer aanhalen van dat gezin. Dat je wel veel specifieker weet van, 'oké, ik kom daarin terecht'. En dat je echt wel op je hoede moet zijn." (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

"Mijn collega, die is op het laatste moment moeten gaan vervangen en ze hadden die dat niet echt verteld en die wist het signaal ook niet zo goed op te vangen. Die is dus ook moeten gaan lopen in de slaapkamer hé. Hij kwam helpen het bed verversen, maar hij heeft haar daar ook een beetje overdonderd. En dan denk ik van, daar moet eigenlijk, daar zou er eerst moeten in staan, in de app bijvoorbeeld, dan is het later in de app gekomen." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

Een volgende maatregel die leidinggevenden aangeven is dat ze na een incident een personeelsswissel kunnen doorvoeren. Hiermee willen ze de veiligheid en het welzijn van de medewerker waarborgen en hopen ze dat het gedrag stopt. In sommige gevallen wordt de vrouwelijke zorgverlener vervangen door een mannelijke collega of worden er twee zorgverleners naar de patiënt gestuurd. Desondanks halen bevraagde zorgverleners aan dat deze maatregel vooral op eigen initiatief genomen wordt.

"Dan waren ze zelfs met twee verzorgden die hulp gingen bieden in dat gezin. Ja. Dat is ook zo'n maatregel. Als dat nodig is, dan moeten we dat zo doen." (Respondent 3, leidinggevende)

"Dus van daaruit hebben wij bijvoorbeeld dan nu daar twee mannen opgezet, vanuit het verleden. Dat we zeggen van oké en dat dat probleem eigenlijk al iets of wat wat verminderd is, omdat hij niet zo durft te doen met een man bijvoorbeeld." (Respondent 6, leidinggevende)

Zorgverleners beschouwen het inzetten van een mannelijke verpleegkundige als een tijdelijke oplossing. Ze geven aan dat er te weinig mannelijke collega's werken binnen de thuiszorg, wat de haalbaarheid van deze maatregel beperkt.

"En de leidinggevende zei, 'ja, weet je, ik heb eigenlijk niet genoeg mensen voor daar naartoe te gaan, maar ik zal voorlopig een man sturen.' Dus daar ging de verpleger dan naartoe en daar deed hij het niet bij en dan is daar terug een verpleegkundige naartoe moeten gaan en dan deed zich hetzelfde voor." (Respondent 7, verpleegkundige)

"Nee, ik ben er zelf niet moeten teruggaan, nee. Daar is dan een mannelijke collega naartoe mogen gaan. Ja, maar ja, die hebben we niet in overvloed. Ik denk dat we [...] op 40 thuisverpleegkundigen, dat we maar twee mannen hebben dus." (Respondent 10, verpleegkundige)

Wanneer eerder genomen maatregelen onvoldoende effect hebben, geven de bevroagde leidinggevenden aan dat ze de zorg kunnen stopzetten. Deze maatregel wordt ook door de meeste zorgverleners aangehaald.

"Als dat gedrag zich nog eens voordoet, dan gaan we ook stappen ondernemen. Dan hebben we ook aangegeven als dit zo is, dan stopt de hulpverlening, want wij moeten altijd onze verzorgenden blijven beschermen." (Respondent 6, leidinggevende)

"Als het echt extreem is, stopt het. Stopt de werking, stopt alles. Ze zijn er heel consequent in. Dat wordt niet getolereerd." (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

4.3.2.3. Tertiaire preventiemaatregelen

Als laatste zijn er de tertiaire preventiemaatregelen. Deze maatregelen zijn gericht op het opvolgen en steunen van de zorgmedewerkers na een voorval van ongewenst gedrag. Indien nodig kan de leidinggevende de zorgverlener doorverwijzen naar de vertrouwenspersoon of de arbeidsgeneesheer.

"Blijven in gesprek gaan. Blijven vragen van hoe gaat het, hoe ga je daarmee om. Als zij zeggen van 'kijk, ik merk dat het nu niet goed gaat met mij', vraag ik ook van wat kan ik doen om u daarin te helpen of te ondersteunen. Vaak kunnen ze zelf al een antwoord geven." (Respondent 1, leidinggevende)

"Wij gaan die basised medewerkers opvangen. Opvangen is dat eerste contact, maar ook de volgende contacten. Als dat een traumatische ervaring is geweest, is dat niet één telefoontje en daar blijft het bij. Dan gaan we echt wel in traject met die medewerker." (Respondent 13, leidinggevende)

Sommige zorgmedewerkers getuigen van de succesvolle nazorg die zij kregen van hun leidinggevenden.

"Want ze hebben mij regelmatig opgebeld van hoe het is en hoe voelt ge u nu. En voelt ge u beter." (Respondent 4, verzorgende/ zorgkundige)

Desondanks zijn er enkele zorgverleners die stellen dat ze onvoldoende steun hebben ervaren van hun leidinggevenden.

"Wat ze deden was wat ik hoopte, dat ze op gesprek gingen met die man. Dat ze de man ermee confronteerde. Maar dat ze het nadien ook serieus namen en niet gewoon dan zeggen van 'het is volgens mij een vorm van genegenheid, je moet niet zo flauw doen'. Allee, ik vind dat niet flauw." (Respondent 5, verpleegkundige)

Hoewel leidinggevenden aangeven passende maatregelen te nemen om ongewenst patiëntengedrag te voorkomen of aan te pakken en de juiste nazorg te bieden, verschillen de ervaringen van de

zorgverleners. Niet alle maatregelen worden als effectief ervaren. Het valt op dat zorgverleners aangeven dat ze te weinig steun van hun leidinggevenden ontvangen.

4.3.3. Toekomstige maatregelen

Naast de bestaande maatregelen suggereren verschillende respondenten potentiële toekomstige maatregelen. Als eerste stellen sommige respondenten maatregelen voor om seksuele intimidatie te verminderen. Zo zou een mogelijke oplossing kunnen zijn om patiënten bewuster te maken van de mogelijkheid tot een knuffelbuddy of een sekswerker.

"Daar zou ook iets meer moeten... Tussenin zijn. Niet bepaald een prostituee die daarnaartoe gaat. [...] Misschien zou er wel een knuffelbuddy moeten zijn." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"Maar ik heb hem ook al eens voorgesteld ... Hij zegt dan ook wel dat hij knuffels en zo mist. Ik zeg 'ja, maar daarvoor moet je niet bij mij zijn, daar zijn andere instanties voor'. En dan heb ik ook al weleens gezegd 'Je kunt altijd een prostituee gaan, als de nood echt hoog is.'" (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Als tweede spreken respondenten over maatregelen om de privacy van de zorgmedewerkers beter te beschermen. Een zorgverlener stelt voor om bijvoorbeeld enkel de voornaam van de zorgverlener te tonen op de werkplanning voor patiënten.

"Bij ons in de dienst wordt op de werkplanning naar de mensen toe naam en voornaam gezet. En eigenlijk vind ik dat een beetje verkeerd. Eigenlijk zou dat alleen de voornaam moeten zijn, want met uw familienaam weten ze al veel. En tegenwoordig met dat Facebook en alles, sommige mensen zijn daar ook al in thuis, en die kunnen u al opzoeken en in uw privé gaan graven. Eigenlijk zouden ze op zo'n papier alleen de voornaam moeten zetten." (Respondent 12, verzorgende/ zorgkundige)

Een volgende suggestie heeft betrekking op trainingen. Eerder werd duidelijk dat zorgverleners vinden dat er onvoldoende trainingen worden georganiseerd. Daarnaast geven enkele zorgverleners aan dat hun leidinggevenden ook getraind moeten worden om met ongewenst gedrag om te gaan.

"En ik denk dat dan zeker de verantwoordelijke ook daar moet zijn. Zodat die ook een klein beetje meer doorhebben." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

"En eigenlijk zouden de leidinggevende meer moeten getraind zijn om die dingen op te volgen dan achter een bureau te zitten en dingen op te lossen, zagezegd, maar gewoon niet meer te weten van wat gebeurt er op de werkvloer allemaal." (Respondent 7, verpleegkundige)

Ten slotte verklaren enkele zorgverleners dat ze bij vervangingen onvoldoende worden ingelicht door hun leidinggevenden over het wangedrag. Een leidinggevende suggereert dat er een betere informatie-uitwisseling moet zijn tussen verschillende zorginstanties om in de toekomst de situatie van de patiënt beter in te schatten en bovendien een betere zorg aan te bieden.

"Is dat samenwerken en doorverwijzen tussen de verschillende diensten, dat daar qua uitwisseling van informatie, dat we daar op een of andere manier, met inachtnaam van de

GDPR-wetgeving, wel beter kunnen doorverwijzen. Met andere woorden, dat we meer informatie verkrijgen bij opstart en ter bewapening van onze basised medewerkers die dan in die situatie terechtkomen. Dus daar zou ik durven denken dat daar nog heel wat werk aan de winkel is om rond die klant ons goed te organiseren. Om bij opstart een heel mooi en goed beeld te krijgen, om de juiste zorg voor die klant te kunnen geven.” (Respondent 13, leidinggevende)

Met behulp van de resultaten kan geconcludeerd worden dat zorgorganisaties verschillende maatregelen nemen om direct en indirect met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. De maatregelen kunnen plaatsvinden op verschillende niveaus: voor, tijdens en na het plaatsvinden van het gedrag. Ze worden al dan niet wettelijk verplicht door de overheid. Naast de bestaande maatregelen zijn er nog tal van mogelijkheden die in de toekomst genomen kunnen worden. Na het bestuderen van de copingmechanismen van de zorgverleners en de organisatorische maatregelen is het belangrijk om de impact hiervan te kennen.

4.4. Impact van copingmechanismen en organisatorische maatregelen

In dit onderdeel wordt onderzocht welke impact copingmechanismen en organisatorische maatregelen hebben op het welzijn van zorgverleners na het ervaren van ongewenst patiëntengedrag. Akbar et al. (2017) spreken over een grijze uitkomst van coping, waarbij de resultaten van het copingproces zowel positief als negatief kunnen zijn. Hoewel uit de resultaten van de interviews ook positieve gevolgen naar voren komen, blijkt dat de impact van het wangedrag vooral is gericht op de negatieve gevolgen voor zorgverleners.

4.4.1. Positieve impact

Als eerste kan er sprake zijn van positieve impact van coping. Volgens Akbar et al. (2017) is er dan sprake van stressvermindering en innerlijke rust. Wanneer zorgmedewerkers zich gesteund en gehoord voelen door hun leidinggevenden voelen zij zich op korte termijn meer zelfzeker om met het wangedrag om te gaan. Een respondent geeft aan dat ze door de steun van haar leidinggevende de moed vond om voor zichzelf op te komen.

"Doordat ik de nieuwe verantwoordelijke heb gekregen, was ik zo sterk in mijn schoenen. Die belden mij. Ik ben daar naartoe gegaan en toen heb ik het wel gedaan. En dat maakte mij zo... dat deed mij zo goed dat ik dat kon uitzetten. En ik heb die deur gesloten, ben vertrokken. En dat deed mij goed. En achteraf heeft de verantwoordelijke ook met mij daarover gesproken.” (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Op lange termijn ervaren zorgmedewerkers professionele ontwikkeling en persoonlijke groei door het omgaan met het ongewenst gedrag. Zorgverleners geven aan dat ze door hun ervaringen gegroeid zijn in hun werk. Doorheen hun werkervaring worden ze weerbaarder en kordater en leren ze hun grenzen beter te stellen. Bovendien getuigen verschillende respondenten dat ze hebben geleerd om het wangedrag minder persoonlijk te nemen dan vroeger. Deze persoonlijke groei draagt bij aan stressreductie en innerlijke rust.

"In het begin, moet ik eerlijk zeggen, dan ga je het bij jezelf zoeken, '[...] Heb ik iets verkeerd gedaan of gezegd om dat uit te lokken, dit gedrag'. En naarmate uw maturiteit in je werk dan weet je waar je staat als verpleegkundige. En dan voel je ook beter aan van, 'Wat is hiervan werkelijk gebeurd?' Natuurlijk heeft dat een emotionele weerslag, maar ja, je moet dat toch proberen van je af te zetten. Je kunt dat niet meenemen naar iedere patiënt." (Respondent 10, verpleegkundige)

4.4.2. Negatieve impact

Als tweede kan er een negatieve impact ontstaan ten gevolge van het ongewenst gedrag en hoe ermee omgegaan wordt. Het kan leiden tot beroepsmatige schade (Akbar et al., 2017). Deze impact kan zich direct uiten op korte termijn of geleidelijk toenemen en op langere termijn invloed hebben. In de volgende resultaten worden de gevolgen besproken in de volgorde van korte naar lange termijn. Hoewel het verkrijgen van steun een positieve impact heeft, werd eerder aangetoond dat het gebrek aan steun negatieve gevolgen heeft. Het leidt niet alleen tot onderrapportage, maar het zorgt er ook voor dat zorgverleners zich alleen, ongehoord en in de steek gelaten voelen.

"Nu, gelijk ik daarstraks zei, gewoon serieus nemen. Allee, begrijpen dat iedereen andere grenzen heeft en ook al doen ze er niks aan, maar dat jij gewoon het idee hebt dat je gehoord wordt... En dat je gerespecteerd wordt, ook dat wat je gezegd hebt. Dat is ook al heel anders dan dat ze het gewoon weglachen, want dan voel je je precies zo van... Ben ik dan de flauwe?" (Respondent 5, verpleegkundige)

"Ik was niet sterk genoeg om daar tegenin te gaan. Omdat mijn leidinggevende mij er ook niet in steunde. Ik voelde mij alleen. Ik voelde me heel zwak en heel alleen." (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Een ander gevolg dat uit de onderzoeksresultaten blijkt, is dat de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener verslechtert. De relatie verandert enerzijds doordat de zorgverlener minder geneigd is om gesprekken aan te gaan met de patiënt of om aanvullende zorg te verlenen. Anderzijds verandert de relatie doordat de zorgverlener een blijvende angst ervaart om terug te keren naar de patiënt. Dit verhoogt het stressgehalte van de zorgverlener.

"Want als ik nu zou terug die ronde moeten opvangen en ik zou terug moeten komen, dat is terug met een bang hartje." (Respondent 14, verpleegkundige)

Eerder bleek dat sommige respondenten slechts eenmalig wangedrag van dezelfde patiënt ervaarden en anderen herhaaldelijk. Dit aanhoudend gedrag heeft negatieve gevolgen voor zorgverleners, zoals stress en een vermindering van het werkplezier.

"Je probeert daar toch altijd een beetje een uitleg aan te geven of een verantwoording in hun plaats te zoeken. Omdat je toch ergens iets weet van dit kan niet, dit mag niet. Uiteindelijk, tuurlijk heeft het een weerslag op je werk. Je gaat er altijd zo met een wrong gevoel binnen, dat gaat toch niet weer gebeuren." (Respondent 10, verpleegkundige)

"Telkens als ik die naam zag staan op mijn planning... Urgh. Ja. Dat was echt een teleurstelling. En... Ja. Dan was echt al van 's morgens wel bezig van 'urgh, nee, ik moet

daar seffens of namiddag naar toegaan en wat gaat het nu weer zijn?” (Respondent 15, verzorgende/ zorgkundige)

Vervolgens hebben een minder effectieve coping en een gebrek aan organisatorische ondersteuning een negatieve impact op het psychologisch welzijn van de zorgverlener. Een respondent geeft aan dat ze haarzelf verloor door het aanhoudend gedrag van een patiënt. De negatieve emotionele coping die zij hanteerde, zorgde ervoor dat ze negatieve gevoelens meenam naar haar andere patiënten en zelfs naar haar persoonlijke leven. Het gevoel werd aangewakkerd doordat ze geen steun ervaarde van haar leidinggevende.

"Ik voelde mij alleen, dat was al één. Ik voelde over mij gelopen. Ik voelde mij... Ik voelde net of ik gepest werd door... Ik voelde mij echt heel zwak. Ik had... Ik was ook mezelf niet meer. Als die dag eraan kwam... De dag ervoor was ik heel opgejaagd. De dag zelf had ik... werkte ik dat op de kinderen uit, 'blijf, kom niet te dicht in mijn buurt'. [...] Bij hun was dat ook geen parfum meer, geen haarlak. Dat ging zo ver. Ik was helemaal mezelf niet meer (Respondent 11, verzorgende/ zorgkundige)

Een andere vorm van emotioneel gerichte coping toonde aan dat verschillende respondenten oppervlakkig acteren tijdens wangedrag. Ze verdringen hun echte emoties tegenover de patiënten. Dit kan leiden tot emotionele dissonantie. Op lange termijn zorgt emotionele dissonantie voor burn-out (Pugh et al., 2010). Een respondent spreekt over haar burn-out als gevolg van onder meer ongewenst gedrag van verschillende patiënten. Daarnaast hielpen haar eigen copingmechanismen niet en ondervond ze weinig steun van haar leidinggevend, zelfs na haar uitval.

"Ik kwam daar drie keer per week. Soms dan was dat zo... Eén dag wel, een dag verademen, maar dan had ik weer een andere stress. [...]. Daardoor ben ik ook in mijn burn-out gegaan, omdat ik 's nachts niet meer sliep, doordat ik altijd naar een moeilijke moest." (Respondent 2, verzorgende/ zorgkundige)

Ten slotte kan het gebrek aan steun leiden tot het verloop van zorgmedewerkers. Een respondent getuigt dat ze zodanig weinig steun ervaarde, dat ze ervoor koos om afstand te nemen van haar werk en een nieuwe job te zoeken.

"Ja. Maar jammer genoeg heb ik daarna afstand genomen van mijn werk. Ook gewoon omdat ik niet gehoord werd door mijn leidinggevende." (Respondent 7, verpleegkundige)

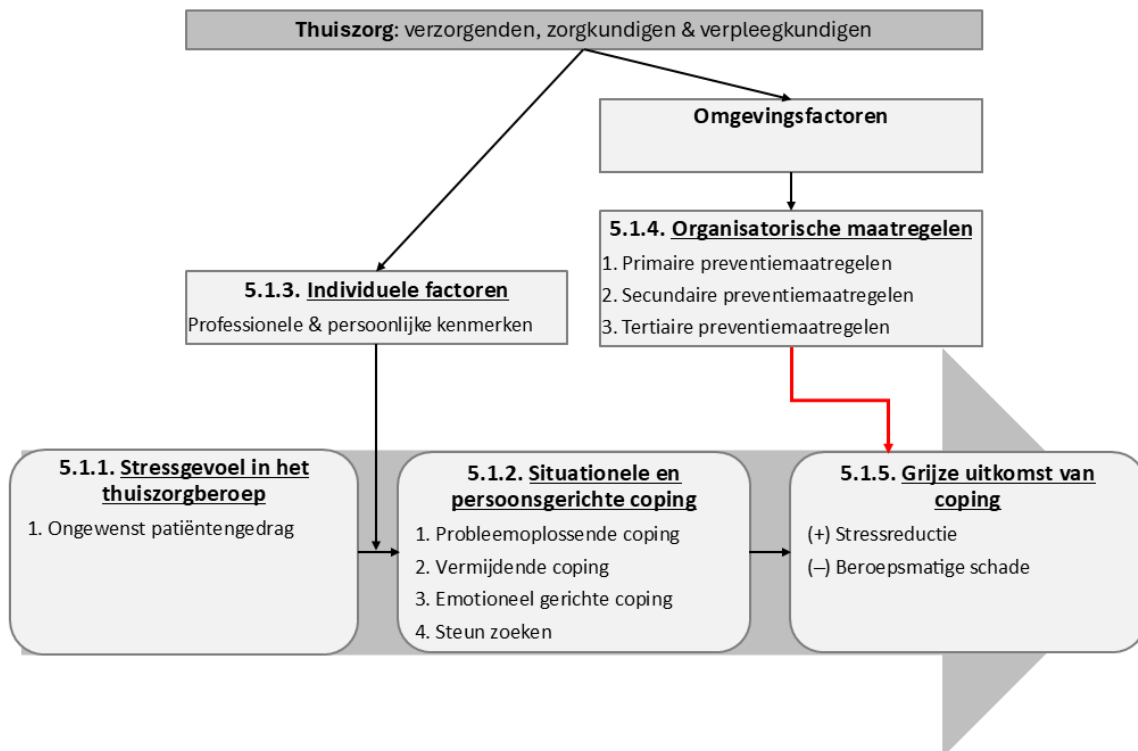
Niet alleen het ongewenst patiëntengedrag heeft een invloed op het welzijn van zorgverleners, ook de copingmechanismen die ze toepassen en de organisatorische maatregelen hebben invloed op het welzijn en het werk dat ze doen. De impact kan zowel positief als negatief zijn en het kan op korte en langere termijn plaatsvinden.

5. Discussie

Deze masterproef onderzoekt hoe thuiszorgmedewerkers ongewenst patiëntengedrag ervaren en welke acties ze als effectief beschouwen. In dit hoofdstuk worden de resultaten uit dit onderzoek gekoppeld aan de bestaande literatuur. Vervolgens worden de beperkingen en de pistes voor toekomstig onderzoek besproken. Tot slot volgt een bespreking van de praktische implicaties.

5.1. Theoretische implicaties

In de literatuurstudie werd het model van Akbar et al. (2017) toegelicht over het copingproces van verpleegkundigen bij stress op het werk. Via de resultaten uit dit onderzoek wordt het model aangepast naar een model dat specifiek gericht is op het copingproces van thuiszorgmedewerkers bij stress door ongewenst patiëntengedrag. Het aangepast model van Akbar et al. (2017) wordt weergegeven in Figuur 3. Het oorspronkelijke model van Akbar et al. (2017) bespreekt de individuele en omgevingsfactoren die invloed hebben op het copingproces onder één noemer, maar het aangepaste model maakt een opsplitsing tussen deze factoren.



Figuur 3: Copingproces van thuiszorgmedewerkers bij stress door ongewenst patiëntengedrag (Aangepast o.b.v. Akbar et al., 2017)

Het model toont het copingproces dat start bij het stressgevoel van thuiszorgmedewerkers dat ontstaat door ongewenst patiëntengedrag. Zij reageren hierop met behulp van situationele en persoonsgerichte copingmechanismen. Het verband tussen het stressgevoel en het copingproces wordt beïnvloed door de individuele factoren van zorgverleners. De uitkomst van het proces wordt beïnvloed door omgevingsfactoren waarbij uitdrukkelijk wordt gekeken naar organisatorische maatregelen. Dit alles leidt naar een grijze uitkomst van coping. De discussiesectie bespreekt dit model door de resultaten uit dit onderzoek te koppelen aan de bevindingen uit de literatuur.

5.1.1. Stressgevoel in het thuiszorgberoep

Uit de interviews blijkt dat thuiszorgmedewerkers om uiteenlopende redenen stress ervaren binnen hun beroep, zoals een te hoge werkdruk. Deze stressfactoren worden niet uitvoerig besproken omdat het belangrijker is om te focussen op ongewenst patiëntengedrag. De literatuur toont namelijk aan dat ongewenst patiëntengedrag een belangrijke stressor is, maar dat onderzoek ernaar beperkt blijft. Het is een toenemend probleem waar weinig bewustzijn rond bestaat (Lim et al., 2022). Ook de interviews tonen aan dat ongewenst gedrag een belangrijke stressor is.

Onderzoekers zoals Echeverri et al. (2012) en Lovelock (1994) stellen dat ongewenst gedrag opzettelijk is. Dat is echter niet altijd het geval in de thuiszorgcontext. Ongewenst patiëntengedrag kan ook plaatsvinden op een onopzettelijke wijze door cognitieve beperkingen zoals dementie. Daarom is het zinvoller om het perspectief van het slachtoffer van het gedrag te onderzoeken dan de intentie van de agressor. Zoals Kim en Meister (2023) stellen in hun onderzoek, maakt deze benadering het ook mogelijk om subtiele en onbewuste vormen van ongewenst gedrag te herkennen.

Volgens de antwoorden uit de interviews blijkt dat het wangedrag zowel eenmalig als herhaaldelijk kan plaatsvinden. De bevindingen sluiten het dichtst aan bij de algemene definitie van Harris en Reynolds (2003), die spreken over opzettelijk en onopzettelijk disfunctioneel klantengedrag. Verder sluit het ook dicht aan bij de definitie over geweld en intimidatie door derden van Pillinger (2022) dat aangeeft dat het geweld zowel eenmalig als systematisch kan voorvallen en verschillende vormen kan aannemen. Uit dat onderzoek blijkt ook dat ongewenst gedrag zowel in de privéomgeving van de patiënt kan plaatsvinden als in openbare ruimtes, zoals wanneer de thuiszorgmedewerker boodschappen doet met de patiënt, wat ook overeenstemt met de bevindingen.

Zoals de definitie laat uitschijnen, kan ongewenst patiëntengedrag bestaan uit diverse vormen. Na analyse van de interviews werden er vijf grote categorieën geïdentificeerd, namelijk verbaal ongewenst gedrag, fysiek geweld, seksuele intimidatie, overparticipatie en onderparticipatie. In de literatuur wordt ook een zesde vorm benoemd, namelijk het misbruik van eigendommen (Harris & Reynolds, 2004), maar deze vorm werd niet gerapporteerd door de bevraagde respondenten. Dit kan doordat de vorm zelden voorkomt of omdat zorgverleners het irrelevant vinden om het te vertellen.

De eerste vorm van ongewenst gedrag is verbaal ongewenst gedrag. In de literatuur werd het benoemd als psychologisch geweld (International Labour Office et al., 2002). De subcategorieën die uit de resultaten naar voren komen, stemmen grotendeels overeen met de categorieën van Greer (2015), namelijk boosheid en schreeuwen, dreigen en schelden, persoonlijke aanvallen en seksuele opmerkingen. Naast deze subcategorieën werd er ook een categorie ontdekt die niet in de literatuur vermeld wordt, namelijk dominant taalgebruik. Hierbij stelt de patiënt op een brutale manier eisen die de zorgverlener niet mag of kan waarmaken. De oorzaak van dit gedrag ligt mogelijk in lijn met de klantensoevereiniteit (Korczynski & Evans, 2013). De literatuur geeft aan dat patiënten mondiger en veeleisender worden en zich meer als 'klant' gaan gedragen. Ze willen de autonomie bewaren over de zorg die ze krijgen (Departement Zorg, 2013; Pronk, 2005; Putters, 2010). Deze bevindingen komen overeen met de resultaten uit de interviews. Daarnaast werd er in het empirisch onderzoek onder het subtype 'persoonlijke aanvallen' gesproken over discriminatie en racisme. Ook deze vormen werden niet vermeld in de literatuur.

De tweede vorm van ongewenst gedrag is fysiek geweld. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er twee subcategorieën zijn. Enerzijds is er fysieke intimidatie, waarbij de patiënt de persoonlijke ruimte van de zorgverlener ondermijnt, anderzijds is er agressief fysiek contact waarbij de patiënt effectief stamp, slaat, spuugt of met voorwerpen gooit. Deze categorieën komen overeen met de bevindingen van Greer (2015). Fysiek geweld kan plaatsvinden in milde vormen tot extreme vormen waarbij de zorgverlener effectief verwondingen oploopt.

De derde vorm is seksuele intimidatie. Wright et al. (2022) gaven aan dat deze vorm zowel seksuele opmerkingen als criminele aspecten van seksueel misbruik omvatten. Vento et al. (2020) stellen dat gezondheidspersoneel het vaakst in contact komt met verbaal geweld en bedreigingen en het minst vaak met seksuele intimidatie. Desondanks spraken de respondenten het vaakst over seksuele intimidatie. Dit zou verklaard kunnen worden doordat er uitsluitend vrouwelijke respondenten deelnamen aan de interviews. Vervolgens stelt Greer (2015) dat dienstverleners meerdere varianten van ongewenst gedrag gelijktijdig kunnen ervaren. Uit de interviews blijkt dat dit frequent voorkomt bij gevallen van seksuele intimidatie waarbij seksuele opmerkingen samengaan met seksuele fysieke handelingen zoals ongewenste aanrakingen of pogingen om de zorgverlener te kussen. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat seksuele intimidatie ook kan bestaan uit het bekijken van pornografisch materiaal in de aanwezigheid van de zorgverlener. Deze vorm kreeg in de literatuur weinig aandacht, maar werd door meerdere respondenten ervaren.

De vierde vorm is overparticipatie (Greer, 2015). Uit de resultaten blijkt dat er sprake kan zijn van patiënten die profiteren van de zorgverlener om het contact met de zorgverlener langer te laten duren door hen op het laatste moment nog extra zorgtaken op te leggen. Dit komt overeen met het subtype gratis service-interactie van Greer (2015). Daarnaast kan er sprake zijn van het subtype kosteloze persoonlijke interacties (Greer, 2015), waarbij de patiënten vriendschappen proberen te sluiten met de zorgverleners. In het empirisch onderzoek uitte dit zich door de zorgverlener op ongepaste momenten telefonisch te benaderen om overbodige persoonlijke informatie te delen. In sommige situaties kunnen patiënten verliefde gevoelens ontwikkelen voor de zorgverleners. Deze verliefdheid kan in uiterste gevallen overgaan in seksuele intimidatie. Dit toont aan dat vormen van ongewenst gedrag in elkaar kunnen overlopen.

De laatste vorm is onderparticipatie (Greer, 2015). De bevindingen uit dit onderzoek komen overeen met de vorm 'niet-meewerkende klanten' van Bitner et al. (1994). In die context weigeren de patiënten mee te werken met de zorgverlener. Het empirisch onderzoek voegt nog subtypes van onderparticipatie toe, namelijk noodzakelijke informatie verzwijgen of erover liegen. Verder spraken sommige zorgverleners ook over patiënten met een slechte hygiëne die zich weigeren te wassen. Deze subcategorie werd niet vermeld in de literatuur. Desondanks beschrijven Gursoy et al. (2017) een vergelijkbare vorm onder de noemer 'slechte hygiënische omgangsvormen' waaronder klanten met een onaangename lichaamsgeur vallen.

Thuiszorgmedewerkers ervaren op hun werk uitdagende werkomstandigheden, waaronder verschillende vormen van ongewenst patiëntengedrag. Dat draagt bij aan de stress die zorgmedewerkers ervaren tijdens hun beroep in de thuiszorg. Daarbij wordt er van hen verwacht dat ze hun emoties beheersen en dat ze professioneel blijven. In de literatuur valt dit onder de noemer 'emotionele arbeid'. Ook dat leidt tot een verhoogd stressgehalte (Delgado et al., 2017).

5.1.2. Situationele en persoonsgerichte coping

Ongewenst patiëntengedrag draagt dus bij aan het stressgevoel van thuiszorgmedewerkers, daarom zullen ze copingmechanismen toepassen om met deze stress om te gaan. Akbar et al. (2017) spreken over situationele coping. De interviews tonen aan dat de reactie van zorgverleners op ongewenst patiëntengedrag zowel persoons- als situatieafhankelijk is, waardoor de term 'situationele en persoonsgerichte coping' meer gepast lijkt. Hoewel in de literatuurstudie vijf vormen van copingmechanismen staan beschreven, werden er slechts vier vormen opgenomen in de resultatensectie. De vorm 'preventieve monitoring van de situatie' werd niet benoemd tijdens de interviews. Dit komt mogelijk doordat zorgverleners dit copingmechanisme niet als een bewuste strategie herkennen of omdat het wangedrag onverwacht plaatsvindt. De besproken copingmechanismen zijn probleemoplossende coping of situationele controle van de situatie (Akbar et al., 2017), vermijdende coping, emotioneel gerichte coping of zelfbeheersing (Akbar et al., 2017) en steun zoeken.

Allereerst is er de probleemoplossende coping of situationele controle zoals het in het oorspronkelijk model van Akbar et al. (2017) genoemd wordt. Uit de bevindingen blijkt dat deze coping het meest voorkomend is. Bij deze coping zullen zorgverleners de patiënt confronteren met het gedrag en hun grenzen aangeven om proactief met de dreiging om te gaan (Lazarus & Folkman, 1984). Sommige zorgverleners proberen de patiënt duidelijk te maken hoe de zorgverlening wordt uitgevoerd. Dit sluit sterk aan met de 'situationele tactiek' van Echeverri et al. (2012) en 'het onderwijzen van de onwetende klant' van Rouquet en Suquet (2020). Daarbovenop ontwikkelden sommige zorgverleners eigen oplossingen om escalatie van het gedrag te voorkomen, zoals de patiënt tot tien laten tellen om opkomende woede-uitbarstingen te voorkomen. Dit komt overeen met de actieve coping van Carver et al. (1989), waarbij de zorgverlener bewuste stappen zet om het ongewenst gedrag te verminderen. Volgens de literatuur kan deze tactiek zowel effectief als niet-effectief zijn (Akbar et al., 2015), wat overeenkomt met de bevindingen uit de interviews.

Ten tweede is er het vermijden van de situatie (Akbar et al., 2017). Dit werd in de resultatensectie benoemd als vermijdende coping. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat deze coping kan optreden op verschillende niveaus, van kleine gedragsaanpassingen tot het volledig terugtrekken uit de situatie. Deze verschillende niveaus werden niet vermeld in de literatuur. De mildste vorm van vermijden is korter op de bal gaan spelen en alerter zijn door bijvoorbeeld meer aandacht te besteden aan signalen van de patiënt of aangepaste kledij. Een tweede subtype is patiëntvermijdend gedrag, zoals beschreven door Arnetz en Arnetz (2001) en de gedragsmatige terugtrekking van Carver et al. (1989). Bij dit niveau neemt de zorgverlener afstand van de patiënt door bijvoorbeeld minder diepgaande gesprekken te voeren. Een volgend subtype is zich kortstondig terugtrekken uit de situatie om even tot rust te komen, wat overeenkomt met de mentale terugtrekking van Carver et al. (1989). Voorbeelden zijn taken uitvoeren in een andere ruimte of langer naar het toilet gaan. Vervolgens kan de zorgverlener zich volledig terugtrekken uit een onveilige situatie door te vertrekken. Dit subtype van vermijden kan eenmalig zijn, waarna de zorgverlener de volgende werkdag terugkeert. Na een ernstig voorval kan de zorgverlener zich echter permanent uit de situatie terugtrekken en niet meer terugkeren naar de patiënt. Dan is er sprake van het laatste subtype van vermijdende coping. Ondanks dat het merendeel van de bevroagde zorgverleners aangaf dat ze dit

copingmechanisme toepassen, verklaren Carver et al. (1989) dat dit disfunctionele coping is en het ongewenst gedrag niet of onvolledig oplost. Ook uit de interviews blijkt dat vermijden niet altijd effectief is en dat het een negatieve impact kan hebben op de relatie met de patiënt.

Ten derde blijkt uit de interviews dat er sprake is van emotioneel gerichte coping. Deze vorm komt overeen met de vorm 'zelfbeheersing' van Akbar et al. (2017). Akbar et al. (2015) beschrijven dat verschillende subtypes, waaronder positief denken, stilte en huilen. In de interviews komen nog andere subtypes aan het licht. Een eerste subtype is het oppervlakkig acteren (Ashforth & Humphrey, 1993), waarbij zorgverleners hun echte emoties, zoals angst en woede, niet tonen. Een tweede subtype betreft negatieve emotionele coping, waarbij zorgverleners op een negatieve manier omgaan met de situatie zonder deze effectief te verwerken. Daartegenover staat positieve emotionele coping waarbij zorgverleners aardig en begripvol blijven (Stanisławski, 2019). Vervolgens lasten sommige zorgmedewerkers bewust een rustpauze in om stress los te laten en zich voor te bereiden op de volgende patiënt door bijvoorbeeld in de auto naar muziek te luisteren. Tot slot kunnen ze ervoor kiezen om het gedrag te tolereren of te accepteren en geen pogingen te doen om het gedrag te veranderen (Carver et al., 1989; Rouquet en Suquet, 2020). Uit de resultaten blijkt dat deze coping zowel effectief als niet effectief kan zijn, wat overeenkomt met de literatuur (Akbar et al., 2015).

Als laatste kunnen zorgverleners steun zoeken. Dit komt ook overeen met de vorm 'hulp zoeken bij anderen' van Akbar et al. (2017). Ze zoeken vooral steun bij hun leidinggevenden en collega's. Carver et al. (1989) onderscheiden twee soorten vormen van steun: instrumentele sociale steun en emotionele sociale steun. Uit de interviews blijkt dat zorgverleners hun collega's contacteren voor zowel instrumentele als emotionele sociale steun. Wanneer de zorgverleners hun leidinggevenden contacteren, verwachten ze voornamelijk emotionele sociale steun. Ze willen dat de leidinggevende naar hen luistert en hun probleem serieus neemt. Daarnaast is steun zoeken bij hun leidinggevende situatie- en persoonsafhankelijk. Niet elke zorgverlener rapporteert incidenten van ongewenst gedrag even snel aan de leidinggevende. Zoals Good & Cooper (2016) verklaren, rapporteren zorgverleners voornamelijk informeel, bijvoorbeeld telefonisch. De bevraagde leidinggevenden zijn het er bijna allemaal over eens dat niet elk incident van ongewenst gedrag wordt gerapporteerd en dat er dus sprake is van onderrapportage (Findorff et al., 2005). Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de mate van steun die zorgverleners ervaren van hun leidinggevende een cruciale factor is in hun bereidheid om ongewenst gedrag te rapporteren.

Naast het rapporteren aan hun leidinggevenden vinden alle bevraagde zorgverleners soms ook steun bij hun collega's. Zorgverleners nemen het vaakst contact op met hun collega's om te ventileren over de situatie en bevestiging te krijgen dat anderen gelijksoortige ervaringen meemaken, zoals ook blijkt uit het onderzoek van Bailey en McCollough (2000). Daarnaast nemen zorgverleners ook contact op met collega's om actief naar een oplossing te zoeken. Uit de resultaten blijkt dat onderling patiënten wisselen de meest voorkomende oplossing is. De literatuur stelt dat steun zoeken een doeltreffende coping is (Akbar et al., 2015), maar uit de interviews blijkt dat zorgverleners niet altijd voldoende steun ervaren door hun leidinggevenden.

Zorgverleners kunnen dus verschillende copingmechanismen toepassen om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan. Welke ze toepassen, is situatie- en persoonsgebonden, maar hangt evenzeer af van de ondersteuning die ze ervaren van hun leidinggevenden.

5.1.3. Individuele factoren

Het aangepaste model toont dat de individuele factoren van thuiszorgmedewerkers een modererend effect hebben op de relatie tussen het stressgevoel van zorgmedewerkers en de copingmechanismen die ze hanteren. De manier waarop zorgverleners omgaan met stress wordt dus beïnvloed door persoonsgebonden kenmerken. De belangrijkste individuele factoren volgens Akbar et al. (2017) zijn professionele capaciteiten, persoonlijkheidskenmerken, motivatie en interesse. Volgens de literatuur is veerkracht een belangrijk persoonlijkheidskenmerk om met wangedrag om te gaan (Delgado et al., 2017). Dit kwam niet uitdrukkelijk ter sprake in de interviews doordat het niet uitvoerig bevestigd werd. Overeenstemmend met Akbar et al. (2017) blijkt uit de interviews dat ervaring een relevante individuele factor is die de copingmechanismen van thuiszorgmedewerkers beïnvloedt. In het begin van hun carrière gaan thuiszorgmedewerkers sneller op een negatieve manier om met ongewenst gedrag, maar ze leren er beter mee om te gaan naarmate ze meer ervaring opdoen.

5.1.4. Organisatorische maatregelen

Om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan, kunnen zorgverleners copingmechanismen toepassen, maar dit copingproces kan beïnvloed worden door omgevingsfactoren (Akbar et al., 2017). In dit onderzoek wordt enkel gefocust op organisatorische maatregelen als omgevingsfactoren, want uit de interviews blijkt dat maatregelen een belangrijke invloed hebben op het copingproces van thuiszorgmedewerkers.

Allereerst moeten thuiszorgorganisaties zich aan tal van wettelijke verplichtingen houden. De resultaten uit dit onderzoek komen grotendeels overeen met de bevindingen uit de literatuur. Het gaat over verplichtingen zoals een preventiebeleid, een risicoanalyse, een vertrouwenspersoon of een interne of externe preventieadviseur psychosociale aspecten. Zoals de literatuur weergeeft, kunnen organisaties een beroep doen op externe preventiediensten. De interviews tonen aan dat de meeste organisaties IDEWE raadplegen, een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. Daarnaast voegen de resultaten van dit onderzoek toe dat thuiszorgdiensten niet zomaar de zorg van misdragende patiënten kunnen stopzetten, maar dat ze de patiënt verplicht moeten doorverwijzen naar een andere organisatie. Dit wordt bepaald door de wet van 22 augustus 2002 over de rechten van de patiënt die stelt dat de patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle zorgverlening en door de kwaliteitswet van 22 april 2019 die stelt dat een zorgorganisatie de zorg mag stopzetten als het stappen onderneemt om de zorgcontinuïteit te garanderen (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2025).

Naast deze verplichte maatregelen kunnen organisaties ook zelf maatregelen invoeren. In de literatuurstudie werd er gekozen om de maatregelen tegen ongewenst patiëntengedrag onder te verdelen in drie categorieën gebaseerd op de preventieniveaus in de gezondheidszorg, namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventiemaatregelen (Stronks et al., 2022). Deze onderverdeling blijkt ook uit de resultaten van dit onderzoek.

Als eerste zijn er de primaire preventiemaatregelen die gericht zijn op het voorkomen van ongewenst patiëntengedrag. De resultaten tonen aan dat de meeste maatregelen enerzijds gericht zijn op het sensibiliseren van patiënten en anderzijds het weerbaar maken van zorgverleners. Het sensibiliseren

van de patiënten gebeurt via intakegesprekken om de situatie zo goed mogelijk in kaart te brengen. Deze gesprekken kunnen plaatsvinden met verschillende partijen, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft. Door middel van een informatiefolder willen organisaties ook gedragsnormen meedelen aan de patiënt die onder meer gaan over respect. Deze bevinding ondersteunt de literatuur die stelt dat organisaties verwachte gedragsnormen moeten definiëren voor de patiënt (Pina et al., 2022, Rosenstein, 2010). Het voorstel om bewustwordingsacties in te stellen (Recsky et al., 2023), werd niet besproken in de interviews. Een mogelijke reden is dat de problematiek nog niet erkend werd in de thuiszorgsector. Vervolgens geven verschillende onderzoekers aan dat zorgorganisaties de zorgverleners weerbaar kunnen maken tegen ongewenst gedrag met behulp van diverse trainingen (bv. Rosenstein, 2010). De bevindingen komen overeen met de resultaten uit het onderzoek van Wang en Wang (2017) die stellen dat trainingen gericht kunnen zijn op het verbeteren van sociale vaardigheden. Uit de interviews blijkt dat bestaande trainingen vooral gericht zijn op assertiviteit, grenzen bewaken en communicatie. Vervolgens wordt in de literatuur nog een derde maatregel besproken, namelijk het gericht aanwerven van personeel. Volgens de literatuur zijn zelfvertrouwen (Daunt & Harris, 2013), klantgerichtheid (Cheng et al., 2022), veerkracht en emotionele intelligentie (Delgado et al., 2017) belangrijke eigenschappen. Toch zijn de meningen uit de interviews verdeeld. Zorgorganisaties die gericht aanwerven, houden rekening met het voorkomen van sollicitanten en met hun mentale draagkracht om met wangedrag om te gaan. Desondanks is deze maatregel voor veel zorgorganisaties onmogelijk door het huidige personeelstekort in de zorg.

Als tweede zijn er de secundaire preventiemaatregelen die het doel hebben om de gevolgen van ongewenst gedrag te beperken. Deze maatregelen vinden plaats als het wangedrag zich voordoet. Volgens Duxbury & Whittington (2005) is de-escalatie een belangrijke manier om ongewenst patiëntengedrag af te remmen. Hieronder vallen strategieën zoals communicatie en zelfbeheersing (Hallett & Dickens, 2017). Volgens de interviews zijn er nog andere secundaire maatregelen.

In eerste instantie is het belangrijk dat de leidinggevende in gesprek gaat met de zorgverlener en tips geeft over hoe de zorgverlener het best moet handelen. Een bevraagde leidinggevende beschrijft een vijfstappenplan om corrigerende feedback te geven voor zorgmedewerkers: het gedrag benoemen, aangeven wat je voelt, het gevolg uitleggen, het verwachte gedrag aangeven en aangeven wat je zal doen als het ongewenst gedrag zich blijft herhalen. De eerste vier stappen komen overeen met de geweldloze communicatie (NVC) van Rosenberg (2015).

Vervolgens moeten leidinggevendenden ook in gesprek gaan met de patiënt om duidelijk aan te geven dat het gedrag niet past. Ook met de familieleden van de patiënt kan in gesprek gegaan worden, maar dit wordt volgens de resultaten te weinig gedaan. Bovendien moet de rest van het team ingelicht worden. Uit de resultaten blijkt dat deze stap soms wordt overgeslagen, waardoor een vervangende collega in dezelfde situatie terechtkomt. Bij ernstige of aanhoudende voorvallen van ongewenst gedrag kunnen leidinggevendenden ervoor kiezen om de zorgverlener weg te halen bij de patiënt en een personeelwisseling door te voeren. In sommige gevallen van ongewenst gedrag tegenover een vrouw kan doelbewust een mannelijke collega gestuurd worden, maar die werken slechts beperkt in de zorgsector (Wit-Gele Kruis, 2025). Een andere mogelijkheid kan zijn om twee zorgverleners te sturen naar de patiënt. Tot slot wordt bij zeer ernstige gevallen de zorg volledig

stopgezet, maar zoals de wet oplegt, is de organisatie verplicht om de patiënt over te dragen aan een andere organisatie.

Als laatste zijn er de tertiaire preventiemaatregelen die gericht zijn op het steunen van zorgverleners die in aanraking zijn gekomen met ongewenst patiëntengedrag. Uit de resultaten blijkt dat het belangrijk is om de nazorg aan te passen aan de behoeften van de zorgverlener. Daarbovenop is het belangrijk dat de leidinggevende meermaals contact opneemt met de zorgverlener om te horen hoe het gaat. Bij ernstige gebeurtenissen is het nodig om de zorgverlener door te verwijzen naar een vertrouwenspersoon of een psycholoog. De literatuur toont aan dat het gebrek aan steun negatieve gevolgen heeft voor het copingproces (Franz, 2010; Moss, 2017) en dat steun helpt om negatieve effecten van ongewenst patiëntengedrag op te vangen (Cheng et al., 2022). Dit komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Bovendien blijkt uit de interviews dat sommige zorgverleners onvoldoende steun ervaren van hun leidinggevendenden.

Organisaties kunnen verschillende maatregelen nemen om wangedrag aan te pakken. Niet alle maatregelen blijken even doeltreffend of mogelijk te zijn. Dit onderzoek voegt bijkomende maatregelen toe aan de maatregelen die beschreven werden in de literatuur.

5.1.5. Grijze uitkomst van coping

Het copingproces van Akbar et al. (2017) resulteert in een grijze uitkomst. Echter blijkt uit dit onderzoek dat de uitkomst niet alleen afhankelijk is van de eigen copingmechanismen van zorgverleners, maar vooral van de steun die zij ervaren van hun leidinggevendenden. Dit wordt in het aangepaste model weergegeven door de rode pijl. De grijze uitkomst betekent dat de resultaten van het copingproces zowel positief als negatief kunnen zijn. Volgens Akbar et al. (2017) resulteert de positieve impact in stressreductie en de negatieve impact in beroepsmatige schade. Dit blijkt ook uit de resultaten van dit onderzoek waar de impact diepgaander wordt uitgewerkt. Ondanks dat er ook positieve gevolgen naar voren komen, zijn de bevindingen voornamelijk gericht op de negatieve gevolgen van het proces.

Als eerste ervaren zorgverleners een positieve impact wanneer zij voldoende en oprechte steun ervaren van hun leidinggevendenden (Cheng et al., 2022). De resultaten tonen aan dat zij na het ervaren van steun meer zelfzeker zijn om met het gedrag om te gaan. Op lange termijn leren zorgverleners doorheen hun carrière beter om te gaan met ongewenst patiëntengedrag, waardoor persoonlijke ontwikkeling als een andere positieve impact kan worden beschouwd.

Als tweede kunnen zorgverleners een negatieve impact ervaren. Dit verergert door het gebrek aan steun (Franz et al., 2010). De resultaten tonen aan dat er verschillende gradaties zijn van beroepsmatige schade. Op korte termijn kunnen zorgverleners negatieve emoties ervaren, kan de relatie met de patiënt verslechteren en vermindert het werkplezier. Op lange termijn kan het een invloed hebben op het psychologisch welzijn van zorgverleners. In extreme gevallen leidt het tot burn-out of zelfs personeelsverloop. Volgens onderzoekers zoals Pugh et al. (2010) kan dit het gevolg zijn van emotionele dissonantie. Zowel dit onderzoek als de literatuur stellen dat dit kan leiden tot ontevredenheid over het werk, emotionele uitputting, verstoring van interacties met de patiënt, stress of een burn-out (Delgado et al., 2017; Morris en Feldman, 1996; Pugh et al., 2010).

5.2. Beperkingen en pistes voor toekomstig onderzoek

Dit onderdeel bespreekt de beperkingen van het huidige onderzoek en bekijkt welke pistes er zijn voor toekomstig onderzoek. Ten eerste werd er gekozen voor kwalitatief onderzoek om meningen, motivaties en ervaringen van de doelgroep te achterhalen. Het was niet de bedoeling om de bevindingen te generaliseren naar de hele populatie of om verbanden tussen variabelen te verklaren (Saunders et al., 2019). Een eerste suggestie voor toekomstig onderzoek is om over dit onderwerp een grootschalig kwantitatief onderzoek te voeren dat de effectiviteit van de copingmechanismen en de organisatorische maatregelen met numerieke waarden aantoont.

Ten tweede vormt de weinig diverse steekproef een beperking. De steekproef bestaat volledig uit vrouwen. Dit geeft de kans om in de toekomst onderzoek te doen naar genderverschillen, waarbij het onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd met mannelijke respondenten om vervolgens de resultaten te vergelijken. Daarnaast komen alle respondenten uit Midden- en Oost-Limburg in België, waardoor toekomstig onderzoek kan worden uitgebreid naar heel België. Dit geeft de kans om de mogelijke verschillen per provincie te onderzoeken. Ondanks dat er in de resultatensectie sprake was van racisme, namen er geen respondenten met een migratieachtergrond of kleur deel aan het onderzoek. Ook dit biedt de mogelijkheid om het onderzoek te herhalen met een meer diverse steekproef.

Vervolgens zijn er enkele theoretische beperkingen. Dit onderzoek focust op de effectiviteit van de mogelijke copingmechanismen en organisatorische maatregelen. Er wordt niet diepgaand onderzocht welke factoren het ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorg kunnen uitlokken. Daarom kan een toekomstige onderzoeksvraag gaan over welke intenties en behoeften het ongewenst patiëntengedrag tegen thuiszorgmedewerkers beïnvloeden. Verder toont het model van Akbar et al. (2017) aan dat het copingproces wordt beïnvloed door individuele en omgevingsfactoren. Individuele kenmerken werden slechts beperkt besproken. Een toekomstige onderzoeksvraag kan gaan over de bijdrage van professionele en persoonlijke kenmerken van thuiszorgmedewerkers aan het copingproces met ongewenst patiëntengedrag. Deze twee toekomstige onderzoeksthema's kunnen waardevolle inzichten bieden om ongewenst patiëntengedrag verder aan te pakken.

5.3. Aanbevelingen voor zorgorganisaties

Zoals besproken, zijn er verschillende vormen van ongewenst patiëntengedrag. In eerste instantie moeten zorgorganisaties op de hoogte zijn van de verschillende vormen van wangedrag en deze ook erkennen. Daarnaast is het belangrijk om te begrijpen en te aanvaarden dat grenzen subjectief zijn en kunnen verschillen per individu. Wanneer een leidinggevende een situatie niet als ernstig ervaart, blijft het noodzakelijk om empathie en begrip te tonen voor de beleving van de zorgverlener.

Het uiten van oprechte steun door leidinggevers blijkt zeer belangrijk te zijn. Het beïnvloedt welke copingmechanismen de zorgverleners zullen toepassen. Wanneer zorgverleners voldoende steun ervaren, zal dit hun zelfvertrouwen versterken om grenzen te stellen tegen het wangedrag en zullen ze meer geneigd zijn om effectieve copingmechanismen zoals positieve emotionele coping te hanteren. Daartegenover stimuleert het gebrek aan steun disfunctionele coping zoals vermijdende coping of negatieve emotionele coping. Bovendien leidt het tekort aan steun tot onderrapportage en ontevreden werkgevers. Gevolgen daarvan zijn personeelsverzuim of personeelsverloop. Daarom is

het aanbevelen om leidinggevendenden te trainen om de problematiek te begrijpen en op een empathische manier steun te bieden. Uit de resultaten blijkt dat zorgmedewerkers het belangrijk vinden om gehoord te worden door hun leidinggevendenden, waardoor deze trainingen ook gericht zijn op het versterken van hun luistervaardigheden.

Vervolgens blijkt ook dat organisaties verschillende, al dan niet verplichte, maatregelen kunnen nemen om ongewenst patiëntengedrag te voorkomen of aan te pakken. Iedere zorgverlener heeft andere behoeften, waardoor het belangrijk is om eerst in gesprek te gaan met de zorgverleners en te luisteren naar hun verwachtingen. Daarnaast is het essentieel dat zorginstellingen een specifiek beleid uitrollen gericht op ongewenst gedrag om maatregelen op een consistente manier toe te passen. Er zijn verschillende maatregelen die ze zelf al inzetten, maar ze kunnen ook nieuwe maatregelen toepassen zoals privacybescherming van zorgverleners of een knuffelbuddy aan huis voor patiënten die behoeften hebben aan fysiek contact. Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners minder stress ervaren van ongewenst gedrag naarmate ze meer ervaring hebben binnen hun beroep. Daarom kan er gewerkt worden met mentors, waarbij een minder ervaren zorgverlener advies krijgt van een ervaren zorgverlener. Bovendien is het aan te raden om een rapportagecultuur te stimuleren, waarbij het rapporteren van ongewenst gedrag intensief wordt aangemoedigd.

Momenteel vinden de bevroagde zorgverleners dat er te weinig trainingen worden georganiseerd over ongewenst patiëntengedrag. Daarom wordt er geadviseerd om halfjaarlijks een training te organiseren rond het thema. Enerzijds kunnen deze trainingen focussen op het creëren van bewustwording rond de problematiek en anderzijds kunnen de trainingen zich richten op het juist inzetten van functionele copingmechanismen en communicatievaardigheden. Vervolgens is het noodzakelijk om op regelmatige basis aan de zorgverleners te verduidelijken dat ze altijd bij de leidinggevende terecht kunnen. Verder is het ook nodig om herhaaldelijk communicatievaardigheden toe te lichten aan zorgverleners over hoe ze corrigerende feedback kunnen geven aan de misdragende patiënt. Door dit steeds te herhalen, zullen ze er sneller mee aan de slag kunnen gaan.

Ook in het bredere kader zijn er aanbevelingen. Alle respondenten gaven aan dat ze tijdens hun opleiding voor verzorgende, zorgkundige of verpleegkundige weinig tot geen opleidingen kregen over ongewenst patiëntengedrag en hoe ze ermee moeten omgaan. Voor zover we weten, wordt hier ook niets over vermeld in de literatuur. Daarom is het aanbevolen dat secundaire en tertiaire onderwijsinstellingen opleidingsonderdelen over ongewenst patiëntengedrag voorzien voor zorgopleidingen. Ze moeten meer inzetten om bewustzijn rond deze problematiek te creëren en lessen te organiseren rond bijvoorbeeld soft skills. De studie van Sancho-Cantus et al. (2023) toont het belang aan om soft skills, zoals conflicthantering en communicatie te integreren in verpleegkundige opleidingen. Het zou de patiënttevredenheid en zorgkwaliteit bevorderen en werkgerelateerde stress verminderen.

Ten slotte moet er een betere samenwerking ontstaan tussen verschillende zorgdiensten bij de opstart van of een doorverwijzing naar een thuiszorgdienst, met respect voor de GDPR-wetgeving. Het is noodzakelijk dat er beter gecommuniceerd wordt zodat zorginstellingen vanaf het begin een volledig en duidelijk beeld van de patiëntsituatie verkrijgen. Dit legt vanaf het begin aandachtspunten bloot zodat de zorgverlener zich beter kan voorbereiden. Op die manier wordt de veiligheid van de zorgverlener bewaakt en kan er meer kwaliteitsvolle zorg geboden worden aan de patiënt.

6. Conclusie

Om deze masterproef te beëindigen, zal in de conclusie een antwoord geformuleerd worden op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. De hoofdvraag was: "Hoe ervaren zorgmedewerkers in de thuiszorg ongewenst gedrag van patiënten en welke acties hiertegen beschouwen zij als effectief?" Om hierop een antwoord te vinden, wordt de vraag onderverdeeld in drie deelvragen.

6.1. Vormen van ongewenst patiëntengedrag

De eerste deelvraag is: "Wat zijn de meest voorkomende vormen van ongewenst patiëntengedrag in de thuiszorgsector op basis van ervaringen van zorgverleners?" Uit de resultaten blijkt dat de meest voorkomende vorm van ongewenst gedrag seksuele intimidatie is. Dit kan verklaard worden doordat de steekproef volledig bestond uit vrouwen. Zeven van de tien bevraagde zorgverleners spreken over seksuele aanrakingen door de patiënt. De volgende vorm is verbale agressie. Een opvallend subtype is dominant taalgebruik van de patiënt. Andere subtypes zijn boosheid, schelden, bedreigen, persoonlijke aanvallen en seksuele opmerkingen. Fysieke agressie is de derde vorm van ongewenst gedrag die vastgesteld werd. Hieronder vallen milde vormen zoals geen respect hebben voor de persoonlijke ruimte van de zorgverlener tot extreme vormen zoals het verwonden van de zorgverlener. Nog een andere vorm is overparticipatie, waarbij de patiënt probeert te profiteren van de zorgverlener of vriendschappelijke of romantische relaties probeert op te bouwen. De laatste besproken vorm is onderparticipatie, waarbij de patiënt weigert mee te werken met de zorgverlening en toch hoge eisen stelt of cruciale informatie achterhoudt. De inzichten in welke vormen van ongewenst patiëntengedrag thuiszorgmedewerkers ervaren, dragen bij aan het begrip en de erkenning van ongewenst patiëntengedrag.

6.2. Effectiviteit van copingmechanismen

De tweede deelvraag luidt: "Welke copingmechanismen worden door zorgmedewerkers toegepast en hoe ervaren zij de effectiviteit ervan?" De meest voorkomende coping is probleemoplossende coping. Hierbij gaan zorgverleners de patiënt confronteren met het gedrag of de patiënt zelfs onderwijzen hoe zich te gedragen. Hoewel dit de meest gebruikte strategie is, geven sommige zorgverleners aan dat het gedrag niet altijd volledig stopt en soms slechts tijdelijk stopt. Een tweede vaak gebruikte strategie is het vermijden van de situatie. Dit kan op verschillende manieren zoals het alerter optreden, afstand bewaren van de patiënt of het tijdelijk of volledig terugtrekken uit de situatie. Deze coping wordt door zorgverleners ervaren als minder effectief omdat dat het probleem onvolledig oplost. Veelal zorgt patiëntvermijdend gedrag voor een verslechtering van de relatie met de patiënt. Het derde copingmechanisme is emotioneel gerichte coping. Subtypes die door de zorgverleners als succesvol worden ervaren, zijn het loslaten van spanning en positieve emotionele coping. Ze zorgen ervoor dat zorgverleners dicht bij zichzelf blijven en incidenten kunnen relativeren. Subtypes van emotioneel gerichte coping die minder effectief zijn, zijn oppervlakkig acteren, negatieve emotionele coping en het gedrag tolereren. Oppervlakkig acteren kan leiden tot emotionele dissonantie, wat kan zorgen voor ontevredenheid over het werk en op lange termijn kan bijdragen aan het ontstaan van een burn-out. Het laatste copingmechanisme is steun zoeken bij zowel leidinggevenden als bij collega's. Enerzijds zoeken zorgverleners steun met als doel om te ventileren en anderzijds met als

doel om te zoeken naar oplossingen. Ondanks het bestaan van een meldknop verkiezen zorgverleners om telefonisch het ongewenst gedrag te rapporteren. Toch is er sprake van onderrapportage. De mate waarin zorgverleners incidenten rapporteren is voornamelijk afhankelijk van de steun die ze ervaren van hun leidinggevend. Deze bevindingen bieden inzichten in welke copingmechanismen thuiszorgmedewerkers toepassen om met ongewenst patiëntengedrag om te gaan en hoe doeltreffend ze zijn. Ze bieden handvaten voor de uitwerking van een ondersteuningsbeleid om zorgverleners beter met het wangedrag te laten omgaan.

6.3. Effectiviteit van organisatorische maatregelen

De laatste deelvraag is: "Welke maatregelen zetten thuiszorgorganisaties in en hoe ervaren zorgmedewerkers de effectiviteit ervan?" Allereerst legt de Belgische wetgeving maatregelen op zoals de welzijnswet, maar organisaties kunnen ook zelf maatregelen nemen. De eerste groep maatregelen, de primaire preventiemaatregelen, zijn gericht op het voorkomen van ongewenst patiëntengedrag. Deze maatregelen bestaan onder andere uit het sensibiliseren van patiënten door intakegesprekken en folders. Hoewel deze maatregelen helpen om de situatie te analyseren, blijkt uit het empirisch onderzoek dat een eenmalig intakegesprek hoogstwaarschijnlijk geen representatief beeld zal schetsen van de werkelijke omstandigheden. Een volgende maatregel is het gericht aanwerven van geschikte zorgverleners. Toch is deze maatregel niet mogelijk door het huidige personeelstekort in de zorgsector. Daarnaast is het ook belangrijk om aangeworven zorgverleners te blijven versterken in hun competenties. Bovendien moeten leidinggevend alle zorgverleners weerbaar maken tegen het gedrag door voldoende trainingen te organiseren. Momenteel worden er volgens de resultaten onvoldoende trainingen georganiseerd.

Bij de tweede groep maatregelen, de secundaire preventiemaatregelen, is het noodzakelijk dat de leidinggevend met alle betrokkenen in gesprek gaan. Allereerst moeten zij luisteren naar de zorgverlener en die tips en handvaten meegeven om met de misdragende patiënt om te gaan. Daarna moet er in gesprek gegaan worden met de patiënt en met de familie. Familieleden worden volgens de resultaten te weinig betrokken. Als laatste moeten ook de medecollega's geïnformeerd worden zodat zij niet in een vergelijkbare situatie terechtkomen. Volgens de resultaten gebeurt dit ook te weinig, waardoor de maatregel als niet-effectief wordt ervaren. Bij ernstige situaties of wanneer de voorgaande maatregelen niet helpen, kan er een personeelsswissel plaatsvinden of gaan zorgverleners per twee werken bij de patiënt. Hoewel het sturen van een man succesvol blijkt wanneer het ongewenst gedrag zich voordoet bij een vrouwelijke collega, werken er te weinig mannelijke zorgverleners in de zorg. Daardoor is de maatregel niet altijd haalbaar. Tot slot kan de zorg bij de misdragende patiënt volledig stoppen, maar dan moet de organisatie de patiënt overdragen aan een andere organisatie.

De derde groep maatregelen is gericht op nazorg. Hierbij moet de leidinggevende de zorgverlener steunen, de situatie opvolgen en in ernstige gevallen doorverwijzen. Deze maatregelen worden als effectief ervaren als de zorgverlener oprechte steun van de leidinggevende ervaart. Deze bevindingen geven inzichten in welke maatregelen doeltreffend zijn en bieden een basis voor het uitwerken van een beleid om ongewenst patiëntengedrag te bestrijden.

Samen geven de deelvragen een antwoord op de onderzoeksvraag. De belangrijkste conclusie is dat zorgverleners uiteenlopende grenzen hebben, waardoor ze ook andere opvattingen hebben over welke maatregelen nodig en effectief zijn. Desondanks is het aanbevolen om een duidelijk beleid uit te rollen om ongewenst patiëntengedrag aan te pakken. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de bestaande literatuur over ongewenst patiëntengedrag, aangezien er tot op heden, voor zover we weten, relatief weinig onderzoek is verricht binnen de thuiszorgcontext. Het biedt nieuwe inzichten over de vormen van ongewenst patiëntengedrag die zorgmedewerkers ervaren, de copingmechanismen die zij toepassen, de maatregelen die organisaties nemen en hoe die ervaren worden. Daarnaast is het onderzoek een bijdrage aan de bestaande theorie doordat het een bestaand copingmodel aanpast aan de specifieke context van ongewenst gedrag binnen de thuiszorg. Bovendien kunnen deze bevindingen zorgorganisaties helpen om de problematiek beter te begrijpen en er beter op in te spelen zodat de effectiviteit van de maatregelen zal verbeteren.

7. Bibliografie

- Akbar, R. E., Elahi, N., Mohammadi, E., & Khoshknab, M. F. (2015). What Strategies Do the Nurses Apply to Cope With Job Stress?: A Qualitative Study. *Global Journal Of Health Science*, 8(6), 55. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p55>
- Akbar, R. E., Elahi, N., Mohammadi, E., & Khoshknab, M. F. (2017). How Do the Nurses Cope with Job Stress? A Study with Grounded Theory Approach. *Journal Of Caring Sciences*, 6(3), 199–211. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.020>
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52(3), 417–427. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5)
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Ager, J., Luborsky, M., Upfal, M. J., Russell, J., & Essenmacher, L. (2015). Underreporting of Workplace Violence. *Workplace Health & Safety*, 63(5), 200–210. <https://doi.org/10.1177/2165079915574684>
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional Labor in Service Roles: The Influence of Identity. *Academy Of Management Review*, 18(1), 88. <https://doi.org/10.2307/258824>
- Bailey, J. J., & McCollough, M. A. (2000). Emotional Labor and the Difficult Customer: Coping Strategies of Service Agents and Organizational Consequences. *Journal Of Professional Services Marketing*, 20(2), 51–72. https://doi.org/10.1300/j090v20n02_05
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal Of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Belgische Federale Overheidsdiensten. (z.d.-a). *Thuiszorg*. Belgium. Geraadpleegd op 4 december 2024, van https://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische_diensten/thuiszorg
- Belgische Federale Overheidsdiensten. (z.d.-b). *Welzijn op het werk*. Belgium. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://www.belgium.be/nl/werk/gezondheid_en_welzijn/welzijn_op_het_werk
- Bitner, M. J., Booms, B. H., & Mohr, L. A. (1994). Critical service encounters: The employee's viewpoint. *Journal of marketing*, 58(4), 95. <https://doi.org/10.2307/1251919>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*.
- Booyens, I., Hadjisolomou, A., Nickson, D., Cunningham, T., & Baum, T. (2022). 'It's not a big deal': customer misbehaviour and social washing in hospitality. *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, 34(11), 4123–4141. <https://doi.org/10.1108/ijchm-10-2021-1310>
- Bouregghda, S., Van Santbergen, B., Dhaene, L., & Zorgnet-Icuro vzw. (2024). *Naar een veilige en respectvolle werkomgeving: 16 beleidsaanbevelingen voor de aanpak van agressie in de*

- zorg. Zorgnet-Icuro vzw. <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2024-07/2024%20agressie%20def.pdf>
- Brenner, H., & Chen, C. (2018). The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. *British Journal Of Cancer*, 119(7), 785–792. <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0264-x>
- Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P. M., Van Der Heijden, B. I. J. M., & Hasselhorn, H. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(1), 35–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013>
- Campbell, C. L., Burg, M. A., & Gammonley, D. (2015). Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggression And Violent Behavior*, 25, 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.014>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cheng, P., Jiang, J., Xie, S., & Liu, Z. (2022). Dysfunctional customer behavior influences on employees' emotional labor: The moderating roles of customer orientation and perceived organizational support. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.966845>
- CLB. (2025a). *Verpleegkundige*. Onderwijskiezer. Geraadpleegd op 26 april 2025, van https://www.onderwijskiezer.be/v2/beroepen/beroep_detail.php?beroep=37&tab=opleiding
- CLB. (2025b). *Werken in de zorg: verzorgende - zorgkundige*. Onderwijskiezer. Geraadpleegd op 26 april 2025, van https://www.onderwijskiezer.be/v2/beroepen/beroep_zorg.php
- D'Astous, A. (2000). Irritating Aspects of the Shopping Environment. *Journal Of Business Research*, 49(2), 149–156. [https://doi.org/10.1016/s0148-2963\(99\)00002-8](https://doi.org/10.1016/s0148-2963(99)00002-8)
- Daunt, K. L., & Harris, L. C. (2012). Motives of dysfunctional customer behavior: an empirical study. *Journal Of Services Marketing*, 26(4), 293–308. <https://doi.org/10.1108/08876041211237587>
- De redactie van Indeed. (2023, 26 september). *Wat is het verschil tussen verzorgende en zorgkundige?* Indeed. Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://be.indeed.com/carrieregids/een-job-vinden/verschil-verzorgende-zorgkundige>
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal Of Nursing Studies*, 70, 71–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- Departement Zorg. (2013). *De kracht van het engagement: De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk*. Luc Moens. <https://www.vlaanderen.be/publicaties/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk>

- Departement Zorg. (2025). *Overzicht zorgaanbod thuiszorg*. Geraadpleegd op 19 mei 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/overzicht-zorgaanbod-thuiszorg>
- Departement Zorg. (z.d.-a). *Hulp om langer thuis te kunnen blijven wonen*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/hulp-om-langer-thuis-te-kunnen-blijven-wonen>
- Departement Zorg. (z.d.-b). *Welke taken mag ik uitvoeren als zorgkundige?* Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://www.departementzorg.be/nl/welke-taken-mag-ik-uitvoeren-als-zorgkundige>
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal Of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Echeverri, P., Salomonson, N., & Åberg, A. (2012). Dealing with customer misbehaviour. *Marketing Theory*, 12(4), 427–449. <https://doi.org/10.1177/1470593112457741>
- Elst, T. V., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van Den Broeck, A., & Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542–556. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>
- Fan, G., Ma, Q., Liu, R., & Hao, J. (2012). *Why Customers Behave Badly? The Review of Antecedent Research on Customer Misbehavior* (Vol. 13, pp. 185–190). <https://doi.org/10.1109/ijcss.2012.47>
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (1996). *Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk*. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van [werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn op het werk/Regelgeving/Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.pdf](http://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Regelgeving/Wet%20van%204%20augustus%201996%20betreffende%20het%20welzijn%20van%20de%20werknemers%20bij%20de%20uitvoering%20van%20hun%20werk.pdf)
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-a). *Actiemiddelen van de werknemer: de interne procedure*. Geraadpleegd op 16 februari 2025, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/psychosociale-risicos-op-het-werk/actiemiddelen-van-de-werknemer-de>
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-b). *Codex over het welzijn op het werk: Boek I, titel 3: Preventie van psychosociale risico's op het werk*. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van [werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn op het werk/Regelgeving/Codex boek I titel 3 Preventie van psychosociale risico's op het werk.pdf](http://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Regelgeving/Codex%20boek%20I%20titel%203%20Preventie%20van%20psychosociale%20risico's%20op%20het%20werk.pdf)
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-c). *De preventieadviseur psychosociale aspecten*. Geraadpleegd op 16 februari 2025, van

<https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/psychosociale-risicos-op-het-werk/rol-en-statuu-t-van-de-actoren-4>

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-d). *Het preventiebeleid*. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/psychosociale-risicos-op-het-werk/het-preventiebeleid>

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-e). *Psychosociale risico's op het werk*. Geraadpleegd op 15 december 2024, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/psychosociale-risicos-op-het-werk>

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.-f). *Welzijn op het werk*. Geraadpleegd op 15 december 2024, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk?id=556#AutoAnchor0>

Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M. M., & Gerberich, S. G. (2005). Reporting Violence to a Health Care Employer: A Cross-Sectional Study. *Workplace Health & Safety*, 53(9), 399–406. <https://doi.org/10.1177/216507990505300906>

Fisk, R., Grove, S., Harris, L. C., Keefe, D. A., Daunt, K. L., Russell-Bennett, R., & Wirtz, J. (2010). Customers behaving badly: a state of the art review, research agenda and implications for practitioners. *Journal Of Services Marketing*, 24(6), 417–429. <https://doi.org/10.1108/08876041011072537>

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2025). *Wet "Rechten van de patiënt"* [Brochure]. Geraadpleegd op 21 mei 2025, van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_patiëntenrechten_-_16-01-2025.pdf

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-51>

Fullerton, R., & Punj, G. (2004). Repercussions of promoting an ideology of consumption: consumer misbehavior. *Journal Of Business Research*, 57(11), 1239–1249. [https://doi.org/10.1016/s0148-2963\(02\)00455-1](https://doi.org/10.1016/s0148-2963(02)00455-1)

Geurden, B., MPsych, E. F., Hartmann, M. L., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014). Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium. *International Journal Of Nursing Practice*, 21(5), 635–644. <https://doi.org/10.1111/ijn.12341>

Good, L., & Cooper, R. (2016). 'But It's Your Job To Be Friendly': Employees Coping With and Contesting Sexual Harassment from Customers in the Service Sector. *Gender Work And Organization*, 23(5), 447–469. <https://doi.org/10.1111/gwao.12117>

Greer, D. A. (2015). Defective co-creation. *European Journal Of Marketing*, 49(1/2), 238–261. <https://doi.org/10.1108/ejm-07-2012-0411>

- Gremler, D. D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal Of Service Research*, 7(1), 65–89. <https://doi.org/10.1177/1094670504266138>
- Gursoy, D., Cai, R., & Anaya, G. J. (2017). Developing a typology of disruptive customer behaviors. *International Journal Of Contemporary Hospitality Management*, 29(9), 2341–2360. <https://doi.org/10.1108/ijchm-08-2016-0454>
- Gutiérrez, F., Peri, J. M., Torres, X., Caseras, X., & Valdés, M. (2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal Of Research in Personality*, 41(5), 1032–1053. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.006>
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 75, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>
- Harris, L. C., & Daunt, K. (2013). Managing customer misbehavior: challenges and strategies. *Journal Of Services Marketing*, 27(4), 281–293. <https://doi.org/10.1108/08876041311330762>
- Harris, L. C., & Reynolds, K. L. (2003). The Consequences of Dysfunctional Customer Behavior. *Journal Of Service Research*, 6(2), 144–161. <https://doi.org/10.1177/1094670503257044>
- Harris, L. C., & Reynolds, K. L. (2004). Jaycustomer behavior: an exploration of types and motives in the hospitality industry. *Journal Of Services Marketing*, 18(5), 339–357. <https://doi.org/10.1108/08876040410548276>
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. International Labour Office. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf?sequence=1>
- IntFormalities (2024, 25 september). *Thuiszorg België: Krijg hulp aan huis*. Sociale-hulp. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://sociale-hulp.be/thuiszorg/>
- Ipsos. (2021). Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer: Brancherapportage Verpleging, verzorging en thuiszorg. In *PGGM&CO* (Nr. 20094394). Geraadpleegd op 28 mei 2025, van https://www.pggmenco.nl/media/n2rhpfpz/agressie-op-de-werkvloer -brancherapportage-verpleging-verzorging-en-thuiszorg_pggmenco-2.pdf
- Kim, J. Y., & Meister, A. (2022). Microaggressions, Interrupted: The Experience and Effects of Gender Microaggressions for Women in STEM. *Journal Of Business Ethics*, 185(3), 513–531. <https://doi.org/10.1007/s10551-022-05203-0>
- Korczynski, M., & Evans, C. (2013). Customer abuse to service workers: an analysis of its social creation within the service economy. *Work Employment And Society*, 27(5), 768–784. <https://doi.org/10.1177/0950017012468501>
- Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). *Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'*. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. [83](https://igvm-</p>
</div>
<div data-bbox=)

[iefh.belgium.be/sites/default/files/179 -
tekort aan verpleegkundigen en crisis van het zorgen voor.pdf](http://iefh.belgium.be/sites/default/files/179_tekort_aan_verpleegkundigen_en_crisis_van_het_zorgen_voor.pdf)

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- LeBlanc, M. M., & Kelloway, E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal Of Applied Psychology*, 87(3), 444–453. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.444>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals Of Medicine And Surgery*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
- Loo, P. T., Khoo-Lattimore, C., & Boo, H. C. (2021). How should I respond to a complaining customer? A model of Cognitive-Emotive-Behavioral from the perspective of restaurant service employees. *International Journal Of Hospitality Management*, 95, 102882. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2021.102882>
- López-Ros, P., López-López, R., Pina, D., & Puente-López, E. (2023). User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*, 9(9), e19495. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19495>
- McColl-Kennedy, J. R., Patterson, P. G., Smith, A. K., & Brady, M. K. (2009). Customer Rage Episodes: Emotions, Expressions and Behaviors. *Journal Of Retailing*, 85(2), 222–237. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2009.04.002>
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression And Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
- Milczarek, M. & European Agency for Safety and Health at Work. (2010). Workplace Violence and Harassment: a European Picture. In *EU-OSHA [Report]*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2802/12198>
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The Dimensions, Antecedents, and Consequences of Emotional Labor. *Academy Of Management Review*, 21(4), 986–1010. <https://doi.org/10.5465/amr.1996.9704071861>
- Moss, K. (2017). Disruptive patient behavior: balancing patient rights and protection for California emergency workers. *Journal of Health Care Finance*, 44(2).
- Norris, D. M., Gutheil, T. G., & Strasburger, L. H. (2003). This Couldn't Happen to Me: Boundary Problems and Sexual Misconduct in the Psychotherapy Relationship. *Psychiatric Services*, 54(4), 517–522. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.4.517>
- OSHA. (2010). *Healthcare: workplace violence*. Occupational Safety And Health Administration. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van <https://www.osha.gov/healthcare/workplace-violence>

- Pillinger, J. (2022). It's not part of the job: The role of social partners in preventing third-party violence and harassment at work. In *thirdpartyviolence.com*. https://www.thirdpartyviolence.com/files/ugd/549202_2bda18f0e69f46b294cbbd3055c29951.pdf#page=13.99
- Pina, D., Peñalver-Monteagudo, C. M., Ruiz-Hernández, J. A., Rabadán-García, J. A., López-Ros, P., & Martínez-Jarreta, B. (2022). Sources of Conflict and Prevention Proposals in User Violence Toward Primary Care Staff: A Qualitative Study of the Perception of Professionals. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.862896>
- Pompeii, L., Dement, J., Schoenfisch, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C., & Lipscomb, H. (2012). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal Of Safety Research*, 44, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.004>
- Pronk, E. (2005). De klant eist transparantie. *Medisch Contact*, 60 nr. 20, 840–842.
- Pugh, S. D., Groth, M., & Hennig-Thurau, T. (2010). Willing and able to fake emotions: A closer examination of the link between emotional dissonance and employee well-being. *Journal Of Applied Psychology*, 96(2), 377–390. <https://doi.org/10.1037/a0021395>
- Putters, K. (2010). *Zorgen waar het moet, ondernemen waar het kan*. <https://hdl.handle.net/1765/37754>
- Recsky, C., Moynihan, M., Maranghi, G., Smith, O. M., PausJenssen, E., Sanon, P., Provost, S. M., & Hamilton, C. B. (2023). Evidence-Based Approaches to Mitigate Workplace Violence From Patients and Visitors in Emergency Departments: A Rapid Review. *Journal Of Emergency Nursing*, 49(4), 586–610. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.002>
- Reynolds, K. L., & Harris, L. C. (2006). Deviant Customer Behavior: An Exploration of Frontline Employee Tactics. *The Journal Of Marketing Theory And Practice*, 14(2), 95–111. <https://doi.org/10.2753/mtp1069-6679140201>
- Reynolds, K. L., & Harris, L. C. (2009). Dysfunctional Customer Behavior severity: An Empirical examination. *Journal Of Retailing*, 85(3), 321–335. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2009.05.005>
- Rosenbaum, M. S., & Massiah, C. (2011). An expanded servicescape perspective. *Journal Of Service Management*, 22(4), 471–490. <https://doi.org/10.1108/09564231111155088>
- Rosenberg, M. B. (2015). *Nonviolent communication: A Language of Life* (3de editie). PuddleDancer Press.
- Rosenstein, A. H. (2010). Managing disruptive behaviors in the health care setting: focus on obstetrics services. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 204(3), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.899>

- Rouquet, A., & Suquet, J. (2020). Knocking sovereign customers off their pedestals? When contact staff educate, amateurize, and penalize deviant customers. *Human Relations*, 74(12), 2075–2101. <https://doi.org/10.1177/0018726720950443>
- Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Navas, M. B., Castellano-Rioja, E., & Ros, M. C. (2023). Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(6), 4901. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064901>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Methoden en technieken van onderzoek* (8ste editie). Pearson.
- Snyder, L. A., Chen, P. Y., & Vacha-Haase, T. (2007). The underreporting gap in aggressive incidents from geriatric patients against certified nursing assistants. *Violence And Victims*, 22(3), 367–379. <https://doi.org/10.1891/088667007780842784>
- Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A. J., & Smith, P. (2021). A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Safety And Health At Work*, 12(3), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2013). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(1), 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Stanisławski, K. (2019). The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>
- Stronks, K., Burdorf, A., Mölenberg, F. J. M., Kieft, J. C., Kremers, S., Assendelft, W. J. J., Mierau, J. O., Peters, L. L., de Wit, N. J., van der Ven, G. L., & Ballak, D. B. (2022). *Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? (NFU paper)*. NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. https://www.nfu.nl/sites/default/files/2022-07/22.01619_NFU_paper_preventie%27wat%20is%20het%20en%20hoe%20benutten%20we%20het%20optimaal%27.pdf
- Thuiscompagnie. (2023). Thuiscompagnie in een notendop. In *Opgroeien*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/2014_draaiboek_hfdstuk01.pdf
- Van Der Burgt, M., Van Mechelen-Gevers, E., & Hekkert, M. T. L. (2002). Thuiszorg. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 50–63). https://doi.org/10.1007/978-90-313-6544-9_7
- Van Ruysseveldt, J., Manshoven, J., De Witte, H., Bundervoet, J., & Open Universiteit. (2003). Stress en welzijn in de banksector. *Over.Werk*, 13–4, 174–178. https://research.ou.nl/ws/portalfiles/portal/10941660/JVR_stress_in_banken.pdf

- VBZV, & Veys, J. (2024). Conclusies jobtevredenheidsonderzoek onder thuisverpleegkundigen. In VBZV. <https://www.vbzb.be/page/630/2024/04/26/conclusies-jobtevredenheidsonderzoek-onder-thuisverpleegkundigen?originNode=828>
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.570459>
- Viottini, E., Politano, G., Fornero, G., Pavanelli, P. L., Borelli, P., Bonaudo, M., & Gianino, M. M. (2020). Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05084-x>
- Vlaams Expertisepunt Mantelzorg. (z.d.). *Samenwerken met mantelzorgers*. Mantelzorgers. Geraadpleegd op 22 mei 2025, van <https://www.mantelzorgers.be/nl/samenwerken-met-mantelzorgers>
- Volonnino, G., Spadazzi, F., De Paola, L., Arcangeli, M., Pascale, N., Frati, P., & La Russa, R. (2024). Healthcare Workers: Heroes or Victims? Context of the Western World and Proposals to Prevent Violence. *Healthcare*, 12(7), 708. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070708>
- Vlaamse overheid. (z.d.-a). *Gezinszorg en aanvullende thuiszorg*. Vlaanderen. Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/gezinszorg-en-aanvullende-thuiszorg>
- Vlaamse overheid. (z.d.-b). *Thuisverpleging*. Vlaanderen. Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/thuisverpleging>
- Vlaamse overheid. (z.d.-c). *Voorzieningen voor thuiszorg*. Vlaanderen. Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/voorzieningen-voor-thuiszorg>
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., & Linde, K. (2015). Aggression and Violence Against Primary Care Physicians. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0159>
- Wang, X., & Wang, H. (2017). How to survive mistreatment by customers. *International Journal Of Conflict Management*, 28(4), 464–482. <https://doi.org/10.1108/ijcma-11-2016-0089>
- Wit-Gele Kruis. (2025, 9 mei). *Zorgcijfers Vlaanderen*. Geraadpleegd op 19 mei 2025, van <https://jaarverslag2024.witgelekruis.be/zorgcijfers/>
- Wit-Gele Kruis. (z.d.). *Het voorschrift in de thuisverpleging, wanneer wel en wanneer niet?* Geraadpleegd op 4 december 2024, van <https://www.witgelekruis.be/het-voorschrift-de-thuisverpleging-wanneer-wel-en-wanneer-niet>
- Woolsey, L. K. (1986). *The Critical Incident Technique: An Innovative Qualitative Method of Research*. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/59733>

- Wright, M. T., Smith, D., Baird, C. S., & Ibrahim, J. E. (2022). Using the Theoretical Framework of Acceptability to understand the acceptability of e-training for nurse led prevention of unwanted sexual behaviour in Australia's residential aged care services. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 39(4). <https://doi.org/10.37464/2020.394.762>
- Yagil, D. (2008). When the customer is wrong: A review of research on aggression and sexual harassment in service encounters. *Aggression And Violent Behavior*, 13(2), 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.002>
- Yariv, E. (2011). Tools to Cope with Clients' Misbehavior: A Comparative Study. *Public Organization Review*, 12(1), 23–39. <https://doi.org/10.1007/s11115-010-0152-1>
- Zolkefli, Y. (2024). Managing Aggressive Behaviour in Healthcare: Balancing of Patients and Staff Interest. *Malaysian Journal Of Medical Sciences*, 31(3), 252–256. <https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.3.20>
- ZORG Magazine. (2025, 26 februari). 26 ziekenhuizen voeren campagne tegen agressie. Geraadpleegd op 24 mei 2025, van <https://zorgmagazine.be/26-ziekenhuizen-voeren-campagne-tegen-agressie/>
- Zuyderland. (2022). Ongewenst gedrag. <https://zuyderland.nl/ziekenhuis/kwaliteit-en-veiligheid/ongewenst-gedrag/>

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: Interviewleidraden

8.1.1. Inleidende tekst

Goedendag, ik ben Femke Iven, masterstudent aan de UHasselt. Bedankt dat u de tijd heeft genomen om deel te nemen aan dit interview. Dit gesprek is onderdeel van mijn onderzoek naar ongewenst gedrag van patiënten in de thuiszorg dat ik in het kader van mijn masterproef voer

Het doel van het onderzoek is om ervoor te zorgen dat er meer aandacht wordt besteed aan ongewenst patiëntengedrag en dat het probleem in de toekomst beter kan worden aangepakt in de thuiszorg. Daarom wil ik meer inzichten krijgen in de verschillende soorten ongewenst gedrag waar thuiszorgmedewerkers mee te maken krijgen, hoe ze hier zelf mee omgaan en in welke mate de werkgever ermee omgaat.

Het interview zal ongeveer een uur duren. Ik wil benadrukken dat er geen juiste of foute antwoorden zijn. Het gaat om uw ervaringen, meningen en visies. Ik ben geïnteresseerd in concrete voorbeelden en situaties uit uw praktijkervaring. U mag alles vertellen wat u relevant vindt.

Uw antwoorden zijn vertrouwelijk en anoniem en zullen enkel gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. Zoals ook vermeld in het informed consentformulier dat u heeft ontvangen.

Voor we beginnen zou ik graag willen vragen of ik dit gesprek mag opnemen? De opname wordt enkel gebruikt om het gesprek nauwkeurig te kunnen verwerken.

Heeft u op dit moment nog vragen?

8.1.2. Interviewleidraad 1 - Zorgmedewerkers

Inleiding

1. Wil u uzelf even voorstellen?
2. Wat houdt uw beroep in?
 - Welke dagelijkse taken voert u uit?
 - Wat zijn volgens u de belangrijkste kwaliteiten die iemand nodig heeft om uw werk goed te doen?
3. Waarom heeft u gekozen om uw beroep uit te oefenen?
 - Wat trok u aan in dit beroep?
4. Waarom heeft u gekozen om in de thuiszorgsector te werken?
 - Wat vindt u het meest waardevolle aan werken in de thuiszorg?
 - Waar situeren zich de grootste uitdagingen bij het werken in de thuiszorg?

Ervaring

5. Hoe ervaart u uw job?
 - Bent u tevreden met uw werk? Waarom wel/niet?
 - Wat zou u helpen om uw werk (nog) liever te doen?
6. Welke aspecten van uw job motiveren u?
7. Welke aspecten vragen energie?
8. Wat verstaat u onder ongewenst gedrag van patiënten?
→ **Aanvullen met welke vormen nog bestaan**

Ervaring 1

9. Kunt u een voorbeeld geven van het meest recente voorval van ongewenst gedrag door een patiënt dat u heeft meegemaakt?
 - Wat gebeurde er precies?
 - Hoe heeft u gereageerd op het moment van het voorval?
 - Hoe voelde u zich op het moment van het voorval?
 - Hoe reageerde de patiënt?
 - Heeft dit voorval invloed gehad op uw werk of hoe u naar uw werk kijkt?
 - Zo ja, op welke manier?
 - Welk effect heeft dit voorval op u gehad?
 - Hoe zou u het in de toekomst aanpakken?
 - In welke mate werd u door anderen ondersteund?
 - Wanneer heeft u deze ondersteuning gekregen?
 - Van wie kreeg u hulp? (Collega's, leidinggevenden of anderen?)
 - Op welke manier deed de hulp zich voor?
 - Hoe vaak komt dit soort gedrag voor?

Probleemgerichte coping

10. Als we terugkijken naar deze situatie, hoe heeft u de situatie aangepakt?
 - Welke stappen heeft u genomen om deze situatie met de patiënten op te lossen?
 - Op het moment zelf als achteraf
 - Welke impact had dit op u?
 - Heeft uw aanpak om deze situatie op te lossen geholpen? Leg uit waarom wel/niet?

Emotiegerichte coping

11. Welke emoties voelde u tijdens dit conflict met de patiënt?
 - Welke dingen deed u om positief te blijven na de lastige situatie met de patiënt?
 - Hoe ging u om met negatieve emoties die zijn ontstaan door het ongewenst gedrag van de patiënt?
12. Op welke manieren heeft u uzelf tijdelijk los kunnen koppelen van de negatieve situatie?
 - (Ontspanning, ventileren, afleiding)

- Zijn er activiteiten of routines die u helpen om te ontspannen na een moeilijke situatie?

Ervaring 2

13. Wat is het meest ingrijpende of ergste voorval van ongewenst gedrag door een patiënt dat u zich kan herinneren?

- Wat gebeurde er precies?
- Hoe bent u met deze ervaring omgegaan?
 - Op het moment van de feiten?
 - Na de feiten?
- Welke gevoelens riep dit bij u op tijdens en na het voorval?
- Welke gevolgen heeft dit voorval gehad voor uw professionele of persoonlijke leven?
- In welke mate werd u door anderen ondersteund?
 - Was deze hulp tijdens of na het incident?
 - Van wie kreeg u hulp? (Collega's, leidinggevenden of anderen?)
 - Op welke manier deed de hulp zich voor?
- Hoe vaak komt dit soort gedrag voor?

Probleemgerichte coping

14. Als we terugkijken naar deze situatie, hoe heeft u de situatie aangepakt?

- Welke stappen heeft u genomen om deze situatie met de patiënten op te lossen?
 - Op het moment zelf als achteraf
- Welke impact had dit op u?
- Heeft uw aanpak om deze situatie op te lossen geholpen? Leg uit waarom wel/niet?

Emotiegerichte coping

15. Welke emoties voelde u tijdens dit conflict met de patiënt?

- Welke dingen deed u om positief te blijven na de lastige situatie met de patiënt?
- Hoe ging u om met negatieve emoties die zijn ontstaan door het ongewenst gedrag van de patiënt?

16. Op welke manieren heeft u uzelf tijdelijk los kunnen koppelen van de negatieve situatie?

- (Ontspanning, ventileren, afleiding)
- Zijn er activiteiten of routines die u helpen om te ontspannen na een moeilijke situatie?

17. Zijn er nog andere ervaringen van ongewenst gedrag die u wil meedelen?

- **INVULLEN:** opsommen van andere vormen die nog niet benoemd zijn

Copingmechanisme

18. Probeert u soms een situatie van ongewenst gedrag te vermijden? Waarom wel/niet?

- Op welke manieren probeert u dan de situatie te vermijden?
- Hoe voelt dit emotioneel aan?

19. Heeft u het gevoel dat u tijdens uw opleiding genoeg geleerd heeft over ongepast gedrag van patiënten en hoe u er mee moet omgaan?

- Op welke manier kwam dit aan bod in uw opleiding?
- Vindt u dat hier meer aandacht aan gespendeerd moet worden binnen de opleiding, waarom?

Preventie en beleid

20. In welke gevallen van ongewenst gedrag contacteert u uw leidinggevenden?

- Wat verwacht u van uw leidinggevende in dat geval?

21. Hoe ervaart u de steun van uw leidinggevende in situaties met ongewenst gedrag?

22. Welke maatregelen neemt uw organisatie om ongewenst gedrag door patiënten te voorkomen?
- Vindt u dat de organisatie voldoende maatregelen neemt om dit gedrag te voorkomen?
 - Vindt u dat deze maatregelen werken? Waarom wel en waarom niet?
 - Heeft u suggesties hoe deze maatregelen verbeterd kunnen worden?
23. Welke maatregel zou u zelf invoeren tegen deze problematiek als u zelf mocht kiezen?
24. Hoe vaak biedt uw organisatie trainingen aan om met ongewenst gedrag om te gaan?
- Sluiten deze trainingen aan bij uw praktijkervaringen? Leg uit
 - Vindt u dat er voldoende trainingen worden georganiseerd rond deze problematiek? Leg uit

Slot

25. Wat zou u andere zorgverleners willen aanraden die in aanraking komen met ongewenst gedrag van patiënten?
26. Is er nog iets wat u zelf wil toevoegen?

Afronding

27. Vraag betrekking tot leeftijd/ opleiding
28. Heeft u tot slot nog vragen voor mij?
29. Kent u personen (collega's, experts, managers ...) die zouden willen meedoen aan mijn onderzoek?

Wij zijn door al mijn vragen heen, ik wil u heel erg bedanken dat u aan mijn onderzoek hebt willen deelnemen!

8.1.3. Interviewleidraad 2 - Management

Inleiding

1. Wil u uzelf even voorstellen?
2. Wat houdt uw functie in?
 - Wat zijn uw verantwoordelijkheden?
3. Waarom heeft u gekozen om uw beroep uit te oefenen?
 - Wat trok u aan in dit beroep?
4. Waarom heeft u gekozen om in de zorgsector te werken?
 - Wat vindt u het meest waardevolle aan werken in de zorg?
 - Wat zijn de grootste uitdagingen?

1) Welzijn

5. Wat is uw visie op het welzijn van uw medewerkers?
 - Hoe ondersteunt u als leidinggevende het welzijn van uw team?
6. Wat houdt het welzijnsbeleid in deze organisatie in?
7. Welke concrete maatregelen worden er genomen in verband met het welzijn van de medewerkers?
 - Hoe wordt de werkdruk binnen de organisatie bewaakt?

Definitieschets

8. Wat verstaat u onder ongewenst gedrag van patiënten?
 - *Eventueel antwoord aanvullen met andere vormen van dit gedrag*
9. In welke mate komen de zorgverleners die in deze organisatie werken in contact met ongewenst gedrag van een patiënt?
 - Kan u een concreet voorbeeld geven van een voorval in uw team?
 - **DOORVRAGEN:**
 - Hoe reageerde de zorgverlener in dit geval op het gedrag van de patiënt?
 - Hoe werd het incident aangepakt?
 - Wat was het resultaat van deze aanpak?
 - Wat zou volgens u de beste manier zijn om dit in de toekomst te voorkomen?
 - Had het incident invloed op de werkrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt
 - Wat voor soort ongewenst gedrag wordt het vaakst gerapporteerd?

2) Beleid

10. Welk beleid wordt er gevoerd met betrekking tot ongewenst gedrag van patiënten?
 - Hoe draagt dit beleid bij aan het vermijden van ongewenst gedrag van patiënten?
 - Wat zijn de belangrijkste punten in dit beleid?
11. Welke wettelijke verplichtingen bestaan er om zorgmedewerkers te beschermen tegen ongewenst patiëntengedrag?
 - Hoe uit zich dit in het beleid?
12. Hoe communiceren jullie het beleid?
 - Hoe wordt dit beleid gecommuniceerd naar het personeel?
 - Hoe wordt het beleid gecommuniceerd naar de patiënten zelf?
 - Zo ja, hoe en wanneer gebeurt dit?

3) Maatregelen

Primaire preventiemaatregelen

13. Welke maatregelen hanteert de organisatie om ongewenst gedrag te voorkomen?
14. Hoe worden patiënten bewust gemaakt over de problematiek?

- Gelden er gedragsnormen voor de patiënten?
15. Worden er opleidingen of trainingen georganiseerd over ongewenst gedrag van patiënten?
- NEE: In welke mate zou u deze willen invoeren in de toekomst?
 - JA: Wat is de inhoud van deze opleidingen?
 - Voor wie worden deze opleidingen georganiseerd?
 - Zijn de opleidingen vrijblijvend dan wel verplicht?
 - Worden er specifieke vaardigheden aangeleerd? Welke?
 - Worden er praktijksituaties behandeld om de training concreet te maken?

Secundaire preventiemaatregelen

16. Welke maatregelen past de organisatie toe om de gevolgen van ongewenst gedrag te beperken?
- Wordt er binnen deze maatregelen een onderscheid gemaakt naargelang de ernst van de voorvallen? Leg uit
17. Welke maatregelen blijken minder succesvol te zijn?

Rapportage

18. Op welke manier kunnen medewerkers rapporteren over een incident?
- Worden er formele rapporteringsprocedures gehanteerd? Zo ja welke?
 - Vb.: het invullen van een online invulformulier?
 - Wordt er sneller op een informele manier gerapporteerd? Waarom?
19. Denkt u dat elk incident wordt gerapporteerd?
- Waarom denkt u dat medewerkers niet elk incident rapporteren?
 - Hoe wil u medewerkers aanmoedigen vaker incidenten te rapporteren?

Tertiaire preventiemaatregelen

Ondersteuning

20. Hoe ondersteunen jullie de medewerkers die in aanraking zijn gekomen met ongewenst gedrag van een patiënt?
- Wordt er altijd nazorg aangeboden, of alleen in bepaalde gevallen? Leg uit?
21. Wanneer wordt er over een incident gecommuniceerd met de patiënt?
- Op welke manier wordt dit gesprek aangepakt?
 - Wat gebeurt er wanneer een incident ernstig is?

4) Verbetering/ toekomstperspectief

22. Ziet u een evolutie (toename of afname) van ongewenst gedrag van patiënten?
23. Welke aspecten van het beleid kunnen nog verbeterd worden?
24. Wat doet de organisatie met feedback van medewerkers over het omgaan met ongewenst gedrag?
25. Hoe wil de organisatie dit probleem in de toekomst verder aanpakken?

Slot

26. Is er nog iets wat u zelf wil toevoegen?

Afronding

27. Vraag betrekking tot leeftijd/ opleiding
28. Heeft u tot slot nog vragen voor mij?
29. Kent u personen (collega's, experts, managers ...) die zouden willen meedoen aan mijn onderzoek?

Wij zijn door al mijn vragen heen, ik wil u heel erg bedanken dat u aan mijn onderzoek hebt willen deelnemen!

8.1.4. Interviewleidraad 3 - Vertrouwenspersoon

Inleiding

1. Wil u uzelf even voorstellen?
2. Wat houdt uw functie in?
 - Wat zijn uw verantwoordelijkheden?
3. Waarom heeft u gekozen om uw beroep uit te oefenen?
 - Wat trok u aan in dit beroep?
4. Waarom heeft u gekozen om in de zorgsector te werken?
 - Wat vindt u het meest waardevolle aan werken in de zorg?
 - Wat zijn de grootste uitdagingen?

1) Welzijn

5. Wat houdt het welzijnsbeleid in deze organisatie in?
6. Welke concrete maatregelen worden er genomen in verband met het welzijn van de medewerkers?

Ervaring zorgverleners

7. Wat verstaat u onder ongewenst gedrag van patiënten?
 - *Verbale agressie, geweld, seksuele intimidatie, vernieling/ stelen van spullen ...*
8. Kunt u een voorbeeld geven van het meest recente voorval van ongewenst gedrag door een patiënt waarvoor een zorgverlener zich tot u heeft gewend?
 - Wat gebeurde er precies?
 - Hoe heeft de zorgverlener op dat moment gereageerd?
 - Welke emoties en gedachten riep dit voorval op bij de zorgverlener?
 - Welke gevolgen heeft dit voorval gehad op het professionele of persoonlijke leven van de zorgverlener?
 - Hoe is de zorgverlener bij u terechtgekomen?
 - Op welke manier heeft u de zorgverlener ondersteund?
 - Op welke manier hebben de leidinggevenden de zorgmedewerker ondersteund?
 - Hoe vaak komt dit soort gedrag voor?
9. Kunt u een voorbeeld geven van het meest ingrijpende of ergste voorval van ongewenst gedrag door een patiënt waarvoor een zorgverlener zich tot u heeft gewend?
 - Wat gebeurde er precies?
 - Hoe heeft de zorgverlener op dat moment gereageerd?
 - Welke emoties en gedachten riep dit voorval op bij de zorgverlener?
 - Welke gevolgen heeft dit voorval gehad op het professionele of persoonlijke leven van de zorgverlener?
 - Hoe is de zorgverlener bij u terechtgekomen?
 - Op welke manier heeft u de zorgverlener ondersteund?
 - Op welke manier hebben de leidinggevenden de zorgmedewerker ondersteund?
 - Hoe vaak komt dit soort gedrag voor?
10. Wat zou u een zorgverlener adviseren te doen in een situatie van ongewenst gedrag?

2) Beleid

11. Welk beleid wordt er gevoerd met betrekking tot ongewenst gedrag van patiënten?
 - Hoe draagt dit beleid bij aan het vermijden van ongewenst gedrag van patiënten?
 - Wat zijn de belangrijkste punten in dit beleid?
12. Welke wettelijke verplichtingen bestaan er om zorgmedewerkers te beschermen tegen ongewenst patiëntengedrag?
 - Hoe uit zich dit in het beleid?
13. Hoe communiceren jullie het beleid?
 - Hoe wordt dit beleid gecommuniceerd naar het personeel?

- Hoe wordt het beleid gecommuniceerd naar de patiënten zelf?
 - Zo ja, hoe en wanneer gebeurt dit?

3) Maatregelen

Primaire preventiemaatregelen

14. Welke maatregelen hanteert de organisatie om ongewenst gedrag te voorkomen?
15. Hoe worden patiënten bewust gemaakt over de problematiek?
 - Gelden er gedragsnormen voor de patiënten?
16. Worden er opleidingen of trainingen georganiseerd over ongewenst gedrag van patiënten?
 - NEE: In welke mate zou dit belangrijk zijn om deze in te voeren in de toekomst?
 - JA: Wat is de inhoud van deze opleidingen?
 - Voor wie worden deze opleidingen georganiseerd?
 - Zijn de opleidingen vrijblijvend dan wel verplicht?
 - Worden er specifieke vaardigheden aangeleerd? Welke?
 - Worden er praktijksituaties behandeld om de training concreet te maken?

Secundaire preventiemaatregelen

17. Welke maatregelen past de organisatie toe om de gevolgen van ongewenst gedrag te beperken?
 - Wordt er binnen deze maatregelen een onderscheid gemaakt naargelang de ernst van de voorvallen? Leg uit
18. Welke maatregelen blijken minder succesvol te zijn?

Rapportage

19. Op welke manier kunnen medewerkers rapporteren over een incident?
 - Worden er formele rapporteringsprocedures gehanteerd? Zo ja welke?
 - Wordt er sneller op een informele manier gerapporteerd? Waarom?
20. Denkt u dat elk incident wordt gerapporteerd?
 - (NEE) Waarom denkt u dat medewerkers niet elk incident rapporteren?
 - Hoe wil u medewerkers aanmoedigen vaker incidenten te rapporteren?

Tertiaire preventiemaatregelen

Ondersteuning

21. Hoe ondersteunen jullie de medewerkers die in aanraking zijn gekomen met ongewenst gedrag van een patiënt?
 - Wordt er altijd nazorg aangeboden, of alleen in bepaalde gevallen? Leg uit?
22. Wat gebeurt er wanneer een incident ernstig is?

4) Verbetering/ toekomstperspectief

23. Ziet u een evolutie (toename of afname) van ongewenst gedrag van patiënten?
24. Welke aspecten van het beleid kunnen nog verbeterd worden?

Slot

25. Is er nog iets wat u zelf wil toevoegen?

Afronding

26. Vraag betrekking tot leeftijd/ opleiding
27. Heeft u tot slot nog vragen voor mij?

Wij zijn door al mijn vragen heen, ik wil u heel erg bedanken dat u aan mijn onderzoek hebt willen deelnemen!

8.2. Bijlage 2: Informatieblad

Inlichtingenblad voor deelnemers

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek over ongewenst patiëntengedrag tegen zorgverleners in de thuiszorg.

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.

Onderzoek

- Het onderzoek wordt uitgevoerd door Femke Iven in het kader van de masterproef uit de opleiding Handelswetenschappen van de Universiteit Hasselt.
- Het doel van het onderzoek is om ervoor te zorgen dat er meer aandacht wordt besteed aan ongewenst patiëntengedrag en dat het probleem in de toekomst beter kan worden aangepakt in de thuiszorg
- Er worden interviews afgenomen met zorgmedewerkers en organisaties binnen de thuiszorg. Indien u beslist deel te nemen, wordt dit interview opgenomen. Het doel van deze audio-opname is het verzekeren van een correcte en volledige 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 Privéleven 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 betrokken promotoren van de Universiteit Hasselt prof. dr. Koen Van Laer: koen.vanlaer@uhasselt.be en/of drs. Tim Gielens: tim.gielens@uhasselt.be

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben ingelicht. Voor bijkomende vragen of opmerkingen kan u ons altijd contacteren op de volgende contactgegevens: Femke.iven@student.uhasselt.be

8.3. Bijlage 3: Geïnfomeerd toestemmingsformulier

Geïnfomeerde toestemming formulier

Onderzoek: Ongewenst patiëntengedrag tegen zorgverleners in de thuiszorg

Onderzoeker: Femke Iven

Contactgegevens: femke.iven@student.uhasselt.be

Doel en methodologie van het onderzoek: individueel interview over ongewenst gedrag waar thuiszorgmedewerkers mee te maken krijgen, hoe ze hier zelf mee omgaan en in welke mate de werkgever ermee omgaat. Met als doel ervoor te zorgen dat er meer aandacht wordt besteed aan deze problematiek om het in de toekomst beter aan te pakken in de thuiszorg.

Duur van het interview: +/- 1 uur

1. Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
2. Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik ben voldoende op de hoogte gesteld dat ik de studie op ieder moment kan stopzetten zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven en zonder dat daaruit nadeel voor mij mag ontstaan, en dat mijn deelname aan deze studie door de onderzoekers op ieder moment kan stopgezet worden.
3. 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. Ik begrijp hoe er met mijn gegevens en de onderzoeksdata zal omgegaan worden.
4. Een individueel interview in het kader van de masterproef uit de opleiding Handelswetenschappen van de Universiteit Hasselt.
5. Ik weet dat ik voor vragen na het interview terecht kan bij: *Femke Iven* via femke.iven@student.uhasselt.be
6. Ik weet dat ik voor eventuele klachten of andere bezorgdheden contact kan opnemen met de betrokken medewerkers van de Universiteit Hasselt via: koen.vanlaer@uhasselt.be en tim.gielens@uhasselt.be

Ik geef toestemming tot het maken van een opname. ☐

Ik stem toe om deel te nemen. ☐

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening deelnemer

Naam en handtekening onderzoeker